



ANALIZA SITUAȚIEI POPULAȚIEI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

ANALIZA SITUAȚIEI POPULAȚIEI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Analiza Situației Populației în Republica Moldova

*Aprobat spre publicare de Consiliul Științific al Institutului Național de Cercetări Economice al AȘM la 30.09.2016
Chișinău, Octombrie 2016*

Coordonatoare de ediție: Gagauz Olga, dr. hab. în sociologie

Autorii:

Gagauz Olga, dr. hab. în sociologie

Stratan Alexandru, dr. hab. în economie

Buciuceanu-Vrabie Mariana, dr. în sociologie

Penina Olga, dr. în medicină

Ciubotaru Victoria, master în managementul sănătății publice

Cheianu-Andrei Diana, dr. în sociologie

Autorii care au contribuit:

Tabac Tatiana, Centrul de Cercetări Demografice

Pahomii Irina, Centrul de Cercetări Demografice

Bargan Natalia, Centrul de Cercetări Demografice

Analiza Situației Populației este elaborată de Centrul de Cercetări Demografice la decizia Comisiei Naționale pentru Populație și Dezvoltare în baza Metodologiei Globale a UNFPA cu privire la Analiza Situației Populației.

Raportul este destinat publicului larg, în primul rând, factorilor de decizie, specialiștilor din cadrul ministerelor preocupati de elaborarea și monitorizarea politicilor economice și sociale, organizațiilor non-guvernamentale implicate în promovarea și protecția drepturilor umane, cadrelor didactice, studenților și masteranzilor specializate în problematica populației.

Analiza Situației Populației în Republica Moldova / **Gagauz Olga (coord.), Stratan Alexandru, Buciuceanu-Vrabie Mariana [et al.]** ; UNFPA, Fondul ONU pentru Populație, Centrul de Cercetări Demografice al INCE. - Chișinău : S. n., 2016 (F.E.-P. „Tipografia Centrală”). - 176 p.

Referințe bibliogr. în subsol. - 200 ex.

ISBN 978-9975-53-740-7.

314(478)

A 48

LISTA DE ABREVIERI

AFM	Ancheta Forței de Muncă
AMP	Asistența medicală primară
AOAM	Asigurările Obligatorii de Asistență Medicală
AVE	Aparat de vacuum aspirație electric
AVM	Aparat de vacuum aspirație manual
BNS	Biroul Național de Statistică
BSB	Bărbați care fac Sex cu bărbați
CCD	Centrul de Cercetări Demografice
CEDAW	Convenția ONU asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei
CIDSR	Centrul de Instruire în Domeniul Sănătății Reprodusei
CMF	Centrul Medicilor de Familie
CNAM	Compania Națională de Asigurări Medicale
CNDP	Comisia Națională pentru Populație și Dezvoltare
CNMS	Centrul Național de Management în Sănătate
CNSP	Centrul Național de Sănătate Publică
CS	Centre de Sănătate
CSPT	Centre de Sănătate Prietenoase Tinerilor
CSR	Cabinete de Sănătate a Reprodusei
CSRGM	Centrul de Sănătate a Reprodusei și Genetică Medicală
CTV	Consiliere și Testare Voluntară
D&C	Dilatație și chiuretaj
DIU	Dispozitiv intrauterin
FAOAM	Fondul Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală
FMI	Fondul Monetar Internațional
HIV	Virusul imunodeficienței umane
ICA	Îngrijire comprehensivă în avort
IMC	Indicele masei corporale
ITS	Infecții cu transmitere sexuală
LSC	Lucrătoare în domeniul sexului comercial
MS	Ministerul Sănătății
ODD	Obiectivele de Dezvoltare Durabilă
ODM	Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului
OECD	Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică
OG	Obstetrică ginecologie
OMF	Oficiul Medicului de Familie
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONG	Organizație non-guvernamentală
ONU	Organizația Națiunilor Unite
OS	Oficiul de Sănătate
PA CIPD	Programul de Acțiuni al Conferinței Internaționale pentru Populație și Dezvoltare de la Cairo
PF	Planificarea familiei
PIB	Produsul intern brut
PRSI	Persoane cu Risc Sporit pentru Infecție
RTF	Rata totală de fertilitate

SIDA	Sindromul imunodeficienței umane dobândite
SNSR	Strategia Națională a Sănătății Reproductive
SSPT	Servicii de sănătate prietenoase tinerilor
SSPV	Sănătatea Sexuală a Persoanelor în Vârstă
SSR	Sănătatea Sexuală și Reproductivă
TARV	Tratament Antiretroviral
UDI	Utilizatori de Droguri Intravenoase
UE	Uniunea Europeană
UNFPA	Fondul Națiunilor Unite pentru Populație
UNICEF	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii
URSS	Uniunea Republicilor Sovietice Socialiste

Sumarul

LISTA DE ABREVEIERI	3
SUMARUL	6
REZUMAT	8
INTRODUCERE	17
1. IMAGINE DE ANSAMBLU A SITUAȚIEI DIN REPUBLICA MOLDOVA	21
1.1. Context economic.....	22
1.2. Context social.....	32
1.3. Infrastructura socială: necesitate de adaptare la o nouă structură demografică	37
1.4. Context politic și instituțional.....	39
1.5. Context cultural	43
1.6. Cheltuieli sociale cu accent pe sănătate și educație.....	45
1.7. Progresul obținut în realizarea acordurilor internaționale (CIPD, MIPAA).....	49
2. TENDINȚELE DE LUNGĂ DURATĂ ÎN EVOLUȚIA POPULAȚIEI	53
2.1. Dinamica populației	54
2.2. Dividendul demografic	60
2.3. Fertilitatea scăzută și declinul populației	63
2.4. Mortalitatea, speranța de viață la naștere	69
2.5. Îmbătrânirea populației	77
2.6. Migrația externă	80
2.7. Informația sociodemografică - un instrument important în elaborarea și promovarea politicilor bazate pe extinderea drepturilor și posibilităților umane	85
2.8. Concluzii și recomandări de politici	88
3. SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ	93
3.1. Sănătatea sexuală și reproductivă și disponibilitatea serviciilor SSR	94
3.2. Mortalitatea perinatală, infantilă și mortalitatea maternă.....	99
3.3. Livrarea serviciilor de asistență perinatală (îngrijire antenatală, asistență la naștere, îngrijirea post-natală)	105
3.4. Planificarea familială.....	109
3.5. Avortul/serviciile de întrerupere a sarcinii	111
3.6. Cancerul organelor genitale și glandei mamare.....	115
3.7. Infecții cu transmitere sexuală, HIV/SIDA.....	116

3.8. Infertilitatea	121
3.9. Concluzii și recomandări de politici	123
4. SITUAȚIA TINERILOR	129
4.1. Tinerii în societatea îmbătrânită	130
4.2. Educația tinerilor	132
4.3. Tinerii pe piața muncii	135
4.4. Sănătatea tinerilor	143
4.5. Extinderea posibilităților, oportunităților și drepturilor tinerilor	147
4.6. Concluzii și recomandări de politici	148
5. DISCREPANȚELE DE GEN	151
5.1. Egalitatea de gen și alinierea cu prioritățile în domeniul sănătății sexuale și reproductive din CEDAW și cadrul UPR	154
5.2. Concilierea vieții de familie cu activitatea profesională	160
5.3. Răspunsul sistemului de sănătate la violența de gen și impactul acesteia asupra sănătății sexuale și reproductive	168
5.4. Concluzii și recomandări de politici	173

REZUMAT

În contextul Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă (2030) și strategia de dezvoltare pe termen mediu "Moldova-2020", Guvernul Republicii Moldova s-a angajat să depună eforturi pentru a asigura o dezvoltare incluzivă și durabilă, să integreze aspectele ce vizează dinamica populației, sănătatea reproducerii și relațiile de gen în strategiile și programele naționale, astfel, în perspectivă de termen mediu și lung, asigurând competitivitatea țării.

Scopul raportului Analiza Situației Populației (ASP) este informarea organelor de resort și societății cu privire la principalele provocări în dinamica populației, prezentarea și argumentarea unui cadru de referință pentru elaborarea și perfecționarea politicilor în domeniul populației și dezvoltării.

Obiectivele:

- Analiza comprehensivă a situației în domeniul populației și dezvoltării, sănătății sexuale și reproductive și egalității de gen.
- Consolidarea bazei analitico-informaționale pentru procesul de elaborare, implementare și monitorizare a politicilor în domeniul populației.
- Perfecționarea politicilor naționale în domeniul populației și dezvoltării (Programul național strategic în domeniul securității demografice, MIPAA / foaie de parcurs privind îmbătrânirea), având la bază paradigma bazată pe respectarea drepturilor umane și prioritățile stabilite până în anul 2020.

- Furnizarea de analize economice ale costurilor și beneficiilor politicilor actuale în domeniul sănătății reproducerii și populației.
- Furnizarea și analiza cuprinzătoare a datelor în domeniul populației și dezvoltării, sănătății sexuale și reproductive, egalității de gen pentru a fi utilizate de UNFPA în stabilirea liniilor de bază pentru următorul program de țară.
- Contribuții la stabilirea indicatorilor din cadrul național ODD.

Raportul ASP a fost elaborat în corespundere cu principiile generale stipulate în Ghidul conceptual și metodologic elaborat de UNFPA. Ca puncte de reper pentru elaborarea ASP au servit prioritățile și strategiile naționale de dezvoltare: Programul național strategic în domeniul securității demografice (2011-2025), Strategia națională a sănătății reproducerii (2005-2015), Programul național de asigurare a egalității de gen (2010-2015), alte documente care tangențial vizează aceste domenii.

Probleme principale

Incertitudine economică și politică. După un sfert de secol de reforme, economia Republicii Moldova se caracterizează prin instabilitate și ritmuri scăzute de creștere economică. Incertitudinea politică existentă în prezent este un impediment major în continuarea reformelor democratice, promovarea politicilor socioeconomice sustenabile conjugate cu transformări demografice, ce au drept finalitate instaurarea unui stat de drept, al bunăstării, unde vor fi respectate drepturile și libertățile omului, create condiții decente de viață și de muncă, ce ar concura cu cele din statele dezvoltate.

Dinamica populației

Conform datelor BNS, populația stabilă a Republicii Moldova la 1 ianuarie 2015 a constituit 3555,1 mii de locuitori, inclusiv migranți care lipsesc în țară mai mult de 12 luni. Populația prezentă, calculată conform standardelor europene și care nu include migranții care au lipsit din țară mai mult de 12 luni, a constituit 2911,6 mii.

În deceniile viitoare declinul demografic va continua cu ritmuri rapide. Conform prognozei demografice (2015-2035), scăderea anuală a populației va constitui cca 1,1-2%. Efectivul numeric al nașterilor va fi foarte mic și nu va putea recupera declinul populației, acest fenomen fiind determinat atât de fertilitatea scăzută, cât și de scăderea numărului populației feminine de vârstă fertilă (15-49 de ani). Către anul 2035 efectivul populației țării poate să se micșoreze până la 2085,8 mii (cu 28,4%).

Perioada dividendului demografic este foarte scurtă (doar anii 2005-2020), dat fiind faptul că emigrația a dus la scăderea numărului populației în vârstă aptă de muncă. Cu toate acestea, prognoza demografică demonstrează că ponderea acestui contingent în totalul populației este destul de favorabilă pentru a facilita creșterea economică, iar majorarea vârstei de pensionare contribuie la prelungirea dividendului demografic.

În mare măsură declinul demografic este determinat de RTF scăzută ce în ultimii ani se menține în valori de 1,6-1,65 copii per femeie de vârstă fertilă (calculată pentru populația prezentă). Scăderea fertilității în Republica Moldova se înscrie în tendințele europene generale, fiind o parte a declinului fertilității în țările din Europa Centrală și de Est, care trec prin transformări politice și socioeconomice radicale, precum și o caracteristică specifică a celei de-a doua

tranziții demografice ce s-a lansat în a doua jumătate a anilor '90 ai secolului trecut.

Declinul fertilității este ilustrat de evoluția RTF a generațiilor feminine. Femeile născute în prima jumătate a anilor '60 au avut fertilitatea la nivelul de înlocuire a generațiilor și peste, pe când cele născute în anii 1973-1975, dar în special cele care s-au născut la sfârșitul anilor 1970 și mai recent, au prezentat o descendență finală mai scăzută.

Declinul populației, determinat de scăderea natalității, duce la pierderea potențialului demografic intern de redresare a situației, criza demografică, obținând proporții importante, iar ieșirea din procesul de depopulare va deveni tot mai dificilă.

Alt factor care determină declinul demografic prezintă mortalitatea înaltă a populației. Speranța de viață la naștere (calculată în raport cu populația prezentă) constituie 65,0 ani pentru bărbați și 73,4 ani pentru femei, fiind cu 7,4 și, respectiv, 6,7 ani mai scăzută decât în UE.

Mortalitatea înaltă a populației adulte, în special a bărbaților, este una din cele mai stringente probleme. Probabilitatea de a deceda la vârsta de 65 de ani pentru un bărbat care a ajuns la vârsta de 20 de ani constituie 40%, fiind de două ori mai mare decât în țările dezvoltate.

În structura mortalității pe cauze de deces predomină bolile aparatului circulator, ponderea cărora în mortalitatea totală este de 53% la bărbați și 64% la femei. Neoplasmale ocupă locul doi la ambele sexe (16% la bărbați și 14% la femei). La bărbați, decesele provocate de cauzele externe (10%) și bolile aparatului digestiv (9%) ocupă locul al treilea în structura generală a mortalității. La femei, bolile aparatului digestiv sunt a treia cauză principală de

deces (10%).

Emigrația în masă a populației are un impact semnificativ asupra dinamicii populației Republicii Moldova. Rezultatele recensămintelor în țările gazdă relevă faptul că cca 16% din populația Republicii Moldova, în anul 2011, aveau reședință stabilă în străinătate.

Cele mai mari pierderi cauzate de emigrație au fost înregistrate în anii 2007-2011, când emigrația netă varia între 33 și 43 mii de persoane pe an. Pentru anii 2012-2013 emigrația netă constituia circa 30 mii, pierderea anuală constituind cca 1% din populația prezentă.

Sănătatea sexuală și reproductivă

Domeniile prioritare de intervenție în sănătatea reproducerii în care s-au concentrat eforturile pentru a asigura exercitarea drepturilor sexuale și reproductive ale tuturor cetățenilor Republicii Moldova sunt planificarea familiei, maternitatea fără risc, sănătatea sexual-reproductivă a adolescenților și tinerilor, prevenirea și managementul infecțiilor tractului reproductiv, avortul și serviciile de întrerupere a sarcinii, prevenirea și managementul sterilității, depistarea precoce și managementul cancerului genito-mamar.

Acțiunile întreprinse de către Guvernul Republicii Moldova în parteneriat cu societatea științifică și practica medicală, precum și eforturile intersectoriale, au contribuit la obținerea rezultatelor palpabile în unele domenii ale sănătății sexual-reproductive cum ar fi serviciile de întrerupere a sarcinii, sănătatea sexual-reproductivă a adolescenților și tinerilor. Totodată, au fost înregistrate și nereușite cauzate de eforturile fragmentate și neproporționale pe domenii prioritare, conlucrare intersectorială și

interdisciplinară insuficientă, inclusiv la nivel comunitar.

Unul din domeniile unde s-au înregistrat cele mai mari progrese prezintă reducerea mortalității infantile. Dacă în anul 1994 mortalitatea infantilă constituia 22,6‰, în ultimii ani acest indicator se menține la nivelul de 9,4-9,7‰. Cu toate acestea, în comparație cu țările Europei de Vest (Franța, Germania) mortalitatea infantilă în Republica Moldova este de 3-4 ori mai mare, de asemenea este mai înaltă decât în țările Europei de Est (Belarus, Rusia, Ucraina) și în Țările Baltice.

În pofida măsurilor întreprinse în vederea fortificării capacităților sistemului de sănătate, în mod special în domeniul mamei și copilului, prin implementarea sistemului regionalizat a serviciilor perinatale, rezultatul în ce privește diminuarea valorii indicatorului mortalității materne nu este cel scontat. Ținta propusă în cadrul ODM 5 nu a fost atinsă, rămânând a fi de circa 5 ori mai mare decât media în UE.

Deși există un cadru legislativ suportiv la capitolul planificarea familiei, la modul practic situația este departe de cea râvnită. Rămâne a fi semnificativă nevoia nesatisfăcută de metode moderne de planificare familială, constituind 10% în rândul femeilor de vârstă reproductivă.

Sănătatea sexual-reproductivă a adolescenților și tinerilor este unul din domeniile care a înregistrat o ascensiune remarcabilă, urmărind scopul de îmbunătățire a sănătății sexual-reproductive a adolescenților și tinerilor prin informarea și educarea acestora în vederea schimbării de comportamente riscante (care conduc la sarcini nedorite, avorturi, infecții cu transmitere sexuală, inclusiv HIV) și sporirea accesului la servicii axate pe nevoile lor specifice.

Cu toate că pe parcursul ultimului deceniu se înregistrează o scădere a incidenței prin infecțiile cu transmitere sexuală (a.2000 incidența sifilisului la 100 mii locuitori constituia 114,9 iar în a. 2015– 53,8; incidența gonoreei în anul 2005 – 60,1 iar în a.2015 – 26,4), comparativ cu alte state din regiune, aceasta rămâne a fi mult mai înaltă. Deși incidența HIV este relativ stabilă în ultimii ani, totuși, nu a fost posibilă atingerea țintelor stabilite pentru ODM 6, atât la nivelul populației generale, cât și pentru categoria de vârstă 15-24 de ani.

Avortul și serviciile de întrerupere a sarcinii pot fi considerate o componentă de succes. Astfel, au fost atinse rezultate importante în ameliorarea calității serviciilor de întrerupere a sarcinii, datorită implementării metodelor sigure recomandate de OMS.

Pe parcursul ultimilor zece ani s-a înregistrat o creștere a morbidității prin tumori maligne, inclusiv a glandei mamare și organelor genitale. În acest context, o importanță majoră prezintă asigurarea accesului femeilor la serviciile de prevenire (examinarea ginecologică și mamografică în conformitate cu protocoalele existente), limitarea acestuia sub pretextul crizei și al reducerilor bugetare fiind inacceptabilă. Pentru a spori adresabilitatea la serviciile de prevenire și depistare precoce (screening prin mamografie, screeningul citologic, vaccinare anti HPV) o atenție sporită urmează a fi acordată informării populației în acest domeniu.

Situația tinerilor

În perioada anilor 2004-2014, numărul persoanelor cu vârsta între 15-29 de ani s-a diminuat cu 12%, micșorându-se de la 826,9 mii până la 727,7 mii. Cu toate acestea, tinerii continuă să reprezinte un sfert din populația țării, constituind componenta

strategică a dezvoltării durabile, oferta pentru forța de muncă, crearea familiilor și a continuității umane. În deceniile viitoare, numărul și ponderea tinerilor în totalul populației va scădea continuu.

S-au înregistrat anumite succese în creșterea nivelului de educație a populației tinere. În grupul de vârstă de 15-29 ani ponderea celor cu studii superioare s-a majorat de 2,4 ori (de la 7% în 2004 la circa 17% în anul 2014). Tinerii de 25-29 ani au cel mai înalt nivel de educație, ori practic 1/3 din acest efectiv are studii superioare.

Între anii 2004-2014 rata brută de cuprindere în învățământul terțiar a oscilat între 37-38%. Principala provocare din perspectiva accesului la învățământul terțiar o reprezintă ratele de cuprindere, relativ reduse, comparativ cu media țărilor din Europa (71% – în anul 2014), influențate de ratele scăzute de promovare a examenului de bacalaureat din ultimii ani, dar și a participării reduse a populației din mediul rural.

Ponderea tinerilor care părăsesc timpuriu sistemul educațional (cu studii gimnaziale) a oscilat în ultimul deceniu în jurul valorii de 22%, fiind de peste trei ori mai mare în rândul tinerilor de la sate față de tinerii de la orașe (28,7% față de 8,8%).

Un semn al descurajării și marginalizării tinerilor în educație și pe piața muncii este ponderea acelor care nu sunt încadrați în câmpul muncii și nici nu urmează o formă de instruire sau pregătire profesională – rata NEET (*Not in Education, Employment, or Training*), care constituie cca 29% (2013), fiind de două ori mai mare decât media pentru țările UE.

Relația tinerilor cu piața muncii interne atestă că 3 din 10 tineri (28%) sunt plasați în câmpul muncii, iar peste 2/3 (sau 69%) sunt economic inactivi, dintre care fiecare

al doilea tânăr este încadrat în procesul de studii și formare profesională. Totodată o categorie importantă dintre tinerii inactivi o formează cei plecați peste hotare la lucru sau în căutare de lucru (21,1%). Peste 31% din tinerii ocupați au locuri de muncă informale, iar în rândul tinerilor salariați - 11% lucrează fără contracte individuale de muncă.

În Republica Moldova, accesul tinerilor până la 18 ani și a celor care își continuă studiile la serviciile medicale este garantat de către stat, prin oferirea gratuită a poliței de asigurare medicală. În același timp, în anul 2014, fiecare a treia persoană în vârstă de 15-29 de ani nu dispunea de polița de asigurare, din cauza neangajării și inaccesibilității financiare a acesteia.

Rata specifică de mortalitate pentru grupa de vârstă 15-29 ani este de 64,7 decedați la 100 mii locuitori de vârstă respectivă. Se înregistrează diferențieri semnificative pe sexe și medii de reședință. Ratele de mortalitate la bărbații tineri sunt de câteva ori mai mari decât cele la femei. De asemenea, ratele mortalității pentru tinerii din mediul rural sunt mai înalte, în special la bărbați: în grupa de vârstă de 15-19 ani de două ori, în grupa de vârstă de 20-24 de ani - de 1,6 ori, iar în grupa de vârstă de 25-29 de ani - cca de trei ori.

În cazul tinerilor (15-29 ani) principalele cauze de deces sunt accidentele, intoxicațiile și traumatismele (57,0%), urmate de tumori (10,4%), bolile aparatului circulator (8,7%), bolile aparatului digestiv (5,1%) și bolile aparatului respirator (3,5%). Ponderea deceselor în urma suicidului printre tinerii de 15-19 ani, constituie 16,5%, dublându-se în ultimii 15 ani.

Indicatorii statistici ai sănătății tinerilor atestă: 6 din 10 persoane infectate cu infecții sexual transmisibile sunt din grupul de

vârstă 15-29 ani și ponderea lor se menține constantă în ultimul deceniu. Cca 14% din cazurile noi depistate cu infecția HIV revin persoanelor în vârstă de 15-24 ani.

Este în creștere numărul consumatorilor de droguri, majoritatea acestora (cca 95%) îi formează tinerii, în special bărbați celibatari cu studii medii.

Promovarea politicilor de tineret în Republica Moldova are loc în conformitate cu prevederile *Strategiei naționale de dezvoltare a sectorului de tineret 2020* (HG nr. 1006 din 10.12.2014). În prezent, există riscuri multiple în ceea ce privește implementarea eficientă a acesteia, principalele fiind: insuficiența resurselor financiare pentru implementarea planului de acțiuni al Strategiei, capacitățile slabe de implementare la nivel local, de coordonare și monitorizare la nivel intersectorial.

Discrepanțele de gen

Situația în domeniul egalității de gen este examinată prin prisma CEDAW și UPR, menționându-se progresele *de jure* și *de facto*. Deși, cadrul juridic în acest domeniu corespunde standardelor internaționale, încă asistăm la percepții, atitudini patriarhale și stereotipuri cu privire la rolurile și responsabilitățile femeilor și bărbaților în familie și în societate.

La capitolul concilierea vieții se constată posibilități limitate de participare a femeilor pe piața muncii din cauza lipsei serviciilor educaționale pentru copii mici (2-3 ani), discriminarea după criteriul de sex și vârstă la angajare, discrepanțe între salariile femeilor și bărbaților (salariul femeilor în raport cu salariul bărbaților a constituit 87,6% pentru anul 2014) etc. Femeile sunt angajate tradițional în sectoare cu un nivel de salarizare mai redus și sunt prezente mai rar în funcții de conducere. Diferențele în remunerarea salarială și în perioada de

contribuție la fondul de asigurări sociale de stat determină diferențe și în mărimea medie a pensiei pentru limita de vârstă pentru bărbați și femei. În medie, pensia bărbaților acoperă valoarea minimumului de existență pentru pensionari în proporție de 83% , iar în cazul femeilor – 70%.

Un alt aspect analizat se referă la răspunsul statului la violența bazată pe gen și impactul acesteia asupra sănătății sexuale și reproductive. Se evidențiază că în Republica Moldova au fost aprobate instrucțiuni pentru diferite categorii de specialiști (polițiști, medici, asistenți sociali) privind intervenția în cazurile de violență în familie, există însă situații când femeile, victime ale violenței, nu sunt identificate și nu beneficiază de servicii de asistență socială și protecție. Femeile victime ale violenței, de cele mai dese ori, nu raportează cazurile de violență autorităților. Doar 10 din o sută de femei victime a unei violențe severe și una dintr-o sută femei victime a violenței moderate din partea soțului/partenerului au raportat cazul de violență medicilor. Multiple lacune există în asigurarea asistenței legale și sociale a victimelor violenței sexuale.

Concluzii și recomandări de politici

1. La compartimentul dinamica populației.

Implementarea *Planului de activitate pentru anii 2011-2016* din cadrul *Programului Național Strategic în domeniul Securității Demografice (2011-2025)* nu a avut rezultate scontate atât din cauza că obiectivele demografice înaintate nu au fost susținute de modificările respective în domeniul economic și social, cât și din cauza lipsei de finanțare a activităților planificate, relevanței scăzute a unor activități propuse și gradului scăzut de implementare ca rezultat al lipsei de coordonare eficientă la

nivel intersectorial.

Următorul plan de activitate pentru implementarea *Programului Național Strategic în domeniul Securității Demografice (2011-2025)* urmează să fie elaborat luând în considerare problemele și riscurile evidențiate în acest raport, punând accent pe implicarea tuturor instituțiilor statale și a societății civile în realizarea obiectivelor trasate. Monitorizarea aplicării strategiei și a rezultatelor este indispensabilă pentru aplicarea unor rectificări pe parcurs, reconsiderarea priorităților și mijloacelor, evitarea efectelor negative.

Asigurarea faptului ca femeile să aibă numărul dorit de copii poate fi obținută prin măsuri complexe de facilitare a accesului la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă. Este important ca aceste măsuri să fie percepute de populație ca un sprijin semnificativ și consistent familiilor pentru a facilita luarea deciziilor cu privire la nașterea copilului, ce garantează suportul respectiv în îngrijirea și educația ulterioară.

Reducerea mortalității și creșterea speranței de viață la naștere a populației prezintă un obiectiv important. Printre direcțiile prioritare ale politicilor se evidențiază:

- prevenirea și controlul bolilor netransmisibile și în particular a bolilor cardiovasculare prin promovarea sănătății și educației pentru sănătate;
- extinderea accesibilității păturilor social vulnerabile la servicii de sănătate de calitate;
- reducerea disparităților în mortalitatea și morbiditatea între diferite grupuri sociodemografice;
- majorarea investițiilor pentru îmbunătățirea stării de sănătate printr-o abordare multisectorială, inclusiv alocarea suplimentară de resurse

pentru educație, condițiile de muncă, locuințe și sectorul de sănătate.

Dezvoltarea economică a țării, creșterea standardelor de viață, crearea condițiilor favorabile pentru nașterea și educarea copiilor și pentru revenirea în țară a emigranților prezintă cele mai stringente obiective în viitorul apropiat și mediu.

Un aspect substanțial prezintă consolidarea bazei analitico-informaționale pentru procesul decizional, producerea unor date fiabile cu privire la numărul și structura populației, inclusiv în profil teritorial, publicarea rezultatelor Recensământului populației și al locuințelor din anul 2014 și pregătirea pentru Recensământul populației de runda 2020.

2. La compartimentul Sănătatea Sexuală și Reproductivă

Se recomandă dezvoltarea unui nou cadru de organizare a intervențiilor pentru următorii ani, ținând cont de punerea în practică a tuturor angajamentelor internaționale asumate de Republica Moldova, inclusiv obiectivele *Agendei pentru dezvoltare durabilă 2030* și ale *Strategiei globale pentru sănătatea femeilor, a copiilor și a adolescenților* (2016-2030). Acest cadru trebuie să asigure accesul universal și echitabil la informații și servicii de calitate în domeniul sănătății sexual-reproductive prin definirea unor intervenții cheie, eficiente și cu impact, și prin monitorizarea și evaluarea continuă a rezultatelor.

Pentru monitorizarea implementării politicilor în sănătatea reproducerii este binevenită instituirea unui organism de dirijare intersectorial care va include ministerele cheie, agenții și organizații non-guvernamentale și profesionale, responsabil pentru coordonarea implementării prevederilor documentului de politici, și care va contribui la asigurarea interacțiunii

eficiente intersectoriale, la toate etapele de implementare a acestuia.

În scopul facilitării schimbărilor în comunități urmează a fi promovate parteneriate durabile și colaborarea intersectorială în scopul amplificării eforturilor pentru ameliorarea sănătății sexuale și reproductive, inclusiv a parteneriatelor locale.

În vederea asigurării accesului echitabil la informații și servicii în domeniul sănătății sexuale și reproductive, o atenție specială trebuie acordată grupurilor de populație cu nevoi speciale: adolescenți, victime ale violenței domestice și traficului de persoane, persoane social vulnerabile, persoane cu dizabilități (fizice și/sau mentale), persoane în vârstă.

O importanță majoră prezintă consolidarea bazei de evidență în sănătatea sexuală și reproductivă, în combaterea inegalităților existente și evaluarea impactului măsurilor întreprinse. Pentru garantarea rezultatelor o atenție sporită trebuie acordată evidențelor care evaluează cost-eficiența intervențiilor de promovare, protecție a sănătății sexuale și reproductive, și de prevenire a maladiilor ce afectează sănătatea reproductivă.

3. La compartimentul Situația tinerilor

În implementarea *Strategiei naționale de dezvoltare a sectorului de tineret 2020* direcțiile prioritare constituie următoarele:

Coordonarea mai strânsă și integrarea Strategiei în politicile naționale sectoriale, dezvoltarea unei platforme coerente de acțiuni în domeniul tineretului, care se bucură de sprijinul tuturor ministerelor.

Asigurarea participării active a tinerilor în implementarea Strategiei, prin extinderea de oportunități a fi audiate și încurajarea participării mai active în viața publică. Guvernele și alte agenții trebuie să extindă

oportunitățile de comunicare cu tinerii, să utilizeze potențialul lor inovațional și creativ, să formeze relații de parteneriat cu scopul furnizării de servicii.

Efectuarea evaluărilor periodice privind procesul de implementare a politicilor de tineret. Evaluările sistemice și rectificarea unor acțiuni, reieșind din situația actuală sau în raport cu indicatorii obținuți, prezintă un obiectiv important, contribuind la creșterea încrederii tinerilor în acțiuni întreprinse, precum și la asigurarea unor criterii rezonabile în realizarea obiectivelor propuse.

4. La compartimentul Discrepanțele de gen

Analiza efectuată în ceea ce privește egalitatea de gen evidențiază necesitatea continuării acțiunilor conjugate din partea structurilor guvernamentale și non-guvernamentale, precum și a altor actori sociali și parteneri de dezvoltare pentru realizarea angajamentelor naționale și internaționale asumate. E necesar de dezvoltat programe de schimbare a atitudinii și comportamentului populației privind rolul femeii și a bărbatului în familie

și societate, de schimbare a stereotipurilor de gen, de promovare a valorii maternității, paternității și a egalității de gen.

Crearea condițiilor favorabile pentru concilierea vieții de familie cu cea profesională poate fi obținută prin: (i) dezvoltarea serviciilor de educație timpurie; (ii) controlul și pedepsirea angajatorilor care discriminează femeile gravide, mamele cu copii mici la angajare și/sau nu respectă drepturile acestora; (iii) reducerea diferențelor salariale prin intervenții axate pe cauzele diferențelor salariale – discriminarea indirectă pe piața forței de muncă și discriminarea directă la locul de muncă; (iv) reducerea diferențelor în pensiile pentru limita de vârstă prin egalarea stagiului de cotizare și a vârstei de pensionare pentru femei și bărbați.

În scopul eradicării violenței de gen se cere semnarea și ratificarea de către Republica Moldova a Convenției Consiliului Europei privind prevenirea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie, dar și dezvoltarea serviciilor pentru victimele violenței în familie prin alocarea de fonduri de la bugetul de stat.

INTRODUCERE



Republica Moldova, ca și alte țări din Europa Centrală și de Est, este în tranziție demografică – proces evolutiv caracterizat prin trecerea spre o societate îmbătrânită, ca urmare a scăderii fertilității și creșterii treptate a speranței de viață la naștere, ce s-a suprapus cu recente transformări politice și economice. Îmbătrânirea demografică se amplifică pe fundalul unui declin demografic instalat începând cu anul 1999, și după cum arată prognozele demografice scăderea populației va continua și în următoarele decenii.

Democratizarea societății, creșterea accesului la libera circulație au sporit mobilitatea teritorială a populației, iar decalajul semnificativ între standardele de viață din Republica Moldova și țările dezvoltate a provocat emigrația masivă a populației tinere, care accentuează tendințele negative în dinamica populației.

Scăderea numărului populației și îmbătrânirea demografică sunt provocările principale pentru deceniile viitoare care necesită o atenție specială din partea guvernului și a societății. Totodată în societatea contemporană politicile în domeniul populației și dezvoltării capătă un caracter tot mai complex, având tangență cu toate sferele vieții. Asemenea probleme ca respectarea drepturilor omului, inclusiv în ceea ce privește sănătatea, condițiile de viață, accesul pe piața forței de muncă, educația, accesul la informație, asigurarea egalității de gen, securitatea personală etc, trebuie luate în considerare atunci când sunt dezvoltate și aplicate strategii și programe naționale. Abordarea intersectorială cu utilizarea unui spectru larg de instrumente ale politicilor sociale, implicarea sectorului non guvernamental prezintă elemente cheie în promovarea politicilor în domeniul populației și dezvoltării.

În contextul Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă (ODD), Strategiei Naționale de Dezvoltare a Republicii Moldova "Moldova 2020", precum și mai multor cadre de dezvoltare convenite de comunitatea internațională, Guvernul Republicii Moldova s-a angajat să depună eforturi pentru a asigura o dezvoltare incluzivă și durabilă, să integreze aspectele ce vizează dinamica populației, sănătatea reproducerii și relațiile de gen în strategiile și programele naționale, astfel, în perspectivă pe termen mediu și lung, asigurând competitivitatea țării. În acest context, creșterea rolului factorului uman în societate, asigurarea echității sociale, ocuparea eficientă și securitatea ecologică prezintă priorități de bază.

Prescripția politică generală este simplă: asigurarea standardelor de viață comparabile cu cele din UE, edificarea statului de drept, creșterea calității mediului de afaceri și a educației, investiții în cercetare și dezvoltare etc. Prin urmare, rezultatul va depinde de factorii decizionali, capacitatea lor de a pune în aplicare reformele necesare în prezent, dat fiind faptul că întârzierea acestora va duce la derapaje permanente în dezvoltarea economică, creșterea costului social și economic pentru generațiile viitoare, punând în pericol sustenabilitatea economică și socială a Republicii Moldova.

Alegerea priorităților naționale în domeniul populației și dezvoltării în mare măsură depinde de capacitatea națională de analiză a tendințelor demografice de lungă durată, estimarea impactului acestora asupra dezvoltării economice și sociale, evidențierea problemelor cheie.

Raportul Analiza Situației Populației (ASP), elaborat la inițiativa UNFPA, Fondului ONU pentru Populație regională de către Centrul de Cercetări Demografice al Institutului Național de Cercetări Economice al AȘM,

prezintă o examinare a celor mai recente tendințe în dinamica populației, pune în dezbatere posibilele răspunsuri politice, luând în considerare scenarii potențiale de dezvoltare în viitor.

ASP are drept scop realizarea unei analize comprehensive a situației în domeniul populației și dezvoltării în Republica Moldova, prin prisma respectării drepturilor omului, luând în considerare complexitatea corelațiilor intersectoriale (educație, sănătate, piața muncii, protecția socială etc.), servind drept referință pentru informarea factorilor de decizie în procesul de elaborare și implementare a politicilor socioeconomice și demografice, precum și pentru comunitatea internațională implicată în protejarea drepturilor omului și promovarea dezvoltării durabile în Republica Moldova.

ASP își propune să examineze dinamica populației în contextul proceselor economice și sociale, să identifice problemele-cheie și grupurile de populație a căror situație necesită intervenții speciale sau revizuirea politicilor existente. ASP va contribui la consolidarea bazei analitico-informaționale pentru procesul de elaborare și implementare a politicilor în domeniul populației, precum și la sporirea eficienței acestora prin evaluarea impactului economic al intervențiilor sau al lipsei acestora asupra dinamicii populației și dezvoltării socioeconomice.

ASP prezintă un suport pentru monitorizarea indicatorilor ce vizează implementarea *Programului național strategic în domeniul securității demografice (2011-2025)*, *Strategiei naționale a sănătății reproducerii (2005-2015)* și *Programului național de asigurare a egalității de gen (2010-2015)*.

ASP își propune o analiză cuprinzătoare a situației populației, pentru a se asigura că drepturile grupurilor social vulnerabile

sunt integrate în cadrul politicilor existente, programelor și planurilor sectoriale, având în vedere rezultatul conjugat al acestora. Prin abordările menționate, ASP va constitui un instrument important în elaborarea politicilor bazate pe dovezi științific argumentate.

Scopul – informarea organelor de resort și societății cu privire la principalele provocări în dinamica populației, prezentarea și argumentarea unui cadru de referință pentru elaborarea și perfecționarea politicilor în domeniul populației și dezvoltării.

Obiectivele:

- Analiza comprehensivă a situației în domeniul populației și dezvoltării, sănătății sexuale și reproductive și egalității de gen.
- Consolidarea bazei analitico-informaționale pentru procesul de elaborare, implementare și monitorizare a politicilor în domeniul populației.
- Perfecționarea politicilor naționale în domeniul populației și dezvoltării (Programul național strategic în domeniul securității demografice, MIPAA / foaie de parcurs privind îmbătrânirea), având la bază paradigma bazată pe respectarea drepturilor umane și prioritățile stabilite până în anul 2020.
- Furnizarea de analize economice ale costurilor și beneficiilor politicilor actuale în domeniul sănătății reproducerii și populației.
- Furnizarea și analiza cuprinzătoare a datelor în domeniul populației și dezvoltării, sănătății sexuale și reproductive, egalității de gen pentru a fi utilizate de UNFPA în stabilirea liniilor de bază pentru următorul program de țară.

- Contribuții la stabilirea indicatorilor din cadrul național ODD.

Abordări metodologice în elaborarea ASP

Raportul ASP a fost elaborat în corespundere cu principiile generale stipulate în Ghidul conceptual și metodologic elaborat de UNFPA¹, bazându-se pe cadrul teoretico-metodologic cu privire la legitățile de dezvoltare a populației și evoluția principalelor procese demografice, luând în considerare contextul național și costurile economice ale intervențiilor sau non-intervențiilor pentru domeniile incluse în raport.

Ca puncte de reper pentru elaborarea ASP au servit prioritățile și strategiile naționale de dezvoltare: *Programul național strategic în domeniul securității demografice (2011-2025)*, *Strategia națională a sănătății reproducerii (2005-2015)*, *Programul național de asigurare a egalității de gen (2010-2015)*, alte documente care tangențial vizează aceste domenii.

¹ https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PSA_Guide_1.pdf

ASP oferă diferiților actori sociali instrumente de evaluare și suport în contextul unui proces amplu de conlucrare cu autoritățile naționale, în promovarea unor activități bine conjugate la nivel intersectorial, respectiv să contribuie la creșterea eficienței strategiilor și programelor implementate, economisirea și utilizarea rațională a resurselor financiare.

Sursele de informație

Baza informațional-statistică pentru ASP au servit datele statistice oficiale, rezultatele cercetărilor realizate de CCD și alte instituții naționale și internaționale.

Lipsa rezultatelor Recensământului populației și al locuințelor din 2014 limitează posibilitățile de analiză comprehensivă a situației demografice și tendințelor prospective.

Raportul ASP nu va include analiza situației în regiunea transnistreană a Republicii Moldova, din cauza lipsei de date cu privire la dinamica populației și a altor indicatori economici și sociali.

IMAGINE DE ANSAMBLU A SITUAȚIEI DIN REPUBLICA MOLDOVA

1.1 Context economic

După obținerea independenței, Republica Moldova s-a confruntat cu un șir de probleme de ordin politic, economic și social pe care a fost nevoită să le înfrunte, bazându-se, în principal, pe propriul potențial de resurse. Procesul de reformare a economiei s-a produs pe fundalul unei crize social-economice acute și al transformării radicale a sistemului economic. Lipsa experienței în contracararea șocurilor externe, a fenomenelor de criză în economie și sfera socială, în efectuarea reformelor sistemice, precum și instabilitatea în politica internă, dezintegrarea teritorială a țării în rezultatul conflictului armat din 1992 au fost factorii ce au predeterminat esența perioadei de tranziție la economia de piață.

Gradul înalt de integrare a economiei Moldovei în economia Uniunii Sovietice a fost determinat de absența aproape totală a carburanților proprii, materiei prime neagricole, tehnicii, utilajului etc. Dezintegrarea URSS a provocat distrugerea sistemului de relații economice și a condus la apariția unor obstacole în calea circulației mărfurilor, a unor restricții vizând accesul noilor state independente la piețele nou-formate.

Procesele dezintegraționiste au afectat nu doar legăturile dintre agenții economici, ci și sistemul bancar, monetar și financiar. A crescut brusc volumul operațiilor barter și al neplăților, fapt ce a subminat stabilitatea financiară a agenților economici și a statului

în ansamblu. Insuficiența resurselor bugetare, pe fundalul menținerii unui nivel comparativ înalt al sarcinilor bugetare, a provocat un deficit, care a condus la sporirea rapidă a inflației.

Tranziția de la economia centralizată și planificată la cea de piață în principalele direcții: liberalizarea prețurilor, activitatea economică externă, formarea pieței interne, privatizarea, punerea în circulație a valutei naționale a fost destul de dinamică. S-a creat un nou sistem bancar, s-au schimbat condițiile și regulile activității economice. Măsurile întreprinse și modalitățile de reformare, însă, nu au fost întotdeauna corectate la timp, mersul reformelor deseori era stopat, iar guvernele erau schimbate nemotivat.

Privatizarea în masă a patrimoniului statului contra bonurilor patrimoniale nu a îndreptățit așteptările privind apariția unei clase de proprietari interesați să sporească producția pe baza ridicării nivelului de competitivitate, renovării, re tehnologizării și modernizării potențialului de producție.

În sectorul agrar, reforma și privatizarea pământului se efectuau în lipsa unui sistem de susținere a producătorilor agricoli de către stat și a unei infrastructuri adecvate pentru prestarea serviciilor informaționale, tehnologice, comerciale, financiare și de consulting.

Dezintegrarea economică și teritorială, precum și erorile comise în efectuarea reformelor au determinat caracterul îndelungat și profund al crizei din anii '90. Deosebit de mari au fost costurile

reformelor în primii 5 ani, când s-a produs o deteriorare totală a indicatorilor principali. Volumul PIB-ului s-a micșorat cu peste 60%, valoarea adăugată brută – cu peste 70%, investițiile – cu cca 85%, veniturile bugetului consolidat – cu peste 70%, volumul comerțului extern – cu cca 60%, iar salariul mediu lunar – cu peste 73%.

Declinul masiv al producției a fost agravat de dezechilibrul sistemului financiar, manifestat prin inflație înaltă și hiperinflație, creșterea neplăților și a schimburilor barter, precum și a numărului de întreprinderi nerentabile.

Totuși, în anul 1997 au apărut primele semne ale relansării economice: pentru prima dată PIB-ul a crescut (+1,6%) și s-a redus simțitor nivelul inflației. Dar criza financiară din Rusia din 1998 a provocat un nou șoc economiei naționale, dependentă, în mare măsură, de situația de pe piața acestei țări, căreia îi revenea aproximativ 60% din exportul moldovenesc. În următorii doi ani (1998-1999), PIB-ul s-a mai redus încă cu 10%. S-a înregistrat un declin fără precedent al activității economice, volumul importului și al exportului reducându-se în jumătate.

Deprecierea leului față de dolarul american (de 2,5 ori în perioada decembrie 1997 – decembrie 1999) a provocat o creștere considerabilă a cheltuielilor pentru deservirea datoriei externe, recalculată în valuta națională. Drept rezultat, în 1999, nivelul PIB-ului, produs în țară, constituia doar 34% din nivelul anului 1990, volumul producției industriale – 32%, al producției agricole – 50%. S-a produs o degradare accentuată a procesului de reproducție a fondurilor în urma reducerii de cca 10 ori a volumului de investiții în capital fix.

Transformările produse în anii '90 au avut consecințe grave și au influențat negativ

nivelul de trai și calitatea vieții populației. Ca urmare a disponibilizării masive a forței de muncă, a inflației înalte și a micșorării în termeni reali a volumului cheltuielilor de stat pentru nevoile sociale, s-au redus sursele de venit ale populației. Salariul mediu lunar, în termeni reali, constituia doar cca 25% din nivelul anului 1990, iar pensia medie – cca 17%, nivelul șomajului depășind 11%. Deteriorarea condițiilor și a calității vieții majorității cetățenilor din Republica Moldova a provocat modificări negative în evoluția demografică a țării. S-a început exodul masiv al cetățenilor din țară, sperând la dobândirea unui trai decent peste hotarele ei.

Practic, după 10 ani de recesiune continuă, declinul în economie a fost stopat. În anul 2000, economia Moldovei s-a plasat pe o traiectorie ascendentă, creșterea fiind determinată de mai mulți factori: stabilizarea situației pe piețele țărilor din Europa de Est, în special pe cea rusească; creșterea cererii interne, influențată în mare măsură de majorările sumelor provenite din munca rezidenților din străinătate; activizarea procesului investițional; întreprinderea unor măsuri dure de către Banca Națională în vederea limitării creșterii masei monetare în circulație, reducerii inflației și altele. Moldova a beneficiat de un sprijin financiar puternic din partea organismelor financiare internaționale – FMI, Banca Mondială, EBRR, partenerii de dezvoltare. Deosebit de utilă s-a dovedit a fi asistența financiară nerambursabilă de la UE și SUA. Numai de la SUA, Republica Moldova, de la obținerea independenței, a beneficiat de o asistență nerambursabilă de peste un miliard de dolari pentru punerea în practică a mai multor proiecte și programe.

În perioada de creștere economică (2000-2015), PIB-ul, în termeni reali, a crescut de două ori, investițiile în activele materiale

pe termen lung – de 2,2 ori, media anuală de creștere a acestuia constituind 4,7%, a investițiilor în activele materiale pe termen lung – de cca 5,5%, a producției industriale – de cca 4% și a producției agricole – peste 1%.

În perioada transformărilor economice, structura economiei naționale a suferit modificări esențiale. Tendința de reducere a ponderii valorii adăugate brute a agriculturii și a industriei (de la 34%, în 1990, până la 12%, în 2010 în agricultură și de la 28% până la 13,3% în industrie) a fost evidentă pe parcursul întregii perioade, iar în următorii 5 ani se observă o stabilizare relativă. Și invers, a crescut ponderea serviciilor în structura valorii adăugate brute, care tinde spre a se dubla (de la 32%, în 1990, până la 57,8%, în 2015). Peste 2,5 ori (de la 6%, în 1990, până la 15,3%, în

se evidențiază tendința de creștere a consumului final și de descreștere continuă a formării brute de capital în coraport cu PIB-ul. Astfel, începând cu anul 1990, consumul final a fost în creștere cu ritmuri superioare celui de creștere a însăși PIB-ului. În rezultat, din anul 2000, în țară se consumă mai mult decât se produce, diferența fiind compensată de exportul net, care din totdeauna a fost negativ.

Creșterea economică în Republica Moldova, în tandem cu tendința de reducere a sărăciei, este strâns corelată cu fluxul de remitențe (*Fig. 1.1.1*) și consumul generat de acestea. Câștigurile din munca moldovenilor, aflați peste hotarele țării, au alimentat venitul disponibil al gospodăriilor casnice, conducând astfel la majorarea cererii agregate de consum. În coraport cu PIB cota remitențelor în ultimii 10 ani a oscilat în

Tabelul 1.1.1.

Tabelul 1.1.1.
Modificări în
structura PIB pe
principalele tipuri
de resurse și
utilizări
Sursa: BNS.

	1990	1995	2000	2005	2010	2015
Valoarea adăugată brută	94,0	88,6	87,5	83,6	83,4	84,7
din care:						
agricultură, economia vânatului și silvicultura	34,0	29,2	25,4	16,4	12,0	12,8
industrie	28,0	25,0	16,3	17,0	13,3	14,1
servicii	32,0	34,4	45,8	50,2	58,1	57,8
Impozite nete pe produs și import	6,0	11,4	12,5	16,4	16,6	15,3
Produsul intern brut	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Consumul final - total	72,4	82,9	103,0	109,9	115,0	107,7
Formarea brută de capital	29,9	24,9	23,9	30,8	23,7	22,6
Exportul net	-2,3	-7,8	-26,9	-40,7	-38,6	-30,3

2015) a crescut ponderea impozitelor nete pe produse în structura produsului intern brut al țării (Tabelul 1.1.1).

În structura PIB, pe categorii de utilizări,

jurul valorii de 20%. Dar, după cum se știe, o parte din volumul remitențelor pătrunde în țară pe alte căi decât prin băncile comerciale și se estimează că acestea ar fi în proporție de cel puțin încă 40-50% față de cele oficial

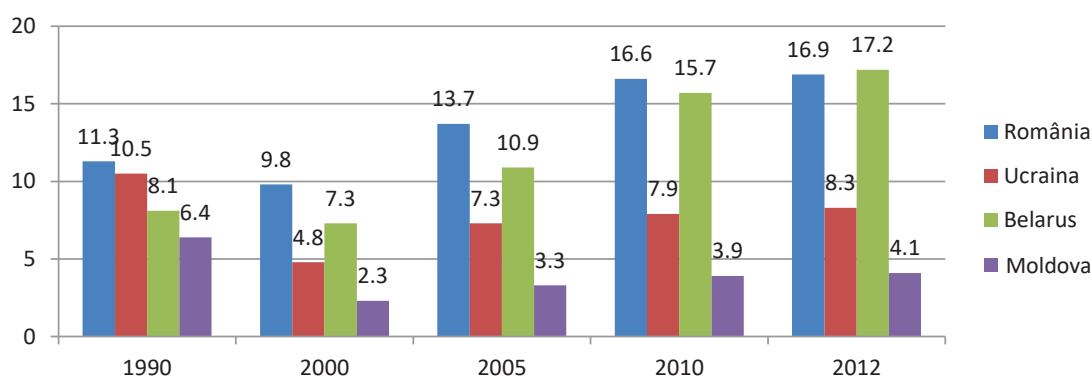
trimise, astfel că contribuția acestora ar putea să se ridice până la o treime din PIB.

Evoluția economiei naționale, începând cu anul 1990 și până în prezent, dar și a țărilor vecine: România, Ucraina, la fel și Belarus, este redată în Fig.1.1.2

De asemenea, Republica Moldova rămâne în urma țărilor cu un nivel mediu de dezvoltare și în privința nivelului de dezvoltare a principalelor ramuri ale economiei naționale – **industrie și agricultură**.

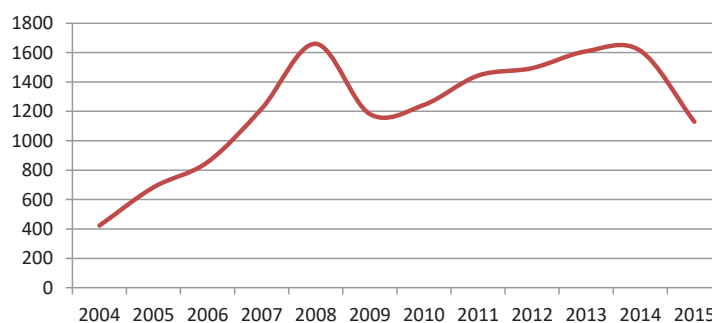
Tranziția la economia de piață s-a produs pe fundalul unor schimbări radicale în structura ramurală a industriei. Unele ramuri, cândva prioritare, și-au pierdut însemnătatea și rolul lor, altele dimpotrivă, au avansat. Astfel, în anul 1990, industriei constructoare de mașini și industriei ușoare le revenea 43,5% din volumul total al producției industriale, iar în anul 2013 aceste două ramuri nu acumulasă nici măcar 15% din total industrie. Și dacă industria ușoară, începând cu anul 2005, treptat își recuperează pozițiile cândva cedate (majorări de la 5,4%, în 2005, până la 12,6%, în 2013), apoi industria constructoare de

Fig.1.1.2.



mașini nici pe departe nu progresează, înregistrând reducere din pondere de la 20,9%, în 1990, până la 1,9%, în 2013, ori mai bine de 10 ori.

Fig. 1.1.1.



Faptul că economia țării dispune de un număr limitat de întreprinderi valoroase, orientate spre export, a devenit motivul principal al progresării lente a ramurii. Prin aceasta se explică dinamica incertă a indicilor volumului producției industriale. După o evoluție spectaculoasă a ramurii pe parcursul a 6 ani (2000-2005) în următorii 3 ani (2006-2008) se observă o stagnare, iar criza financiar-economică mondială din 2009 a afectat atât de puternic ramura, încât nivelul atins în anul 2005 a fost depășit abia în anul 2014 (Fig. 1.1.3).

Pentru asigurarea unei creșteri stabile și calitative a producției industriale este nevoie de re tehnologizarea industriei moldovenești, fluidizarea comerțului extern și asigurarea întreprinderilor cu forță de

Fig.1.1.1

Dinamica transferurilor de peste hotare, efectuate de persoane fizice prin intermediul băncilor (mil. dol. SUA)

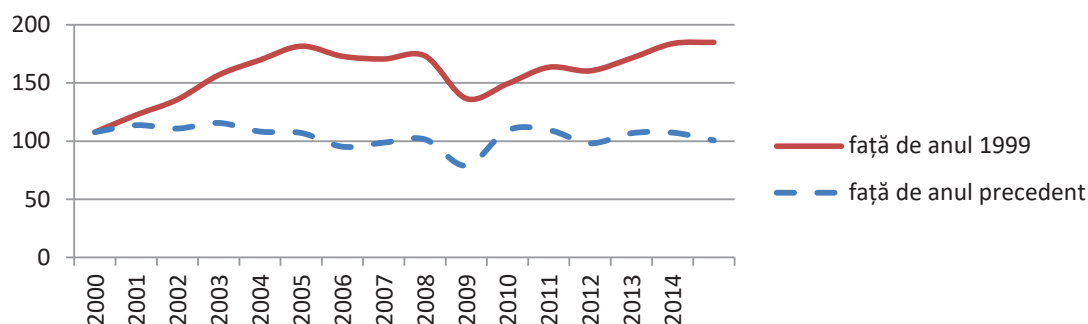
Sursa: BNS.

Fig. 1.1.2.

Evoluția PIB per capita după paritatea puterii de cumpărare (PPC) în Republica Moldova în comparație cu alte țări din regiune (mii dol. SUA) International human development indicators. <http://hdr.undp.org/e>

Fig. 1.1.3.
Dinamica indicilor
volumului
producției
industriale în
perioada 2000-
2014
Sursa: BNS.

Fig. 1.1.3.



la rândul lor, pot avea loc atunci când Moldova va depune efortul maxim pentru implementarea cu succes a prevederilor stipulate în Acordul de Asociere cu UE și în Planul de acțiuni de realizare a acestuia.

În condițiile Republicii Moldova, *agricultura* constituie un element caracteristic și una din cea mai răspândită activitate economică. Acest sector este și va rămâne una din ramurile dezvoltarea căreia determină nu doar asigurarea unei structuri alimentare echilibrate, dar constituie și o sursă importantă de materie primă pentru alte ramuri ale economiei. Împreună cu industria alimentară, agricultura asigură circa 25% din PIB și deține o cotă impunătoare în export. În agricultură activează circa 40% din forța de muncă a țării.

La etapa actuală de implementare a reformelor în sectorul agricol, situația nu s-a îmbunătățit simțitor, iar în unele cazuri continuă să se înrăutățească. Acest fenomen se explică prin influența mai multor factori, ca: lipsa de cunoștință pentru organizarea și gestionarea businessului agrar la majoritatea noilor proprietari de mijloace de producție, atribuirea în proprietatea țăranilor a loturilor mici, nedorința acestora de a se asocia în întreprinderi producătoare mari, plecarea masivă (migrarea) peste hotarele țării, infrastructura deplorabilă și mulți alți factori sociali cu consecințe negative în procesul de dezvoltare a țării și

îmbunătățirii nivelului de trai al populației. Plus la toate acestea și condițiile climaterice nefavorabile (seceta, înghețurile timpurii, inundațiile, grindina ș.a.), dar și atenția slabă din partea guvernării față de nevoile țăranilor și fermierilor a adus la situația actuală complicată.

În ultimii ani, creșterea producției agricole a fost infimă. Astfel, producția medie globală în ultimii zece ani (2005-2014) a fost cu cca 15% superioară în comparație cu alți zece ani anteriori (1995-2004), datorită, în mare măsură, influenței rezultatelor foarte bune din anii 2013 și 2014. În perioada 2001-2014, indicii volumului producției agricole, în dinamică față de anul 2000 și față de anul precedent, variază cu creșteri și reduceri, dar linia generală indică o stagnare continuă (Fig. 1.1.4).

În sectorul agricol există un șir de probleme privind respectarea tehnologiilor de cultivare a plantelor, structura suprafețelor și rotația culturilor, reducerea suprafețelor destinate culturilor furajere. Micșorarea considerabilă a suprafețelor cu culturi furajere a dus la reducerea efectivului de animale și păsări și, respectiv – la reducerea producției sectorului zootehnic.

Problemele cauzate de procesul reformării în sectorul fitotehnic a schimbat radical structura, modul de întreținere și modelul de organizare a sectorului zootehnic. Privatizarea capitalului fix în acest sector,

Fig. 1.1.4.

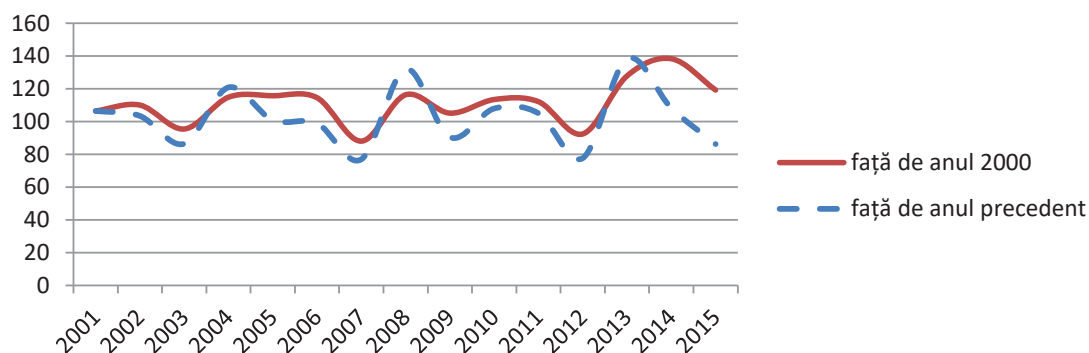


Fig. 1.1.4.

Dinamica indicilor volumului producției agricole în perioada 2001-2015

Sursa: BNS.

inclusiv a șeptelului de animale, a dus la diminuarea considerabilă a efectivului de animale în țară și, în primul rând, a efectivului de bovine și vaci. Dacă în anul 2001 efectivul animalelor (bovine) a constituit 394 mii capete, atunci în 2014 – doar 189 mii de capete, inclusiv vaci – de la 269 mii de capete la 131 mii de capete sau de peste două ori mai puțin.

Ca urmare a scăderii efectivului de animale s-a micșorat și producția principalelor produse agricole pe cap de locuitor (Tabelul 1.1.2).

Odată cu privatizarea patrimoniului statului în condițiile liberei concurențe, în țară s-au creat premise pentru a se forma, în baza proprietății private, noi agenți economici pe diferite dimensiuni – Întreprinderi Mici și Mijlocii (ÎMM), având menirea să joace un rol semnificativ în eficientizarea factorilor de producție.

Pe parcursul ultimilor ani au fost înregistrate progrese în vederea ajustării legislației spre facilitarea desfășurării afacerilor, însă acestea s-au dovedit a fi doar îmbunătățiri limitate la calitatea climatului

Tabelul 1.1.2.

	1981-1990 (media anuală)	1990	2000	2010	2014
Carne (în greutate după sacrificare)	73	84	24	31	34
Lapte și produse lactate	326	346	158	166	148
Ouă (buc.)	254	259	158	202	181
Cereale	599	581	532	680	822
Floarea-soarelui	61	53	74	107	154
Sfeclă de zahăr	589	493	259	235	381
Legume	310	270	100	96	92
Fructe și pomușoare	228	206	70	91	140
Struguri	294	215	193	135	168

Tabelul 1.1.2.

Producția principalelor produse agricole pe cap de locuitor (kg per an)

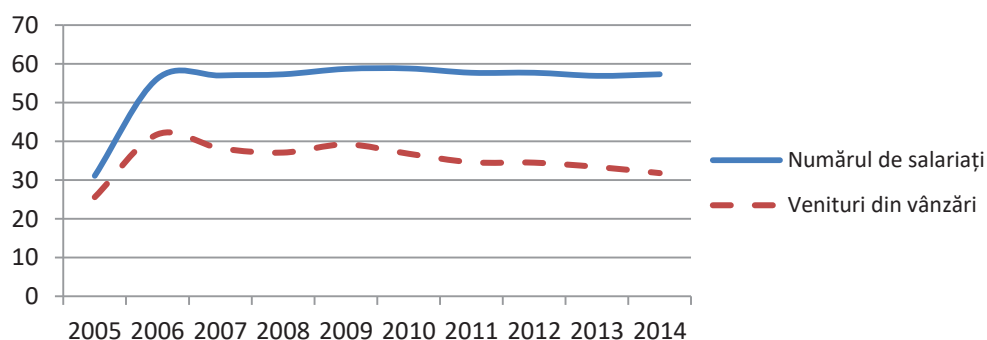
Sursa: BNS.

Fig. 1.1.5.

Numărul de salariați și veniturile din vânzări ale IMM-ilor, % din total pe economie

Sursa: BNS.

Fig. 1.1.5.



de afaceri. Totuși au fost obținute unele succese remarcabile în anumite sectoare, ceea ce a condus la un impact benefic asupra tendințelor de dezvoltare a IMM-ilor și a contribuit la creșterea numărului de întreprinderi noi.

În perioada anilor 2005-2014, numărul IMM-ilor, pe toate tipurile de activități, a crescut de peste 1,6 ori. Ponderea acestora în totalul întreprinderilor pe parcursul ultimilor ani se menține stabilă, la nivel de peste 97%. În perioada menționată a crescut ponderea numărului de salariați de la 31 la 57%, iar veniturile din vânzări – de la 26 la 32% (Fig. 1.1.5).

Deși s-au întreprins măsuri serioase în scopul consolidării businessului mic și mijlociu, acesta încă nu a devenit elementul-cheie în creșterea economică, reducerea șomajului și a sărăciei. Obiectivele primordiale, ca: reabilitarea infrastructurii; promovarea exporturilor; crearea locurilor de muncă și a unui mediu investițional atractiv, nu au fost atinse. A sporit numărul de unități economice radiate, doar în anul 2015 au fost radiate 3,9 mii de unități, cu peste 40% mai mult decât în anul anterior.

Comerțul exterior al republicii, pe parcursul ultimului deceniu, a marcat o evoluție mai dinamică decât economia în ansamblu. Deci, dacă în ultimii 10 ani (2005-2014) PIB-ul s-a majorat de cca 1,5 ori, apoi exporturile au crescut de 2,3 ori, iar

importurile – de 3 ori. Rezultatele obținute în domeniul comerțului exterior puteau fi și mai relevante, însă Republica Moldova, de-a lungul anilor de independență, s-a confruntat cu mari dificultăți, principalele din acestea fiind cele de origine externă, cum ar fi: criza financiară din Asia din anii 1998-1999, când s-au prăbușit piețele financiare ale principalilor parteneri comerciali ai Moldovei de pe atunci, iar mai apoi și criza financiar-economică mondială.

Evoluția comerțului exterior al Moldovei se manifestă printr-o accentuare a tendințelor de creștere a importurilor cu ritmuri superioare exporturilor, contribuind astfel la majorarea deficitului balanței comerciale, care a luat proporții periculoase, îndeosebi, începând cu anul 2005. În anii 2011-2013, deficitul balanței comerciale a fost de 10 ori mai mare decât în anul 2000 (Fig. 1.1. 6).

Analiza evoluției comerțului exterior demonstrează că tendința generală de majorare atât a exporturilor, cât și a importurilor s-a păstrat până în anul 2009, când s-a produs o diminuare a acestuia. În rezultat, a avut loc o reducere a exporturilor și importurilor de bunuri pe toate direcțiile, dar în proporții mai mari – spre țările CSI și, respectiv, s-a redus ponderea acestor țări în comerțul total. Dacă în anul 2005 ponderea exporturilor către țările CSI constituia 51%, apoi în anul 2014 – cca 31% (inclusiv Rusia – 32% și 18%), iar a importurilor, respectiv

Fig. 1.1.6.

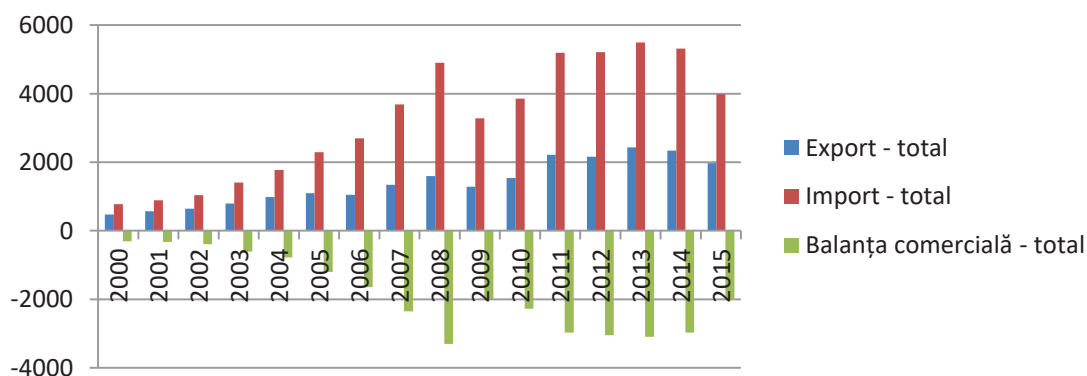


Fig. 1.1.6.

Evoluția comerțului exterior al Republicii Moldova în perioada 2000-2015

Sursa: BNS.

40% și 27% (inclusiv Rusia – 17% și 14%). Invers proporțional au evoluat exporturile și importurile către țările UE și alte țări (Fig. 1.1.7).

În evoluția comerțului exterior din ultimii ani s-au produs unele schimbări structurale

remiteri.

În trimestrul al IV-lea, valoarea exporturilor atât de bunuri, cât și de servicii, veniturile și transferurile curente, efectuate de către nerezidenți în Republica Moldova, au fost în scădere față de perioada similară a anului

Fig. 1.1.7.

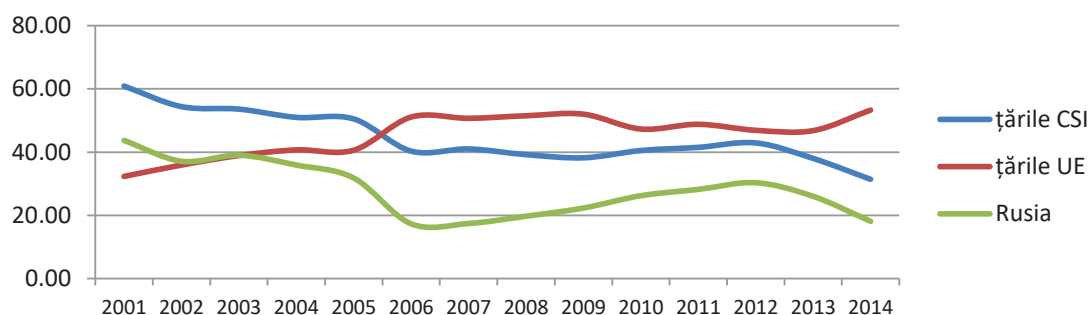


Fig. 1.1.7.

Evoluția exporturilor Republicii Moldova pe grupe de țări și Rusia
Sursa: Întocmită în baza datelor statistice pentru anii respectivi.

pe grupe de mărfuri, în esență, pozitive. Totodată, s-a majorat ponderea produselor vegetale și s-a redus ponderea băuturilor, tutunului și altele.

Contul curent. Deficitul contului curent s-a majorat treptat de la 28 mil. dolari SUA, în anul 2001, la 226 mil. dolari, în 2005, și până la 564 mil. dolar în 2014, reprezentând, în ultimul an, cca 5,7% din PIB. În anul 2013 acesta a avut o tendință de descreștere, coborând până la nivelul de 5% din PIB în 2013. Tendința de contractare a deficitului contului curent nu a continuat și în anul 2014, din cauza evoluțiilor negative din a doua jumătate a anului, cu precădere din ultimul trimestru, ce au influențat intrările de valută în țară, obținute din exporturi și

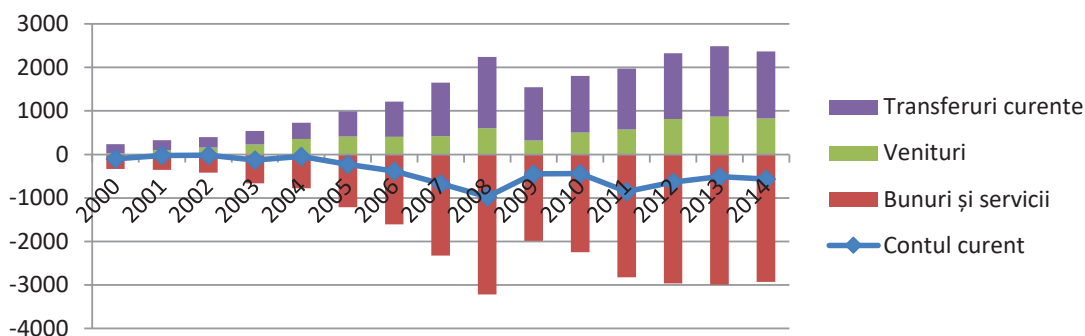
precedent. În ansamblu, în anul 2014, deficitul contului curent a fost în creștere cu 11,2% față de anul precedent sau cu 57 mil. USD, după o contractare cu 25,4% în 2013 comparativ cu 2012 (Fig. 1.1.8).

Principala contribuție la majorarea deficitului contului curent au exercitat-o reducerea exporturilor de bunuri, veniturile obținute din străinătate, în special, din compensarea muncii rezidenților moldoveni de către nerezidenți, transferurile personale și scăderea exporturilor de servicii.

Importurile, care reprezintă componenta de bază ce asigură deficitul contului curent, s-au redus, în anul 2014, cu 3,2% sau cu 175 mil. USD față de anul precedent, încadrându-se în tendința generală de temperare a

Fig. 1.1.8.

Dinamica
contului curent
al Republicii
Moldova, mil.
USD, 2000-2014
Sursa: Datele
Băncii Naționale a
Moldovei.

Fig. 1.1.8.

creșterii care s-a produs în ultimii doi ani. Totodată, ca urmare a embargourilor rusești și a situației economice precare în Ucraina și Federația Rusă, pe fundalul tendinței de scădere a prețurilor produselor agricole pe piețele internaționale, ritmul de contractare a exportului de bunuri a devansat și mai mult pe cel al importului.

O problemă majoră pentru Republica Moldova, care s-a agravat în deosebi în ultima vreme, este fenomenul de „îmbătrânire” a populației. Problema rezidă în faptul că se intensifică tendința de descreștere a numărului de salariați (contribuabili la formarea bugetului public), pe de o parte, și majorarea numărului de pensionari, pe de altă parte, care, în viitor, ar putea să se egaleze. Acest fenomen exercită presiuni din ce în ce mai evidente și mai puternice asupra bugetului național (Fig. 1.1.9).

O altă problemă serioasă, cu care se confruntă Republica Moldova, vizează nivelul scăzut al activității economice. În

ultimii 15 ani, populația economic activă s-a redus cu peste 400 mii de persoane ori cu aproximativ un sfert. În prezent, rata activității economice (raportul dintre populația economic activă și populația de 15 ani și peste) constituie 42,4% și este cel mai scăzut nivel în comparație cu alte țări din fosta URSS (Fig. 1.1.10).

În concluzie, constatăm că în perioada de tranziție la economia de piață, Republica Moldova s-a confruntat cu probleme majore în vederea asigurării eficiente și rapide a transformărilor economice. După un sfert de secol de reforme, economia țării nu a reușit să recupereze pierderile din anii de recesiune, care s-au produs, în principal, în primii 5 ani de tranziție. Perioada de recesiune a durat prea mult timp, pierderile au fost prea mari, iar ritmurile de creștere din perioada de relansare economică nu au fost suficiente pentru a le recupera. La moment, țara se află într-o situație dificilă, dispunând de un potențial economic egal cu cca 2/3 în raport cu cel care îl avea la

Fig. 1.1.9.

Evoluția
raportului
salariați –
pensionari, mii
persoane
Sursa: BNS.

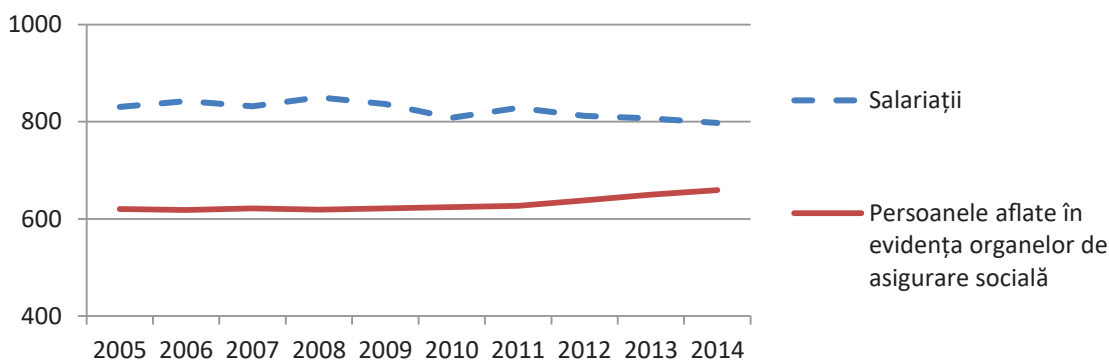
Fig. 1.1.9.

Fig. 1.1.10

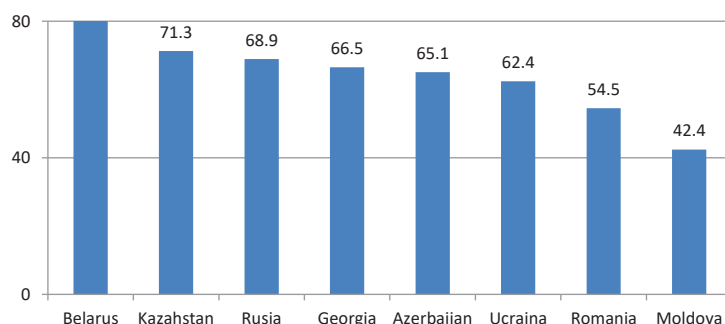


Fig. 1.1.10.

Rata de activitate economică, anul 2014

Sursa:

«Экономическое обозрение» din 29 aprilie 2016, nr. 16.

începutul reformelor.

Economia Moldovei s-a lansat pe traiectoria creșterii înregistrând ritmuri majore între anii 2001-2005. Începând, însă, cu anul 2006, ritmurile de creștere s-au diminuat, iar în anul 2009, economia țării, fiind puternic afectată de criza financiar-economică mondială, pentru prima dată după anul 2000 a consemnat reduceri, înregistrând o diminuare a PIB-lui față de anul precedent cu 6,0%. După declinul din anul 2009, au mai urmat regrese în anii 2012 și 2015, respectiv de 0,7 și 0,5%.

Criza financiar-economică mondială, suprapusă de criza politică din interiorul țării, a complicat mult situația socio-economică. Deși noua guvernare a țării a venit la conducere cu un program anticriză bine aranjat și consistent, realizarea acestuia s-a complicat din cauza instabilității politice și a conjuncturii nefavorabile pe piețele din exterior.

Experții Băncii Mondiale, studiind situația din Republica Moldova (Memorandumul Economic pentru Moldova), admit că cca 40% din brațele de muncă ale Republicii Moldova se află peste hotarele țării. În acest document se mai menționează că „Moldova... este în prezent cea mai săracă țară din Europa. Venitul pe cap de locuitor a crescut rapid din anul 2000, deși într-un ritm mai scăzut decât media din țările Europei de Est, fiind în continuare net inferior nivelului din

perioada sovietică. Nici fluxurile de capital, nici exporturile și nici investițiile străine directe (ISD) nu au condus la prosperitatea economică recentă a Moldovei, aceasta datorându-se mai degrabă muncitorilor emigranți care au plecat peste hotare și trimit bani acasă. Moldova a experimentat o creștere fără crearea locurilor de muncă... Migrația a contribuit la reducerea sărăciei, dar și la crearea unui ciclu de oportunități reduse acasă”.

Nivelul de ocupare, de altfel, vorbește despre capacitatea societății de a crea locuri de muncă și de a asigura cetățenilor săi un trai decent. Cu regret, pe parcursul perioadei ce s-a scurs de la începutul reformelor și până în prezent, din cauza lipsei de experiență și a deciziilor incorecte ale guvernanților, adesea inspirate de propriile ambiții politice și ideologiile distructive, incompatibile cu teoriile și practicile deja probate ale reformelor, acestea nu s-au soldat cu rezultate satisfăcătoare, ba mai mult ca atât, această perioadă ar putea fi apreciată ca stagnantă.

Situația socio-economică a Republicii Moldova a început să degradeze considerabil, după alegerile parlamentare din noiembrie 2014, transformându-se treptat într-o mare dezamăgire și revoltă a populației provocată, în primul rând, de dezvăluirea faptului devalizării a trei bănci mari de o sumă colosală de bani, calificată în sursele mediatice ca “furtul

secolului". În anul următor (2015), starea socio-politică tensionată din țară a plasat, pe plan secundar, realizarea problemelor prioritare ce țin de reformarea societății prin implementarea Acordului de Asociere cu UE. În vâltoarea bătăliilor politice au fost desemnate, iar apoi retrasă încrederea în mai multe guverne. Urmare a instabilității situației socio-politice interne și stopării reformelor a fost pierderea relațiilor cu instituțiile financiare internaționale și sistarea acordării ajutoarelor de către acestea.

De rând cu stoparea reformelor structurale și instituționale, a sporit neîncrederea businessului față de autorități, s-a deteriorat simțitor activitatea de afaceri, au slăbit instituțiile de piață și de drept, a continuat să degradeze sectorul de stat. Plus la toate, s-au mai suprapus și condițiile climaterice nefavorabile pentru sectorul agrar. În rezultat, chiar de la începutul anului 2015, s-au făcut observate primele semnale ale intrării într-o nouă fază de criză, care mai apoi s-au intensificat pe parcurs și care vor avea consecințe negative pentru anul în curs, dar și pentru viitor.

1.2. Context social

Creșterea capitalului uman este indisolubil în raport cu rezolvarea problemei privind inegalitatea socială, acest indicator fiind inclus în calcularea Indicelui Dezvoltării Umane din anul 2010. Oportunitățile de dezvoltare umană (creșterea productivității muncii și, prin urmare, creșterea economică) sunt determinate nu doar de nivelul veniturilor personale, dar și de profunzimea inegalității. Începând cu un anumit nivel critic, inegalitatea socială devine un obstacol în dezvoltarea capitalului uman și frânează creșterea economică², iar

lipsa mecanismelor eficiente de reducere a inegalității duce la o creștere semnificativă a veniturilor pentru cei bogați și sărăcirea restului populației³.

În prezent, inegalitatea veniturilor este una dintre problemele sociale cele mai acute pentru Republica Moldova, cauzele acesteia fiind determinate de mai mulți factori:

- menținerea salariilor la un nivel scăzut, în special în sectorul agrar;
- caracterul temporar al ocupării și lucrul în sectorul informal;
- insecuritatea veniturilor individuale;
- scăderea reală a valorii veniturilor în urma devalorizării salariilor și plăților sociale.

Factorii sociodemografici, cum ar fi: vârsta, sexul, starea de sănătate, componența familială și a gospodăriei casnice, au un impact semnificativ asupra inegalității veniturilor. Persoanele vârstnice, femeile, familiile numeroase, persoanele cu probleme de sănătate au venituri mai mici, respectiv, sunt supuși riscului sărăciei într-o măsură mai mare. De asemenea, se menține constantă diferența semnificativă pe medii de reședință, sătenii având venituri disponibile cu mult mai mici decât orășenii.

Către anul 2014, în Republica Moldova nivelul sărăciei s-a redus semnificativ, rata sărăciei absolute a scăzut de 2,6 ori comparativ cu anul 2006, micșorându-se de la 30,2% la 11,4%. Astfel, toate obiectivele cu privire la reducerea sărăciei, stabilite pentru anul 2015, au fost atinse înainte

Report 2006. – N.Y.: The World Bank and Oxford University Press, 2006.

3 A. Atkeson, R.E. Lucas Jr. On efficient distribution with private information. *Review of Economic Studies*, 1992, 59, No 3, 427-53; C. Phelan. On the long run implications of repeated moral hazard. *Journal of Economic Theory*, 1998, 79, No 2, 174-91; E. Farhi, I. Werning. Inequality, social discounting and estate taxation. NBER working paper No 11408, 2005, www.nber.org/papers/w11408

2 World Bank. Equity and Development: World Development

de termen. Incidența sărăciei în raport cu pragul internațional de 4,3 dolari SUA pe zi a scăzut de la 34,5%, în 2006, până la 26,8%, în 2010, și până la 14,2% în 2014, depășind ținta finală cu 8,8 puncte procentuale, iar rata sărăciei extreme – 0,1% (ținta pentru 2015 este de 4%)⁴.

Un alt indicator, folosit pentru măsurarea sărăciei, este *indicele profunzimii sărăciei* (diferența dintre pragul sărăciei și volumul consumului populației sărace). Începând cu anul 2006 și până în anul 2014, indicele profunzimii sărăciei s-a redus continuu de la 7,9% până la 1,5%, astfel, în perioadă vizată profunzimea sărăciei s-a redus de 5,3 ori.

Indicele *severității sărăciei* (inegalitatea între săraci) caracterizează gravitatea fenomenului. În anul 2014 în comparație cu anul 2006, indicele severității sărăciei s-a redus de 10 ori – de la 3,0 la 0,3% (Fig. 1.2.1).

Profilul sociodemografic actual al sărăciei nu prezintă deosebiri esențiale față de cel de acum un deceniu. Incidența sărăciei este mai mare decât media pe țară în cazul populației din mediul rural (16,4%), persoanelor cu nivel scăzut de studii (21% pentru cei cu studii medii incomplete),

persoanelor care activează în sectorul agricol (25,5% în cazul salariaților și 19,8% în cazul lucrătorilor pe cont propriu), pensionarilor (14,6%), populației în vârstă de 60-64 de ani și 65 de ani și peste (13,4% și, respectiv, 14,7%), copiilor (circa 15%) și a familiilor cu doi și mai mulți copii (13,7% și, respectiv, 27%).

Remitențele de peste hotare reprezintă o sursă esențială de menținere a bunăstării populației. Fiecare a patra gospodărie casnică din Republica Moldova este dependentă de transferurile de peste hotare. În lipsa remitențelor, rata sărăciei absolute în mediul rural ar fi fost de circa două ori mai mare decât nivelul actual și putea să constituie peste 35%, iar pentru populația totală de 26,7% sau de 2,3 ori mai mare.

Una dintre cele mai vulnerabile categorii ale populației sunt pensionarii. De remarcat faptul că ratele sărăciei sunt mai mari pentru persoanele în vârstă decât pentru cei tineri doar în Armenia și Republica Moldova din cele 26 țări cu o pondere relativ înaltă a vârstnicilor în structura populației⁵.

În anul 2014, pensia minimă pentru limita de vârstă a muncitorilor din sectorul agricol a constituit 710,72 lei, iar pentru celelalte categorii – 798,33 lei. Mărimea pensiei

4 Raportul privind sărăcia în Republica Moldova în anul 2014. http://www.mec.gov.md/sites/default/files/raport_privind_saracia_in_republica_moldova_2014.pdf

5 Golden Ageing. Prospects for healthy, active, and prosperous ageing in Europe and Central Asia. World Bank Group. 2015, p.220.

Fig. 1.2.1

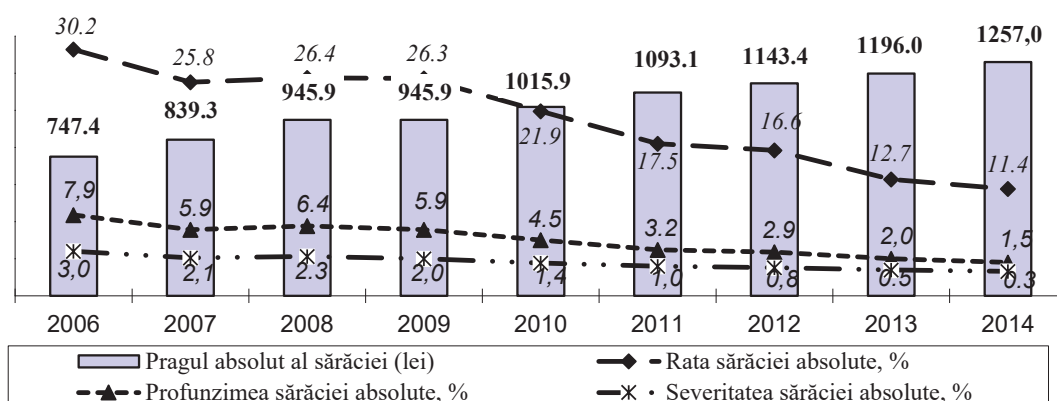


Fig. 1.2.1. Caracteristica indicatorilor sărăciei absolute
Sursa: BNS, Ministerul Economiei.

medii lunare la 1 ianuarie 2015 a constituit 1087,6 lei (la cursul de schimb al Băncii Naționale a Moldovei – 77,5\$), majorându-se cu 6,6% (în termeni reali – a crescut cu 1,4%). Totuși, raportul dintre mărimea medie a pensiei și minimul de existență a pensionarului a constituit doar 80,9%⁶.

Sărăcia în Moldova are un aspect specific, deoarece persoanele sărace sunt bine educate – până la 80% din persoanele din quintilele sărace (prima și a doua) au studii medii sau studii medii speciale, iar rata generală de alfabetizare depășește 90%. În același timp, nivelul angajării în câmpul muncii este destul de mic – în anul 2015, jumătate din numărul bărbaților și femeilor din quintilele sărace erau șomeri în ultimele 12 luni, iar dintre cei angajați, majoritatea (de ex., 68% femei) aveau servicii rău plătite (în agricultură, lucru casnic sau servicii manuale necalificate), cu nesiguranța de menținere a locului de muncă și capacitate diminuată de acumulare a economiilor.

Sărăcia copiilor, actualmente, prezintă una din cele mai importante probleme sociale, profunzimea și severitatea sărăciei copiilor în Republica Moldova rămâne a fi inacceptabil de mare. În anul 2014, nivelul de sărăcie al gospodăriilor casnice cu copii a fost de 12,7%, cu 1,3 p.p. mai înalt decât media pe țară. Gospodăriile cu copii se raportează atât la grupul cu risc maxim de sărăcie, cât și la categoria populației cu cele mai modeste venituri. În pofida faptului că s-a diminuat substanțial, în ultimii zece ani, riscul sărăciei crește odată cu sporirea numărului de copii în familie. Cel mai înalt nivel al sărăciei se înregistrează în rândul familiilor cu trei și mai mulți copii, rata sărăciei pentru această categorie constituind 27,1%, ceea ce este de 2,9 ori mai mare decât în gospodăriile casnice

cu un singur copil (9,3%) și de 2,7 ori mai mare decât în gospodăriile casnice fără copii (10,2%).

Este indisolubil faptul că bunăstarea copiilor este legată de bunăstarea familiei. Diferențele de venituri explică, în mare măsură, și diferențele de prosperitate nematerială a copiilor. Veniturile, consumul și condițiile de trai ale copiilor variază semnificativ după o serie de criterii, cu incidență critică în funcție de medii. Raportat la valoarea minimumului de existență pentru copii se evidențiază deficitul material acut, numărul copiilor în familie fiind un factor important ce determină valoarea deficitului (*Fig.1.2.2*). Familiile din mediul rural și familiile numeroase sunt în cea mai nefavorabilă situație. Copiii de la sat dispun de venituri mai mici (de 1,5 ori) și consum mai mic (de 1,4 ori) decât cei din mediul urban, inclusiv pentru alimentație, educație și sănătate.

Este important de menționat că unele gospodării casnice se află în sărăcie îndelungată, acest fenomen având consecințe nefaste asupra sănătății fizice și mentale, emoționale, bunăstării, dezvoltării copilului, rezultatelor școlare, nivelului de criminalitate, veniturilor viitoare etc. și provoacă reproducerea sărăciei. Studiile existente în domeniu demonstrează că circa 55% din gospodării cu trei și mai mulți copii s-au aflat în sărăcie de patru ani⁷. Copiii care cresc în familiile sărace sunt supuși unui risc mai înalt să devină adulți săraci, iar probabilitatea crește odată cu expunerea la sărăcie în copilărie pe parcursul a mai multor ani⁸.

Inegalitatea veniturilor și sărăcia nu doar reduce bunăstarea populației (asigurarea cu

6 Raportul privind sărăcia în Republica Moldova în anul 2014. http://www.mec.gov.md/sites/default/files/raport_privind_saracia_in_republica_moldova_2014.pdf

7 Rojco A. și alții. Perfecționarea metodologiei și evaluarea nivelelor de sărăcie și excluziune socială în contextul cerințelor UE. Chișinău, 2011, p.43.

8 Vaalavuo M. Poverty Dynamics in Europe: From What to Why. Working Paper 03/2015.

spațiu locativ, accesibilitatea și beneficierea de anumite servicii etc.), ci și creează impedimente de a face față unor situații de risc care pot interveni într-o anumită etapă sau perioadă a vieții (pensionare, îmbolnăvire, perioade de șomaj etc.).

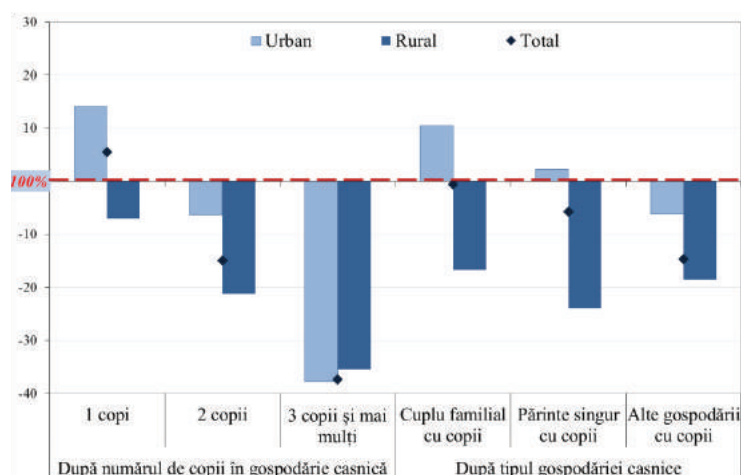
Repartizarea inechitabilă a veniturilor este reprezentată nu doar de veniturile prezente, ci și de bunurile sau veniturile acumulate, pentru ultimele inegalitatea fiind mai mare. Deși în ultimul deceniu se evidențiază o tendință relativ constantă de reducere a coeficientului GINI, de la 0,3150 până la 0,2579 sau cu 18,1% în anii 2006-2014, în comparație cu țările europene unde valoarea coeficientului Gini (după veniturile disponibile) constituie 32,3%, fiind cu 1,3 p.p. mai mare decât în UE-28 (31,0%)⁹.

Despre reducerea inegalității atestă repartizarea cheltuielilor medii de consum pe un adult echivalent. Adică, cheltuielile medii de consum la 10% din cea mai bogată populație au fost, în anul 2014, de 4,6 ori mai mari decât la 10% din cei mai săraci cetățeni, pe când în anul 2006 această diferență era de 7 ori (Fig. 1.2.3).

O viziune pe termen lung de dezvoltare cuprinzătoare pentru Republica Moldova trebuie să urmărească reducerea totală a sărăciei absolute, creșterea bunăstării populației și incluziunea socială. În legătură cu dinamica demografică prospectivă, una din întrebările esențiale prezintă dacă modificările în structura populației pot contribui la creșterea inegalității sociale și sărăciei.

Inegalitatea și riscul sărăciei sunt determinate de o serie de factori, inclusiv creșterea economică, globalizarea, schimbările tehnologice, piețele forței de

Fig. 1.2.2



muncă, mecanismele de protecție socială și dinamica demografică. În deceniile viitoare, un factor important în acest aspect prezintă îmbătrânirea demografică a populației asociată cu creșterea numărului și proporției grupurilor sociale care, în cea mai mare măsură, sunt expuși riscului sărăciei (persoanele vârstnice și, în special, cei singuratici).

Cercetările recente demonstrează că în țările europene structura pe vârste a populației și vârsta capului gospodăriei nu au o influență semnificativă în creșterea inegalității veniturilor, iar sistemele de pensionare adecvate asigură menținerea unui trai decent la bătrânețe¹⁰. Cu toate acestea se atenționează că în condițiile crizei financiare și modificării complexe a structurii gospodăriilor casnice¹¹ există probabilitatea de creștere a riscului de sărăcie pentru persoanele vârstnice.

În condițiile Republicii Moldova, inegalitatea veniturilor și sărăcia sunt cele mai sensibile aspecte față de procesul de îmbătrânire a populației, din cauza că vârstnicii sunt

Fig.1.2.2. Deficitul în venitul gospodăriilor cu copii în raport cu minimumul de existență pentru copii, %
Sursa: calculat în baza datelor BNS, Banca de date; www.statistica.md

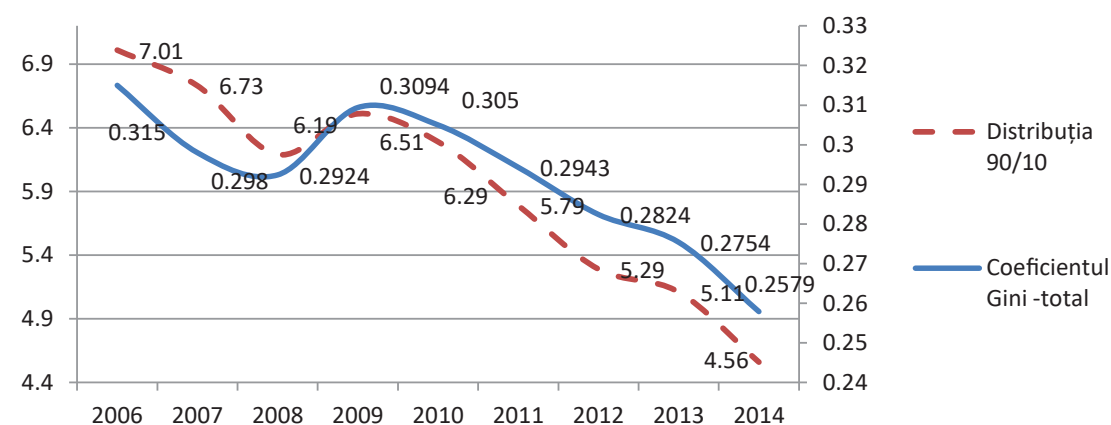
⁹ Raportul privind sărăcia în Republica Moldova în anul 2014. http://www.mec.gov.md/sites/default/files/raport_privind_saracia_in_republica_moldova_2014.pdf

¹⁰ Eurostat (2012b), Average household size (Source: SILC), http://appsso-eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_lvph01&lang=en

¹¹ Guerin B. Demography & Inequality. How Europe's changing population will impact on income inequality. RAND Europe, 2013. 37 p.

Fig. 1.2.3.
Repartizarea
cheltuielilor
de consum pe
persoană
Sursa: Ministerul
Economiei, BNS.

Fig. 1.2.3



expuși unui risc mai înalt al sărăciei, iar numărul și ponderea lor în totalul populației va fi în creștere continuă. Având în vedere că situația economică a persoanelor în vârstă este determinată de activitatea economică anterioară și transferurile publice prin intermediul sistemelor de pensii, pot fi evidențiate două probleme importante: prima – necesitatea majorării semnificative a cuantumului salariului minim¹² și perfecționarea sistemului de protecție socială a lucrătorilor în sfera muncii; cea de-a doua problemă vizează reformarea sistemului de pensii și asigurarea unui trai decent al populației după retragerea de pe piața forței de muncă.

Situația creată în prezent – ponderea înaltă a economiei tenebre și reducerea numărului de contribuabili – sporește riscul sărăciei pentru persoanele vârstnice și pune în pericol viabilitatea pe termen lung a sistemului de pensii. Reieșind din acestea, îndeplinirea obiectivelor Strategiei Naționale de Dezvoltare „Moldova-2020”, care își pune scopul de a scoate din sărăcie peste 20% din cetățenii afectați de sărăcie, în mare măsură, depinde de sustenabilitatea sistemului de asigurare socială.

¹²Conform Convenției sociale europene cuantumul salariului minim se stabilește în raport cu minimumul de existență și trebuie să fie de 2,5 ori mai mare decât ultimul. C131.Minimum Wage Fixing Convention, 1970 (No. 131). http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NormLexpub:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312276

Alte schimbări demografice, cum ar fi modificarea structurii familiale și a gospodăriilor casnice (creșterea numărului uniunilor non-maritale, a divorțurilor și a nașterilor în afara căsătoriei, majorarea numărului gospodăriilor casnice alcătuite dintr-o singură persoană, de regulă, vârstnică), pot provoca probleme deosebite în ceea ce privește creșterea și educarea copiilor, precum și furnizarea de sprijin pentru persoanele în vârstă.

Impactul cumulat al creșterii speranței de viață, nivelului de educație și modificării structurii gospodăriilor casnice indică faptul că politicile sociale viitoare vor trebui să țină cont de interacțiunile dintre diferiți factori demografici și efectul lor combinat asupra inegalității veniturilor în deceniile viitoare.

Urmează să remarcăm că creșterea economică nu creează în mod automat oportunități de îmbunătățire a standardelor de viață ale majorității populației, dat fiind faptul că premisele și condițiile de îmbunătățire ale acestora sunt determinate nu doar de cantitatea, dar și de structura distribuției bunurilor materiale produse. Inegalitatea socio-economică prezintă o caracteristică sistemică a orânduirii economice. Astfel, accesul la educație și formare profesională, la serviciile de sănătate, la locuință bună, la valorile

culturale vor fi diferite, în unele cazuri, facilitând dezvoltarea potențialului uman personal, iar în altele, constituind o piedică în satisfacerea nevoilor de bază, realizarea capacităților de muncă și creative ale omului.

În prezent, inegalitatea veniturilor rămâne la periferia politicii sociale a statului. Concentrându-se pe valorile medii absolute ale nivelului de trai și pe determinarea acestora prin creșterea economică și disponibilitatea resurselor, stratificarea socială este abordată insuficient, iar inegalitatea veniturilor și proprietății nu sunt incluse în lista indicatorilor supuși monitorizării și reglementării de stat.

Distribuirea inegală a veniturilor predispune economiile la crize, complică procesul de revenire și împiedică atingerea potențialului maxim. Studiile recente în domeniu¹³ constată că societățile care reușesc să micșoreze distanța dintre bogați și săraci se bucură de perioade mai lungi de creștere economică. Practicile pozitive ale unor țări și standardele europene la care au ajuns reflectă că diminuarea inegalității sociale, precum și creșterea bunăstării populației este posibilă, în special, prin mecanismele speciale de reglementare a veniturilor (taxe speciale, impozite), printr-un sistem eficient de asistență socială, servicii publice în sprijinul grupurilor cu venituri mici.

1.3. Infrastructura socială: necesitate de adaptare la o nouă structură demografică

Dinamica demografică, pe de o parte,

13 World Social Protection Report 2014/15 Building economic recovery, inclusive development and social justice. ILO, Geneva, 2014.

prezintă un factor de impact asupra infrastructurii sociale, iar pe de altă parte, există și o legătură viceversa: nivelul de dezvoltare a infrastructurii sociale favorizează dinamica demografică pozitivă sau negativă.

Cu populația totală în scădere și din ce în ce concentrată în jurul capitalei și a câtorva centre majore de activitate economică, menținerea rețelei existente a infrastructurii și a serviciilor publice va deveni mai costisitoare. În prezent, infrastructura socială a Republicii Moldova se caracterizează prin dezechilibru urban-rural, fiind un factor al inegalității și constituie o provocare principală pentru politicile de dezvoltare socială. Populația din mediul rural este mai dezavantajată în ceea ce privește accesul la serviciile de utilități publice și la condițiile de locuit din cauza deficienței infrastructurii sociale și insuficienței serviciilor prestate: doar o treime din gospodăriile rurale dispun de apă caldă, de baie sau duș, au acces la rețeaua de gaze naturale, majoritatea continuând să utilizeze preponderent sobele pe cărbune și lemn pentru încălzire¹⁴.

Structura solicitărilor în serviciile publice se va schimba odată cu modificarea necesităților diferitelor cohorte de vârstă. În prezent, există prea multe instituții de învățământ terțiar, care, pe măsura reducerii contingentului de studenți pe contul generațiilor tinere mici, vor fi din ce în ce mai puțin solicitate. Totodată, va fi nevoie de a asigura învățământul pe parcursul vieții pentru a oferi oportunități persoanelor în vârstă aptă de muncă, inclusiv celor în vârstă prepensionară și vârstnicilor, în actualizarea abilităților profesionale și creșterea capacităților de adaptare la cerințele pieței muncii în

14 Raportul privind sărăcia în Republica Moldova în anul 2014. http://www.mec.gov.md/sites/default/files/raport_privind_saracia_in_republica_moldova_2014.pdf

permanentă schimbare.

Îmbătrânirea populației va impune necesitatea de adaptare a serviciilor sociale și de sănătate la modificarea tipurilor de afecțiuni (creșterea maladiilor cronice) și a tipurilor de pacienți. O importanță deosebită va trebui acordată obiectivului ca persoanele vârstnice să rămână cât mai mult active, sănătoase și independente. Provocarea constă în elaborarea strategiilor eficiente axate pe prevenire, care să includă ameliorarea calității alimentației, activitatea fizică și intelectuală, începând cu modul de viață al tinerilor și persoanelor de vârstă medie.

Creșterea efectivului grupului de vârstă de 75 de ani și peste evidențiază, îndeosebi, problema sănătății și a îngrijirilor de lungă durată. Ea implică exigențe noi în privința locuirii, posibilităților de deplasare și dezvoltarea altor infrastructuri publice. Acest grup de populație are nevoie de servicii de sănătate și de îngrijire mult mai numeroase și esențial diferite de cele de care are nevoie populația tânără și adultă.

În prezent, constatăm subdezvoltarea rețelelor de instituții medicale, în special în mediul rural (doar puncte medicale cu o gamă limitată de servicii medicale), insuficiența cadrelor medicale. Completarea sectorului de asistență medicală primară cu medici în anul 2015 a fost de 86,1%¹⁵.

Astfel, sistemul de sănătate și de îngrijiri de lungă durată se vor confrunta cu dificultatea de a garanta, simultan, trei obiective importante: accesul pentru toți, indiferent de venituri, la un nivel înalt al calității îngrijirilor, viabilitatea financiară a sistemelor de îngrijire.

Un aspect important prezintă accesibilitatea fizică a infrastructurii sociale pentru diferite categorii ale populației, inclusiv pentru

persoanele cu dizabilități, numărul cărora în societatea îmbătrânită tinde să crească, deservirea acestora la domiciliu. Starea drumurilor naționale poate constitui un impediment important în realizarea acestui obiectiv. În prezent, în Republica Moldova, calitatea drumurilor este foarte slabă: circa 54% din drumurile naționale sunt în stare rea și aproximativ 20% – în stare foarte rea¹⁶. Depopularea și îmbătrânirea satelor moldovenești, creșterea numărului de localități cu un număr mic al populației, din care majoritatea sunt vârstnici, vor constitui o provocare pentru asigurarea accesului acestora la serviciile și infrastructura socială. Scăderea densității populației în zonele rurale va condiționa creșterea costurilor de menținere a infrastructurii sociale integrale: rețelei de energie electrică, sistemului de educație, obiectelor culturale, serviciilor de pompieri și poliție, serviciilor de îngrijire a sănătății și asistență socială etc. și drept consecință – scăderea accesibilității acestora pentru păturile social vulnerabile.

În cazul în care obiectivul este de a menține rețelele actuale ale infrastructurii publice și servicii, investițiile publice vor continua să fie insuficiente și infrastructura va deveni din ce în ce mai dezechilibrată: insuficientă în principalele centre de activitate economică și prea abundentă – în altă parte. Calitatea va avea de suferit, ceea ce va descuraja investițiile private, va împiedica creșterea economică și va încuraja refluxul migrațional. Reieșind din acestea, probabil, modelul și aria de captare a furnizării de servicii publice se va schimba.

Este evident faptul că pentru dezvoltarea și asigurarea accesului la infrastructura socială este necesară elaborarea unor abordări noi ce vor fi conjugate la

¹⁵ www.ms.gov.md

¹⁶ Strategia de transport și logistică pe anii 2013-2022, HG RM nr. 827 din 28.10.2013

modificările în structura populației și tendințele demografice de lungă durată. Dezvoltarea unei rețele optime a centrelor raionale/orășelelor cu infrastructura socială complexă și asigurarea accesului acesteia prin rețeaua de drumuri moderne atât pentru deplasarea populației, cât și pentru apropierea unor servicii mobile în localitățile rurale.

1.4 Context politic și instituțional

După declararea independenței statale în urma destrămării URSS în anul 1991, Republica Moldova a trecut printr-o tranziție tridimensională – de la un sistem politic autoritar spre un sistem politic bazat pe valorile democratice; de la o republică din componența fostei URSS spre suveranitate și independență statală; de la o economie planificată și centralizată spre o economie de piață. Pe plan extern, sarcina țării noastre a devenit încadrarea și adaptarea la procesele intense de globalizare, integrare europeană și de tranziție la o societate de tip informațional.

Această tranziție nu a fost ușoară, dificultățile economice întâmpinate în primii ani au fost exacerbate de conflictul transnistrean din 1992 și, ca urmare, dezintegrarea teritorială a Republicii Moldova, ceea ce a provocat o tensiune și scindare a societății, a condus la pierderi economice substanțiale. Nesoluționarea conflictului transnistrean constituie, și în prezent, unul dintre factorii determinanți ai instabilității politice care împiedică dezvoltarea economică sustenabilă a republicii.

Din decembrie 1991, Republica Moldova face parte din țările-membre ale CSI – Comunității Statelor Independente. Până în

prezent, în interiorul CSI nu a fost dezvoltat nici un proiect comun, care ar fi avut un impact pozitiv, inclusiv, nu s-au realizat așteptările conducerii Republicii Moldova cu privire la soluționarea conflictului transnistrean prin mecanismele interne ale acesteia. În cei douăzeci și cinci de ani de independență, la conducerea Republicii Moldova s-au succedat 8 guvernări: guvernarea agrariano-frontistă (1990-1994), agrariano-socialistă (1994-1998), guvernarea ADR, de centru-dreapta (1998-1999), guvernarea de tranziție în frunte cu Dumitru Braghiș (2000-2001), neo-comunistă (2001-2009) și guvernările AIE1, AIE2 și AIE3 de centru-dreapta (2009 – prezent). Acestea au înscris oscilații între Est și Vest, derapând de la valorile democratice, prin aplicarea mijloacelor de corupere a electoratului, astfel accentuând lipsa unui nivel înalt de cultură politică, dar și imaturitatea clasei politice.

În anul 2009, la guvernare au venit forțele de orientare proeuropeană, care, grație contextului internațional favorabil, dar și a evenimentelor din 7 aprilie 2009, au reușit să promoveze o politică externă activă, să demonstreze fermitate în direcția aleasă, fapt ce a contribuit la includerea Republicii Moldova în cadrul politicii UE de vecinătate alături de state, ca: Armenia, Azerbaidjan, Belarus, Georgia și Ucraina. Reformele, bazate pe principiile democratice demarate în Republica Moldova de Alianță, au condiționat lansarea unor proiecte europene importante în susținerea acestora. Una din realizările importante a fost semnarea, în anul 2014, a Acordului de Asociere UE – Republica Moldova, care a creat un cadru de cooperare în domeniile, precum: comerțul, politica de securitate și cultură, dar a fost liberalizat

și regimul de vize pentru cetățenii țării noastre.

În pofida unor succese obținute, în prezent, în plan politic și instituțional, Republica Moldova se caracterizează prin instabilitate și lipsă de progrese în realizarea reformelor structural-sistemice prin implementarea Acordului de Asociere cu Uniunea Europeană, dar și de altă sorginte, în scopul asigurării modernizării social-politice și instituțional-juridice.

Succesele de guvernare, inversările și eșecurile pot fi urmărite prin prisma Indicatorului Global de Guvernare (Worldwide Governance Indicator), disponibil pentru anii 2004-2014. În pofida unor schimbări operate în procesul de guvernare, proclamate de majoritatea partidelor politice, indicatorii principali, ce caracterizează calitatea guvernării, se schimbă foarte lent și nu obțin valori ireversibile. Luând în considerare intervalele de încredere pentru acești indicatori, sunt observate doar mici modificări/diferențe, care se încadrează în intervalele de încredere și nu arată schimbări semnificative. Totodată, se

constată gradul înalt de instabilitate politică ce se manifestă prin percepțiile cetățenilor cu privire la existența unei posibilități ca guvernul să fie destabilizat și răsturnat prin mijloace neconstituționale, inclusiv prin intermediul violenței și terorismului (42% pentru anul 2014). Un indicator elocvent al situației politice prezintă gradul de control asupra corupției, care este foarte scăzut (21% pentru anul 2014), fiind un flagel care subminează promovarea reformelor democratice și dezvoltarea socio-economică durabilă (Fig. 1.4.1).

Încrederea în instituții este parte a «capitalului social», nivelul ridicat al acestuia are efecte pozitive asupra dezvoltării socioeconomice a țării. Liantul numit „încredere” îi face pe oameni să se implice mai mult în sfera vieții publice, fiind semnificativ influențată de reprezentanții acestora, de profesionalismul, comportamentele și opiniile exprimate de ei.

Deteriorarea situației economice, instabilitatea politică în comun cu activitatea ineficientă a instituțiilor responsabile de securitatea financiară a țării din ultimii ani

Fig. 1.4.1

Indicator	Anul	Valoarea, %	Definiție
Voce și Responsabilitate	2004	31	Percepțiile cetățenilor cu privire la gradul de participare în alegerea guvernului, libertate de exprimare, de asociere și independență a mass-media.
	2009	37	
	2014	49	
Stabilitate politică și Absența violenței/terorismului	2004	37	Percepțiile cetățenilor cu privire la existența unei posibilități ca guvernul să fie destabilizat sau răsturnat prin mijloace neconstituționale, inclusiv prin intermediul violenței și terorismului.
	2009	26	
	2014	42	
Eficiența guvernării	2004	16	Percepțiile cetățenilor cu privire la calitatea serviciilor publice, independența acestora de presiunea politică, calitatea formulării și implementării politicilor, precum și reponsabilitatea guvernului față de acestea.
	2009	37	
	2014	40	
Calitatea reglementară	2004	37	Percepțiile cetățenilor cu privire la capacitatea guvernului de a formula și implementa politici și reglementări eficiente pentru dezvoltarea sectorului privat.
	2009	49	
	2014	54	
Statul de drept	2004	42	Percepțiile cetățenilor cu privire la gradul de încredere în poliție, instanțele de judecată și respectarea normelor legale: calitatea executării deciziilor, dreptul la proprietate și riscul criminalității și violenței.
	2009	40	
	2014	47	
Controlul corupției	2004	15	Percepțiile cetățenilor cu privire la gradul în care este controlată corupția.
	2009	28	
	2014	21	

Fig. 1.4.1.

Indicatorul Global de Guvernare pentru Republica Moldova, anii 2004, 2009, 2014
Sursa: <http://info.worldbank.org/governance>

Fig. 1.4.2

	2004	2009	2015
Parlament	58.5	49.6	87.4
Președintele țării	43.8	44.5	86.5
Guvern	54.7	46.6	85.5
Partide politice	60.9	58.7	87.3
APL	44.3	37.8	55.1
Armata	41.7	32.6	50.4
Justiția	55.1	51.0	80.6
Poliția	64.8	54.4	66.5
Bănci	49.4	44.4	74.0
Sindicate	46.4	36.9	60.6
ONG	39.8	31.2	49.9
Mass-media	36.1	29.3	50.6

Fig. 1.4.2.

Gradul de neîncredere a populației Republicii Moldova în instituțiile publice (ponderea respondenților care au o oarecare neîncredere sau neîncredere totală în instituțiile publice), %
Sursa: BOP – 2004, 2009, 2015.

au contribuit la scăderea drastică a încrederii cetățenilor în principalele instituții ale statului: parlament, președintele țării, guvern, partide politice, justiție etc (Fig. 1.4.2). Nesiguranța manifestată în ultima perioadă în cadrul sistemului bancar, de asemenea, a contribuit la reducerea esențială a încrederii oamenilor în sistemul bancar. Aceeași tendință de diminuare s-a înregistrat și la sindicate, organizații neguvernamentale și mass-media.

Formarea și consolidarea Republicii Moldova ca stat democrat determină, în mod imperativ, realizarea practică a principiului de separare a puterii de stat ca o condiție primordială de edificare și funcționare a unui stat de drept. În anul 1994, această delimitare a fost legitimată prin adoptarea Constituției RM și a altor acte normative. Asigurarea supremației legii, inalienabilității drepturilor și libertăților fundamentale ale omului, apărarea drepturilor și intereselor persoanei sunt repere necesare în realizarea statului de drept ce oferă siguranță populației unei țări.

În procesul realizării acestor obiective, Republica Moldova se confruntă cu o serie de dificultăți: gândirea perimată juridică și politică; lipsa de experiență și tradiții în domeniul legislativ; instituțiile democratice și organele de stat încă în

proces de constituire; emiterea sentințelor la comandă politică și corupția, care s-a infiltrat adânc în sistemul juridic național. Toate acestea au contribuit la formarea unei imagini de ansamblu negativă asupra justiției RM, confirmată și de încrederea scăzută a populației în instituțiile acesteia, care, în 2004, era de 45%, iar peste doar un deceniu coboară la 20%.

Experiența ultimului deceniu în Republica Moldova a demonstrat că mass-media în loc să servească, în mod decisiv, la construcția societății civile și la cenzurarea tendințelor autoritare ale diverșilor politicieni sau partide politice, ajunge să plaseze subiecte “de interes național” pe agenda publică, adeseori în mod artificial, fără nici o legătură cu problemele cetățenilor și cu prioritățile recomandate de realitatea socială.

Libertatea presei nu se reduce doar la independența ei în relația cu puterea publică, dar este necesar să includă și libertatea profesională față de grupurile de interese private. Apariția monopolurilor mediatice în Republica Moldova creează premisele reducerii numărului de opțiuni la dispoziția cetățeanului și posibilitatea manipulării sale în mod subtil. Din aceste considerente, calitatea produsului media scade, iar pericolul dezorientării cetățeanului crește și aceasta înseamnă reducerea calității

democrației. În acest context, are loc scăderea încrederii cetățenilor în instituțiile media.

Fragmentarea administrativ-teritorială. În prezent, organizarea administrativ-teritorială a Republicii Moldova poartă un caracter specific statelor, care nu au o tradiție de autoadministrare și, cel mai des, nu este bazată pe necesități, ci reprezintă o consecință a schimbărilor geopolitice sau a unor procese politice interne. Aceste modificări teritoriale s-au efectuat în anul 1994 prin constituirea UTA Găgăuzia, în 1998 se separă Transnistria, apoi în 1999 sunt formate județe (10 la număr), iar în 2003 se revine la sistemul vechi de raioane (33 la număr).

Constituirea acestor unități administrative a adus după sine centralizarea excesivă, dar și a contribuit la creșterea numărului funcționarilor (cca 25000 de funcționari), care implică și costuri consistente de peste 1 mld de lei anual din bugetul statului. În prezent, repartizarea existentă pe raioane nu este în sine o structură viabilă și are o eficiență redusă asupra prestării serviciilor publice, calității vieții și dezvoltării economice a teritoriilor gestionate, factori ce determină populația din raioane să migreze spre capitala țării sau peste hotarele ei.

Astfel, există o necesitate stringentă în reforma administrativ-teritorială în funcție de noile priorități, necesități, cerințe și resurse disponibile și dictate de logica economică, situația demografică și principiile regionalizării geografice.

Cetățenia. În contextul geopolitic actual, dar și a unor interese strategice, Republica Moldova și-a ajustat cadrul juridic cu privire la cetățenie. Modificările operate în lege doar au legitimat procesul de obținere a dublei sau multiplei cetățenii, care din

cauza migrației cunoștea deja intensitatea maximă, îndeosebi pentru solicitanții acesteia de la statul român (conform datelor oficiale cca 1 milion de persoane). Obținerea cetățeniei europene prin intermediul României conferă persoanei dreptul la liberă circulație, dreptul la sejur și stabilire, dreptul la muncă și la studiu în toate statele membre ale UE.

Mobilitatea populației, asigurată de posedarea mai multor cetățenii, este un factor pozitiv pentru dezvoltarea economică a țării, însă, în mod special, are un efect negativ și de lungă durată asupra situației demografice.

Cultura politică. Cultura politică a diverselor grupuri sociale depinde de faptul cum se reflectă sistemul politic în gândirea membrilor acestora, de pasiunile și ambițiile lor politice, de experiența pe care individul o posedă în domeniul vieții politice, de capacitățile persoanei de a aprecia fenomenele și evenimentele politice etc.

În Republica Moldova, cultura politică are un caracter rudimentar și fragmentar ce derivă din existența unor grupuri cu orientări politice opuse, care formează subculturi izolate (etno-lingvistice, socio-economice, regionale) conflictuale. Neîncrederea în diferite forțe sociale care reflectă lipsa sau slăbiciunea procedurilor democratice de soluționare a conflictelor contribuie la formarea unor predispuneri ale populației spre rezolvarea independentă a problemelor.

Cursul lent și foarte sinuos al tranziției spre construcția unui regim democratic parlamentar, în ultimele decenii, a plasat Republica Moldova pe locurile codașe în rândul țărilor ex-sovietice din centrul și sud-estul Europei cu democrații întârziate. Etapa de tranziție a fost marcată de

creșterea exponențială a inegalităților sociale, corupția agresivă și generalizată la toate nivelurile societății, un stat cu instituții politizate și ineficiente și o pseudoelită politică și intelectuală autointeresată, manipulată și decadentă.

Incertitudinea politică existentă în Republica Moldova în prezent este un impediment major în continuarea reformelor democratice, promovarea politicilor socioeconomice sustenabile conjugate cu transformări demografice, ce au drept finalitate instaurarea unui stat de drept, al bunăstării, unde vor fi respectate drepturile și libertățile omului, create condiții decente de viață și de muncă, ce ar concura cu cele din statele dezvoltate.

1.5. Context cultural

Contextul sociocultural al Republicii Moldova prezintă fundalul pentru evoluțiile demografice, determinând specificul comportamental al populației, astfel, politicile demografice trebuie în mod continuu să fie corelate cu schimbările din acest domeniu.

Populația băștinașă a Republicii Moldova reprezintă: moldovenii – circa 75,8% și 2,2% se declară români. Principalele minorități etnice cuprind ucrainenii (8,4%), ruși (5,9%), găgăuzii (4,4%) și bulgari (1,9%). Alte etnii constituie circa 1,4%¹⁷. Este necesar de menționat, că moldovenii, găgăuzii, bulgarii locuiesc preponderent la sate, iar rușii, românii și ucrainenii în orașe.

Se menține decalajul între nivelul de instruire a populației din mediul urban și cel rural. În mediul urban, persoanele cu nivelul de instruire superior și general (secundar și obligatoriu) reprezintă 93,9%

din numărul total al persoanelor în vârstă de 15 ani și peste, în mediul rural acest nivel de instruire îl aveau 81,7%.

Majoritatea covârșitoare a populației (93,3%) se declară de religie ortodoxă, ceea ce prezintă un factor important pentru consolidarea și integrarea societății.

Din punctul de vedere al distribuției în teritoriu, populația Republicii Moldova are un nivel de ruralizare pronunțat, continuând să fie țara cu cel mai scăzut grad de urbanizare în Europa. Conform datelor Biroului Național de Statistică, la începutul anului 2016, doar 42,5% din populație locuia în localitățile urbane, iar 57,5% – în cele rurale. Aproximativ 49% din populația urbană locuiește în capitală, iar dacă adăugăm aici și municipiul Bălți atunci circa 59% din orașenii moldoveni locuiesc în aceste două orașe.

Conform World Value Survey (WVS, 2006), Republica Moldova este o țară care se află la etapa de tranziție de la dominarea valorilor tradiționale la dominarea celor secular-raționale¹⁸, valorile ce țin de supraviețuirea fizică și economică având o prioritate mai mare decât democrația, libera alegere și autonomia. Acest fenomen este firesc, deoarece atâta timp cât supraviețuirea fizică rămâne incertă (doar 19,8% din populație consideră că sunt foarte mulțumiți și mulțumiți de felul în care trăiesc¹⁹), dorința de securitate fizică și economică tinde să aibă o prioritate mai mare decât valorile democratice. Se conturează evident tendința către abordările utilitarist-pragmatice ale evenimentelor. Având în vedere tendința lentă de modificare a contextului sociocultural, precum și progresul modest în dezvoltarea socioeconomică a țării,

¹⁷ Conform Recensământului populației Republicii Moldova din 2004.

¹⁸ World Value Survey. <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp>

¹⁹ http://ipp.md/public/files/Barometru/BOP_04.2016_prima_parte_finale-r.pdf

putem afirma că acest specific al contextului cultural este actual și în prezent.

Cu toate că familia se menține în poziții dominante în sistemul valoric al populației, se constată un pluralism de opinii cu privire la organizarea vieții familiale, ce se manifestă prin atitudine modernă, flexibilă, liberală față de traiul în comun fără înregistrarea căsătoriei, relațiile sexuale premaritale și nașterea copilului în afara căsătoriei²⁰.

Căsătoria nu este considerată ca o instituție demodată de 82% din populație (WVS, 2006). În ansamblu, populația conștientizează că familia este instituția ce îndeplinește funcții sociale importante – reproductivă, de socializare, de solidaritate familială. Mai mult decât atât, tradițiile culturale și obiceiurile au un rol important în reglementarea vieții conjugale și este cerut și apreciat de societate să fii căsătorit.

O componentă importantă a orientărilor atitudinal-valorice, ce determină comportamentul demografic al populației, prezintă atitudinile și rolurile de gen. Contextul cultural al Republicii Moldova în acest aspect se caracterizează prin prevalarea normelor tradiționale de natură patriarhală. Situația în acest domeniu poate fi caracterizată ca o *"balansare între tradiționalism și modernism"*.

Astfel de reprezentări, că rolul bărbaților în societate este preponderent în raport cu autoafirmarea profesională, iar al femeilor – cu familia și copiii, au o vastă răspândire. Stereotipurile contemporane ale soțului și soției sunt neconsecutive și contradictorii, prezentând un conglomerat al percepțiilor tradiționale și egalitare. Cu toate acestea, observăm o avansare evidentă în egalizarea

cerințelor față de soț și soție, iar imaginile acestora sunt mai puțin diferențiate decât în cadrul sistemului patriarhal.

Experiențele femeilor reflectă contractul de gen care prescrie rolurile și obligațiunile specifice ale femeilor și bărbaților. În acest context, sesizăm existența unui conflict de dublă perspectivă. Pe de o parte, bărbații recunosc drepturile și abilitățile femeilor la autorealizare, inclusiv în familiile lor, dar, pe de altă parte, nu doresc să ia asupra lor o parte din rolurile cu privire la deservirea membrilor familiei și educația copiilor, considerate, tradițional, o prerogativă a femeilor. Așadar, relațiile de gen în cadrul familiei nu au suferit mari schimbări, acest lucru provocând incoerență între nivelurile de echitate de gen în sfera publică și cea privată²¹.

Explicând nivelul scăzut de fertilitate în țările europene, se poate constata că acest fenomen nu prezintă o consecință inevitabilă a schimbărilor în rolurile feminine în sfera publică, ci, mai degrabă, rezultatul conservării acestora în sfera familială. Femeile au obținut șanse egale în educație și pe piața muncii, fără a obține drepturi și obligații egale în cadrul familiei. Ele continuă să îndeplinească toate sau aproape toate responsabilitățile casnice (îngrijirea copiilor și munca casnică), ceea ce, la rândul său, restrânge posibilitățile lor de participare în sfera publică, în comparație cu bărbații. În aceste condiții, reducerea fertilității este o opțiune în cadrul strategiilor feminine individuale de autorealizare profesională sau socială, în acest fel, ele pot minimiza efectele negative ale lipsei de egalitate dintre femei și bărbați în sfera privată. Acest raționament sugerează ideea că creșterea implicării bărbaților în îndeplinirea obligațiilor

20 Gagauz O. Familia între traditional și modern. Chișinău, 2011, p.119; Bulgaru M., Chistruga I. Familia tânără. Aspecte ale adaptării la societatea în schimbare. Chișinău: CEP, USM, 2015. P. 190.

21 Gagauz O. Modificarea contractelor de gen în societatea de tranziție. În: Revista de Filozofie, Sociologie și Științe Politice, Chișinău, 2012, nr.2, p.133-142.

casnice la niveluri comparabile cu ale femeilor poate contribui și la sporirea fertilității. Reieșind din aceste considerente, specialiștii în materie susțin opinia că transformarea rolurilor de gen, în special în viața privată, trebuie să fie însoțită de o politică publică care ar facilita reconcilierea muncii plătite și a obligațiunilor casnice, atât pentru femei, cât și pentru bărbați, pentru a asigura fertilitatea la nivelul înlocuirii generațiilor²².

Valorile sociale determină modul de formare și organizare a familiei. Un sistem dezirabil de valori ale populației cu referire la familie și căsătorie are implicații majore, atât în plan macrosocial, acestea influențând, în mare parte, evoluția ratei nupțialității și a altor comportamente demografice, cât și în plan microsocial, valorile reprezintă repere ale comportamentului psihosocial ce orientează comportamentul zilnic și formează anumite capacități de adaptare la mediul familial și cel social.

1.6. Cheltuieli sociale cu accent pe sănătate și educație

Numeroase studii, rezumate de OMS²³, constată că variațiile în starea de sănătate a populației atât între țări, cât și printre diverse categorii ale populației se identifică ca inegalități în domeniul sănătății, care în proporție de la 25 până la 75% reprezintă rezultatul nu atât al factorilor sănătății fizice, cât al factorilor sociali, care sunt susceptibili la eșecurile politicilor din sferele vieții sociale, economice și de sănătate.

22 Olah L. Should governments in Europe be more aggressive in pushing for gender equality to raise fertility? The second „YES”. În: Demographic Research, 2011, Vol. 24, p.217-224.

23 The European health report 2012 : charting the way to well-being. WHO, 2013.

Accesibilitatea serviciilor medicale și calitatea asistenței medicale constituie o problemă socială acută în Republica Moldova. Paradoxal este că, pe de o parte, indicatorii stării de sănătate a populației nu oferă Moldovei o poziție bună în raport cu celelalte țări, iar, pe de altă parte, cheltuielile totale și publice orientate pentru ocrotirea sănătății sunt relativ mari și depășesc media țărilor din Europa (8,9% în PIB) și Uniunea Europeană (10,2%).

Totuși, în valori absolute, cheltuielile pentru ocrotirea sănătății sunt foarte mici comparativ cu cele din statele de referință. Subfinanțarea sistemului de sănătate este evidentă, prin cea mai mică valoare a cheltuielilor totale per persoană (553 USD în PPP) în domeniul ocrotirii sănătății, Republica Moldova cedând semnificativ țărilor din Europa (cu o diferență medie de 4,3 ori mai mică). Printre țările de referință, Lituania și Letonia se apropie cel mai mult de media sumei alocate pe cap de locuitor a cheltuielilor pentru sănătate în țările UE. Prin urmare, spre deosebire de țările comparate, Republica Moldova se confruntă cu deficiențe cronice în privința resurselor materiale alocate, cu consecințe directe asupra dotării cu aparatură, asigurării cu medicamente și, în special, a remunerării decente a activității personalului medical.

În condițiile nivelului scăzut de trai al populației, statisticile internaționale arată ponderea mare a cheltuielilor pentru sănătate, plătite personal din buzunar (out-of-pocket) de către cetățenii Republicii Moldova (circa 45% din totalul cheltuielilor pentru sănătate). Acestea depășesc plățile neformale înregistrate în Europa și Uniunea Europeană, practic de 4 ori, precum și din majoritatea țărilor de referință, cu excepția Georgiei, unde astfel de cheltuieli prezintă 62% în total.

Evident, finanțarea sistemului de

Tabelul 1.6.1.
Cheltuielile
pentru ocrotirea
sănătății,
în aspect
comparativ, anul
2013
Sursa: World
Development
Index, Word
Bank.

Tabelul. 1.6.1

	Cheltuieli pentru sănătate			
	Totale (% în PIB)	Publice (% din PIB)	Total cheltuieli per capita (în PPP int. \$)	Personale din buzunar (out of pocket), % în total
Lituania	6,7	4,1	1579	32,6
Letonia	5,9	2,6	1310	36,5
Serbia	10,6	6,3	987	37,9
România	5,6	4,2	988	19,7
Georgia	9,2	1,6	697	61,9
Ucraina	7,5	3,8	687	42,8
Republica Moldova	11,8	5,2	553	44,6
Europa	8,9	5,7	2402	19,7
UE-28	10,2	7,8	3260	13,6

ocrotire a sănătății din contul alocațiilor bugetare este corelată cu situația economică din țară. După anul 2009, ponderea cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății s-au diminuat de la 6,4 la 5,3% în PIB, în anul 2014.

Republica Moldova rămâne în urma mai multor țări în ceea ce privește cheltuielile pe cap de locuitor în domeniul sănătății, care în anul 2014 au constituit în medie 3.145,2 lei sau 223,6 dolari SUA. Doar 85% din populație (2013 – 83,2%) au fost asigurate de către CNAM în 2014. Cheltuielile pentru o persoană asigurată au constituit 1.548,6 lei (2013 – 1.427,7 lei) sau 110,3 dolari SUA în 2014 (2013 – 113,4 dolari SUA)²⁴.

În ultimii ani a crescut contribuția salarială

a populației pentru asigurarea obligatorie de asistență medicală (de la 3,5% plătite de angajat și angajator în parte în anul 2013 la câte 4,5% în 2015).

Constatăm că, deși odată cu introducerea sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală (începând cu anul 2004), finanțarea sistemului s-a îmbunătățit, totuși calitatea serviciilor și accesibilitatea lor a rămas sporadică și inefficientă. De altfel, cetățenii Republicii Moldova au un acces inegal la resursele sistemului, cu diferențe semnificative pe medii de reședință în defavoarea populației rurale, iar cea mai gravă situație este pentru persoanele cu venituri mici. În timp, costul poliței de asigurare medicală a crescut considerabil (de la 441 lei în 2004 la 4860 lei planificat pentru anul 2015), iar, practic, un sfert din totalul populației rămâne în afara asigurării

²⁴ Raport conturi naționale în sănătate, 2014. Ministerul Sănătății, CNMS.

Fig. 1.6.1

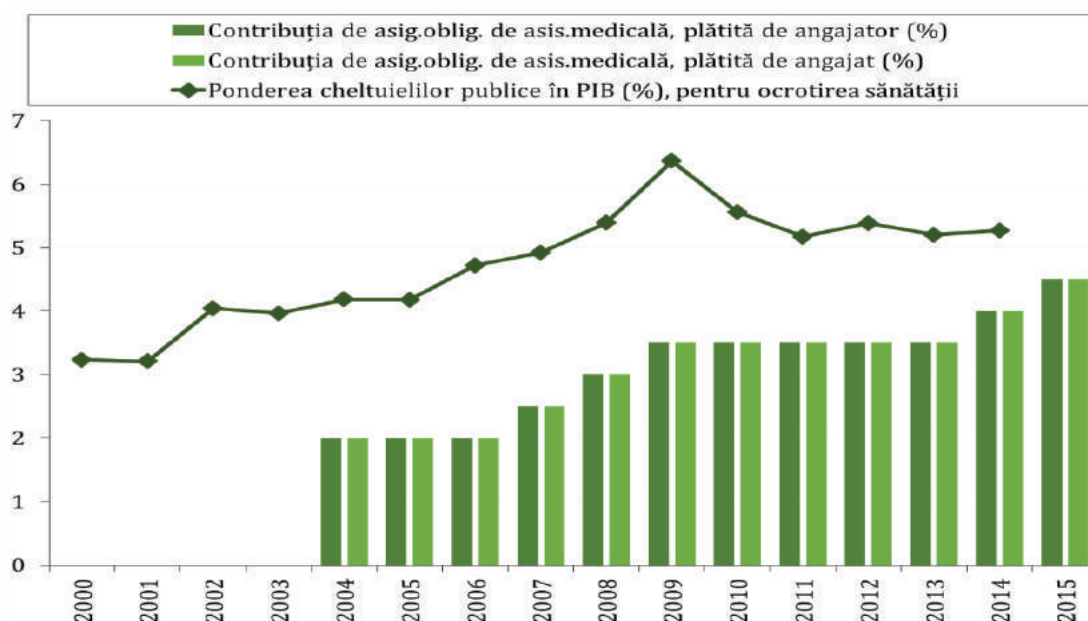


Fig. 1.6.1.
Ponderea cheltuielilor în PIB și contribuțiile salariale ale populației Republicii Moldova pentru ocrotirea sănătății, anii 2000-2015
Sursa: Rapoartele anuale ale Ministerului de Finanțe; Banca de date a BNS, www.statistica.md; CNAS.

obligatorii de asistență medicală, principalul motiv fiind neangajarea în câmpul muncii, munca informală și imposibilitatea achitării personale a costului pentru polița de asigurare. Studiile BNS²⁵ arată că printre persoanele care nu beneficiază de sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală cei mai mulți (peste un sfert) sunt cu venituri joase (prima chintilă), iar în mediul rural printre aceștia se numără fiecare a treia persoană

Totodată, populația Republicii Moldova are un nivel redus al educației în ceea ce privește menținerea și îngrijirea sănătății, complicată și de condițiile de trai și de privare socială, alături de un sistem medical foarte puțin orientat spre prevenirea și profilaxia bolilor. De altfel, studiile internaționale în domeniu²⁶ atestă că persoanele ocupate și cu nivel înalt de studii, pe lângă resursele economice mai mari de care dispun pentru a-și îngriji starea de sănătate, au un acces mai mare la servicii și informații medicale,

dar, în același timp, sunt și mai preocupați de a adopta stiluri de viață sănătoase.

Alt factor important ce influențează cheltuielile pentru sănătate este venitul. Semnificația raportului dintre venituri și cheltuieli pentru sănătate se constată atât la nivel individual, cât și cel național. La nivel individual, cheltuielile pentru asistența medicală sunt determinate de măsura accesibilității serviciilor medicale necesare care este acoperită de polița de asigurare medicală. În cazul în care cheltuielile unei persoane, în mare parte sau complet, sunt acoperite de asigurarea medicală, cererea pentru îngrijirea medicală nu depinde de scăderea/creșterea venitului individual. În cazul în care necesitățile de îngrijire medicală a unui individ sunt numai parțial acoperite de asigurarea medicală se constată sensibilitatea între modificările de venit și cerere.

Alt domeniu important pentru dezvoltarea capitalului uman și asigurarea competitivității țării se referă la domeniul educației. Indicatorul primar în domeniul educației este gradul de alfabetizare a populației. În Republica Moldova rata alfabetizării pentru adulți este de 99%, iar

25 Cercetarea bugetelor gospodăriilor casnice. BNS, 2012-2014.

26 Alber, J., Köhler, U., Health and care in an enlarged Europe, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Commission, 2004; Communicating the economics of social determinants of health and health inequalities. WHO, 2013.

pentru tineri în vârstă de 15-25 ani – 100%.

Deși, în prezent, cheltuielile bugetare pentru educație reprezintă peste 8% din PIB (ceea ce depășește media de 5% înregistrată pentru țările Europei și Asiei Centrale, precum și pentru țările UE), totuși cheltuielile medii per persoană sunt de 14 ori mai mici decât media țărilor OCDE, cât și a țărilor UE²⁷. Impactul asupra calității educației în ultimul deceniu a fost minim, iar performanța sistemului educativ în Republica Moldova este mult mai redusă față de celelalte țări. Acest fapt influențează în mod substanțial performanțele educaționale cuantificate prin prisma testărilor PISA (*Programme for International Student Assessment*)²⁸. În UE-27 în 2009²⁹ media performanțelor la științe a fost de 501,3. Scorul obținut de elevii din Republica Moldova este de doar 393 puncte, mai mic decât a celor din Bulgaria (439) și România (428). Acest fapt denotă performanțe mai scăzute de media europeană, diferența de performanță dintre Moldova și vecinii săi, inclusiv din CSI, fiind estimată la 2 ani de școlarizare³⁰.

Costurile investițiilor insuficiente în educație sunt multiple. Cercetările recente demonstrează că țările europene care investesc mult în creșterea capitalului uman, inclusiv în educație au performanțe mai înalte în atenuarea efectelor negative ale îmbătrânirii demografice³¹. Populația bine educată și mai sănătoasă se caracterizează

printr-un nivel mai înalt al productivității muncii și durata mai mare a perioadei de activitate economică.

În Republica Moldova trebuie realizate investiții inteligente în diferite niveluri de învățământ pentru a obține rezultatele comparabile cu țările din UE. Investițiile în învățământul primar și secundar ar trebui să vizeze reducerea disparităților în ceea ce privește frecvența și rezultatele școlare, lucru ce poate duce la creștere economică.

Investițiile în învățământul secundar superior, pe lângă randamentul lor economic, ar contribui la îmbunătățirea învățământului tehnic și profesional, având un impact pozitiv asupra dezvoltării industriale a Republicii Moldova. Experiența țărilor similare sugerează faptul că învățământul terțiar oferă cel mai mare randament al investiției. Cu toate acestea, provocările cu care se confruntă Republica Moldova, și anume părăsirea timpurie a sistemului educațional, trebuie avute în vedere în momentul prioritizării alocării fondurilor pe niveluri de învățământ. Investițiile în învățământul terțiar pot genera o creștere economică, dar nu pot reduce disparitățile sociale deoarece, în general, persoanele cu risc de excludere întâmpină greutăți în a absolvi învățământul secundar.

Dezvoltarea capitalului uman prin investiții consistente în educație și sănătate va genera numeroase beneficii, precum ameliorarea sănătății, creșterea productivității muncii, reducerea sărăciei, scăderea criminalității și a dependenței de prestații sociale.

27 OECD Indicators. Disponibil: <http://data.worldbank.org>

28 Testarea PISA are menirea să evidențieze ceea ce pot face elevii cu cunoștințele lor, ea fiind organizată la fiecare 3 ani pentru respondenți de vârstă de 15 ani în 3 domenii principale – citire, matematică și științe. Rezultatele efective sunt raportate la un punctaj mediu de 500, fiind delimitate 6 nivele de competență

29 Republica Moldova a participat în PISA doar în anul 2009.

30 Fiecare 40 de puncte echivalează cu aproximativ 1 an de școlarizare /40 points are equivalent with 1 year of schooling

31 Population Trends and Policies in the UNECE Region. Outcomes, Policies and Possibilities. 2013, 79 p.

1.7. Progresul obținut în realizarea acordurilor internaționale (CIPD, MIPAA)

Republica Moldova este semnatară numeroaselor programe și strategii focusate pe problemele sociodemografice generale, dar și pe necesitățile unor categorii de populație specifice, cum ar fi: bătrânii, tinerii ș.a. Unul din cele mai importante programe la care Republica Moldova a aderat în anul 1994, alături de alte 179 de țări, este Programul de Acțiune de la Conferința Internațională pentru

Populație și Dezvoltare din Cairo (PA CIPD). Aderând la acest program, Republica Moldova și-a asumat responsabilitatea pentru respectarea drepturilor omului și promovarea egalității de gen, asigurarea nivelului de trai decent și reducerea sărăciei, asigurarea accesului universal la informații și servicii în domeniul sănătății reproducerii și mediului favorabil pentru nașterea copilului, creșterea speranței de viață și asigurarea serviciilor de sănătate calitative. Alt document important, la care s-a raliat Republica Moldova în 2002, este Strategia Regională pentru Implementare (SRI) a Planului Internațional de Acțiuni de la Madrid privind Îmbătrânirea (MIPAA), prin aceasta confirmând angajamentul de a contribui la soluționarea problemelor

Tabelul 1.7.1

Denumirea programului strategiei	Orientarea spre MIPAA sau PA CIPD	Perioada de implementare
Strategia națională a sănătății reproducerii	PA CIPD	2006-2015
Programul național de prevenire și control al HIV/SIDA și ITS	PA CIPD	2011-2015
Politica națională a sănătății	PA CIPD	2007-2021
Programul pentru integrarea problemelor îmbătrânirii în politici	MIPAA	2014-2016
Strategia națională pentru tineret	PA CIPD	2009-2013
Programul național de promovare a modului sănătos de viață	PA CIPD, MIPAA	2007-2015
Strategia pentru protecția familiei și copilului	PA CIPD	2013-2020
Programul național privind crearea sistemului integrat de servicii sociale	PA CIPD, MIPAA	2008-2012
Road map for mainstreaming ageing	MIPAA	
Planul de acțiune și strategia de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități	PA CIPD	2010-2013
Programul de incluziune socială – Moldova	PA CIPD	2008-2013
Programul național de asigurare a egalității de gen	PA CIPD	2010-2015
Strategia națională „Educația pentru toți”	PA CIPD	2003-2015
Strategia națională de dezvoltare „Moldova 2020”	PA CIPD, MIPAA	2012-2020
Programul național strategic în domeniul securității demografice a Republicii Moldova	PA CIPD, MIPAA	2011-2025
Strategia națională privind politicile de ocupare a forței de muncă	PA CIPD, MIPAA	2007-2015

Tabelul 1.7.1. Elaborarea și implementarea strategiilor și programelor naționale

persoanelor vârstnice și de a consolida dialogul, parteneriatele și procesul de planificare pentru îmbunătățirea calității vieții persoanelor în etate.

Implementarea acestor programe și strategii s-a început prin definitivarea cadrului normativ-legal. Astfel, au fost elaborate numeroase strategii, politici și programe, care vin să răspundă măsurilor din fiecare compartiment al PA CIPD și MIPAA. Un progres important este existența cadrului instituțional – structuri guvernamentale, publice și/sau nonguvernamentale – responsabil de implementarea măsurilor din PA CIPD și MIPAA (Tabelul 1.7.1).

Este important să menționăm că în această perioadă au fost atinse și anumite progrese importante din punct de vedere practic. Cu toate

acestea, indicatorii de dezvoltare a țării sunt printre cei mai scăzuți în Europa. În continuare vom prezenta, preponderent, realizările Republicii Moldova în domeniul sănătății, sănătății reproducerii și egalității de gen.

Realizările Republicii Moldova, totuși, sunt destul de relative, indicatorii de dezvoltare ai țării fiind printre cei mai scăzuți în Europa. Succese remarcabile s-au înregistrat doar pentru indicatorul *rata transmiterii materno-fetale a infecției HIV*, care denotă că s-a reușit obținerea succeselor importante în domeniul depistării, dar și tratării HIV la însărcinate.

Rata utilizării contraceptivelor moderne de către femeile căsătorite de 15-49 de ani este destul de mică, fiind departe de rezultatul scontat. Rata fertilității la vârsta

Tabelul 1.7.2

Tabelul 1.7.2.
Obiectivele CIPD

Obiectivul	Indicatorul	Anul de bază	Valoarea indicatorului	Anul de comparație	Valoarea indicatorului
Sănătatea reproductivă	Rata transmiterii materno-fetale a infecției HIV	2005	17,91%	2014	1,76%
	Ponderea utilizării contraceptivelor moderne de femeile căsătorite, 15-49 ani	2005	44%	2012	59,5%
	Rata fertilității la vârsta adolescenței, 15-19 ani	2004	29,24‰	2014	26,73‰
Sănătatea	Speranța de viață la naștere, femei	2000	71,4 ani	2014	75,4 ani
	Mortalitatea infantilă	2004	12,2‰	2014	9,7‰
	Mortalitatea copiilor sub 5 ani	2004	15,3‰	2014	11,7‰
	Mortalitatea maternă	2004	23,5 la 100 mii născuți-vii	2014	15,5 la 100 mii născuți-vii
Egalitatea de gen	Ponderea femeilor legislatori, înalți funcționari și manageri	2006	40%	2015	43%
	Ponderea femeilor lucrători profesionali și personal tehnic	2006	66%	2015	65%
	Ponderea femeilor în parlament	2006	22%	2015	22%
	Ponderea femeilor în poziții ministeriale	2006	11%	2015	28%

adolescenței este destul de înaltă, ceea ce determină dezavantaje majore în procesul de dezvoltare a adolescentelor.

Republica Moldova a obținut o reducere a mortalității infantile, însă valoarea acesteia este destul de mică. Este important să menționăm că din 2008, Republica Moldova a trecut la standardele europene de înregistrare statistică a nou-născuților de la 500 gr, ceea ce a determinat o creștere a ratei mortalității infantile. Mortalitatea copiilor sub 5 ani este la fel destul de înaltă, înregistrând, totuși, o reducere nesemnificativă pe parcursul ultimilor 10 ani. Situația este similară și în cazul mortalității materne.

Egalitatea de gen la fel nu oferă mari succese în domeniu, indicatorii principali fie înregistrează același nivel, fie creșteri foarte mici. Astfel, chiar dacă cadrul normativ este foarte complex și corespunde Constituției Republicii Moldova și tratatelor internaționale ratificate, implementarea acestuia nu înregistrează succese.

Obiectivele PA CIPD se regăsesc și în MIPAA (Tabelul 1.7.3), însă sunt orientate, preponderent, spre necesitățile specifice ale vârstnicilor, fiind evidențiate următoarele acțiuni prioritare: asigurarea integrării și participării sociale; promovarea creșterii economice echitabile și durabile; ajustarea sistemului de protecție socială; încadrarea pe piața muncii; educația continuă;

Tabelul 1.7.3

Obiectivul	Indicatorul	Valoarea indicatorului, UE-28	Valoarea indicatorului, Republica Moldova
Asigurarea integrării și participării sociale	Activități de voluntariat (55+)	8,9%	4,4%
	Îngrijirea nepoților (și copiilor) (55+)	32,5%	31%
	Participarea politică (55+)	17,2%	1,9%
	Îngrijirea adulților în vârstă (55+)	12,9%	3,8%
Încadrarea pe piața muncii	Rata de ocupare 55-59 ani	62,2%	49%
	Rata de ocupare 60-64 ani	31,5%	27,6%
	Rata de ocupare 65-69 ani	11,6%	13,4%
	Rata de ocupare 70-74 ani	6,1%	6,6%
Educația continuă	Învățarea continuă (55+)	4,5%	0,3%
Calitatea vieții persoanelor vârstnice	Viața independentă, sănătoasă și în siguranță	70,6%	54%
	Accesul la sănătate și îngrijire dentară (55+)	88,2%	72,6%
	Viața independentă (55+)	84,2%	72,6%
	Cu excepția riscului de sărăcie (55+)	93%	84,1%
	Bunăstarea mentală (55+)	64,5%	62,1%

Tabelul 1.7.3.

Obiectivele MIPAA prin prisma Indicelui de Îmbătrânire Activă (IÎA), anul 2015

calitatea vieții: sănătatea, bunăstarea și viața independentă; egalitatea de gen; solidaritatea cogenerațională.

Datele evidențiate în cadrul ÎIA denotă că situația vârstnicilor din Republica Moldova se deosebește mult de situația vârstnicilor din statele UE. În acest sens, trebuie să menționăm că discrepanțe tranșante sunt semnalate pentru câteva domenii specifice: participarea socială, în special participarea politică și activitățile de voluntariat; încadrarea pe piața muncii, în special angajarea persoanelor de vârstă prepensionară; educația continuă și viața independentă, sănătoasă și în siguranță (Tabelul 1.7.3).

În Republica Moldova, ÎIA este foarte scăzut, acumulând doar 27,1 puncte (media pentru UE – 33,9), semnificând că peste 70% din potențialul uman cu vârsta de 55 de ani și peste nu are oportunități de a participa în economie și societate și, respectiv, nu este valorificat pentru îmbătrânire activă și sănătoasă³².

Deși problema îmbătrânirii populației se află în agenda politică a Guvernului Republicii Moldova, fiind reflectată prin adoptarea și implementarea cadrului legal-normativ, crearea mecanismului instituțional în domeniu, multe acțiuni din programul MIPAA nu sunt implementate, atât din cauza lipsei de resurse financiare, cât și instabilității politice. Totodată,

acțiunile propuse sunt relevante în raport cu obiectivele propuse și cu angajamentele³³.

Astfel, este nevoie ca o serie de acțiuni să fie prioritizate în raport cu impactul resimțit de vârstnici. Or, în condițiile socioeconomice actuale focusarea pe obiectivele cu impact major va fi mult mai eficientă decât încercarea de a merge pe toate obiectivele.

Distanța mare a Republicii Moldovei în realizarea obiectivelor MIPAA indică necesitatea unor politici coerente cu abordări echilibrate în ameliorarea calității vieții persoanelor în vârstă cu accent prioritar pe următoarele domenii:

- creșterea accesibilității serviciilor medicale (fizice, financiare și de calitate), în special pentru păturile social vulnerabile și populația din mediul rural;
- crearea oportunităților pentru prelungirea duratei activității economice și preîntâmpinarea pensionării precoce;
- sporirea siguranței mediului de trai adaptat nevoilor vârstnicilor (infrastructură, transporturi, clădiri etc.), asigurând astfel modul de viață autonom;
- prevenirea violenței, abuzului și discriminării persoanelor în vârstă.

32 Buciuceanu-Vrabie M. Indicele de Îmbătrânire Activă. Policy Paper, CCD, 2016. http://ccd.ucoz.com/_Id/0/43_Policy_Paper_II.pdf

33 Evaluarea implementării Planului Internațional de Acțiuni de la Madrid privind Îmbătrânirea / SIR pentru anii 2012-2017 în Republica Moldova. Raportul Național./ Bodrug-Lungu V., Stafii A. Chișinău, 2016.

TENDINȚELE DE LUNGĂ DURATĂ ÎN EVOLUȚIA POPULAȚIEI



2.1. Dinamica populației

Acum peste 15 ani Republica Moldova se confruntă cu procesul de depopulare, fără semne vizibile de redresare. Raportul relativ constant al ratelor natalității și mortalității generale, în ultimii ani, duce la consolidarea procesului de reducere a numărului populației și degradarea structurii demografice, iar refluxul migrațional intens urgentează procesele menționate. Actuala situație demografică a țării este rezultatul cumulat al evoluției fertilității, mortalității și migrației externe din ultimele două decenii. Criza socioeconomică de lungă durată poate fi considerată responsabilă de stagnarea mortalității și de creșterea vertiginoasă a migrației externe. Contextul economic și social al acestei perioade a avut un impact și asupra evoluției fertilității, îndeosebi în ultima perioadă³⁴.

În prezent, există o problemă importantă ce împiedică realizarea unei analize fiabile cu privire la dinamica populației – statistica populației. Datele Biroului Național de Statistică (BNS) cu privire la numărul și structura populației pe vârste și sexe se referă doar la populația ce include migranții care lipsesc în țară mai mult de 12 luni. Acest fenomen se datorează înregistrării migranților, bazându-se pe noțiunea de "cetățenie" și nu pe "reședință obișnuită" (standardul țărilor europene)³⁵. În condițiile migrației masive, statistica națională demonstrează un număr nesemnificativ al emigranților, pe când organele statistice ale

țărilor gazdă arată un număr impunător al migranților moldoveni cu ședere de lungă durată. Indicatorii demografici, economici și sociali se calculează în raport cu populația stabilă, ceea ce duce la distorsiuni semnificative, unii fiind subestimați, alții supraestimați.

Conform datelor BNS, populația stabilă a Republicii Moldova la 1 ianuarie 2015 a constituit 3555,1 mii de locuitori, inclusiv migranți care lipsesc în țară mai mult de 12 luni. Populația prezentă (datele alternative, CCD)³⁶ a constituit 2911,6 mii, calculată conform standardelor europene și nu include migranți care au lipsit din țară mai mult de 12 luni.

În acest capitol, tendințele în dinamica populației se examinează în baza datelor alternative cu privire la numărul și structura populației Republicii Moldova, care corespund standardelor europene cu privire la înregistrarea fluxurilor migraționale și sunt bazate pe noțiunea de "reședință obișnuită"³⁷.

Factorul principal al dinamicii populației prezintă structura pe vârste și sexe ce s-a format în perioada anterioară ca rezultat al evoluției naturale a proceselor demografice și al impactului diverselor cataclisme istorice din trecut (războaie, foamete). Vectorul principal în dinamica prospectivă a populației prezintă procesul de îmbătrânire demografică, fiind marcat de impactul "valurilor demografice" – dezvoltării neuniforme a structurii populației și diferențelor în efectivul numeric al diferitelor generații.

Criza socioeconomică, care a provocat

34 Gagauz O. Tendințele principale în evoluția populației Republicii Moldova: un semnal de alarmă pentru autoritățile publice. În: Creșterea economică în condițiile globalizării. Ed. a. X-a. Sesiunea științifică "Structura demografică și calitatea potențialului uman". Conf.șt.intern. 15-16 oct.2015. Chișinău, 2015, p.5.

35 Penina O. Care este numărul real al populației Republicii Moldova. Barometrul Demografic. CCD, 2015. http://ccd.ucoz.com/_ld/0/24_Barometru.pdf

36 Penina, O., Jdanov, D. A., Grigoriev, P. Producing reliable mortality estimates in the context of distorted population statistics: the case of Moldova. MPIDR Working Paper WP-2015-011, 35 pages (November 2015). Rostock, Max Planck Institute for Demographic Research.

37 Metodologia de recalculare este descrisă în protocolul Human Mortality Database.

Fig 2.1.1

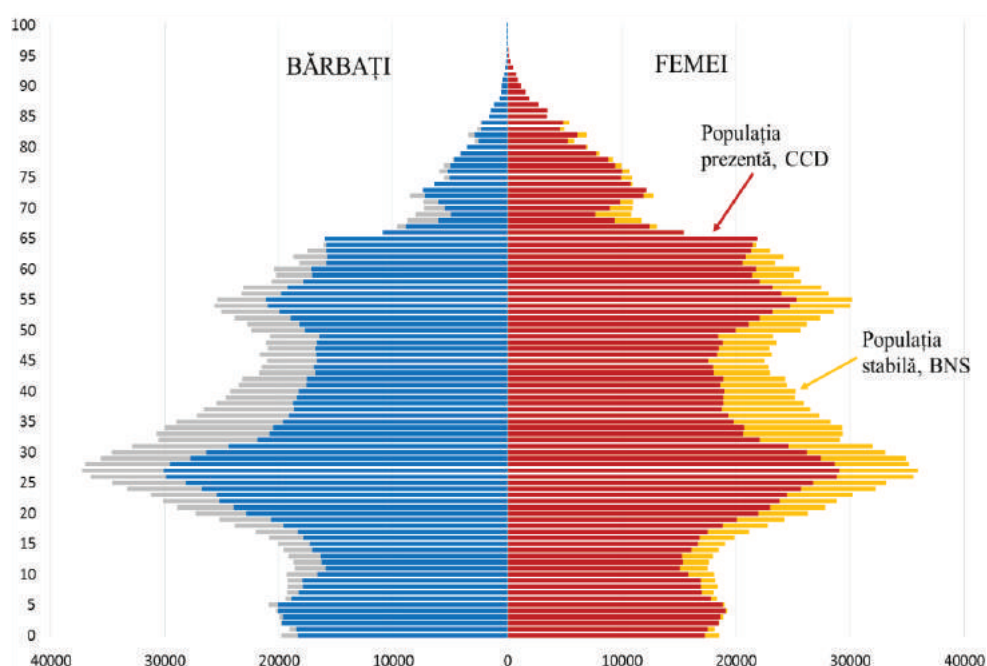


Fig. 2.1.1.
Piramida pe
vârste și sexe
a populației
Republicii
Moldova la 1
ianuarie 2015
Sursa: BNS, CCD.

exodul masiv al populației în căutarea unui loc de muncă peste hotare și transformarea ulterioară a migrației temporare în migrația definitivă, a adus prejudicii enorme potențialului demografic al Republicii Moldova, scăderea populației, determinată de sporul natural și migrațional negativ, a atins proporții enorme. Astfel, în perioada anilor 2004-2014, populația s-a redus cu 350,4 mii (cu circa 10%) de la 3262 mii până la 2911,6 mii, în special pe contul populației tinere și în vârstă aptă de muncă (Fig. 2.1.1).

Proгноza demografică (anii 2014-2035)³⁸

³⁸Proгноza demografică este elaborată în baza estimărilor alternative cu privire la numărul și structura populației pe vârste și sexe.

Scenariul I – reper, pornește de la ipoteza că rata totală de fertilitate nu se va schimba și se va menține la nivelul anului 2014 de 1,65 copii per femeie de vârstă fertilă; mortalitatea se va reduce lent astfel încât speranța de viață la naștere pentru bărbați se va majora de la 64,9 ani până la 67 ani, iar pentru femei de la 73,7 până la 75,8 ani; refluxul migrațional în perioada prognozată va crește lent de la -1% până la -1,3%.

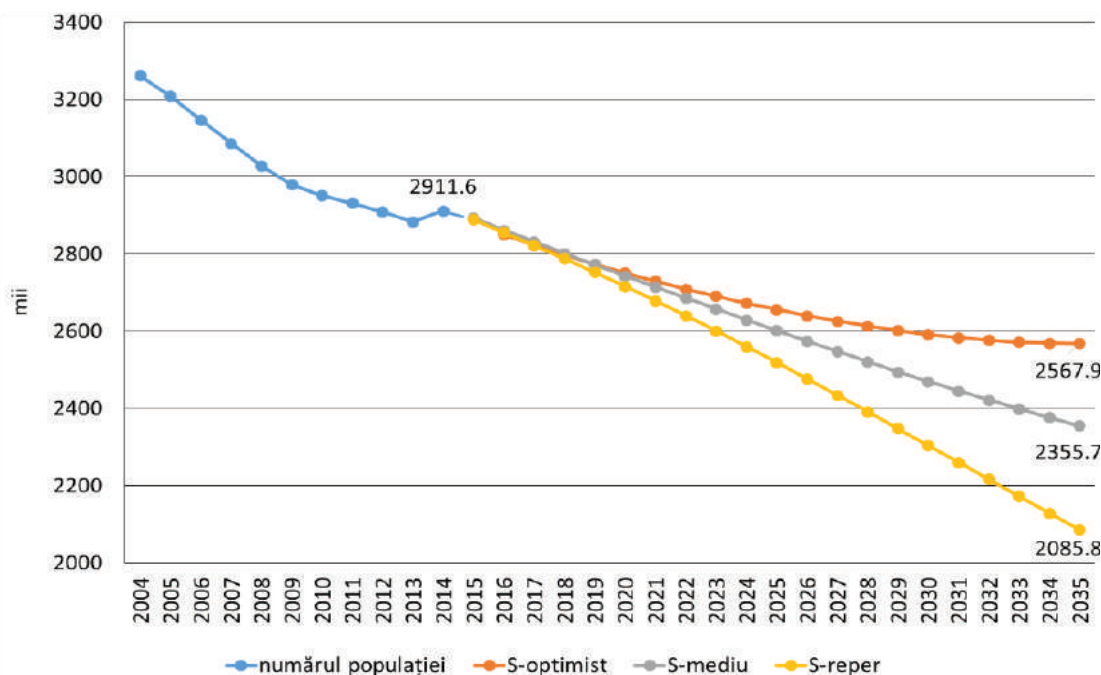
Scenariul II – mediu. Pornește de la ipoteza unei creșteri moderate a fertilității – de la 1,65 până la 1,85 copii per femeie de vârstă fertilă către anul 2035; reducerii mortalității și creșterii speranței de viață la naștere (la bărbați – până la 69,1 de ani, la femei – până la 77,9 de ani); sporul migrațional se va reduce treptat de la -1% până la -0,5%.

prefigurează un tablou demografic sumbru pentru Republica Moldova – în deceniile viitoare declinul demografic va continua cu ritmuri rapide, scăderea anuală a populației va constitui cu oscilații în limitele de 1,1-2%. Menținerea actualelor valori ale fertilității ar duce la o accelerare catastrofală a declinului demografic. Conform scenariului reper (fertilitatea constantă), către anul 2035 efectivul populației țării poate să se micșoreze până la 2085,8 mii (cu 28,4%). Într-un context economic și social atât de complex cum este cel actual, dezvoltarea demografică a țării este imprevizibilă, iar în absența unei intervenții eficiente, abordarea normativă este singura pe care o putem urma, dacă privim viitorul cu o atitudine pozitivă. Doar în condițiile de creștere a fertilității, dimensiunile declinului demografic pot fi reduse, fapt confirmat de cele două ipoteze de evoluție a fertilității pe care se bazează

Scenariul III – optimist, se bazează pe ipoteza creșterii ratei totale de fertilitate până la 2,1 copii per femeie de vârstă fertilă către anul 2035; scăderea substanțială a mortalității și creșterea speranței de viață la naștere (la bărbați până la 71 de ani, la femei până la 80 de ani); sporul migrațional se va reduce treptat, constituind către sfârșitul perioadei de prognoză 0%.

Fig. 2.1.2.
Estimarea și
proгноzarea
numărului
populației
Republicii
Moldova, 2004-
2035
Sursa: CCD.

Fig 2.1.2



scenariul mediu și cel optimist. În condițiile creșterii fertilității până la 1,85 copii per femeie de vârstă fertilă, numărul populației va scădea de la 2911,6 mii până la 2355,7 mii (cu 19,1%), iar atingerea unui nivel de fertilitate de 2,1 va permite menținerea unei populații de 2567,9 mii, scăderea fiind de 11,8% (Fig. 2.1.2.)

Modificările, care pot interveni în structura pe vârste a populației Republicii Moldova în deceniile următoare, au o dublă origine: unele se vor produce în mod automat, fiind deja înscrise în actuala structură pe vârste, iar altele vor fi rezultatul evoluțiilor viitoare conjugate ale natalității, mortalității și migrației. Complexitatea raporturilor dintre elementele de stare și cele de mișcare ale populației și, îndeosebi, efectele pe termen lung ale evoluțiilor trecute și actuale, demonstrează că ar fi o mare eroare să ne gândim că creșterea economică și socială va asigura, în mod automat, și o redresare a situației demografice în ansamblul. Totodată, nu scăderea în sine a numărului populației este evoluția cea mai îngrijorătoare, ci faptul că această evoluție se asociază cu o degradare continuă a

structurii pe vârste prin deplasarea spre vârful piramidei – la vârstele de inactivitate economică, a generațiilor numeroase născute în perioada anilor 1960-1990, care se află deja în segmentul populației în vârstă aptă de muncă (Tabelul 2.1.1).

În anii precedenți contingentul în vârstă aptă de muncă constituia o proporție destul de înaltă în totalul populației (în anul 2008 a fost înregistrată cea mai înaltă ponderea a populației în vârstă aptă de muncă – 66,6%). În deceniile următoare populația în vârstă aptă de muncă se va reduce continuu (până la 58-60% cu unele fluctuații anuale), pe când populația vârstnică (60 de ani și peste) va înregistra o creștere semnificativă – până la 23,4% către anul 2035 (Fig. 2.1.3).

Factorul dominant în modificarea efectivului populației în vârstă aptă de muncă prezintă raportul dintre impactul pozitiv al „efectului de cohortă” și impactul negativ al mortalității excesive, în special al bărbaților. Rolul migrației în acest proces va fi de accentuare a influenței acestor două componente. Astfel, situația structurii pe grupe de vârstă se dovedește a fi nefavorabilă, deoarece una dintre cele mai numeroase

Tabelul 2.1.1

Grupe de vârstă	Estimat		Proгноzat*			
	2004	2014	2020	2025	2030	2035
Până la 1 an	34.9	35.7	31.9	25.5	21.4	19.8
1-3	101.9	114.3	101.9	82.6	67.1	59.7
4-6	110.7	114.1	107.4	93.1	74.3	62.0
7-11	233.2	167.2	187.0	172.1	145.2	115.6
12-16	306.6	167.1	165.8	181.5	166.7	140.0
17-19	197.7	119.9	89.8	98.3	103.6	94.9
20-24	268.8	249.1	164.9	139.3	158.4	158.3
25-29	229.1	281.9	213.8	143.9	118.9	138.6
30-34	210.4	214.9	253.2	189.5	120.6	96.6
35-39	206.8	181.7	201.7	230.4	167.9	100.6
40-44	250.2	172.8	162.0	182.8	211.3	150.7
45-49	252.8	172.9	155.3	146.0	166.7	194.8
50-54	234.8	207.6	150.4	138.5	130.0	150.6
55-59	137.6	205.0	173.7	133.1	122.6	115.1
60-64	134.8	184.7	183.7	152.8	116.6	107.5
65+	352.8	322.7	373.6	409.7	413.1	380.9
Total	3263.0	2911.6	2716.2	2519.2	2304.1	2085.8

Tabelul 2.1.1.

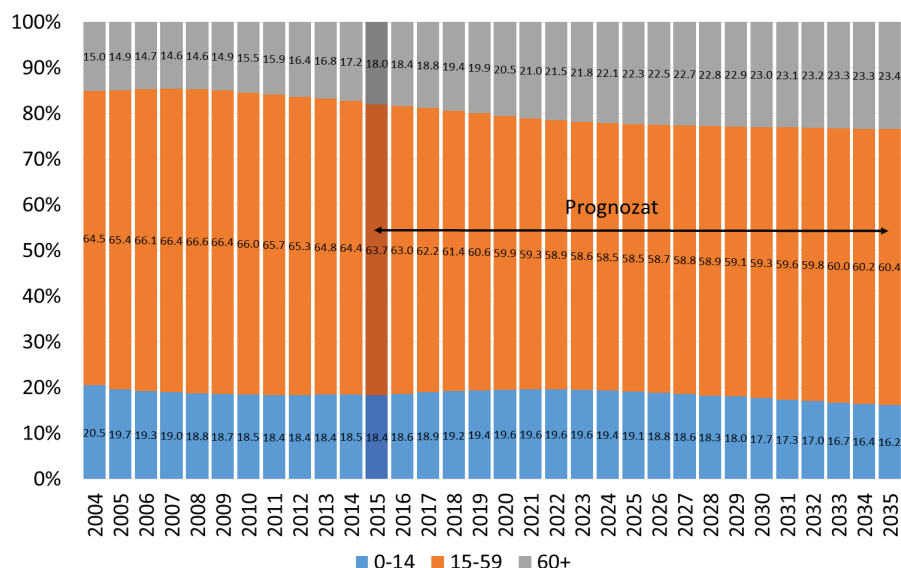
Structura pe grupe de vârstă a populației Republicii Moldova, 2004-2035
Sursa: CCD
*Scenariul – reper (fertilitatea constantă)

categorii de vârstă (50-55) se apropie de pensionare, fapt ce va ridica considerabil numărul populației dependente și va pune o presiune mare asupra populației active. Situația este cu atât mai dificilă, cu cât contingentele tinere sunt din ce în ce mai reduse, astfel încât generațiile viitoare de activi vor trebui să susțină un număr foarte înalt de inactivi. Unul dintre indicatorii elocvenți care scot în evidență această

situație este sarcina demografică. Ca raport între grupele de vârstă inactive (tineri și vârstnici) și populația activă (15-59 ani), acest indicator oferă informații valoroase cu privire la povara economică pe care populația productivă o poartă.

Etapă de scădere a sarcinii demografice s-a încheiat, Republica Moldova a intrat în perioada de creștere rapidă a acestui indicator, în special pe contul populației

Fig. 2.1.3.
Estimarea și
proгноzarea
structurii
populației
pe trei grupe
mari de vârstă
(copii, adulți și
vârstnici), 2004-
2035
Sursa: CCD.



vârstnice. În comparație cu anul 2014, când sarcina demografică constituia 55,2 (persoane în vârstă înaltă de muncă la 100 de persoane în vârstă aptă de muncă), în perioada anilor 2022-2027 acest indicator va obține cele mai înalte valori – de circa 70, apoi va scădea până la 65. Creșterea fertilității va contribui la majorarea sarcinii demografice, în special după anul 2025 – dinamica observată în cadrul scenariului 3-optimist (Fig. 2.1.4). În același timp, două treimi din sarcina demografică revine populației vârstnice și doar o treime copiilor. Creșterea vârstei de pensionare va asigura majorarea contingentului în vârstă

aptă de muncă, astfel, va reduce sarcina demografică.

Consecințele modificării structurii pe vârste a populației, de regulă, se reduc doar la creșterea numărului și ponderii vârstnicilor în totalul populației și problemele ce vizează acest fenomen. Însă, acestea au un spectru cu mult mai larg și cuprind toate grupele de vârstă, lăsându-și amprenta asupra multiplelor procese sociale. Modificările în structura pe vârste a populației implică schimbarea structurii generale a necesităților sociale și a instituțiilor sociale responsabile pentru satisfacerea acestor

Fig. 2.1.4.
Estimarea și
proгноzarea
indicatorului
sarcina
demografică,
2004-2035
Sursa: CCD.

Fig 2.1.4

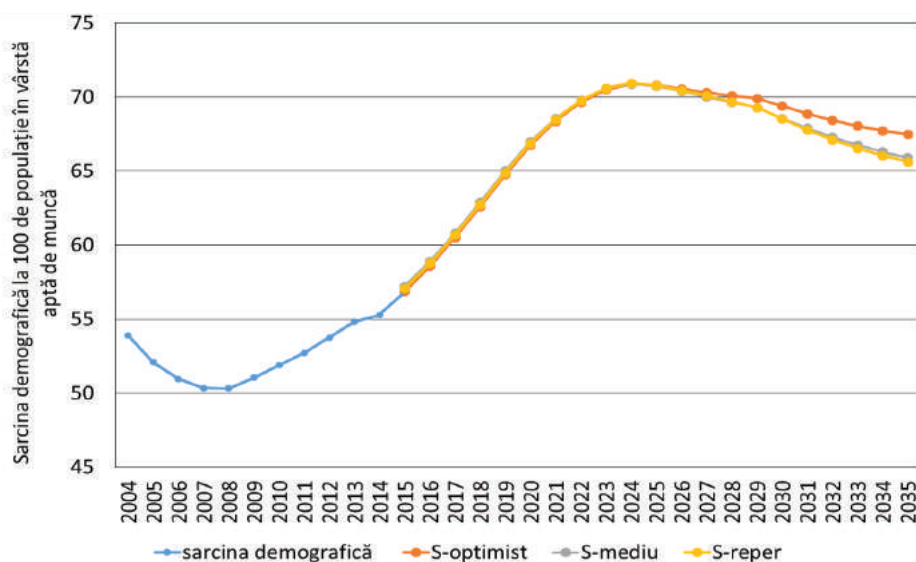


Fig 2.1.5

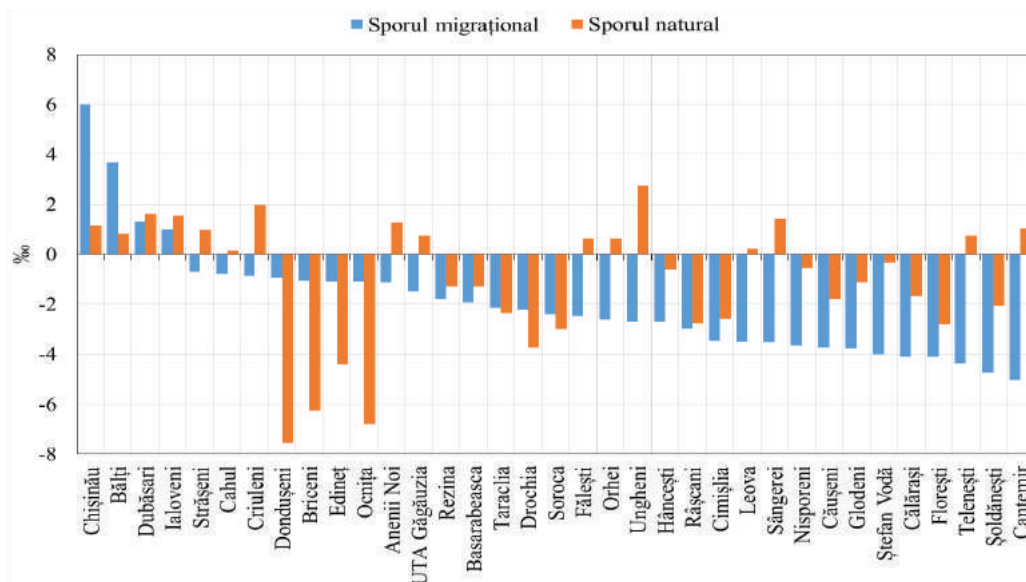


Fig.2.1.5.
Sporul natural
și migrațional
în profil
administrativ-
teritorial, anul
2014
Sursa: BNS.

necesități și reglementarea interacțiunii sociale.

Cel mai negativ impact constă în faptul că declinul populației, determinat de scăderea natalității, duce la pierderea potențialului demografic intern de redresare a situației, criza demografică, obținând proporții importante, iar ieșirea din procesul de depopulare va deveni tot mai dificilă.

Diferențierile semnificative în dezvoltarea sociodemografică a Republicii Moldova în profil teritorial, îmbătrânirea avansată a regiunii de nord, refluxul migrațional intens din localitățile periferice spre centru și orașele mari vor conduce la concentrarea populației în câteva localități urbane și depopularea rapidă a raioanelor periferice. Indicele demografic teritorial³⁹ pentru unele raioane, cum ar fi: Ocnîța și Dondușeni, este mai mic de peste două ori decât cel maxim înregistrat pentru mun. Chișinău, raioanele Ialoveni și Dubăsari. Raioanele nordice ale țării acumulează cel mai mic punctaj la acest capitol din cauza: nivelului înalt de îmbătrânire demografică, sporului natural și migrațional negativ înalt,

fapt ce semnalează tendința de lungă durată a depopulării pentru această regiune.

Două municipii – Chișinău și Bălți – atrag populația în vârstă aptă de muncă din toate raioanele țării, sporul migrațional, în anul 2014, a constituit 6‰ în mun. Chișinău și 3,7‰ în mun. Bălți (Fig. 2.1.5). Doar pe parcursul ultimilor 5 ani (2010-2014), în mun. Chișinău, în rezultatul migrației interne au sosit 81,7 mii de persoane, pe când au plecat doar 49,7 mii.

Raioanele Dubăsari și Ialoveni, fiind apropiate de mun. Chișinău, de asemenea, înregistrează sporul migrațional pozitiv. Datorită faptului că în migrația internă este implicată preponderent populația tânără și în vârstă aptă de muncă, mun. Chișinău și Bălți, precum și raioanele Ialoveni și Dubăsari câștigă și la aspectul potențialului reproductiv, creșterea numărului de femei de vârstă reproductivă, contribuind la creșterea numărului de nașteri, astfel asigurând sporul natural pozitiv.

Majoritatea raioanelor republicii pierd populația atât din cauza migrației, cât și din cauza sporului natural negativ. Unele raioane, deși în prezent înregistrează spor natural pozitiv, potențialul demografic al

39 Gagauz O., Pahomii I. Indicele Integral Teritorial de Securitate Demografică. Policy paper. CCD, 2016.

acestora se deteriorează datorită refluxului migrațional, ceea ce în anii apropiați va determina scăderea naturală a populației.

În perspectiva de lungă durată, în zonele depopulate, veniturile pe cap de locuitor și puterea de cumpărare a populației vor fi în scădere, iar pensiile vor constitui o sursă principală de venit pentru majoritatea locuitorilor. Centrele economic dezvoltate vor deveni mai puternice, iar cele subdezvoltate vor pierde potențialul său economic din cauza că nu vor putea să atragă investițiile necesare. În multe raioane procesul deja este ireversibil. Capacitățile de producere și rentabilitatea investițiilor va fi concentrată în câteva localități economic dezvoltate.

Numărul și ponderea populației rurale în totalul populației va fi în scădere, acest fenomen va fi determinat nu doar de scăderea generală a populației, ci mai mult de tendința globală de creștere a numărului populației urbane datorită sectorului de servicii. Dinamica la nivel mondial arată că creșterea economică sustenabilă se asociază cu procesul de urbanizare, în țările economic dezvoltate ponderea populației rurale fiind în descreștere, iar creșterea sectorului agricol tot mai mult se asigură prin creșterea productivității muncii și implementarea tehnologiilor moderne.

În pofida unor implicații socioeconomice importante a scăderii numărului populației și modificării structurii pe vârste a acesteia, în prezent în regiunea europeană tot mai mult este acceptată paradigma: *societatea poate prospera și fără creșterea populației*⁴⁰. Sunt dovezi științifice care demonstrează că calitatea capitalului uman: existența oportunităților pentru autorealizare, bunăstarea oamenilor, creșterea speranței de viață în stare bună de sănătate, precum

și participarea activă a acestora sunt cu mult mai importante pentru creșterea economică decât efectivul numeric al populației. Totodată, în cazul Republicii Moldova, care nu a reușit să realizeze reforme sistemice instituționale, reducerea efectivului populației pe fundalul unei îmbătrâniri rapide poate avea efecte cu mult mai complexe: scăderea ritmului de creștere economică, înrăutățirea mediului de afaceri, reducerea nivelului de consum și de producere, creșterea cheltuielilor pentru sistemul de asigurări sociale etc.

2.2. Dividendul demografic

Așa-numita etapă a „dividendului demografic”⁴¹, ce s-a prefigurat în Republica Moldova la începutul anilor 2000, urma să aducă beneficii importante pentru dezvoltarea economiei. Estimările beneficiilor economice provenite din dividendul demografic pentru diferite țări ale lumii demonstrează că această etapă a tranziției demografice prezintă un potențial important pentru fiecare țară în condițiile promovării unor politici speciale pentru valorificarea acestuia.⁴²

41 Dividendul demografic prezintă o etapă a tranziției demografice, ce se manifestă prin creșterea semnificativă a ponderii populației în vârstă aptă de muncă în totalul populației ca rezultat al declinului fertilității, astfel oferind oportunități pentru creștere economică. Cu reducerea numerică a nașterilor pe parcursul anului într-o țară tânără efectivul populației dependente crește mai lent în raport cu populația în vârstă de muncă. Cu mai puține persoane care necesită suport, o țară are o fereastră de oportunitate pentru creștere economică rapidă pe contul beneficiilor apărute ca urmare a scăderii sarcinii demografice (se consideră că populația în vârstă aptă de muncă produce mai mult, decât consumă, iar diferența se repartizează între persoanele întreținute – copii și vârstnici).

42 Mason A. Demographic transition and demographic dividends in developed and developing countries. United Nations Expert group meeting on social and economic implications of changing population age structure. Population Division DESA, Mexico City, Mexico 31 August-2 September 2005.

40 Population Trends and Policies in the UNECE Region. Outcomes, Policies and Possibilities. 2013, p.3.

Care este perioada dividendului demografic în Republica Moldova, cum acesta este utilizat și ce măsuri urmează a fi întreprinse pentru a obține beneficii maxime?

În analiza evoluției demografice și apariția dividendului demografic una dintre cele mai importante întrebări este stabilirea unor praguri considerate începutul și sfârșitul vârstei productive.

Pragul inferior prezintă vârsta obișnuită de începere a activității economice. Deseori, la recomandarea ONU, în calitate de acest prag este aleasă vârsta de 15 ani. Însă, în ultimele decenii s-au produs schimbări considerabile în domeniul educației și pe piața forței de muncă. Dezvoltarea economică și tehnologică, creșterea continuă a cererii pentru forța de muncă calificată au contribuit la prelungirea perioadei de educație, numărul tinerilor încadrați în învățământul profesional de asemenea a crescut considerabil. Ca rezultat, tinerii încep activitatea economică cu câțiva ani mai târziu. În Republica Moldova, în ultimele decenii, o bună parte a tinerilor în vârstă de 15-19 ani erau încadrați în învățământ (cca 80%). Astfel, pe parcursul ultimelor cinci decenii vârsta de ieșire pe piața forței de muncă a crescut de la 17 până la 20 de ani.

Pragul de încheiere a activității productive prezintă vârsta de pensionare. Până în anul 1999 pensionarea femeilor pentru limita de vârstă în Republica Moldova a avut loc la 55 de ani și a bărbaților la 60 de ani. În anii 1999-2002 în urma reformei vârsta de pensioane a crescut treptat până la 57 ani pentru femei și 62 de ani pentru bărbați.

Având în vedere necesitatea stringentă a reformei parametrice în sistemul actual de pensii, în determinarea perioadei dividendului demografic, calculele s-au bazat pe ipoteza că începând cu anul 2017

vârsta de pensionare pentru femei va crește anual câte 0,6 luni, astfel în timp de 10 ani vârsta de pensionare a femeilor se va egala cu cea a bărbaților.

Reieșind din cele menționate mai sus în determinarea perioadei dividendului demografic în Republica Moldova pentru estimarea numărului și proporției populației în vârstă aptă de muncă au fost utilizate pragurile următoare:

- Anii 1970-1989: 17-54/59 ani.
- Anii 1990-1998: 19-54/59 ani.
- Anii 1999-2002: 20 ani - vârsta de pensionare crește treptat de la 55 la 57 ani pentru femei și de la 60 la 62 ani pentru bărbați.
- Anii 2003-2016: 20-56/61 ani.
- Anii 2017-2026: 20 ani - vârsta de pensionare pentru femei se majorează treptat de la 57 la 62 ani, la bărbați rămâne 62 ani
- Anii 2027-2035: 20-62 ani.

Dividendul demografic se constată atunci când proporția populației în vârstă aptă de muncă în totalul populației constituie 55% și peste. Dinamica populației în vârstă aptă de muncă a fost calculată pentru populația stabilă⁴³ și populația prezentă.⁴⁴

Pentru Republica Moldova sunt specifice fluctuații mari în modificarea proporției populației în vârstă aptă de muncă, fiind determinate de structura neuniformă a piramidei pe vârste și sexe a populației. O majorare a ponderii populației în vârstă aptă de muncă observăm în anii 1976-1987, când pe piața forței de muncă au ieșit generațiile numeroase născute în anii postbelici. Apoi,

43 Datele BNS, inclusiv populația care a lipsit din țară mai mult de 12 luni

44 Datele CCD, conform estimărilor Penina, O., Jdanov, D. A., Grigoriev, P.

acest indicator se majorează de la sfârșitul anilor 1990, când vârsta aptă de muncă a fost atinsă de generațiile numeroase născute în a doua jumătate a anilor '80 ai secolului XX. Acest „dividend demografic” provine de la politicile familiale promovate de URSS în perioada menționată, când a avut loc creșterea semnificativă a natalității, precum și scăderea RTF după anul 1990.

Dividendul demografic, calculat în raport cu populația stabilă, se deschide începând cu anul 2003 și durează mai multe decenii și nu se încheie la sfârșitul perioadei de prognozare –anul 2035 (Fig. 2.2.1). În această perioadă proporția populației în vârstă aptă de muncă crește până la 60% în anii 2010-2027, apoi scade, menținându-se la nivelul de 59%.

Estimarea dividendului demografic în raport cu populația prezentă demonstrează că în urma emigrației masive Republica Moldova practic a pierdut oportunitățile oferite de această etapă în evoluția populației. Perioada dividendului demografic este foarte scurtă (doar anii 2005-2020) iar proporția populației în vârstă aptă de muncă nu depășește cu mult 55% (cu cca 1%). În anii 2021-2031 se va înregistra o scădere nesemnificativă a acestui indicator,

iar la sfârșitul perioadei de prognozare, în anii 2032-2035 proporția populației în vârstă aptă de muncă din nou va depăși pragul de 55% (Fig.2.2.1).

Cu toate că dividendul demografic este foarte mic, oscilațiile observate în proporția populației în vârstă aptă de muncă demonstrează o situație destul de favorabilă pentru obținerea creșterii economice. Remarcăm că majorarea vârstei de pensionare contribuie la prelungirea perioadei dividendului demografic.

Însă, persoanele în vârstă aptă de muncă prezintă doar angajați potențiali. Totul depinde de gradul în care acest potențial este utilizat în prezent și va fi utilizat în viitor. Migrația de muncă a populației tinere este înaltă și, cu părere de rău, nu se întrevăd semne de ameliorare a situației. Rata de ocupare de asemenea este foarte scăzută, iar structura acesteia nu semnalează o situație favorabilă pentru creșterea economică (gradul înalt de ocupare informală și în sectorul agricol). Alt aspect important, dacă reforma de pensii planificată și anume, creșterea vârstei de pensionare, va avea ca rezultat o prelungire reală a perioadei de activitate economică.

Pentru perioada următoare politicile

Fig. 2.2.1.

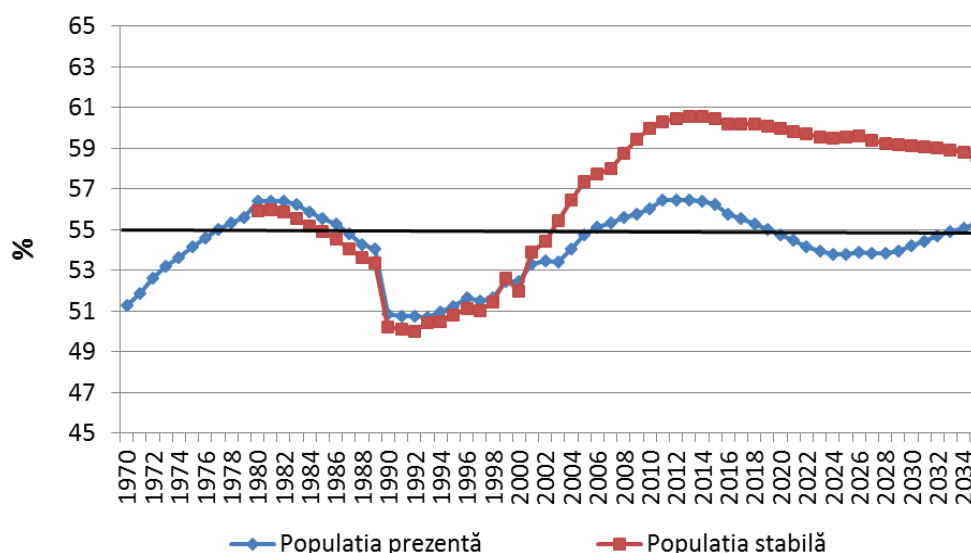


Fig. 2.2.1.
Ponderea populației în vârstă aptă de muncă în totalul populației, anii 1970-2035
Sursa: calculat în baza datelor BNS și datelor CCD

în domeniul populației și dezvoltării urmează să fie axate pe cele patru elemente necesare pentru valorificarea dividendului demografic:

- creșterea investițiilor în dezvoltarea capitalului uman al tinerilor;
- creșterea oportunităților pentru tineri pe piața forței de muncă;
- dezvoltarea programelor de educație sexuală și planificare familială;
- facilitarea accesului tinerilor la sisteme financiare.

Este posibil și al doilea dividend demografic, apariția căruia este determinată de impactul schimbărilor demografice asupra acumulării capitalului. Se presupune, că atunci când îmbătrânirea demografică se datorează creșterii speranței de viață la vârstele înaintate (îmbătrânirea demografică de sus) populația de vârstă mijlocie poate să-și schimbe radical comportamentul, începând să-și acumuleze mai multe resurse pentru perioada de pensionare, să-și consolideze resursele materiale și de capital, astfel contribuind la compensarea reducerii ratei de economisire globală cauzată de creșterea proporției persoanelor vârstnice cu un nivel scăzut de acumulare.⁴⁵

În Republica Moldova îmbătrânirea demografică este determinată preponderent de scăderea RTF și proporției copiilor în totalul populației (îmbătrânirea de jos), creșterea speranței de viață la vârstele înaintate având un rol nesemnificativ. Totodată, primul dividend demografic nu este valorificat în măsură necesară și nu a dus la ameliorarea semnificativă a

nivelului de trai al populației, respectiv, este prematur să vorbim de cel de-al doilea dividend demografic.

2.3. Fertilitatea scăzută și declinul populației

De la începutul anilor 1990 în Republica Moldova se constată transformări semnificative în modelele de comportament reproductiv ce au marcat scăderea rapidă a fertilității și amânarea nașterilor spre vârstele mai mature. Rata totală de fertilitate (RTF), care în timp de patruzeci de ani a fost cu mult mai înaltă decât nivelul de înlocuire a generațiilor, a scăzut fără precedent până la 1,44 în anul 2002 (valoarea minimă)⁴⁶. Efectele fertilității scăzute sunt enorme. Cercetările în domeniu demonstrează că menținerea RTF la un nivel mai scăzut decât cel de înlocuire a generațiilor contribuie la îmbătrânirea populației, scăderea efectivului forței de muncă și numărului populației⁴⁷.

Deși, după scăderea bruscă a RTF, s-a restabilit tendința inversă și fertilitatea a început să crească, nivelul acesteia este cu mult inferior celui necesar pentru reproducerea populației. În ultimii ani, RTF se menține în valori de 1,6-1,65 copii per femeie de vârstă fertilă (Fig. 2.3.1).

Stabilizarea valorilor RTF, observată în ultimii ani, nu este decât o dinamică compensatorie în rezultatul căderii dezastruoase la sfârșitul anilor '90 ai secolului trecut – începutul anilor 2000 și nu prezintă

45 Bloom D. E., Canning D., Mansfield R. and Moore M. "Demographic Change, Social Security Systems, and Savings." NBER Working Paper No. 12621, National Bureau of Economic Research, 2006, Cambridge, MA. <http://www.nber.org/papers/w12621.pdf>

46 Pentru acest paragraf indicatorii fertilității au fost calculați în raport cu datele alternative cu privire la numărul și structura populației.

47 Billari, F., Europe and its Fertility: From Low to Lowest Low. National Institute Economic Review, Vol. 194, No. 1, 2005, pp.56-73

un semn al tendințelor pozitive de creștere a fertilității. Acest indicator demonstrează puterea fenomenului în diferite perioade de timp și nu caracterizează intensitatea, astfel fiind un instrument imperfect pentru măsurarea fertilității⁴⁸. Aplicarea metodei de standardizare a RTF demonstrează o scădere mai lentă a acestui indicator – de la 2,3, în anul 1980, până la 1,8, către anul 2014, pe când fluctuațiile RTF nestandardizate sunt foarte mari, semnalând despre schimbarea comportamentului reproductiv al populației în perioade diferite⁴⁹.

Studiul MICS, de asemenea, demonstrează o fertilitate mai înaltă decât datele oficiale ale BNS. Astfel, RTF pentru trei ani anteriori

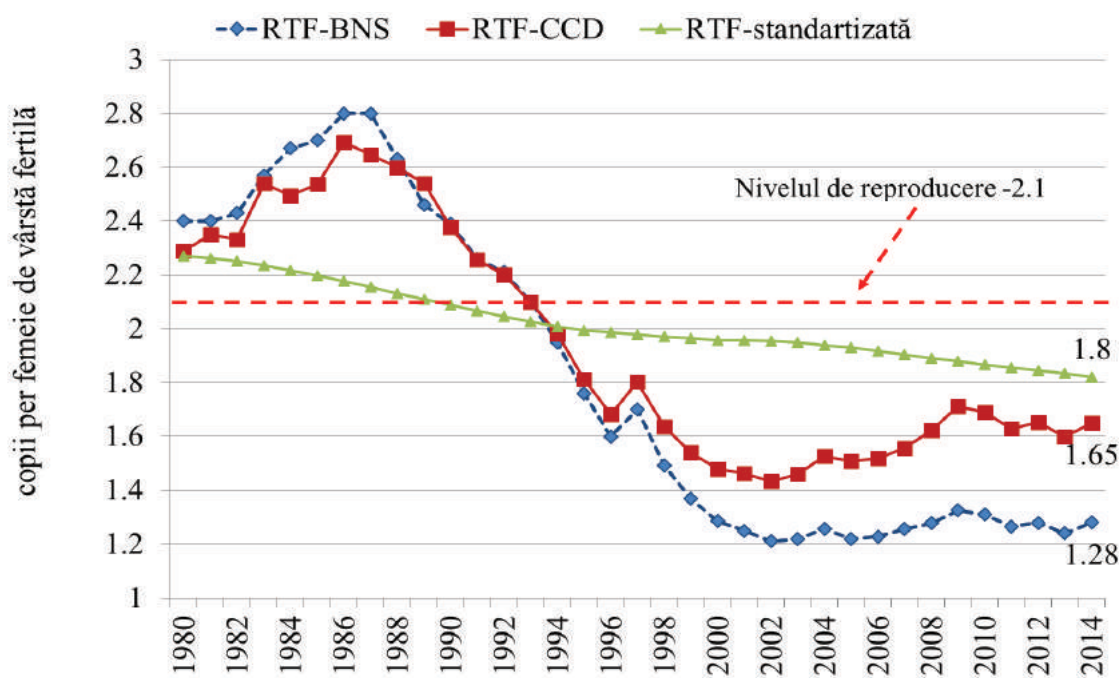
urbană (1,8 nașteri la o femeie)⁵⁰.

Scăderea fertilității în Republica Moldova se înscrie în tendințele europene generale, fiind o parte a declinului fertilității în țările din Europa Centrală și de Est, care trec prin transformări politice și socioeconomice radicale, precum și o reflectare a celei de-a doua tranziții demografice care s-a lansat în a doua jumătate a anilor '90 ai secolului trecut⁵¹. Modificarea în masă a calendarului de nașteri (amânarea nașterilor spre vârstele mai mature) este un factor puternic, care duce la o scădere rapidă a RTF pentru anii calendaristici pentru o perioadă de lungă durată. Vârsta medie a mamei la prima naștere a fost

Fig. 2.3.1.

Fig. 2.3.1.

Dinamica RTF, estimări oficiale și alternative, 1980-2014
Sursa: Calculat de O.Gagauz în baza datelor BNS și CCD.



anului 2011 este de 2,2 nașteri la o femeie. În aria rurală, fertilitatea este mai înaltă (2,5 nașteri la o femeie), comparativ cu aria

în creștere continuă de la mijlocul anilor 1990, majorându-se în perioada anilor 1995-2014 de la 21,9 până la 24,4 ani. În

48 Sobotka T., Lutz W. Misleading Policy Messages from the Period TFR: Should We Stop using It // European demographic Research/ Papers 4. Vienna: Vienna Institute of demography of the Austrian Academy of Sciences, 2009.

49 Gagauz O. Impactul restructurării ciclului reproductiv asupra indicatorilor fertilității. În: Creșterea economică în condițiile globalizării. Ed.a. IX-a. Sesiunea științifică "Structura demografică și calitatea potențialului uman". Conf.șt.intern. 16-17 oct. 2015. Chișinău, p.9-19.

50 Republica Moldova. Studiu de indicatori multipli în cuiburi 2012. - Centrul Național de Sănătate Publică, 2014.

51 Гагауз О. Молдова на пути второго демографического перехода: структурные изменения рождаемости. Экономический рост в условиях глобализации, VIII-й выпуск. Научная сессия «Демографическое развитие: вызовы социальной политике», Межд.науч.конф. 17-18 окт. 2014 г. Кишинев, 2014, с.36-45.

modelul de vârstă a fertilității, schimbările se produc treptat, de la o generație la alta, reflectând transformarea fundamentală a ciclului de viață: creșterea duratei studiilor, inițierea mai tardivă în activitatea profesională și, respectiv, obținerea mai târzie a independenței economice.

Compararea ratelor specifice de fertilitate pentru anii 2004 și 2014 demonstrează schimbări semnificative în calendarul nașterilor: reducerea nașterilor în grupul de vârstă 20-24 ani și creșterea la vârstele mai mature, în special în grupele de vârstă 30-34 și 35-39 ani (Fig. 2.3.2).

Astfel, repartizarea fertilității pe grupe de vârste demonstrează că Republica

fertilității o prezintă analiza fenomenului în profil generațional. Este cunoscut că RTF pentru anii calendaristici este un indicator cumulativ al ratelor specifice de fertilitate a 35 de cohorte feminine, o manifestare transversală a distribuirii în timp a activității lor de reproducere. Măsurarea nivelului de fertilitate pe cohorte feminine (analiza longitudinală) prezintă o stabilitate mai mare în comportamentul reproductiv decât estimarea fertilității pentru anii calendaristici (analiza transversală).

Scăderea de lungă durată a fertilității este ilustrată de evoluția descendenței finale a generațiilor feminine. Estimările fertilității descendente a cohortelor feminine care și-au încheiat perioada de

Fig. 2.3.2.

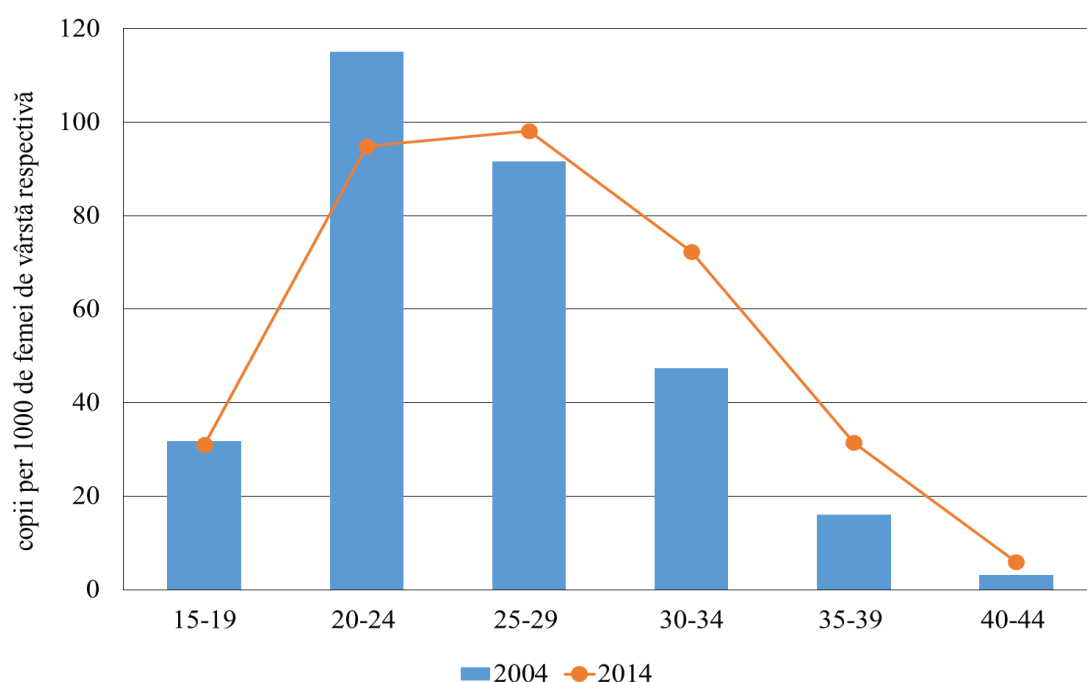


Fig. 2.3.2.

Ratele specifice de fertilitate pe grupe de vârstă, anii 2004 și 2014
Sursa: Calculele O.Gagauz în baza datelor BNS și CCD.

Moldova a intrat ferm în tranziția fertilității de la modelul precoce la cel tardiv, acest fenomen având un impact important asupra descendenței finale.

În modificarea comportamentului reproductiv al populației, forța motrice prezintă schimbările în activitatea de procreare a cohortelor feminine, cele mai veridice informații cu privire la dinamica

reproducere (generațiile feminine născute în anii 1960-1970) și prognozarea fertilității descendente a celor care sunt în cea mai activă vârstă de reproducere demonstrează o tendință constantă de scădere a fertilității. Generațiile feminine născute în prima jumătate a anilor '60 au avut fertilitatea la nivelul de înlocuire a generațiilor, pe când cele născute în anii 1973-1975, dar în special cele care s-au născut la sfârșitul

Tabelul 2.3.1.
Fertilitatea
realizată și
proгноzată
a cohortelor
feminine cu anul
nașterii
1960-1985
Sursa: calculat
de O.Gagauz în
baza datelor BNS
și CCD.

anilor 1970 și mai recent, au prezentat o descendență finală mai scăzută (Tabelul 2.3.1). Totodată, analiza fertilității în profil generațional aduce dovezi solide cu privire la subestimarea nivelului de fertilitate în baza RTF pentru anii calendaristici, care deseori este utilizată de organele de resort ca punct de reper pentru aprecierea acestui fenomen și elaborarea unor politici în acest domeniu.

Chiar dacă dinamica fertilității, în profilul cohortelor feminine, reflectă o situație cu mult mai pozitivă decât RTF pentru anii calendaristici, fertilitatea descendentă a cohortelor mai tinere este semnificativ mai scăzută decât a celor mai în vârstă, fiind sub

nivelul necesar de înlocuire a generațiilor și nu poate să aducă schimbări considerabile în evoluția populației.

Declinul populației într-o măsură decisivă este determinat de scăderea drastică a numărului de nașteri, respectiv o redresare a situației demografice a țării impune, în primul rând, creșterea numărului de născuți. Însă, evoluția anuală a numărului de născuți depinde de nivelul fertilității (numărul mediu de copii per femeie de vârstă fertilă) și de efectivul populației feminine aflate la vârstele fertile, în special între 20 și 40 de ani. Creșterea sau scăderea numărului acestei populații duce automat la variații ale numărului de născuți, chiar dacă fertilitatea

Tabelul. 2.3.1.

Anul nașterii cohortei	Vârsta atinsă către anul 2015	Numărul de copii născuți către anul 2015, per femeie	Fertilitatea proгноzată, suplimentar la cea realizată	Fertilitatea descendentă
1960	55	2,29	-	2,29
1961	54	2,18	-	2,18
1962	53	2,07	-	2,07
1963	52	2,03	-	2,03
1964	51	2,0	-	2,00
1965	50	2,00	-	1,98
1966	49	2,03	-	2,00
1967	48	2,00	-	2,01
1968	47	2,00	-	2,00
1969	46	2,01	-	2,01
1970	45	2,01	-	2,01
1971	44	1,94	0,01	1,95
1972	43	1,91	0,01	1,92
1973	42	1,86	0,01	1,87
1974	41	1,86	0,01	1,87
1975	40	1,84	0,03	1,87
1976	39	1,89	0,07	1,97
1977	38	1,86	0,12	1,98
1978	37	1,83	0,15	1,98
1979	36	1,78	0,18	1,96
1980	35	1,70	0,26	1,96
1981	34	1,64	0,34	1,94
1982	33	1,58	0,38	1,96
1983	32	1,46	0,47	1,93
1984	31	1,33	0,55	1,88
1985	30	1,20	0,62	1,82

se menține constantă. Pentru următorii 20 de ani, dimensiunea și structura pe vârste ale populației feminine de vârstă fertilă (15-49 de ani) sunt cunoscute cu mare precizie, această populație fiind compusă din femei care se află astăzi în viață. În anii următori se prefigurează o scădere continuă a acestei categorii de populație atât din cauza emigrației, cât și din cauza că vârsta reproductivă va fi atinsă de generațiile puțin numeroase născute la sfârșitul anilor '90 – începutul anilor 2000. În așa mod, efectele pozitive pe care ar urma să le obțină o redresare a fertilității asupra numărului de născuți vor fi susținute și amplificate în următoarele decenii de numărul și structura populației feminine de vârstă fertilă. Astfel, dacă în anul 2004 numărul femeilor de vârstă fertilă constituia circa 887 mii, către anul 2014 acesta s-a redus până la 735,5 mii, iar către 2035 posibil să se micșoreze până la 484,8 mii (Fig. 2.3.3).

Totodată, în structura acestui contingent de populație se va micșora ponderea femeilor în cele mai active vârste reproductive: 20-40 de ani. Dacă în anii 2015-2022 ponderea acestora va constitui circa 62-63%, treptat aceasta se va reduce până la 49% (anii 2031-2035).

Astfel, chiar dacă în anii următori RTF va avea o tendință de creștere, efectivul numeric

al nașterilor va fi foarte mic și nu va putea recupera declinul populației, determinat de creșterea numărului de decese ca rezultat al îmbătrânirii demografice. Dacă RTF se va menține la nivelul ultimilor ani (circa 1,65), atunci către sfârșitul perioadei de prognozare numărul anual de nașteri se poate reduce de două ori în comparație cu anii 2009-2010, scăderea anuală constituind circa 3-4%. Scenariul mediu (creșterea treptată a RTF până la 1,85 către anul 2035) va permite o stabilizare, după anul 2030, a numărului de nașteri în mărime de circa 26 mii. Doar creșterea RTF până la 2,1 copii per femei de vârstă fertilă asigură, după scăderea constantă până în anii 2028-2030, o tendință ascendentă a numărului de nașteri până la 32,7 mii în anul 2035 (Fig. 2.3.4).

Cercetările în domeniu demonstrează că factorii determinanți ai declinului fertilității sunt multipli și se asociază cu transformările economice, sociale, culturale și demografice cu care se confruntă societatea contemporană. În majoritatea țărilor europene se constată o corelație înaltă între scăderea RTF și neocupare: rata ridicată a șomajului în rândurile bărbaților și femeilor duce la amânarea nașterii primului copil, de asemenea, suprimează nașterile de rangul doi și trei. Cel mai înalt efect deprimant asupra fertilității se observă atunci când rata

Fig. 2.3.3.

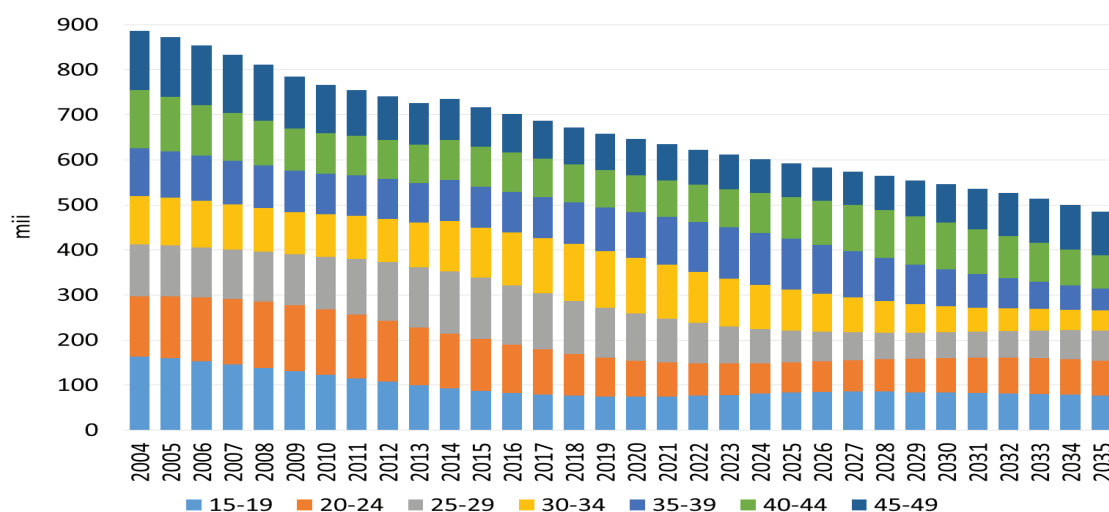


Fig. 2.3.3.
Populația feminină de vârstă reproductivă, estimări și prognoza, 2004-2035
Sursa: CCD.

ridicată a șomajului este acompaniată de o cotă înaltă a autoocupării forței de muncă. Ocuparea femeilor în sectorul public, care garantează stabilitatea locului de muncă și reîntoarcerea după perioada concediului de maternitate, se asociază cu fertilitate mai înaltă⁵². De asemenea, se atestă o corelație negativă sporită între creșterea șomajului în rândurile bărbaților și fertilitatea⁵³.

Incertitudinea economică a fost cauza principală pentru scăderea bruscă a RTF în țările post-comuniste în primele decenii ale transformării⁵⁴. Studiile autohtone demonstrează că neangajarea în câmpul muncii, salariile mici, inaccesibilitatea locuinței, accesibilitatea redusă a serviciilor medicale prezintă cele mai complexe probleme pentru familiile din Republica Moldova, fiind enunțate drept o barieră în realizarea deplină a intențiilor reproductive⁵⁵.

52 Adsera, A. 2004. "Changing fertility rates in developed countries. The impact of labour market institutions." *Journal of Population Economics* 17(1): 1-27.

53 Cazzola A., Pasquini L., Angeli A. The relationship between unemployment and fertility in Italy: A time-series analysis. *Demographic Research*, 2016. Vol.34, Art. 1, p. 1-40.

54 Sobotka T. et al. Czech Republic: A Rapid Transformation of Fertility and Family Behaviour after the Collapse of State Socialism. *Demographic Research*, 2008, Special Collection, 19, p. 403-454,

55 Gagauz O. Unele aspecte ale perfecționării politicilor de protecție socială a familiei. În: *Revista de Filozofie, Sociologie și Științe Politice*. Chișinău, 2009 nr.2 (150), p.36-48; Gagauz O., Buciuceanu-Vrabie M.

Printre alți factori – creșterea accesibilității contraceptivelor hormonale, și incertitudinea ocupării tinerilor, reducerea numărului de căsătorii și creșterea proporției formelor de parteneriat mai puțin stabile, creșterea statutului economic al femeilor, slăbirea rolului normelor culturale (religioase, îndeosebi) și creșterea valorilor de autoafirmare și autorealizare, toate acestea fiind incompatibile cu un număr mare de copii⁵⁶. Anume acești factori au generat cea de-a doua tranziție demografică, care, la nivelul indicatorilor demografici, se manifestă prin creșterea vârstei medii la căsătorie și nașterea copiilor, creșterea intervalelor de timp dintre nașterile succesive, creșterea rolului natalității extraconjugale și a ponderii persoanelor care n-au fost niciodată căsătorite și n-au avut nici un copil⁵⁷.

Politicile orientate spre încurajarea fertilității în țările europene demonstrează existența a trei puncte-cheie care asigură creșterea fertilității: promovarea egalității de gen în toate sferele vieții sociale, crearea condițiilor favorabile de îmbinare a rolurilor profesionale și familiale și dezvoltarea diferitelor servicii de educație extrafamilială a copiilor, plus durabilitatea și consecutivitatea măsurilor întreprinse⁵⁸.

Reieșind din cele expuse, subliniem că factorii care influențează fertilitatea sunt multipli, interconectați și dependenți de contextul economic și social, ceea ce face politicile pronataliste provocatoare. Politicile economice și sociale influențează mediul în care indivizii iau decizii cu privire la formarea familiei și nașterea copiilor.

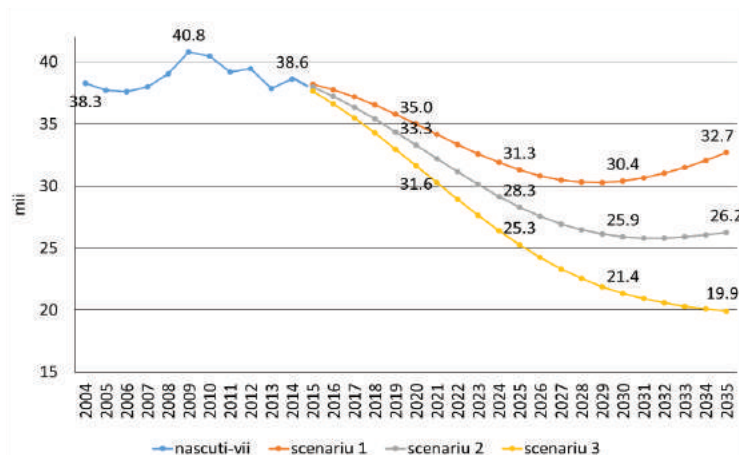
56 Basten S., Sobotka T., Zeman K. et al. Future Fertility in Low Fertility Countries. *VIDWorkingPaper*, 2013, nr.5.

57 Захаров С. В. Рождаемость в России: первый и второй демографический переход. 2002 http://demoscope.ru/weekly/znagi/konfer/konfer_08.html

58 Krieger H. Demographic changes in Europe: Implications for family policy. Paper presented to the Committee of Experts on Children and Families. Concil of Europe. Strasbourg, 2005. 32 p.

Fig. 2.3.4.
Dinamica
numărului de
nașteri, reală și
proгнозată, 2004-
2035
Sursa: CCD.

Fig. 2.3.4.



Având în vedere interacțiunea complexă de factori ce afectează fertilitatea, impactul măsurilor axate doar pe unele domenii, de regulă, este foarte mic, pe când progresul economic, social și factorii culturali au un efect mai mare. Astfel, obiectivul principal al politicilor constă în modificarea paradigmei sistemului social și crearea condițiilor pentru încurajarea comportamentului reproductiv și creșterea fertilității pe termen lung.

2.4. Mortalitatea, speranța de viață la naștere

Mortalitatea pe vârste și sexe. Calitatea datelor în Republica Moldova are o importanță crucială pentru producerea estimărilor fiabile ale mortalității în diferite perioade. Sub înregistrarea enormă a deceselor infantile și subestimarea mortalității la vârstele avansate sunt cele două cauze principale ale supraestimării valorilor speranței de viață la naștere până la sfârșitul anilor '70 ai secolului trecut⁵⁹. Pe de altă parte, datele oficiale cu privire la acest indicator pentru perioada de după independență sunt, de asemenea, extrem de problematice, din cauza unei supraestimări semnificative a numărului populației ca rezultat al necorespunderii definițiilor naționale în domeniul migrației recomandărilor UE⁶⁰. Astfel, în anul 2004, valorile speranței de viață la naștere, calculate în baza estimărilor alternative

cu privire la numărul populației, sunt mai scăzute față de datele oficiale cu 0.6 ani la bărbați și 0.4 ani la femei. Din cauza intensificării fluxurilor migraționale în ultimii ani, acest decalaj dintre estimările oficiale și cele alternative ale speranței de viață la naștere se mărește, constituind în prezent 2.6 ani pentru bărbați și 1.6 ani pentru femei (Tabelul 2.4.1).

Tendința generală a mortalității în Republica Moldova este similară cu cea observată în Ucraina sau Rusia și se caracterizează prin fluctuații semnificative ale valorilor indicatorului legate de campania anti-alcool din anii 1980 și criza socioeconomică, care au afectat fostele republici sovietice după destrămarea URSS în perioada de tranziție la economia de piață. În ciuda acestor oscilații, Republica Moldova nu a putut obține o creștere stabilă a valorilor speranței de viață pe parcursul ultimelor cinci decenii spre deosebire de țările occidentale, care încă din anii '70 ai secolului trecut înregistrează creșterea acestui indicator datorită depășirii mortalității prin diverse patologii, în special de origine cardiovasculară, spre vârstele înaintate. Aceste tendințe opuse între țările de Est și cele de Vest au condus la formarea unei diferențe enorme privind speranța de viață la naștere. În prezent, valorile acestui indicator în Republica Moldova constituie 65,0 ani pentru bărbați și 73,4 ani pentru femei⁶¹, acestea fiind cu 7,4 și, respectiv, 6,7 ani mai scăzute decât în UE (după anul 2004)⁶². Mortalitatea înaltă a populației adulte, în special a bărbaților, este una din cele mai stringente probleme pentru Republica Moldova. În prezent, probabilitatea de a deceda la vârsta de 65 de ani pentru un bărbat care a ajuns la vârsta de 20 de ani constituie 40%, fiind de două ori mai mare decât în țările dezvoltate.

59 Penina O., Meslé F., Vallin J., 2010, "Correcting for Under-Estimation of Infant Mortality in Moldova", Population (English Edition), 65(3), pp. 499–514.

60 Penina, O., Jdanov, D. A., Grigoriev, P. Producing reliable mortality estimates in the context of distorted population statistics: the case of Moldova. MPIDR Working Paper WP-2015-011, 35 pages (November 2015). Rostock, Max Planck Institute for Demographic Research. Penina, O. 2016, "About the Republic of Moldova Data on Causes of Death". http://causesofdeath.org/Data/MDA/20160121/MDA_bd.pdf

61 În baza estimărilor alternative cu privire la numărul populației.

62 Health for All Database (<http://data.euro.who.int/>).

Tabelul. 2.4.1.

Anul	Bărbați		Femei		Diferența	
	Estimări alternative (ani)	Estimări oficiale (ani)	Estimări alternative (ani)	Estimări oficiale (ani)	Bărbați (ani)	Femei (ani)
2004	63.9	64.5	71.8	72.2	-0.6	-0.4
2005	62.8	63.8	71.1	71.7	-1.0	-0.6
2006	63.3	64.6	71.5	72.2	-1.3	-0.7
2007	63.3	65.0	71.6	72.6	-1.8	-1.0
2008	63.3	65.6	72.0	73.2	-2.3	-1.2
2009	62.9	65.3	72.1	73.4	-2.4	-1.2
2010	62.4	65.0	71.9	73.4	-2.6	-1.5
2011	64.4	66.8	73.4	74.9	-2.4	-1.5
2012	64.5	67.2	73.2	75.0	-2.7	-1.8
2013	65.3	68.1	73.8	75.6	-2.7	-1.7
2014	64.9	67.5	73.7	75.4	-2.6	-1.6

Tabelul 2.4.1.
Speranța de
viață la naștere:
estimări oficiale
și alternative,
2004-2014
Sursa: Penina
Olga, Grigoriev
Pavel, Jdanov
Dmitrii, 2015.

Stagnarea generală a speranței de viață la naștere din Republica Moldova din ultima jumătate de secol rezultă din două tendințe opuse. Pe de o parte, a scăzut considerabil mortalitatea infantilă și în rândul copiilor cu vârsta cuprinsă între 1-14 ani (Fig. 2.4.2). Între 1965 și 2014, rata mortalității infantile s-a redus mai mult de cinci ori, în timp ce mortalitatea în rândul copiilor a scăzut aproximativ de trei ori. De-a lungul perioadei de independență, progresele realizate în reducerea mortalității infantile sunt, de asemenea, destul de semnificative (70% în 1991-2014), în timp ce nivelul de mortalitate în rândul copiilor a scăzut aproape de două ori în aceeași perioadă. În prezent, rata mortalității infantile constituie 9,7 decese la 1000 de nașcuți-vii (anul 2014), care este aproape de nivelul înregistrat în țările vecine, precum Ucraina (8,9 în 2012) și România (8,4 în 2014), dar încă mult mai înaltă decât în UE (3,8 în 2013⁶³).

Pe de altă parte, progresul în reducerea mortalității infantile și celei în rândul copiilor a fost complet echilibrat de

creșterea enormă a mortalității populației în vârstă aptă de muncă, mai ales în rândul bărbaților cu vârsta cuprinsă între 30-69 de ani. În perioada anilor 1965-2014, rata mortalității standardizate la bărbați în vârstă de 50-69 de ani a crescut cu peste 80% (de la 15,7 la 29,3 la 1000 de persoane). Printre bărbații în vârstă (70 de ani și mai mult), situația s-a deteriorat semnificativ dar într-o măsură mai mică: indicatorii standardizați de mortalitate au crescut cu 40% (de la 74,7 la 106,9 la 1000 de persoane). Dimpotrivă, mortalitatea în rândul bărbaților tineri, cu vârsta cuprinsă între 15-29 de ani, după o lungă perioadă de deteriorare, a fost într-un declin moderat începând cu mijlocul anilor 1990. Astfel, între 1991 și 2014, rata mortalității standardizate la această grupă de vârstă s-a redus cu peste 50% (2,0-1,3 la 1000 de persoane). Aceste semne de îmbunătățire recentă sunt, de asemenea, vizibile pentru femeile tinere, deși la cele adulte și în grupa de vârstă mai mare nivelul de mortalitate se menține la același nivel ridicat, specific pentru ultimii douăzeci de ani.

Tendința ascendentă a mortalității la adulți este marcată de fluctuațiile activității campaniei anti-alcool din anii 1980 și criza socioeconomică a anilor 1990, agravată de

63 Pentru UE datele sunt luate din baza de date Health for all Database (<http://www.euro.who.int/en>); pentru România – din baza de date a Institutului Național de Statistică (<http://www.insse.ro>).

Fig. 2.4.1.

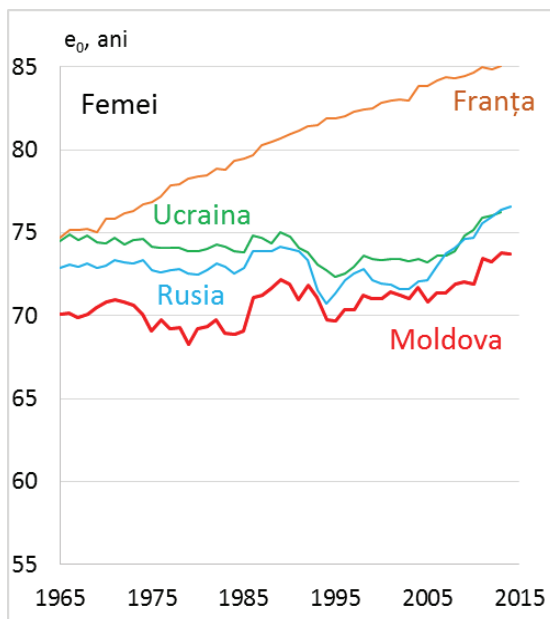
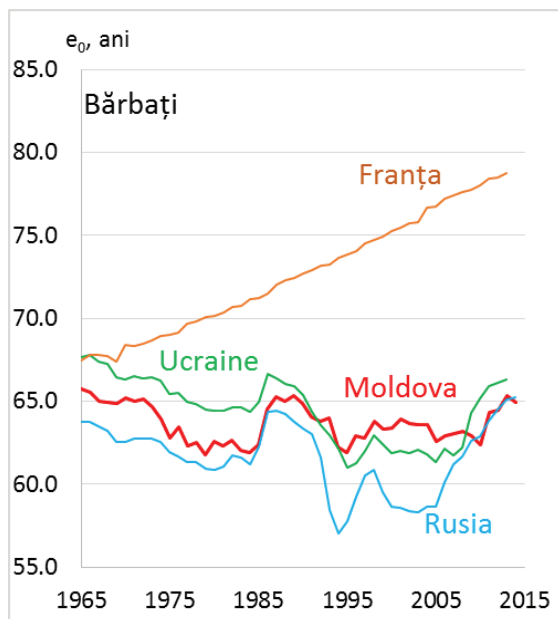


Fig. 2.4.1.

Speranța de viață la naștere în Republica Moldova, Ucraina, Rusia și Franța, anii 1965-2014
Sursa: Pentru Republica Moldova: calcule în baza Human Cause of Death database (www.causesofdeath.org); alte țări: Human Mortality Database (www.mortality.org).

conflictul militar din Transnistria din 1992. Aceste oscilații sunt mai semnificative pentru bărbații în vârstă aptă de muncă și mai puțin pentru femeile cu vârsta avansată. Este important de accentuat faptul că tendința de creștere a mortalității, în rândul populației adulte, s-a stabilit încă în perioada sovietică, după fluctuațiile mari ale campaniei anti-alcool din anii 1985-1987 și reformele din anii 1990, și-a reluat traiectoria ascendentă, care se menține până în prezent. De menționat că situația

este cea mai devastatoare în rândul adulților maturi de sex masculin. Creșterea de lungă durată a mortalității în rândul adulților din ultimele cinci decenii mărturisește despre criza severă de sănătate a acestei categorii de populație. Cel mai vulnerabil grup este prezentat de bărbații cu vârsta cuprinsă între 40-69 de ani.

Mortalitatea pe cauze de deces. În structura mortalității pe cauze de deces (șapte cauze majore) în anul 2014 ponderea deceselor provocate de bolile aparatului circulator în

Fig. 2.4.2.

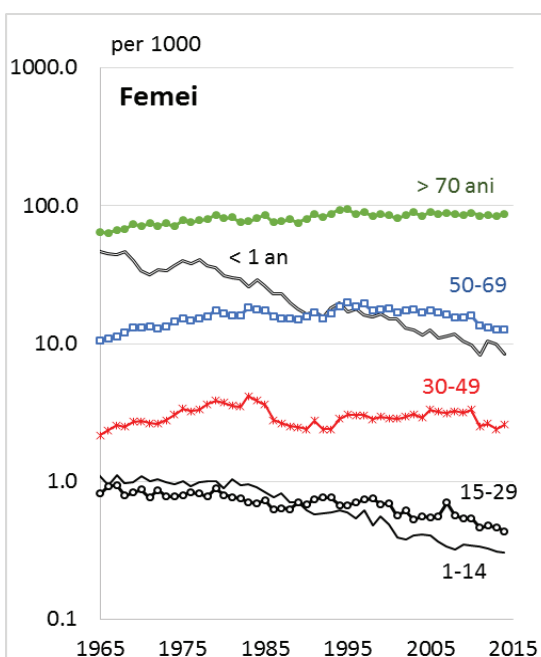
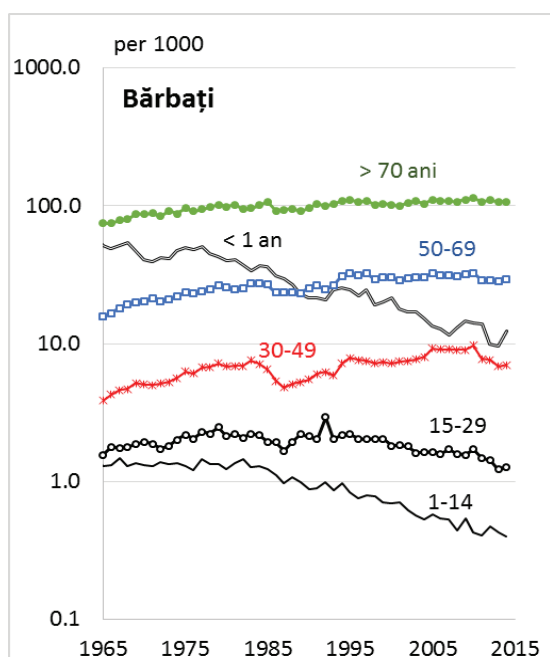


Fig. 2.4.2.

Dinamica ratelor specifice de mortalitate pe vârste și sex, anii 1965-2014
Sursa: calcule efectuate în baza Human Cause of Death database (www.causesofdeath.org)

Fig. 2.4.3.

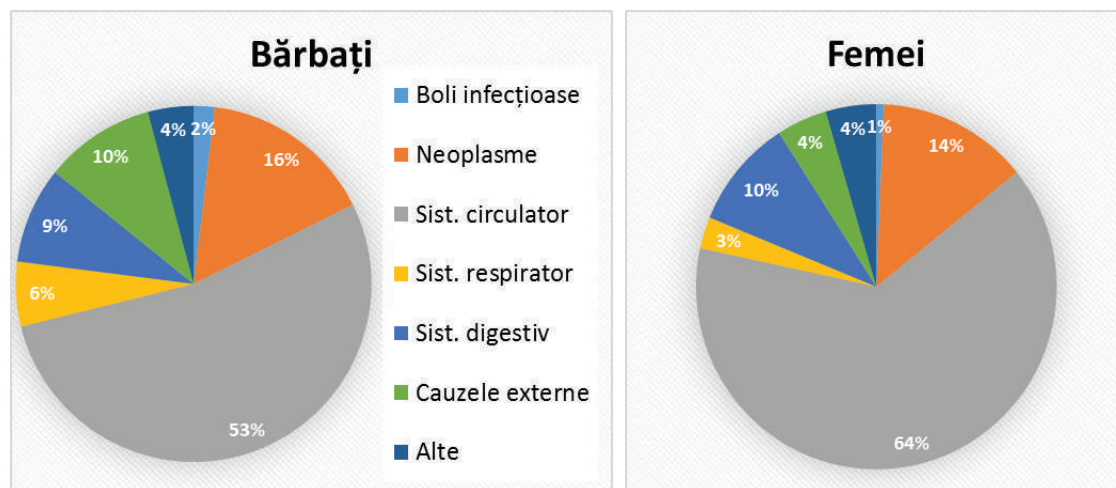


Fig. 2.4.3.

Structura mortalității pe cauze de deces, pe sexe, anul 2014

Sursa: calcule efectuate în baza Human Cause of Death database (www.causesofdeath.org)

mortalitatea totală este de 53% la bărbați și 64% la femei. Neoplasmul ocupă locul doi la ambele sexe (16% la bărbați și 14% la femei). La bărbați, decesele provocate de cauzele externe (10%) și bolile aparatului digestiv (9%) ocupă locul al treilea în structura generală a mortalității. La femei, bolile aparatului digestiv sunt a treia cauză principală de deces (10%).

Mortalitatea din cauza *bolilor de inimă* (Fig. 2.4.4), a cărei pondere în mortalitatea totală de boli ale aparatului circulator constituie peste 70% la ambele sexe, înregistrează o creștere dramatică pe parcursul ultimilor cinci decenii. Campania anti-alcool, de la începutul anilor 1980, a determinat o reducere considerabilă, dar de scurtă durată

a acestui tip de mortalitate la ambele sexe. La scurt timp după întreruperea campaniei, tendința ascendentă a mortalității de boli de inimă s-a restabilit și chiar a accelerat semnificativ în anii 1990. Cu toate acestea, de la sfârșitul anilor 1990, ratele standardizate ale mortalității din această cauză de deces se mențin la un nivel stabil la bărbați și au urmat o tendință de scădere moderată la femei. În prezent, mortalitatea, cauzată de boli de inimă, corespunde nivelului înregistrat la începutul anilor 1990 la bărbați (686 la o sută de mii de persoane) și la mijlocul anilor 1980 la femei (472 la o sută de mii de persoane). *Bolile cerebrovasculare* sunt a doua cauză cardiovasculară de deces după bolile de inimă, care, de asemenea, au prezentat

Fig. 2.4.4.

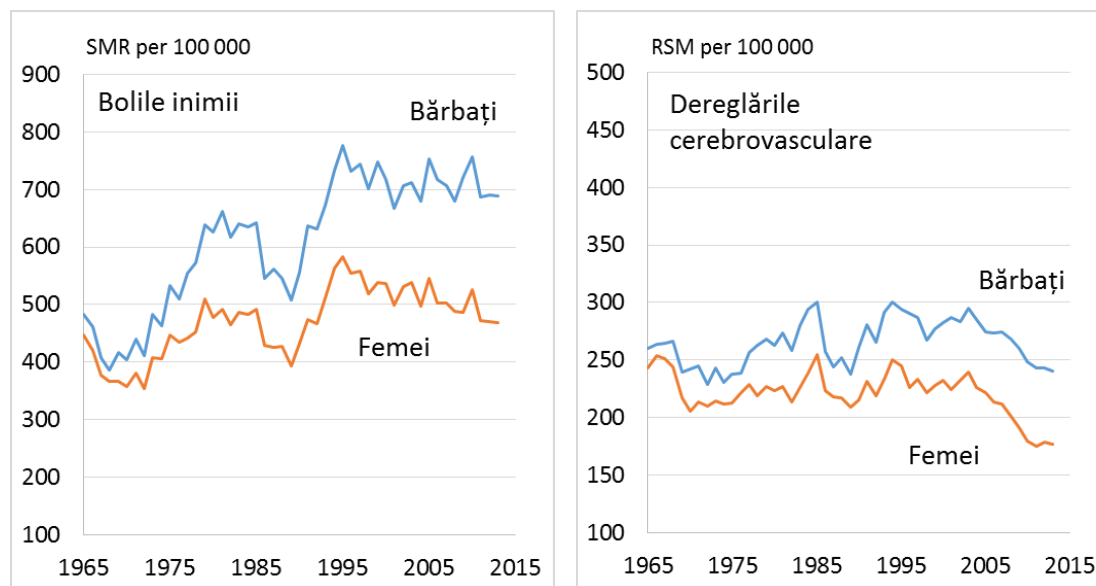


Fig. 2.4.4.

Ratele standardizate ale mortalității cauzate de boli de inimă și cardiovasculare, pe sexe, anii 1965-2013

Sursa: calcule efectuate în baza Human Cause of Death database (www.causesofdeath.org)

dinamici foarte nefavorabile în ultima jumătate de secol. Cu toate acestea, sunt vizibile îmbunătățiri recente pentru ambele sexe. Astfel, în 2013, în comparație cu anul 2003, rata standardizată a mortalității prin boli cerebrovasculare a scăzut de la 295 până la 243 per 100000 – la bărbați și de la 240 până la 175 per 100000 – la femei.

Analiza comparativă a mortalității pe cauze de deces între Republica Moldova și țările cu valori ridicate ale speranței de viață la naștere prezintă un bun instrument pentru a determina cauzele specifice de deces responsabile pentru valorile foarte scăzute ale speranței de viață la naștere în țară. *Anexa 2.4.1* include ratele standardizate de mortalitate pe diferite cauze de deces în Republica Moldova în comparație cu standardul occidental pentru bărbați și femei (Franța, Germania, Republica Cehă, SUA, Marea Britanie, Polonia și Spania). Ratele standardizate ale mortalității pentru toate cauzele de deces depășesc valorile corespunzătoare calculate pentru standard de 2,4 ori la bărbați și de 2,1 ori la femei. La nivelul cauzelor de deces, cea mai nefavorabilă situație se înregistrează pentru bolile aparatului circulator, nivelul mortalității în Republica Moldova fiind aproximativ de 4 ori mai mare decât standardul occidental. În pofida îmbunătățirilor recente ale mortalității din cauza bolilor cerebrovasculare, indicatorul standardizat pentru Republica Moldova este aproximativ de 6 ori mai mare la bărbați și de 5 ori mai mare la femei.

Deși *neoplasmale* ocupă al doilea loc în structura generală a mortalității, valorile standardizate ale mortalității prin această cauză de deces în Republica Moldova pot fi comparate cu valorile corespunzătoare ale standardului occidental, în special la femei. Cu toate acestea, structurile mortalității pe cauze de deces, provocate de diferite

tipuri de neoplasme, sunt diferite. Astfel, în Moldova, în comparație cu standardul, nivelul de mortalitate prin cancer al sistemului digestiv, în special *cancer de stomac* și *cancer de ficat*, este foarte înalt, atât la bărbați cât și la femei (respectiv, de trei și peste două ori). Mai mult, la femei, mortalitatea cauzată de *cancerul uterin*, în pofida unei tendințe de scădere generală observată în ultimele decenii⁶⁴, este de două ori mai înaltă față de standardul occidental.

Raportul dintre rata standardizată de mortalitate, cauzată de *boli ale aparatul digestiv* în Republica Moldova și cea din țările comparate, este de aproximativ 4,3 pentru ambele sexe, fiind mai mare decât pentru bolile sistemului circulator. Pentru *ciroza hepatică*, care reprezintă aproximativ 80% din totalul bolilor sistemului digestiv, această diferență este izbitoare și este de 8,5 ori pentru femei și de 6,0 ori pentru bărbați. Nivelul excepțional de mare al mortalității prin ciroză hepatică, mai ales în rândul populației de sex feminin, reprezintă o trăsătură specifică a structurii mortalității pe cauze de deces în Republica Moldova.

Leziunile, otrăvirile și alte consecințe ale cauzelor externe constituie următoarea cauză principală de deces, care explică nivelul ridicat de mortalitate în Republica Moldova în comparație cu țările occidentale la bărbați (de 2,6 ori). Structura mortalității bărbaților, provocată de cauze externe, este următoarea: suicid (17%), căderi accidentale, înec și expunerea la electricitate și foc (17%), accidente de transport (14%), intoxicații accidentale (10%), evenimente de intenție nedeterminată (9%), agresiune (6%) și grupă reziduală (27%). Cea mai mare diferență între Republica Moldova și standardul occidental în ceea ce privește

⁶⁴Penina O., 2012, *Tendențele mortalității după cauze de deces în Republica Moldova, anii 1965-2010 [Cause-specific mortality trends in the Republic of Moldova, 1965-2010]*, Ph.D. thesis, Chisinau, Academia de Științe a Moldovei, 263 p.

mortalitatea provocată de cauzele externe este înregistrată pentru *evenimente de intenție nedeterminată* (de 6,4 ori), *grup rezidual pe cauze externe de deces* (de 5,3 ori) și cauze externe de deces provocate de *căderi accidentale, înec și expunerea la electricitate și foc* (de 2,9 ori). Grupul rezidual pe cauze externe de deces în rândul bărbaților adulți este, în mare parte, prezentat prin inhalare accidentală a unui corp străin, decese provocate de expunerea excesivă la frig și cauzele reziduale ale deceselor.

Cu toate că bolile infecțioase nu contribuie mult la mortalitatea totală (doar 2% la bărbați și 1% la femei), ratele standardizate ale mortalității prin tuberculoză în Moldova, în comparație cu standardul occidental, sunt de 32 ori mai mari la bărbați și de 14 ori la femei.

Analiza mortalității populației demonstrează că Republica Moldova nu a reușit să obțină progrese semnificative în dinamica speranței de viață la naștere. Mortalitatea înaltă are consecințe multiple și complexe:

se intensifică procesul de depopulare, se devalorizează investițiile în învățământ și pregătirea cadrelor, se stopează ritmul de creștere economică, se reduc oportunitățile de asigurare a pensionarilor. Totodată, rezervele de reducere a mortalității și de creștere a speranței de viață sunt mari. Componenta mortalității, care ar avea cea mai importantă și consistentă contribuție la creșterea speranței de viață, reprezintă mortalitatea provocată de bolile aparatului circulator. *Revoluția cardiovasculară*, ce s-a produs în țările occidentale în anii '70 ai secolului trecut și s-a manifestat prin reducerea spectaculoasă a mortalității prin bolile ischemice ale inimii și dereglările cerebrovasculare⁶⁵, încă nu a ajuns în Republica Moldova. Reculul mortalității va fi posibil numai în condițiile reducerii sărăciei, creșterii economice durabile, îmbunătățirii nivelului de trai și calității serviciilor medicale.

65 Vallin J., Meslé F., 2004, "Convergences and divergences in mortality: A new approach of health transition", *Demographic Research*, S2, pp. 11-44.

Anexa 2.4.1

Cauze de deces	Republica Moldova	Standard occidental	Raportul Moldova/stand. occidental
Toate cauzele	1755.61	738.33	2.38
Boli infecțioase	37.86	16.31	2.32
Tuberculoză	30.44	0.95	32.19
Neoplasme	261.38	210.55	1.24
Cancer de stomac	24.66	7.70	3.20
Cancer de intestin	56.95	36.13	1.58
Cancer de ficat	19.02	9.63	1.98
Cancer pulmonar	58.90	55.93	1.05
Cancer de prostată	14.36	18.67	0.77
Endocrinologic, boli de sânge	15.65	25.94	0.60
Boli ale sistemului nervos	23.21	48.66	0.48
Tulburări psihice din cauza abuzului de alcool	5.38	5.09	1.06
Epilepsie	3.27	1.38	2.37
Boala Alzheimer	7.80	11.13	0.70
Boli ale sistemului circulator	938.19	239.16	3.92
Boli de inimă	686.35	182.69	3.76
Boli cerebrovasculare	243.35	41.33	5.89
Boli ale sistemului respirator	107.50	65.06	1.65
Pneumonie	40.24	16.79	2.40
Boli ale sistemului digestiv	153.79	36.16	4.25
Ciroză hepatică	118.90	19.94	5.96
Cauze externe de deces	183.50	69.47	2.64
Accidente de transport	26.10	13.71	1.90
Căderi, înec, foc	30.80	10.42	2.96
Intoxicații accidentale	18.69	9.28	2.01
Suicid	31.81	19.31	1.65
Agresiuni	10.31	4.83	2.14
Eveniment de intenție nedeterminată	16.04	2.50	6.43
Alte cauze	34.52	26.56	1.30

Anexa 2.4.1

Tabelul 1. Rata standardizată a mortalității în Republica Moldova (2013) în comparație cu standardul occidental, pe cauze de deces, toate vârstele, bărbați (per 100000)

Tabelul 2.

Rata
standardizată
a mortalității
în Republica
Moldova (2013)
în comparație
cu standardul
occidental, pe
cauze de deces,
toate vârstele,
femei (per
100000)

Tabelul 2

Cauze de deces	Republica Moldova	Standard occidental	Raportul Moldova/stand. occidental
Toate cauzele	1015.88	476.41	2.13
Boli infecțioase	7.12	10.89	0.65
Tuberculoză	3.90	0.27	14.31
Neoplasme	143.38	134.45	1.07
Cancer de stomac	11.26	3.59	3.14
Cancer de intestin	31.89	24.28	1.31
Cancer de ficat	8.78	3.51	2.50
Cancer pulmonar	9.79	26.14	0.37
Cancerul de sân	28.55	21.97	1.30
Cancer uterin	15.32	7.22	2.12
Endocrinologic, boli de sânge	13.37	19.49	0.69
Boli ale sistemului nervos	8.24	42.99	0.19
Tulburări psihice din cauza abuzului de alcool	1.28	1.37	0.93
Epilepsie	1.03	0.81	1.28
Boala Alzheimer	2.02	13.06	0.15
Boli ale sistemului circulator	651.86	156.94	4.15
Boli de inimă	472.41	111.47	4.24
Boli cerebrovasculare	175.48	35.22	4.98
Boli ale sistemului respirator	35.79	40.38	0.89
Pneumonie	9.78	10.78	0.91
Boli ale sistemului digestiv	95.26	21.86	4.36
Ciroză hepatică	80.34	9.42	8.53
Cauze externe de deces	38.90	26.43	1.47
Accidente de transport	7.01	4.58	1.53
Căderi, înec, foc	5.80	5.22	1.11
Intoxicații accidentale	5.63	4.70	1.20
Sinucidere	4.47	4.91	0.91
Agresiuni	3.37	1.40	2.41
Eveniment de intenție nedeterminată	3.88	1.04	3.72
Alte cauze	21.95	22.46	0.98

2.5. Îmbătrânirea populației

În prezent, îmbătrânirea populației, determinată de natalitatea scăzută și creșterea lentă a speranței de viață la naștere, este cel mai important proces demografic care generează dinamica populației. În comparație cu țările economic dezvoltate în care îmbătrânirea demografică se datorează creșterii semnificative a speranței de viață la vârstele înaintate, în Republica Moldova acest fenomen este rezultatul scăderii natalității și redistribuirii procentuale a celor trei grupuri de vârstă mari (copii, adulți și vârstnici) în totalul populației, pe când reducerea mortalității și creșterea speranței de viață au un efect nesemnificativ.

În deceniile viitoare, efectivul diferit al cohortelor va determina și structura populației vârstnice. Până în anul 2025, în totalul acestui contingent de populație vor domina grupele de vârstă 60-64 ani și 65-69 ani, constituind circa 37-43%, apoi se prefigurează o creștere semnificativă a celor cu vârsta de 70 ani și peste, până la 57% către anul 2035 (Tabelul 2.5.1, Fig. 2.5.1)

Mortalitatea excesivă a bărbaților în vârstă aptă de muncă, precum și migrația mai înaltă a acestora vor determina discrepanțe semnificative în dinamica efectivului populației vârstnice pe sexe, prevalența femeilor fiind o caracteristică specifică a procesului de îmbătrânire demografică în Republica Moldova. Astfel, dacă în anul 2015 raportul bărbați/femei constituia 64,2 bărbați la 100 de femei, către anul 2035 acest decalaj va crește și va constitui 59,6 la 100 (Tabelul 2.5.2).

În pofida acestor provocări îngrijorătoare,

îmbătrânirea demografică prezintă o evoluție firească, prezentând un rezultat al progresului social și medical. Oamenii vor trăi mai mult și într-o stare de sănătate mai bună, inclusiv se constată îmbunătățirea capacităților cognitive la vârstele înaintate. Tendințele menționate duc la creșterea speranței de viață la naștere, în special în țările economic dezvoltate⁶⁶.

Pentru a înțelege provocările actuale și viitoare pentru o societate în curs de îmbătrânire, în prezent, au apărut instrumente noi de măsurare a îmbătrânirii demografice. Bazându-se pe faptul că viața fără dizabilitate devine mai lungă, este mai corect de a examina îmbătrânirea nu doar în raport cu vârsta cronologică, dar și în raport cu speranța de viață rămasă. Se presupune că speranța de viață rămasă de 15 ani reprezintă un prag relativ când probabilitatea de înrăutățire a sănătății crește. Prin urmare, s-a propus calcularea indicatorului raportul prospectiv de dependență prin vârstnici (*prospective old age dependency ratio*): raportul dintre numărul populației cu speranța de viață rămasă de 15 ani și mai puțin și numărul populației în vârstă până la 20 de ani, la care speranța de viață este mai mare decât 15 ani⁶⁷. Analiza procesului de îmbătrânire demografică în baza acestui indicator arată o situație foarte diferită în spațiul european. Țările cu speranța de viață mai ridicată în vârstele înaintate sunt într-o situație mai favorabilă, raportul prospectiv de dependență prin vârstnici fiind mai scăzut decât cel cronologic⁶⁸.

66 Population Trends and Policies in the UNECE Region. Outcomes, Policies and Possibilities. 2013, p.4

67 Sanderson, W, and S, Scherbov, Conventional and Prospective measures of population aging, 1995, 2005, 2025, and 2045, Population Reference Bureau, Washington, DC, 2008. http://www.prb.org/excel08/age-aging_table.xls

68 European Demographic Data Sheet, 2015. <http://www.oew.ac.at/en/vid/data/demographic-data-sheets/european-demographic-data-sheet-2014/re-measuring-ageing-in-europe/>

Tabelul 2.5.1.

Numărul persoanelor vârstnice (mii) pe grupe de vârstă (scenariu-reper), 2015-2035
Sursa: CCD.

Tabelul. 2.5.1.

	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Total
2015	181.6	122.7	81.2	69.3	40.7	23.8	519.3
2016	178.3	140.3	73.0	69.1	40.8	23.5	525.0
2017	177.6	152.4	68.8	68.8	41.1	23.2	531.9
2018	179.2	158.6	71.4	66.5	41.5	22.6	539.8
2019	181.5	158.4	82.9	62.4	41.4	22.0	548.6
2020	183.7	154.7	99.3	56.9	40.9	21.9	557.3
2021	183.9	152.0	113.6	51.1	40.9	22.0	563.5
2022	180.3	151.6	123.3	48.5	40.8	22.2	566.8
2023	173.8	153.2	128.2	50.9	39.4	22.2	567.7
2024	164.4	155.4	128.1	59.7	36.8	22.0	566.4
2025	152.8	157.5	125.3	71.8	33.4	21.7	562.5
2026	142.0	157.8	123.4	82.1	30.0	21.9	557.2
2027	133.5	154.8	123.3	89.0	28.8	22.0	551.5
2028	126.6	149.2	124.8	92.4	30.7	21.3	545.0
2029	120.7	141.2	126.9	92.4	36.5	20.0	537.6
2030	116.6	131.2	128.8	90.6	44.2	18.3	529.6
2031	113.6	121.9	129.1	89.5	50.4	17.0	521.4
2032	111.1	114.6	126.7	89.7	54.4	16.9	513.4
2033	109.3	108.7	122.1	91.0	56.2	17.9	505.3
2034	108.2	103.7	115.6	92.7	56.3	20.5	497.0
2035	107.5	100.1	107.4	94.3	55.4	23.6	488.4

Calcularea indicatorului *raportul prospectiv de dependență prin vârstnici* și compararea acestuia cu raportul de dependență prin vârstnici (bazat pe vârsta cronologică) pentru Republica Moldova demonstrează o

situație cu mult mai nefavorabilă în raport cu alte țări europene. Având speranța de viață scăzută, Republica Moldova îmbătrânește mai rapid, *raportul prospectiv de dependență prin vârstnici* fiind mai înalt

Fig. 2.5.2.

Fig. 2.5.2.

Dinamica raportului de dependență prin vârstnici (RDV) și raportului prospectiv de dependență prin vârstnici
Sursa: CCD.

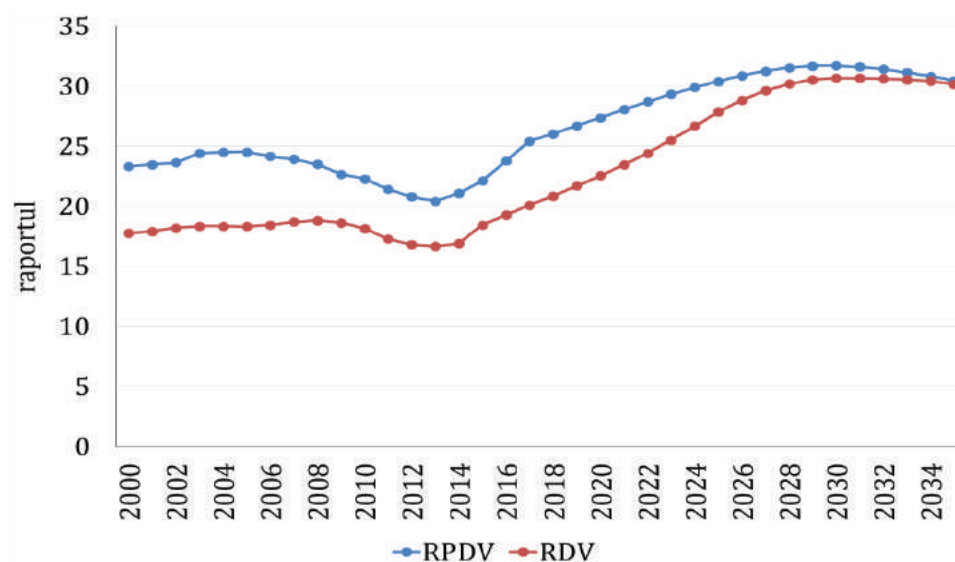


Fig. 2.5.1.

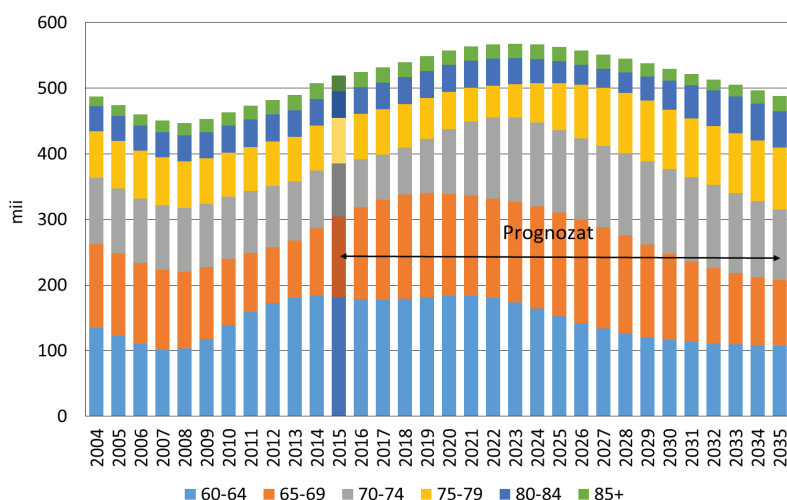


Fig. 2.5.1.
Structura populației vârstnice, estimată și prognozată, 2004-2035
Sursa: CCD.

decât *raportul de dependență prin vârstnici (cronologic)*. Doar creșterea treptată a speranței de viață (prognozată) duce la îmbunătățirea situației (Fig.2.5.2).

Se presupune că îmbătrânirea demografică poate să aducă cel de-al doilea dividend demografic, care, în comparație cu primul dividend demografic, nu este legat cu schimbările structurale ale populației, ci cu modificarea ciclului de viață al indivizilor, lărgirea orizonturilor acestuia prin creșterea duratei de viață. Creșterea semnificativă a supraviețuirii până la cele mai înaintate vârste, în anumite condiții, poate să aducă o schimbare în comportamentul economic al oamenilor, „forțând” să consume mai puțin și să economisească mai mult sau să muncească mai mult și o perioadă mai lungă, să economisească mai mult, fără reducerea consumului de bunuri obișnuit⁶⁹.

O caracteristică importantă a procesului de îmbătrânire demografică prezintă creșterea speranței de viață sănătoasă – numărul de ani trăiți într-o stare bună de sănătate, care crește paralel cu speranța de viață la naștere în toate țările din regiune. Acest fapt semnifică că tot mai mulți oameni vor

trăi într-o stare bună de sănătate la vârsta de 65 ani și peste, ceea ce oferă posibilitatea să rămână economic și social activi, să se bucure de autonomie și să nu prezinte o povară pentru sistemul de ocrotire a sănătății și asistență socială.

În anul 2013, pentru Republica Moldova,

Tabelul 2.5.2.

	Femei	Bărbați	Raport bărbați/femei
2015	316,3	203,0	64,2
2016	319,7	205,3	64,2
2017	323,8	208,1	64,3
2018	328,5	211,2	64,3
2019	334,0	214,6	64,2
2020	339,5	217,8	64,2
2021	343,6	220,0	64,0
2022	346,1	220,7	63,8
2023	347,3	220,3	63,4
2024	347,3	219,1	63,1
2025	345,8	216,7	62,7
2026	343,4	213,8	62,2
2027	340,8	210,7	61,8
2028	337,6	207,4	61,4
2029	333,7	203,9	61,1
2030	329,4	200,2	60,8
2031	325,0	196,4	60,4
2032	320,6	192,7	60,1
2033	316,2	189,2	59,8
2034	311,3	185,7	59,7
2035	306,0	182,4	59,6

Tabelul 2.5.2.
Numărul persoanelor vârstnice pe sexe (scenariu-reper), 2015-2035
Sursa: CCD.

69 Carstensen L. The Influence of a Sense of Time on Human Development // Science, Vol. 312, 2006. p. 1913 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2790864/>

speranța de viață la vârsta de 65 de ani se estima la nivelul de 14,7 ani pentru femei și 11,5 ani pentru bărbați. Bărbații vor petrece 7 ani (61% din anii rămași) în stare de sănătate bună (foarte bună, bună și satisfăcătoare) și 3 ani (34% din anii rămași) fără boli cronice. Femeile vor petrece 7,6 ani (52% din anii rămași) în stare de sănătate bună și 3,7 ani (25% din anii rămași) fără boli cronice (Fig. 2.5.3).

Fig. 2.5.3.

Speranța de viață sănătoasă la vârsta de 65 ani, bazată pe autoaprecierea stării de sănătate și prezența bolilor cronice, pe sexe, 2013
Sursa: calcule în baza studiului Bugetul Gospodăriilor Casnice (www.statistica.md) și estimărilor alternative ale numărului populației (Penina O., Grigoriev P. și Jdanov D., 2015)

Deși indicatorul speranța de viață sănătoasă pentru Republica Moldova este cu mult mai scăzut decât în țările economic dezvoltate, îmbunătățirea stării de sănătate a populației și creșterea speranței de viață la naștere prezintă oportunități pentru îmbătrânirea activă, lărgind orizonturile fizice pentru autorealizare și autoîmplinire.

În acest context, guvernele țărilor din regiune în promovarea politicilor tot mai mult se axează pe conceptul de îmbătrânire activă care înseamnă înaintarea în vârstă în condiții optime de sănătate, un rol activ în societate și împlinirea pe plan profesional, dar și autonomie în viața zilnică și implicare în activitățile civice. Îmbătrânirea activă include atât procesul individual, cât și oportunitățile sociale ale structurilor

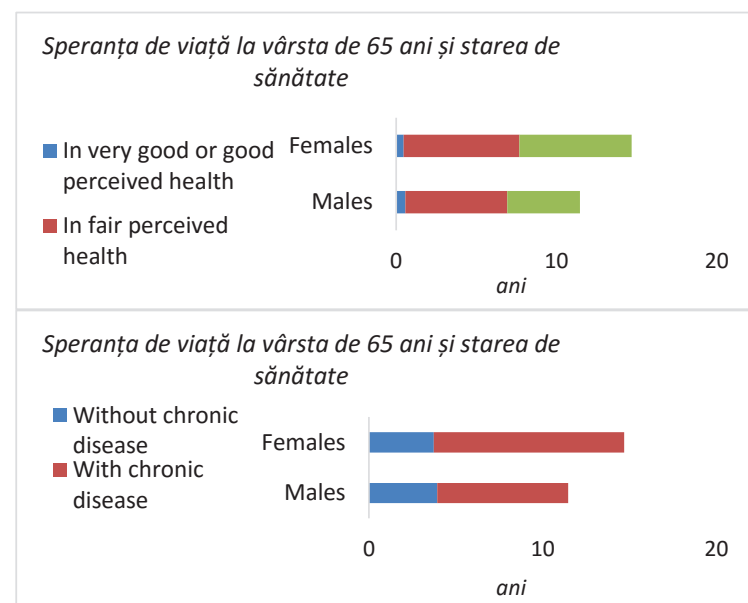
de sănătate, participare și integrare. Obiectivul fundamental al intervențiilor în domeniul îmbătrânirii active este de a optimiza oportunitățile pentru sănătate, participare și securitate astfel încât să sporească calitatea vieții populației odată cu îmbătrânirea⁷⁰.

În condițiile îmbătrânirii demografice, rolul persoanelor vârstnice în societate va crește, această categorie de populației va avea o influență tot mai mare, inclusiv prin votul electoral, oferind preferință acelor partide și liderilor politici a căror programe vor fi mai mult orientate spre susținerea persoanelor vârstnice. Acest fapt poate împiedica promovarea reformelor în sistemul de pensionare, asigurarea stabilității acestuia, precum și dezvoltarea socioeconomică bazată pe consolidare intergenerațională.

2.6 Migrația externă

Până la destrămarea URSS, migrația populației de pe teritoriul Republicii Moldova a fost reglementată exclusiv doar în interiorul țărilor unionale. Deschiderea frontierelor a făcut posibilă deplasarea populației și pe teritoriile altor state. De la sfârșitul anilor '80 procesele migraționale din Republica Moldova s-au schimbat în sensul opus. Sistemul vechi de control al migrației a fost distrus, iar comportamentul migrator al populației, precum și cauzele migrației s-au modificat. Alegerea de către emigranți a unor noi rute a fost influențată de o diversitate de factori politici, etnici, socioeconomi și cultural-lingvistici.

Cel mai mare neajuns al statisticilor naționale în domeniul migrației internaționale este subestimarea numărului real al emigranților. În lipsa datelor fiabile



⁷⁰Active Ageing Index 2012. Concept, Methodology and Final Results. Vienna, March 2013. (Authored by A.Zaidi / Project Coordinator/ and others).

cu privire la fluxurile de emigranți, datele țărilor gazdă reprezintă o sursă bună de estimare indirectă a dimensiunilor și caracteristicilor migrației externe. Potrivit acestor surse stocul migranților moldoveni, stabiliți cu traiul în străinătate (2011), este de cca șase ori mai mare.

Fluxurile de emigranți din Republica Moldova în străinătate. Perioada de la sfârșitul anilor '80 – începutul anilor '90 se deosebește prin emigrația minorităților etnice. Fluxurile erau constituite din populația de etnie rusă, ucraineană, evreiască, iar principalele țări de emigrație au fost: Rusia, Israel, Ucraina, Germania și SUA. În unii ani, fluxurile de emigranți în SUA au fost mai mari decât în Germania.

În a doua jumătate a anilor '90, după ce

emigrația etnică, practic, s-a epuizat, cea mai semnificativă ca volum a devenit emigrația cu ședere ilegală în scop de muncă. Principalele țări de destinație a emigranților iregulari au fost cele din Europa de Sud, precum: Grecia, Italia, Spania, Portugalia, dar și Republica Cehă. Între timp, mai multe legi adoptate de către țările gazdă au oferit amnistie lucrătorilor ilegali din afara țărilor Uniunii Europene, inclusiv și cetățenilor Republicii Moldova. În rezultatul acestor reglementări, în anul 2001, statistica portugheză a înregistrat un număr ce constituie puțin peste 10 mii de cetățeni moldoveni, care au obținut reședință în Portugalia. În anul 2000, fluxul de emigranți în Spania a crescut de 11 ori în comparație cu anul 1999, iar în Italia de 7,5 ori în anul 2003 comparativ cu anul 2002 (Fig. 2.6.1).

Fig. 2.6.1.

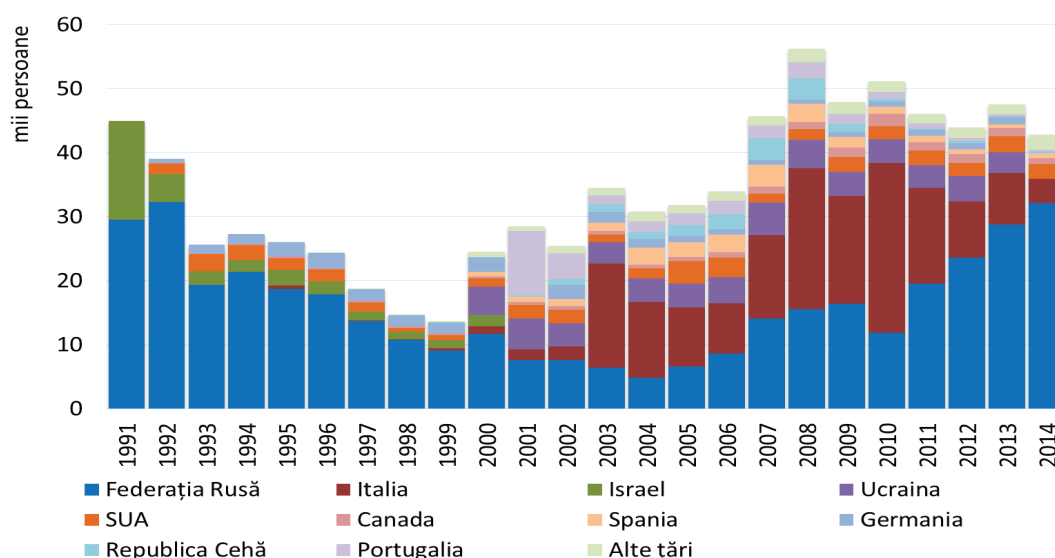


Fig. 2.6.1.
Fluxurile
emigranților
din Republica
Moldova în
străinătate, anii
1991-2014

Sursa: Serviciul Federal de Statistică al Rusiei, Institutul Național de Statistică al Italiei, Institutul Național de Statistică al Spaniei, Serviciul de Stat de Statistică al Ucrainei, Departamentul pentru Securitate Internă al SUA, Statistica Canadei, ONU, OECD și Tolts M.¹

Notă: Datele privind fluxurile de emigranți moldoveni au fost colectate din sursele statistice ale țărilor gazdă. Datele se referă la emigrația de lungă durată și nu includ cetățenii moldoveni care au emigrat în baza unui document de identitate emis de autoritățile

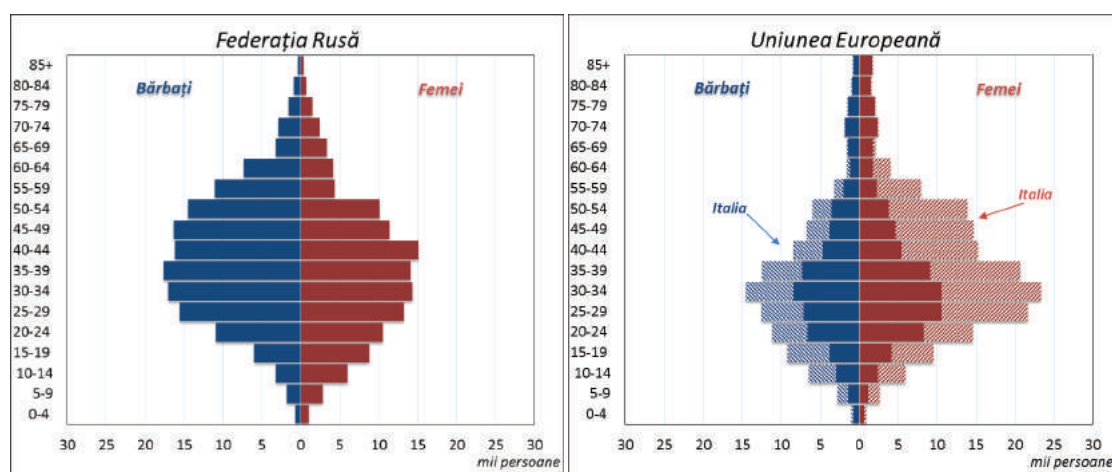
Din anul 2000 și până în prezent, Rusia și Italia sunt două țări principale care găzduiesc majoritatea migranților moldoveni. Emigrația masivă în Italia a fost determinată, pe lângă factorii economici și de politica migrațională încurajatoare implementată prin programele guvernamentale de integrare socială a imigranților și de reîntregire a familiilor lor. Emigrația în Rusia a fost favorizată de mediul sociocultural similar, în care

1 Tolts M. Российская эмиграция в Израиль. Население и общество. Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН, Nr.71, 2003.

Fig. 2.6.2.

Piramidele pe vârste și sexe ale emigranților din Republica Moldova în Rusia și Uniunea Europeană (conform datelor recensămintelor de runda 2011)
Sursa: Sursa: Serviciul Federal de Statistică al Rusiei și Eurostat.

Fig. 2.6.2.



emigranții moldoveni întâmpină mai puține dificultăți de integrare, dar și de restricțiile de intrare în țară mai puțin severe față de restricțiile țărilor Uniunii Europene. Acești factori de atracție, precum și discrepanțele salariale din Republica Moldova și țările gazdă, dar și lipsa barierelor lingvistice majore au intensificat emigrația populației în aceste două țări.

Începând cu anul 2000, fluxurile emigraționale au crescut lent, dar continuu în țările îndepărtate, precum SUA și Canada. Cele mai mari fluxuri de moldoveni înregistrate în SUA a fost în anii 2005 și 2006. Majoritatea moldovenilor sunt admiși în SUA în calitate de refugiați și solicitanți de azil (trei din patru emigranți) și mai puțini la lucru, studii, din motive familiale⁷¹. Comparativ cu anul 2000, în Canada fluxurile au crescut de patru ori în anul 2007 și de șapte ori în anul 2010. De regulă, în Canada emigrează persoanele înalt calificate (brain drain) și familiile tinere. În prezent, anual în medie, în Canada emigrează 1,5 mii de persoane și 2,5 mii de persoane în SUA (Fig.2.6.1).

În a doua jumătate a anilor 2000, Italia, Spania, Portugalia adoptă o serie de acte legislative de stimulare a imigrației

din țările non-UE. În rezultatul acestor schimbări legislative, emigrația forței de muncă este treptat înlocuită cu emigrația de lungă durată sau cu schimbarea reședinței obișnuite. Din anul 2008, în Italia crește considerabil numărul copiilor până la vârsta de 17 ani⁷², iar raportul între sexe se micșorează față de anii precedenți. În Portugalia s-a mărit numărul de naturalizări a cetățenilor Republicii Moldova, așa încât, în anii 2008-2014, numărul total al persoanelor naturalizate a constituit 15,3 mii de persoane. Spre comparație, tot în aceeași perioadă, în Italia au fost naturalizate de două ori mai puține persoane – 7,3 mii.

Începând cu anul 2010 se observă tendința de scădere a fluxurilor emigraționale spre unele țări europene. Către anul 2013, fluxul a devenit aproape nesemnificativ în Spania, Portugalia și Republica Cehă. Emigrația în SUA și Canada rămâne actuală și stabilă, țările fiind în topul preferințelor moldovenilor după Rusia și Italia. De asemenea, după anul 2010 crește migrația de reîntoarcere din Italia și Rusia.

Stocul populației din Republica Moldova în străinătate. În Tabelul 2.6.1 este prezentat

⁷¹ Tabac T. Moldovenii în "Tara Visurilor". Buletin de informație și analiză în demografie, Nr.2, 2015, p.6

⁷² Tabac T. Emigrația moldovenilor în Italia în perioada anilor 1992-2014: statistica națională versus statistica Italiei. Creșterea economică în condițiile globalizării, Ediția a X-a, Chișinău, 2015, p.74

stocul persoanelor născute în Republica Moldova, care la momentul critic al recensămintelor aveau reședința obișnuită în țările respective. Potrivit datelor rundei anului 2011, stocul emigranților peste hotarele republicii a constituit 584,6 mii de persoane dintre care aproape jumătate locuiesc în Rusia (48%) și cealaltă jumătate în peste 15 țări europene (49,8%), dintre care 22,8% în Italia. Creșteri impunătoare la runda anului 2011 față de anul 2001 au fost în Italia (31 ori), Franța (12 ori), Republica Cehă (11 ori), Spania (9 ori), Turcia (8 ori), Marea Britanie (7 ori), Portugalia și Cipru (5 ori). Stocul moldovenilor a scăzut în România și țările Baltice probabil deoarece aceste țări sunt mai degrabă donatoare de emigranți decât primitoare de imigranți. Datele recensămintelor din țările gazdă relevă că 16% din populația Republicii Moldova, în anul 2011, avea reședința stabilită în străinătate.

Un instrument bun pentru vizualizarea imediată a structurii emigranților este piramida pe vârste și sexe. Conform piramidelor prezentate în Fig. 2.6.2, se observă o disproporționalitate mare între sexe în funcție de țările de destinație. După cum se poate vedea, în Federația Rusă predominantă este emigrația masculină în grupa de vârste 20-59 de ani, pe când proporția femeilor este mai scăzută. Emigrația feminină a fost mai intensă în țările Uniunii Europene, iar către anul 2011 a avut loc o creștere a stocului feminin în aceste țări. Proporția femeilor a crescut în deosebi în Italia, în care raportul dintre sexe al emigranților este denaturat complet. Numărul mare al femeilor în Italia în vârsta fertilă (20-49 de ani) reprezintă o pierdere mare din potențialul reproductiv al Republicii Moldova. De asemenea, în urma emigrației, Republica Moldova a pierdut jumătate de milion din populația aptă de muncă din care cauză se urgencează

procesul de îmbătrânire a populației.

Pierderile de populație în rezultatul migrației. Cele mai mari pierderi migraționale au fost înregistrate în anii 2007-2011, când migrația netă varia între 33 și 43 mii de persoane pe an, rata de emigrație constituind cca 16-18‰ iar rata migrației nete – 12-14‰. În anii 2012-2013 Republica Moldova a pierdut câte 30 mii de persoane pe an sau câte 1% din populația prezentă în țară (Fig. 2.6.3.)

Emigrația populației pe termen scurt. Un alt model de emigrație, care persistă în societatea moldovenească, este migrația temporară (pe un termen mai puțin de 12 luni) care este dificil de estimat. Datele colectate de Serviciul Grăniceri (SG) al Republicii Moldova permit să observăm unele tendințe ale fenomenului dat și să facem unele concluzii. Potrivit statisticii SG, migrația pe termen scurt a fost în creștere în ultimii ani, înregistrând, în anul 2014,

Tabelul 2.6.1.
Emigranți născuți în Republica Moldova care locuiesc în străinătate (conform datelor recensămintelor rundelor 2001 și 2011)
Sursa: Eurostat

Tabelul 2.6.1.

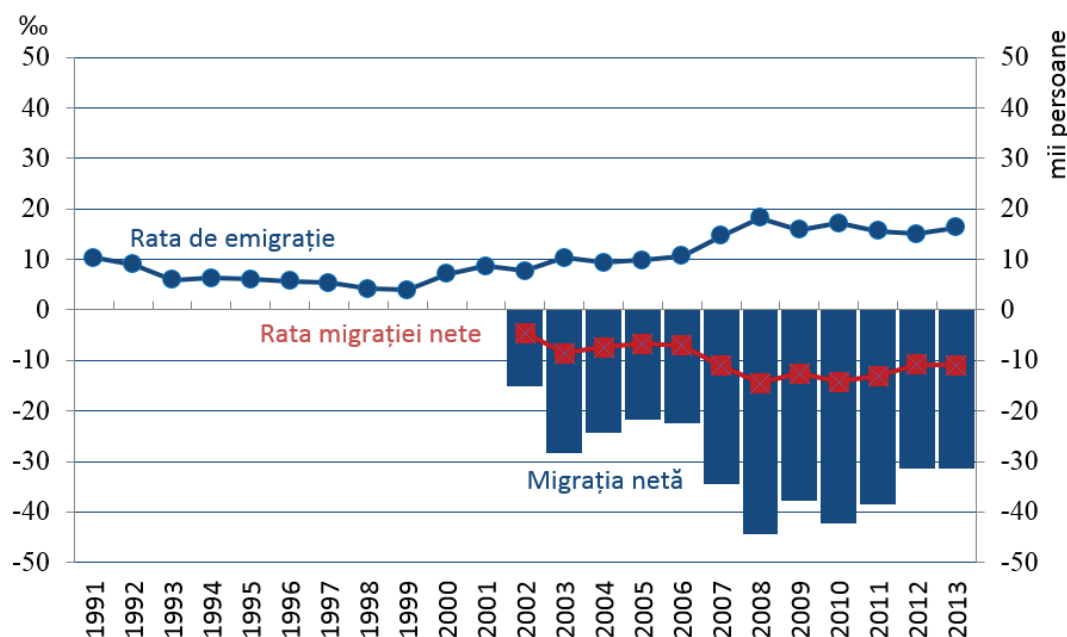
Țara	2001	2011	2011-2001
Rusia	270 591	280 871	10 280
Italia	4 335	133 218	128 883
România	39 440	37 370	-2070
Irlanda	1 032	3 421	2 389
Grecia	6 354	10 398	4 044
Spania	2 272	19 975	17 703
Franța	597	7 321	6 724
Turcia	2 333	19 800	17 467
Cipru	474	2 348	1 874
Cehia	819	9 369	8 550
Portugalia	3 040	14 324	11 284
Marea Britanie	446	3 180	2 734
Germania	-	19 800	-
SUA	16 695	-	-
Canada	2 300	12 840	10 540
Țările Baltice	4 024	2 720	-1304
Alte țări	2 379	7 673	5 294
Total	357 131	584 628	227 497

Fig. 2.6.3.

Pierderile populației Republicii Moldova în valori absolute (migrația netă, bara stângă) și valori relative (rata de emigrație și rata migrației nete, bara dreaptă)

Sursa: Serviciul Federal de Statistică al Rusiei, Institutul Național de Statistică al Italiei, Serviciul de Stat de Statistică al Ucrainei, Departamentul pentru Securitate Internă al SUA, Statistica Canadei, ONU, OECD și Tolts M. (2003)

Notă: Calculat conform surselor străine cu privire la imigrația și emigrația cetățenilor Republicii Moldova în raport cu populația prezentă (datele alternative O.Penina, D.Jdanov și P.Grigoriev).

Fig. 2.6.3.

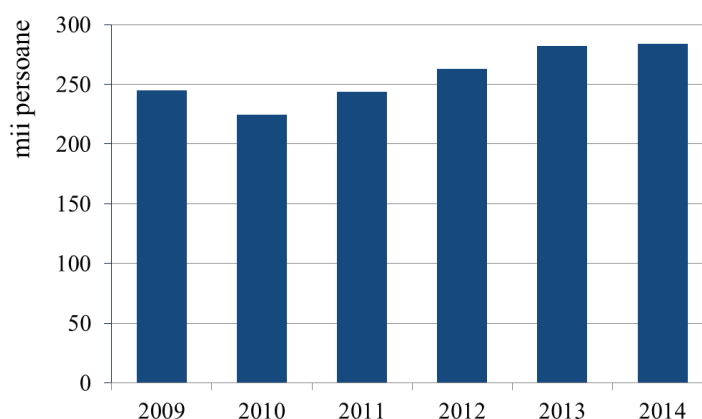
puțin peste 284 mii de persoane (Fig. 2.6.4). Asemenea migrației cu schimbarea reședinței, ponderea femeilor implicate în migrația temporară este mai mare decât a bărbaților constituind 55% în anul 2014. Pentru toți anii s-a observat o intensitate mai ridicată a emigrației populației în grupele de vârste 25-29 ani și 30-34 ani.

Acest model de migrație este actual, în special, în cazul emigrației în Federația Rusă și persistă nu pentru că emigranții îl consideră mai avantajos sau pentru că nu au dorința de a se stabili cu traiul sau de a se reîntregi cu familiile lor. La momentul actual politicile migraționiste ruse sunt orientate mai mult spre migrația de scurtă durată și mai puțin spre cea de lungă durată.

Totodată, majoritatea migranților nu sunt motivați nici să se reîntoarcă în Republica Moldova, din care cauză se deplasează în Federația Rusia de mai multe ori pe an. În prezent, comunitatea științifică rusă depune eforturi (lobby) considerabile de trecere la modelul migrației de lungă durată. În cazul schimbării politicii migraționiste ruse, Republica Moldova se poate aștepta la pierderi mai mari de populație. Experiența a arătat că perioada lungă de emigrație, integrarea în țările gazdă și reîntregirea familiei reduce considerabil probabilitatea de revenire acasă.

Fig.2.6.4.

Emigrația de scurtă durată a populației Republicii Moldova
Sursa: Serviciul Grăniceri al Republicii Moldova.

Fig. 2.6.4.

2.7. Informația sociodemografică - un instrument important în elaborarea și promovarea politicilor bazate pe extinderea drepturilor și posibilităților umane

Statistica demografică și rezultatele cercetărilor sociodemografice stau la baza deciziilor politice bazate pe dovezi care au un impact semnificativ asupra bunăstării, calității vieții populației, extinderii drepturilor și posibilităților umane în corespundere cu nivelul de dezvoltare economică și tehnologică a secolului al XXI-lea. Volumul de date disponibile, calitatea lor, precum și gradul de utilizare și de diseminare publică prezintă o caracteristică importantă a sistemului național statistic, iar perfecționarea continuă a acestuia, producerea unor informații cu privire la o gamă largă de aspecte demografice și sociale, armonizarea cu standardele europene reprezintă unul din obiectivele principale în contextul Acordului de Asociere a Republicii Moldova la UE.

Statistica oficială constituie un element indispensabil al sistemului informațional al unei societăți democratice, oferind guvernului, administrației publice locale, sectorului economic și populației date cu privire la situația economică, demografică și socială a țării. Informația statistică sprijină transparența și deschiderea deciziilor de politici publice, statistica oficială reprezentând, astfel, un bun public care oferă o bază pentru funcționarea corectă a societății.

Recensământul populației reprezintă coloana vertebrală a oricărui sistem statistic național, servind drept punct de reper pentru calculele anuale ale numărului populației, precum și multitudinii de indicatori economici, demografici și sociali, calculați în raport cu numărul populației. Fiabilitatea și complexitatea datelor de la recensământul populației asigură baza analitico-informațională solidă cu privire la aspecte prioritare ale dezvoltării durabile, cum sunt cele ce vizează dezvoltarea rețelei așezărilor umane, amenajarea teritoriului, aspectele calității vieții legate de condițiile de locuit (inclusiv utilizarea fondului unităților de locuit) privind fundamentarea dezvoltării construcțiilor de locuințe și a dotărilor edilitare necesare, dar și aspectele legate de mediul ambiant.

Datele recensământului sunt utilizate ca o sursă sigură de informații pentru aplicarea procesului bugetar al reformei administrativ-teritoriale. Pornind de la supoziția că scopul unei asemenea reforme ar consta în crearea unităților administrativ-teritoriale, autoritățile cărora vor fi capabile să presteze servicii de calitate înaltă locuitorilor săi, orice activitate a factorilor de decizie se raportează la numărul populației.

Cultura socială pune accentul pe valorile populației, atitudinile și credințele ei; numărul de locuitori ai comunității și organizarea lor sub aspect administrativ-teritorial au un impact direct asupra instituției, iar structura socială privește segmente de populație, cum ar fi: populația angajată în câmpul muncii versus pensionari, majoritari versus minorități etc. Astfel, politicile publice susținute de instituție urmăresc satisfacerea tuturor acestor segmente de populație.

Prognostarea și administrarea ulterioară a dezvoltării social-economice a țării

este imposibilă fără a cunoaște structura populației în vârstă aptă de muncă, pregătirea lor profesională, nivelul de instruire etc. Prognoza demografică este elementul de bază de la care urmează a fi lansate obiectivele pentru viitor în diferite sisteme, cum ar fi cel educațional și de sănătate. Pentru elaborarea politicilor și planificarea eficientă a bugetului în sistemul educațional, autoritățile responsabile trebuie să țină cont de numărul elevilor și studenților care există la momentul actual, dar și de numărul lor în perspectivă, de disponibilitatea locurilor în instituțiile de învățământ etc., aici toate deciziile cu referire la acest sistem se raportează la numărul populației.

Statistica învățământului permite obținerea informației despre realizarea drepturilor cetățenilor la învățătură, proporțiile în pregătirea cadrelor de specialiști calificați, asigurarea cu locuri și starea bazei tehnico-materiale din instituțiile de învățământ de toate profiturile și formele de proprietate. Informația se prezintă de instituțiile de învățământ ale Ministerului Educației altor ministere și departamente.

Utilizarea activă a informației sociodemografice în elaborarea politicilor și capacitatea sectorului public de a colecta, analiza și disemina datele cu privire la sănătate sunt elemente importante în activitățile de management, realizare și implementare din domeniul sănătății publice.

Informația amplă despre populația țării, oferită de recensământ, este necesară și organizațiilor internaționale care acordă Republicii Moldova suport întru îndeplinirea diferitor programe umanitare, cum ar fi: programul de reducere a sărăciei, reformele în sistemul de ocrotire a sănătății, protecția socială etc.

În perioada de independență, în Republica Moldova au fost realizate două recensăminte ale populației: Recensământul populației din 2004 și Recensământul populației și al locuințelor din 2014. Rezultatele ultimului recensământ vor apărea cu întârziere, doar în martie 2017, iar dificultățile în realizarea acestuia pot provoca gradul scăzut de încredere în estimarea numărului și structurii populației.

Datele statistice sunt o componentă a planificării dezvoltării, iar în absența unor astfel de informații, ideea unei dezvoltări durabile și eficiente a societății nu poate fi înrădăcinată. Informația statistică este benefică și necesară pentru progresul dezvoltării, nu numai pentru monitorizarea celor realizate, dar și pentru a contribui la atingerea rezultatelor pe care le evaluează. Statisticile de calitate îmbunătățesc transparența și responsabilitatea în ceea ce privește dezvoltarea de politici, acestea fiind două condiții esențiale pentru o guvernare bună. Informația socio-demografică reflectă situația zilnică, furnizând informațiile necesare pentru dezvoltarea și monitorizarea politicilor de dezvoltare eficientă. Acestea evidențiază domeniile în care resursele sunt indispensabile, oferă mijloace de monitorizare a progresului și evaluează impactul diferitor politici puse în aplicare.

În sistemul statistic al țărilor europene un loc important ocupă registrele de stat ale populației și diferite surse administrative. Mai mult decât atât, multe țări au trecut de la recensămintele clasice la cele bazate pe registrele populației (complet sau parțial). Însă, utilizarea registrelor populației și a altor surse administrative este posibilă doar în unele condiții. În primul rând, sursele administrative să fie de înaltă calitate – registrul central acoperă întreaga populație. La

fel de importanță este capacitatea de a integra date demografice la nivel micro-informații cu privire la o persoană fizică din mai multe registre – populației, studenților, șomerilor, entităților de afaceri, pensionarilor, fiscale etc., care pot fi legate prin codul personal de identificare, atribuit fiecărui cetățean al țării sau alte caracteristici ale identității sale. Această integrare, la rândul său, este posibilă doar în condițiile unei cooperări strânse între instituțiile posesori de registre separate. O importanță crucială prezintă asigurarea protecției datelor cu caracter personal în paralel cu asigurarea utilizării datelor de la registrul populației în scopuri statistice, administrative sau științifice. În prezent, Republica Moldova posedă Registrul de Stat al Populației care este o sursă administrativă principală pentru statistica oficială. Totodată, alte registre administrative sectoriale sunt puțin utilizate în scopuri statistice, inclusiv pentru estimarea efectivului populației și fluxurilor migraționale.

Un rol important în asigurarea bazei analitico-informaționale în procesul de luare a deciziilor îl au cercetările selective ale populației, cercetări științifice tematice ce oferă un suport considerabil în extinderea ariei tematice și formarea unor surse analitice solide pe diferite probleme. Cel mai elocvent exemplu este statistica pieței muncii, formată în baza cercetărilor selective în baza metodologiei OIM, ce prezintă o sursă importantă cu privire la situația pe piața forței de muncă la moment, cât și bază pentru prognozarea pieței muncii.

Alinierea la standardele europene în realizarea cercetărilor selective, conectarea la cercetările europene efectuate conform

metodologiei unice va contribui la perfecționarea procesului și asigurarea comparabilității datelor obținute.

Un instrument esențial în elaborarea și promovarea politicilor bazate pe extinderea drepturilor și posibilităților umane prezintă prognozele demografice. În prezent, guvernele multor state, în special ale celor economic dezvoltate, acordă o importanță majoră prognozelor demografice, dinamica demografică fiind luată în calcul în adoptarea diferitelor programe în domeniul economic și social. În luarea deciziilor, organele de resort trebuie să cunoască care va fi structura populației țării peste un an-doi, 10, 20 și chiar 50 de ani. Prognozele demografice reprezintă o sursă de informație pentru guverne, ce permite a cunoaște situația de azi și de a planifica direcțiile de activitate, cheltuielile de mâine în diferite domenii (învățământ, sănătate, asigurări sociale publice, asistență socială, piața forței de muncă etc.). Totodată, acestea sunt necesare pentru procesul de dirijare a proceselor demografice prin elaborarea și promovarea unor politici demografice în corespundere cu interesele naționale, ce ar asigura dezvoltarea durabilă a țării.

În Republica Moldova, până în prezent, nu se elaborează prognoze oficiale, iar cele analitice, elaborate de CCD, sau prognozele instituțiilor europene nu sunt într-o măsură convenită utilizate în procesul de elaborare, promovare și monitorizare a politicilor în domeniul populației și dezvoltării.

Reieșind din cele expuse, constatăm că, actualmente, în Republica Moldova, există câteva probleme majore ce se referă la asigurarea statistico-informațională a procesului decizional:

- Statisticile oficiale naționale nu pot furniza date fiabile cu privire la numărul real al populației Republicii Moldova

(populația de facto), ceea ce conduce la distorsiuni semnificative în aprecierea situației demografice a țării, inclusiv realizarea unor prognoze demografice fiabile.

- Respectiv, instituțiile de stat nu posedă baza analitico-informațională fiabilă pentru planificarea bugetului de stat, pentru organizarea și planificarea activităților sectoriale: ocrotirea sănătății, educația, protecția socială și asigurări sociale, reglementarea pieței forței de muncă etc.
- Instituțiile de stat nu folosesc prognozele demografice în planificarea și dezvoltarea strategiilor de dezvoltare socio-economică a țării.

2.8. Concluzii și recomandări de politici

La etapa actuală, dezvoltarea sociodemografică a Republicii Moldova se caracterizează nu doar prin reducerea numerică a populației și tempoul sporit al depopulării, dar și prin indicatori nesatisfăcători ai reproducerii populației (fertilitatea scăzută, mortalitatea înaltă, refluxul migrațional în masă). Prognozele demografice demonstrează o deteriorare profundă a structurii pe vârste a populației, îmbătrânirea vertiginoasă, ceea ce, în condițiile socioeconomice actuale, prezintă un pericol real ce poate submina toate eforturile de creștere economică și a standardelor de viață.

Mărimea populației și structura acesteia sunt determinate de o serie de factori sociali și individuali care se intersectează cu condițiile economice și cele de pe piața forței de muncă pentru femei și bărbați, structura populației după starea civilă, veniturile și costurile ce țin de creșterea

și educarea copiilor, toate acestea fac extrem de dificilă stabilirea cauzalităților și elaborarea politicilor eficiente de dirijare a proceselor demografice.

Evident că reducerea semnificativă a efectivului populației Republicii Moldova și îmbătrânirea demografică rapidă au implicații importante asupra dezvoltării socioeconomice. În prezent și în anii apropiați, Republica Moldova va avea o pondere relativ înaltă a populației în vârstă aptă de muncă în totalul populației (dividendul demografic), ceea ce, în condițiile creșterii ratei de ocupare și prelungirii vieții active, oferă oportunități socioeconomice importante. Totodată creșterea numărului vârstnicilor antrenează raportul de dependență și adaugă o povară considerabilă pentru bugetul țării pentru asigurarea cu pensii, ocrotirea sănătății și alte servicii sociale. Reducerea numărului de copii și a tinerilor în totalul populației a contribuit și va permite economisirea și redistribuirea surselor financiare, dar acestea sunt efecte benefice doar de scurtă durată, pe când viziunea de termen lung arată că fără redresarea substanțială a fertilității situația demografică a Republicii Moldova nu poate fi ameliorată.

În prezent, mortalitatea înaltă și speranța de viață scăzută duc la pierderi semnificative ale capitalului uman. Starea de sănătate actuală a populației tinere și de vârstă mijlocie din Republica Moldova, precum și accesibilitatea serviciilor medicale de calitate, în special pentru păturile social vulnerabile influențează în mod hotărâtor felul în care va evolua speranța de viață, dizabilitatea sau dependența și creșterea nevoii de îngrijiri de lungă durată. Creșterea speranței de viață înseamnă trăirea anilor în plus cu sănătate, o viață activă și productivă.

Redresarea creșterii economice, care este atât de necesară pentru Republica Moldova,

În mod inevitabil, va contribui la o extindere a cererii pentru forța de muncă și creșterea costurilor acesteia. Având în vedere că scăderea și îmbătrânirea populației prezintă o problemă pentru majoritatea economiilor europene, este de așteptat ca în deceniile viitoare concurența regională pentru forța de muncă să fie în creștere, iar decalajul în standardele de viață și nivelul de salarizare în Republica Moldova și alte țări europene în continuare va constitui o provocare pentru emigrare.

Totodată, va crește presiunea asupra fondurilor de pensionare ca rezultat al majorării substanțiale a numărului de beneficiari – o problemă mult discutată, soluția optimă a căreia nu a fost încă găsită.

Reducerea emigrației prezintă o rezervă importantă pentru îmbunătățirea situației demografice. În plus, întoarcerea susținută și integrarea migranților aduc beneficii socioeconomice deoarece implică un posibil transfer de capital financiar acumulat (economii acumulate peste hotare), a capitalului uman (experiență, aptitudini, cunoștințe, idei și practici antreprenoriale etc.) și a capitalului social (contacte, relații, rețele).

Acești factori sugerează ideea că țara ar putea diminua efectele negative ale îmbătrânirii demografice prin crearea de oportunități pe piața forței de muncă, inclusiv pentru persoanele vârstnice, îmbunătățirea sănătății și reducerea mortalității populației în vârstă aptă de muncă, investițiile în tineret și creșterea standardelor de viață, crearea condițiilor favorabile pentru creșterea și educarea copiilor (creșterea fertilității).

Totodată, conform cercetărilor naționale și internaționale, actualele strategii de politici sunt foarte puțin adaptate la schimbările în dinamica populației. Driverii demografici

(fertilitatea scăzută, îmbătrânirea demografică, migrația) și consecințele economice ale acestora (raportul dintre populația activă și inactivă, calitatea educației, sărăcia) nu sunt luați în calcul în măsura cuvenită în politicile economice și sociale, astfel, în Republica Moldova sunt necesare ajustări complexe la aceste două dimensiuni⁷³.

Cu toate că de la sfârșitul anilor 2000 problemele demografice au devenit o preocupare pentru Guvernul Republicii Moldova, în anul 2007 a fost constituită *Comisia națională pentru populație și dezvoltare* (CNPĐ) și aprobate un șir de acte normative printre care și *Programul Național Strategic în domeniul Securității Demografice a Republicii Moldova (2011-2025)*, aceste activități nu au avut un impact pozitiv asupra dinamicii demografice.

Implementarea Planului de activitate pentru anii 2011-2016 din cadrul Programului Național Strategic în domeniul Securității Demografice (2011-2025) nu a avut rezultate scontate atât din cauza că obiectivele demografice înaintate nu au fost susținute de modificările respective în domeniul economic și social, cât și din cauza lipsei de finanțare a activităților planificate, relevanței scăzute a unor activități propuse și gradului scăzut de implementare ca rezultat al lipsei de coordonare eficientă la nivel intersectorial.

Următorul plan de activitate pentru implementarea Programului Național Strategic în domeniul Securității Demografice (2011-2025) urmează să fie elaborat luând în considerare problemele și riscurile evidențiate mai sus, punând accent pe implicarea tuturor instituțiilor statale și a

⁷³Golden Ageing. Prospects for healthy, active, and prosperous ageing in Europe and Central Asia. World Bank Group. 2015, p.5.

societăților civile în realizarea obiectivelor trasate. Monitorizarea aplicării strategiei și a rezultatelor este indispensabilă pentru aplicarea unor rectificări pe parcurs, reconsiderarea priorităților și mijloacelor, evitarea efectelor negative. Evident că acest plan trebuie să fie complex, coerent, unitar, realist, ceea ce presupune și alocații considerabile.

Redresarea natalității nu poate fi obținută decât prin măsuri complexe de sprijinire și protecție socială a familiilor cu copii. Nu este vorba doar de creșterea indemnizațiilor la naștere și pentru îngrijirea copilului sau alte măsuri stimulative, dar de:

- susținerea familiilor tinere și cu copii mici în îmbunătățirea condițiilor de locuit prin oferirea creditelor preferențiale,
- perfecționarea sistemului de indemnizații la nașterea copilului și pentru îngrijirea acestuia, creșterea cuantumului indemnizației pentru concediul de îngrijire a copilului, consolidarea diferențierilor în mărimile indemnizațiilor în funcție de numărul de copii. Majorarea concediului plătit de îngrijire a copilului pentru femeile neasigurate de la 1,5 la 2 ani.
- ajutorul părinților, în special mamelor, în exercitarea simultană a obligațiilor familiale și profesionale prin dezvoltarea serviciilor de educație extrafamilială, creșterea accesibilității și calității serviciilor oferite pentru toate categoriile de populație;
- reduceri de taxe și impozite pentru familiile cu copii pentru a contribui la creșterea veniturilor acestora și la reducerea cheltuielilor ce țin de creșterea și educarea copiilor;
- extinderea serviciilor gratuite pentru

copii, dezvoltarea unui mediu favorabil pentru petrecerea odihnei și educația social-culturală;

- înlocuirea ajutorului financiar acordat familiilor social vulnerabile cu serviciile gratuite pentru copii (grădiniță/creșă, alimentația în cantinele școlare, rechizite școlare etc.), astfel contribuind la creșterea adresabilității suportului acordat și la ameliorarea calității vieții copiilor.

Este important ca aceste măsuri să fie percepute de populație ca un sprijin semnificativ și consistent familiilor pentru a facilita luarea deciziilor cu privire la nașterea copilului, care garantează suportul respectiv în îngrijirea și educația ulterioară. Orice măsuri care vor fi în contradicție cu interesele și alegerile individuale vor fi puțin eficiente, în special în perspectivă de lungă durată.

Un rol semnificativ în politicile demografice are promovarea valorilor familiale, creșterea statutului familiei cu copii, dar și a copiilor în societate. Acest deziderat impune consolidarea eforturilor întregii societăți care trebuie să fie de lungă durată, implicarea guvernului, specialiștilor, școlii, mass-mediei, societății civile și opiniei publice.

Reducerea mortalității și creșterea speranței de viață la naștere a populației Republicii Moldova prezintă un obiectiv prioritar în elaborarea politicilor demografice pentru următoarele decenii. Rezervele în acest domeniu sunt mari, iar cauzele principale ale nivelului scăzut al sănătății populației Republicii Moldova sunt:

- o bună parte a populației au venituri scăzute, posibilitățile reduse de a menține un mod de viață sănătos (malnutriție, lipsa de odihnă, stres psihologic, abuz de alcool pentru a

compensa stresul) și marginalizarea populației (șomaj, degradarea profesională și culturală);

- accesibilitatea redusă a serviciilor medicale calitative pentru păturile social vulnerabile provocată de funcționalitatea scăzută a asigurării medicale, comercializarea serviciilor medicale, prețurile ridicate pentru medicamente și servicii.

Reieșind din cele menționate, printre direcțiile prioritate ale politicilor în domeniul ocrotirii sănătății urmează să evidențiem următoarele:

- combaterea bolilor cardiovasculare prin promovarea sănătății și educației pentru sănătate;
- extinderea accesibilității serviciilor medicale de calitate pentru păturile social vulnerabile;
- reducerea disparităților în mortalitatea și morbiditatea între diferite grupuri sociodemografice;
- sporirea funcționalității poliței de asigurări medicale și reducerea cheltuielilor personale;
- majorarea investițiilor pentru îmbunătățirea stării de sănătate printr-o abordare multisectorială, inclusiv alocarea suplimentară de resurse pentru educație, condițiile de muncă, locuințe și sectorul de sănătate.

Creșterea nivelului de instruire a populației și a culturii generale va acționa și în direcția îmbunătățirii stării de sănătate și la sporirea nivelului de trai.

Dirijarea proceselor migraționale. Diminuarea demografică este accentuată și de fenomenul reîntregirii familiilor emigranților moldoveni din străinătate care au început să-și ia în țările în care

lucrează și copiii care inițial au rămas în țară. Menținerea ratelor înalte de emigrație pentru populația tânără, plecarea specialiștilor cu studii medii și superioare, care renunță, cel mai probabil, la locul de muncă pe care îl aveau în Republica Moldova, deteriorează potențialul demografic al țării și duce la diminuarea competitivității umane.

Astfel, dezvoltarea economică a țării, creșterea standardelor de viață, completate cu politici demografice de încurajare a natalității și de revenire în țară a emigranților moldoveni prezintă cele mai stringente obiective în viitorul apropiat și mediu.

Totodată, nu trebuie omisă problema imigrației, care, în prezent, este extrem de complexă pentru regiunea europeană, dar acest fenomen poate deveni actual și pentru Republica Moldova. Imigrația din alt spațiu geografic, dar mai ales cultural poate avea implicații importante asupra dezvoltării economice și sociale a țării și, în acest aspect, trebuie să fie luată în considerare experiența și realitățile din unele țări dezvoltate.

Un aspect substanțial al politicilor în domeniul populației și dezvoltării prezintă consolidarea bazei analitico-informaționale pentru procesul decizional, producerea unor date fiabile cu privire la numărul și structura populației, inclusiv în profil teritorial. În acest context urmează a fi realizate următoarele obiective:

- consolidarea capacității BNS în producerea datelor statistice fiabile cu privire la populație și evaluarea sistematică a nivelului alinierii generale a sistemului statistic din Republica Moldova la standardele UE;
- urgentarea procesului de prelucrare a datelor Recensământului populației și

- al locuințelor din 2014, diseminarea rezultatelor cu indicarea gradului de cuprindere a populației pe unități administrativ-teritoriale;
- reestimarea numărului și structurii populației pe vârste și sexe, bazându-se pe noțiune de reședință obișnuită în baza rezultatelor finale ale Recensământului populației și al locuințelor din 2014 și datelor administrative;
- îmbunătățirea înregistrării evenimentelor demografice (nașteri, decese și migrații), bazate pe conceptul de populație cu reședință obișnuită;
- schimbarea definițiilor naționale în domeniul migrației internaționale în conformitate cu standardele UE și perfecționarea sistemului de înregistrare a fluxurilor migraționale internaționale, utilizarea datelor migrației internaționale corespunzătoare pentru estimarea populației de facto pentru anii calendaristici;
- înregistrarea evenimentelor demografice (nașteri, decese, migrația) în raport cu noțiunea de "reședință obișnuită".
- completarea Legii nr. 412 din 09.12.2004 Cu privire la statistica oficială Art.9 (2) Organele statisticii oficiale sunt obligate cu sintagma *să elaboreze prognozele demografice oficiale.*
- pregătirea pentru Recensământul populației de runda 2020, care are drept scop crearea unui punct de reper pentru armonizarea statisticilor țărilor europene.
- creșterea accesului la bazele de date primare ale BNS, inclusiv la Recensămintele populației în scopuri științifice, ceea ce va contribui la producerea unor informații ample cu privire la evoluția fenomenelor demografice și socioeconomice și consolidarea bazei analitico-informaționale pentru procesul de elaborare, implementare și monitorizare a politicilor privind populația și dezvoltarea.

SĂNĂTATEA SEXUALĂ ȘI REPRODUCTIVĂ

3.1. Sănătatea sexuală și reproductivă și disponibilitatea serviciilor SSR

In Republica Moldova, politicile în domeniul SSR se formulează în concordanță cu angajamentele asumate pe plan internațional și reglementările legale naționale în vigoare.

Cadrul internațional a fost inițiat prin Conferința Internațională pentru Populație și Dezvoltare de la Cairo (1994), care a recunoscut sănătatea sexuală și reproductivă (SSR) drept o componentă fundamentală a sănătății fiecărei persoane. Ca urmare a PA CIPD agreeat, Guvernul Republicii Moldova a demarat o serie de măsuri destinate ameliorării stării de sănătate sexual-reproductivă a populației și asigurării accesului la servicii de sănătate a reproducerii, în special în mediul rural. Republica Moldova este semnatară a tuturor convențiilor și strategiilor internaționale relevante pentru domeniul SSR: Strategia Globală în Sănătatea Reproducerii; Declarația ONU privind infecția cu HIV/SIDA; Platforma de acțiuni a Conferinței Mondiale pentru Femei din Beijing; Convenția ONU privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor; Declarația ONU privind eliminarea violenței împotriva femeilor; Convenția ONU privind drepturile copiilor etc.

Politica națională în domeniul SSR a urmat angajamentele asumate de Republica Moldova pe plan internațional. Alături de celelalte țări membre ONU, Republica Moldova a participat la procesul de formulare a Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului (ODM) și și-a stabilit scopuri proprii în cadrul obiectivelor 3, 4, 5 și

6⁷⁴. Scopul final al ODM 4, stabilit pentru anul 2015, privind mortalitatea infantilă și cea a copiilor până la vârsta de 5 ani, a fost atins precoc, fiind unul din domeniile cu cele mai mari progrese înregistrate. În pofida rezultatelor obținute în promovarea egalității de gen și abilitarea femeilor, sănătatea maternă, combaterea HIV/SIDA, tuberculozei și altor maladii, țintele finale pentru ODM 3, 5 și 6 nu au putut fi atinse.

Aderarea Republicii Moldova la Agenda ONU de Dezvoltare Durabilă 2030, care include un set din 17 Obiective de Dezvoltare Durabilă (ODD), impune în perioada următoare formularea unor scopuri naționale care trebuie atinse prin programe și intervenții specifice. Procesul de elaborare și aprobare a obiectivelor naționale este în curs de desfășurare.

Dreptul la sănătatea sexuală și a reproducerii este considerat, în Republica Moldova, ca un drept fundamental al omului⁷⁵. Accesul la servicii sigure și eficiente de ocrotire a sănătății sexuale și reproductive, ca parte integrantă a dreptului la ocrotirea sănătății, este statuat prin Constituție și Legea privind Sănătatea Reproducerii⁷⁶. Statul este obligat să asigure accesul la servicii în materie de sănătate sexuală și reproductivă, adaptate la nevoile persoanei, inclusiv a grupurilor cu nevoi specifice (ex., adolescenți, victime ale violenței sexuale și ale traficului de persoane, grupuri de populație vulnerabile socio-economic, persoane cu dizabilități, persoane în vârstă etc.), fără discriminare⁷⁷.

74 Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului (2004-2015)

75 Declarația Universală a Drepturilor Omului adoptată de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 10.09.1948; Art. nr : 673 din Legea nr. 138/15.06.2012 privind sănătatea reproducerii. Publicat: 28.09.2012 în Monitorul Oficial nr. 205-207. Data intrării în vigoare: 28.10.2012.

76 Constituția Republicii Moldova/29.07.1994, Articolul 36. Dreptul la ocrotirea sănătății; Legea nr. 138/15-06-2012 privind sănătatea reproducerii, Articolul 4. Drepturile în domeniul sănătății reproducerii.

77 Declarația și Programul de acțiune al Conferinței Internaționale a Organizației Națiunilor Unite pentru Populație

Vulnerabilitatea diferitelor grupuri de persoane este determinată de o complexitate de factori și, din acest motiv, diferite sectoare de activitate nu au reușit încă să utilizeze un set unic de criterii pentru a defini categoriile de persoane care necesită măsuri de protecție. Pentru unele grupuri, precum persoanele infectate cu HIV, femeile, copiii, persoane migrante, cetățeni străini și apatrizi, măsurile de protecție împotriva discriminării sunt incluse în reglementări specifice⁷⁸.

În Republica Moldova, accesul la serviciile de sănătate a reproducerii se garantează prin intermediul sistemului de Asigurare Obligatorie de Asistență Medicală (AOAM). Principiile care stau la baza AOAM sunt: accesul universal, solidaritatea, coparticiparea, asigurator unic (Compania Națională de Asigurări în Medicină), concordanța contribuției cu nivelul de venituri, achitarea primelor de asigurare de către Guvern pentru persoanele defavorizate. În anul 2015, cota persoanelor asigurate a fost de 85,6% din totalul populației. Ca măsură de protecție socială și asigurare universală a accesului la servicii de sănătate pentru o serie de categorii de populație, Guvernul plătește prime de asigurare. În felul acesta, copiii,

și Dezvoltare (Cairo, 13 septembrie 1994), Rezoluția adoptată în cadrul sesiunii speciale Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite (ICPD+5) din iunie 1999, Rezoluția Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite 65/234 privind măsurile adoptate în urma Conferinței Internaționale pentru Populație și Dezvoltare după 2014 (decembrie 2010), Declarația de la Beijing și Platforma de acțiune adoptată în cadrul celei de-a patra Conferințe mondiale privind femeile la 15 septembrie 1995, etc.

78 Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr.23-XVI din 16.02.2007, publicată în Monitorul Oficial nr.054, 20.04.2007, Legea nr.338-XIII *infra* nota 67, art.3, Legea nr.1518-XV din 06.12.2002 cu privire la migrație, publicată în Monitorul Oficial nr.1-2, 15.01.2003, art nr: 2, art.3 lit.d, Legea cu privire la migrația forței de muncă nr.180-XVI din 10.07.2008, publicată în Monitorul Oficial Nr.162-164, 29.08.2008, art nr: 598, art.4 alin.2 și Lege cu privire la statutul juridic al cetățenilor străini și apatrizilor în Republica Moldova nr.275-XIII din 10.11.1994, publicată în Monitorul Oficial nr.20, 29.12.1994, art nr: 234, art.5 alin.3.

femeile gravide, mamele cu 4 și mai mulți copii, invalizii etc. au acces la servicii de sănătate și fără plata primelor de asigurare. În prezent, toate cheltuielile legate de îngrijirile de sănătate a mamei și copilului, la toate nivelurile sistemului de sănătate, sunt acoperite de stat, inclusiv asigurarea femeilor gravide și a copiilor sub 5 ani în condiții de ambulatoriu cu medicamente compensate 100%. Asigurarea femeilor gravide cu acid folic și preparate de fier a fost efectuată din Fondul Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală (FAOAM). Rata femeilor care au primit acid folic variază de la 85 până la 93%, în dependență de teritoriul administrativ. Rata femeilor care au primit preparate de fier variază de la 90% până la 94%⁷⁹.

Reglementările legale care influențează domeniul sănătății sexual-reproductive includ, pe lângă Legea privind sănătatea reproducerii, o serie de documente importante, cum ar fi: Politica Națională de Sănătate⁸⁰, Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate (2008-2017)⁸¹, Strategia Națională a Sănătății Reprodusei (2005-2015)⁸² etc. Strategia Națională a Sănătății Reprodusei a fost elaborată în strictă concordanță cu prevederile Strategiei Europene în Sănătatea Sexuală și a Reprodusei elaborată de Organizația Mondială a Sănătății. În Strategie au fost identificate 11 domenii prioritare (planificarea familiei, maternitatea fără risc, sănătatea sexual-reproductivă a adolescenților și tinerilor, infecțiile

79 Compania Națională de Asigurări în Medicină, Raport de activitate, 2014, www.cnam.md Raport privind realizarea Politicii Naționale de Sănătate pentru anul 2015, www.ms.gov.md

80 Politica Națională de Sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 886 din 06.08.2006

81 Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate (2008-2017), aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 1471 din 24 decembrie 2007

82 Strategia Națională a Sănătății Reprodusei (2005-2015), aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 913 din 26.08.2005

tractului reproductiv, avortul și serviciile de întrerupere a sarcinii, prevenirea și managementul sterilității, prevenirea și managementul violenței în familie și a abuzului sexual, prevenirea traficului de ființe umane, depistarea precoce și managementul cancerului genito-mamar, sănătatea sexuală a persoanelor în vârstă, sănătatea sexuală a bărbaților) în care urmau să se concentreze eforturile pentru a asigura exercitarea drepturilor sexuale și reproductive ale tuturor cetățenilor Republicii Moldova. În anul 2015, cu suportul OMS și UNFPA, a fost finalizat procesul de evaluare finală a Strategiei naționale în Sănătatea Reproduserii 2005-2015 și elaborat Raportul final, cu notificarea indicatorilor prestabiliți în dinamică⁸³. Din noiembrie 2015 a fost inițiat procesul de planificare strategică pentru dezvoltarea unui nou document de politici în sănătatea sexuală și a reproduserii pentru anii 2017-2021.

Serviciile de sănătate sexual-reproductivă sunt oferite la nivelul asistenței medicale primare, la nivelele de asistență medicală specializată de ambulator și asistență medicală spitalicească atât din sectorul public, cât și privat.

În ultimii ani se înregistrează un fenomen de pierderi de resurse umane profesionale. Asistența medicală primară este afectată mai tare de lipsa resurselor umane profesionale față de celelalte niveluri de asistență. Se înregistrează un mare deficit de cadre (medici de familie și asistenți medicali), în special în mediul rural⁸⁴.

Accesul la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă corelează cu statutul social și economic al potențialului beneficiar.

Analizând factorii care limitează accesul la servicii, este important de menționat că există o formă de acces limitat la serviciile de SSR legată de standardul de viață precar al unui segment al populației asigurate. Prin urmare, putem afirma că unele persoane, deși sunt asigurate, au acces limitat la asistența medicală, inclusiv servicii de sănătate a reproduserii, pe fondul bugetului foarte redus al familiei. Familiile sărace nu își pot permite achiziționarea medicamentelor necesare, inclusiv produselor contraceptive, achitarea costurilor de transport care este o problemă de acces la serviciile medicale în afara localității. De asemenea, timpul de așteptare la medic este văzut ca un obstacol atât de către beneficiarii din mediul rural, cât și de către cei din mediul urban. În contextul sporirii accesului la servicii pentru grupurile vulnerabile în domeniul sănătății sexual-reproductive, statul, prin intermediul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, din anul 2015, acoperă costurile la produsele contraceptive. Acest exemplu reprezintă o realizare importantă în calea sporirii accesului la produse contraceptive a anumitor grupuri de populație: persoanelor cu venit redus, adolescentelor, persoanelor cu HIV, victimelor violenței sexuale etc.

Deși procentul persoanelor neasigurate în Republica Moldova nu este foarte mare (14,55% în 2015), acest segment al populației beneficiază doar de un pachet de servicii de primă importanță, fapt care conduce la limitarea accesului acestora la servicii de SSR.

În prezent, în țară, există și un sistem privat de oferire a serviciilor medicale, inclusiv SSR adiacent celui public. Unele servicii de sănătate reproductivă, cum ar fi fertilizarea „*in vitro*”, sunt oferite doar în sectorul privat. În contextul situației economice actuale, un segment larg al populației, deși asigurat, nu poate accesa serviciile sistemului privat,

83 Borbola KOO, Mihail Strătilă, Victoria Ciubotaru. Raportul de evaluare finală a Strategiei Naționale a Sănătății Reproduserii 2005-2015, Chișinău, 2015

84 CNMS, Anuar Statistic Medical, 2005, 2015, www.cnms.md

deoarece încă nu există mecanisme de decontare a serviciilor în cazul vizitelor neprogramate.

Localizarea geografică a serviciilor este esențială în accesarea acestora de către populație. Accesarea serviciilor specializate pentru populația din mediul rural, care de multe ori are resurse financiare limitate, presupune deplasarea, uneori anevoioasă, spre centru, costuri și timp pierdut în funcție de distanța și perioada de așteptare la medicul din raion. Acestea trebuie să fie adaptate la diferitele nevoi și provocări cu care se confruntă persoanele în diferite momente ale vieții. Dintre grupurile cu vulnerabilitate crescută, adolescenții și tinerii au beneficiat de atenție specială, manifestată prin crearea unei rețele de centre de sănătate prietenoase. În cadrul acestor centre, tinerii beneficiază de o gamă de servicii adaptate nevoilor lor specifice. Persoanele HIV-pozitive sunt un alt grup de populație cu nevoi speciale, cărora le-a fost acordată o atenție sporită din partea statului prin intermediul Programului național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, având ca scop promovarea modului sănătos de viață, formarea comportamentului sigur și inofensiv, extinderea activităților de prevenire în rândul populației, inclusiv al populației rurale, populației migrante, extinderea accesului la servicii de sănătate (consiliere și testare voluntară, depistare precoce, tratament, îngrijiri și suport), precum și menținerea situației epidemice a infecției HIV în stadiul epidemiei concentrate⁸⁵.

Focalizarea pe persoană și pe satisfacerea nevoilor acesteia este unul din principiile

85 Hotărârea nr. 1143 din 16.12.2010 privind aprobarea Programului național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015, Publicat : 24.12.2010 în Monitorul Oficial nr. 254-256 art. 1286

managementului calității serviciilor de sănătate, inclusiv sănătatea sexuală și reproductivă care nu a fost valorificat pe deplin în Republica Moldova. Serviciile centrate pe nevoile persoanei presupun și drepturile pacientului, inclusiv drepturile reproductive. Republica Moldova a inclus în dreptul său intern principalele standarde internaționale ale drepturilor omului aplicabile în domeniul sănătății sexuale și a reproducerii prin ratificarea principalelor tratate internaționale și regionale și participarea la principalele documentele internaționale de consens în domeniu⁸⁶. Drepturile în domeniul sănătății sexual-reproductive sunt stipulate în legislația în vigoare⁸⁷.

Discriminarea pe temei de vârstă, sex, orientare sexuală, etnie, dizabilitate sau orice alt statut poate afecta sănătatea și drepturile omului în modalități diferite. Astfel, discriminarea sexuală și statutul social inferior, atribuit fetelor și femeilor, conduce adesea către un nivel scăzut al sănătății fizice și mentale și un control redus asupra propriei vieți sexuale și reproductive. În comparație cu femeile din mediul urban, cele din mediul rural pot avea acces mai redus la servicii de sănătate sexuală și reproductivă, fapt care rezultă din indicatorii prezentați anterior.

Un alt element care poate favoriza ori diminua accesul la servicii calitative

86 Documente internaționale de consens la care Republica Moldova a participat: Conferința Internațională cu privire la Populație și Dezvoltare (1994) (CIPD), A patra Conferință Mondială cu privire la Femei (1995) (FWCW), Sesiunea Specială a Adunării Generale a Națiunilor Unite pe Conferința Internațională privind Populația și Dezvoltarea (1999) (ICPD+5), Rezoluția Declarației Mileniului a Națiunilor Unite adoptată de Adunarea Generală (2000) (MDG), Sesiunea Specială a Adunării Generale a Națiunilor Unite pe HIV/SIDA (2001) (UNGASS pe HIV/SIDA), Sesiunea Specială a Adunării Generale a Națiunilor Unite pe a Patra Conferință Mondială cu privire la Femei (2000) (FWCW +5).

87 Legea nr. 138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii, Articolul 4. Drepturile în domeniul sănătății reproducerii.

de sănătate sexual-reproductivă este instruirea prestatorilor de servicii de sănătate (de ex., medicii de familie și asistenții medicali) în domeniul sănătății sexual-reproductive. În scopul formării și consolidării capacităților lucrătorilor medicali cu privire la sănătatea sexual-reproductivă, inclusiv planificarea familială, în anul 2014 a demarat procesul de ajustare a curriculei universitare și postuniversitare, în special în pregătirea medicilor de familie și celei de instruire a personalului medical mediu. Deși în republică există standarde, ghiduri și protocoale aliniate cerințelor internaționale, dezvoltate pe principiile medicinei bazate pe dovezi, nu sunt însă dezvoltate suficient mecanismele de punere în practică a acestora și nu au fost elaborate planuri de implementare și monitorizare a respectării lor.

În scopul sporirii calității asistenței medicale acordate populației și întru îmbunătățirea proceselor de gestionare a calității serviciilor medicale, la nivel național, prin Ordinul MS, a fost creat un sistem de monitorizare a calității serviciilor⁸⁸. Practic, în fiecare instituție medicală au fost create Consiliile de Calitate, dar mai sunt necesare eforturi pentru ca aceste structuri să fie lucrative și ca serviciile de SSR/PF să fie integrate în sistemele de asigurare a calității din fiecare unitate medicală prestatoare de servicii de SSR/PF.

Legislația în domeniu, împuternicește pacientul în luarea deciziei privind intervenția medicală prin dreptul la exprimarea benevolă a consimțământului sau refuzului la intervenția medicală⁸⁹. În mod special, în domeniul sănătății

reproducerii este recunoscut dreptul persoanei de a lua liber decizia referitoare la numărul de copii și la timpul nașterii lor⁹⁰. Pentru ca indivizii să fie capabili de a lua decizii informate referitor la propria sănătate sexual-reproductivă și să solicite servicii calitative de la prestatori, este necesar ca fiecare dintre ei să aibă un nivel necesar de informare cu privire la SDSR și serviciile existente în acest domeniu.

Informarea și educarea populației în domeniul sănătății sexuale și a reproducerii este o componentă importantă a dreptului la sănătate, așa cum s-a statuat în Programul de Acțiune CIPA și în Comentariul General nr.14⁹¹.

Accesul la informații cu privire la planificarea familială și contraceptive, pericolul unei sarcini timpurii, prevenirea HIV/SIDA și a altor ITS-uri este parte a dreptului la sănătate așa cum a fost prevăzut în art.12 al Pactului internațional privind drepturile economice, sociale și culturale și art.11 din Carta Socială Europeană (revizuită)⁹². Acest gen de informație trebuie să fie disponibil în mod nediscriminatoriu, indiferent de sex, dizabilitate, statut marital, vârstă sau acordul părinților sau tutorilor⁹³.

Dreptul la educație sexuală este recunoscut de lege în cazul minorilor⁹⁴. Educația sexuală comprehensivă, adecvată vârstei, bazată pe dovezi științifice ajută la prevenirea

90 Legea nr. 138 din 15 iunie 2012 privind sănătatea reproducerii. Publicat : 28.09.2012 în Monitorul Oficial nr. 205-207 art. nr : 673 Data intrării în vigoare: 28.10.2012;

91 Conferința Internațională privind Populația și Dezvoltarea, Programul de Acțiune, pct.8-22 [mai departe *PACIPA*] și Comentariul General nr.14 *supra* nota 143, 11.

92 Comentariul General nr.14 *infra* nota 143, 11, 12(b), 34-36.

93 art.10, Convenția ONU privind eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor, art.21 din Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, Comentariul General nr.4 *infra* nota 63, 28.

94 Legea nr. 138 din 15 iunie 2012 privind sănătatea reproducerii. Publicat : 28.09.2012 în Monitorul Oficial nr. 205-207 art. nr. : 673 Data intrării în vigoare: 28.10.2012;

88 Ordinul Ministerului Sănătății nr. 139 din 03.03. 2010 privind asigurarea calității serviciilor medicale în instituțiile medico-sanitare

89 Legea nr.263-XV din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului Publicat : 30.12.2005 în Monitorul Oficial nr. 176-181 art. nr : 867 Data intrării în vigoare : 30.06.2006

sarcinilor neplanificate, inoportune și nedorite, reduce nevoia de a recurge la avort, contribuie la prevenirea contractării HIV și a infecțiilor cu transmitere sexuală. Învățarea tinerilor să își asume responsabilitatea pentru propria sănătate sexuală și reproductivă are efecte pozitive pe termen lung, chiar pe toată durata vieții lor și cu un impact pozitiv asupra societății. Disciplina „Educația pentru sănătate și deprinderi de viață”, care promova modul sănătos de viață în învățământul public obligatoriu, nu a mai fost adoptată de Guvern, deși se făcuse numeroase demersuri și existau recomandări din partea organismelor internaționale. La moment, formarea în rândul tinerilor a deprinderilor pentru un mod de viață sănătos se face doar prin discipline opționale, fapt care nu favorizează instruirea tuturor adolescenților.

Rolul mass-media în promovarea mesajelor de sănătate poate fi unul decisiv. În acest context, statul a adoptat o serie de măsuri legislative prin care a încurajat mass-media să promoveze sănătatea, atât prin acordarea de facilități și înlesniri, cât și prin impunerea unor cote de promovare în mass-media. În primul rând, promovarea sănătății reprezintă publicitate socială, fără scop lucrativ, iar producerea și difuzarea ei gratuită se consideră activitate de binefacere și se bucură de înlesnirile prevăzute de legislație⁹⁵. În al doilea rând, promovarea sănătății sexuale și a reproducerii este unul dintre obiective în promovarea sănătății, inclusiv prin campanii și acțiuni de masă cu antrenarea mijloacelor de informare în masă⁹⁶. Legea impunea vizualului Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice pentru orice campanie și acțiune de masă pentru informare, educare

și comunicare în vederea promovării sănătății și obligativitatea difuzorilor de publicitate de a acorda informațiilor dedicate promovării sănătății cel puțin 5% din timpul/spațiul publicitar zilnic, în modul stabilit. Aceste reglementări, însă, nu sunt respectate. Campaniile de informare și educare a populației prin mass-media, destinate promovării unui stil de viață sănătos și a sănătății sexual-reproductive, sunt sporadice.

Importanța colectării de date statistice oficiale, dezagregate în funcție de gen, vârstă, etnie a fost recunoscută de numeroase organisme ONU de monitorizare a tratatelor în domeniul drepturilor femeii și drepturilor copilului, precum și de organele Consiliului European. Statisticile oficiale, colectate cu regularitate de către autoritățile publice, nu conțin o serie de indicatori importanți în domeniul sănătății reproducerii. Necolectarea sistematică a datelor privind unii indicatori, cum ar fi infertilitatea, afectează capacitatea autorităților publice de identificare a potențialelor probleme și nevoi și fundamentarea unor măsuri eficiente în domeniul sănătății reproducerii. Efectuarea de studii, precum SSRM 1997, SDSM 2005 și studiile MICS, sunt inițiative importante, dar sporadice, nu sunt coordonate, datele nu sunt comparabile, perioadele de timp nu sunt sistematizate, ceea ce împiedică monitorizarea fenomenelor în dinamică.

3.2. Mortalitatea perinatală, infantilă și mortalitatea maternă

3.2.1. Mortalitatea perinatală și infantilă

Rezultatele tangibile în diminuarea mortalității perinatale și infantile au fost obținute pe parcursul ultimilor două

⁹⁵ Legea nr.1227/27.06.97 cu privire la publicitate, publicată în Monitorul Oficial nr.067, 16.10.1997, art. nr: 555, art.21.

⁹⁶ Legea nr.10/03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice, publicată în Monitorul Oficial nr.67, 03.04.2009, art. nr: 183, art.46 alin.3 pct.3, art.48.

decenii. Unul din obiectivele PA CIPD a fost diminuarea indicatorilor mortalității infantile cu o treime până în anul 2000 și menținerea unei dinamici pozitive. În anul 1994, mortalitatea infantilă în Republica Moldova constituia 22,6‰, înregistrând până în anul 2000 o scădere cu doar 20% (18,3‰). În următorii ani a continuat reducerea valorii acestui indicator care a atins cifra de 9,8‰ în 2012, păstrând aceasta tendință până în anul 2015 (9,7‰), (Fig. 3.2.1.1).

Astfel, ținta finală a ODM 4, stabilită pentru anul 2015 privind mortalitatea infantilă, a fost atinsă precoce, fiind unul din domeniile unde s-au înregistrat cele mai mari progrese.

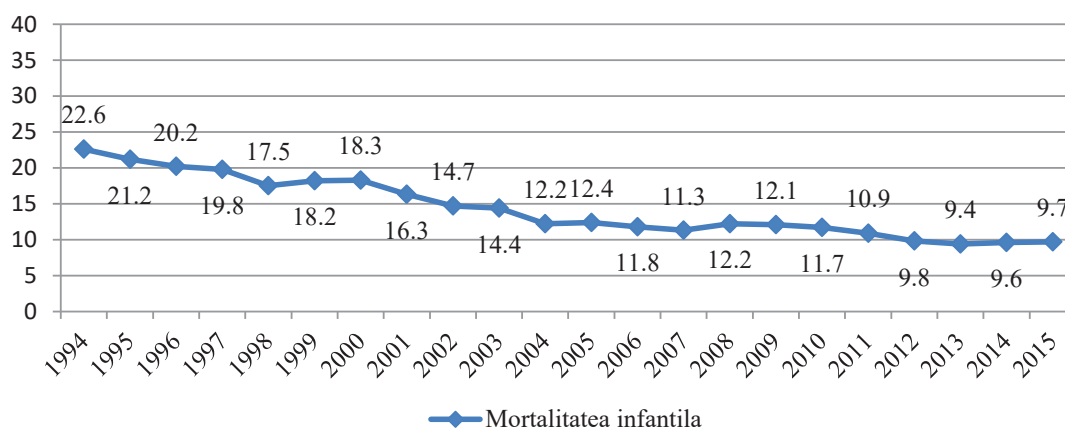
structura cauzelor deceselor infantile a rămas, practic, aceeași în perioada 1999-2015, la cele trei cauze menționate anterior s-au alăturat bolile infecțioase și parazitare (6,1%), leziunile traumatice și otrăvirile (4,5%), bolile sistemului nervos și alte cauze de deces (5,0%) (Fig.3.2.1.3).

Analiza mortalității infantile pe grupe de vârstă (mortalitatea neonatală precoce, mortalitatea neonatală și postneonatală) demonstrează o tendință descendentă în perioada 1999-2015 (Fig.3.2.1.4).

Rata mortalității perinatale, în Republica Moldova, a avut o tendință lentă de scădere – de la 13,9‰, în anul 1999, la 10,3‰, în 2007. În anul 2008, s-a înregistrat o

Fig. 3.2.1.1.
Dinamica mortalității infantile la 1000 de născuți-vii, anii 1995-2015
Sursa: BNS, www.statistica.md

Fig. 3.2.1.1.



Deși Republica Moldova, pe parcursul ultimilor decenii, a atins rezultate la acest capitolul, în comparație cu țările Europei de Vest (Franța, Germania) mortalitatea infantilă este de 3-4 ori mai mare, de asemenea este mai înaltă decât în țările Europei de Est (Belarus, Rusia, Ucraina) și în Țările Baltice (Fig.3.2.1.2).

În structura cauzelor deceselor infantile, în anul 2015, pe primele trei locuri se plasează unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală (46,9%), malformații congenitale și cromozomiale (25,3%) și boli ale aparatului respirator (10,9%). Astfel,

creșterea a ratei mortalității perinatale – 13,8 la 1000 de născuți-vii și morți⁹⁷. Această creștere poate fi explicată și prin trecerea la noua metodologie de estimare a mortalității copiilor, recomandată de OMS și stabilită drept obiectiv în cadrul Planului de acțiuni “Republica Moldova – Uniunea Europeană”. Astfel, începând cu anul 2007, a fost adoptată noua definiție a termenului „născut-viu” în corespundere cu criteriile OMS. Conform acestei definiții, viu-născut reprezintă expulsia totală sau extragerea

97 Centrul National de Management în Sănătate, Anuare statistice 1999, 2007, 2008. Aceste date statistice nu includ raioanele de est ale Republicii Moldova, www.cnms.md

Fig. 3.2.1.2.

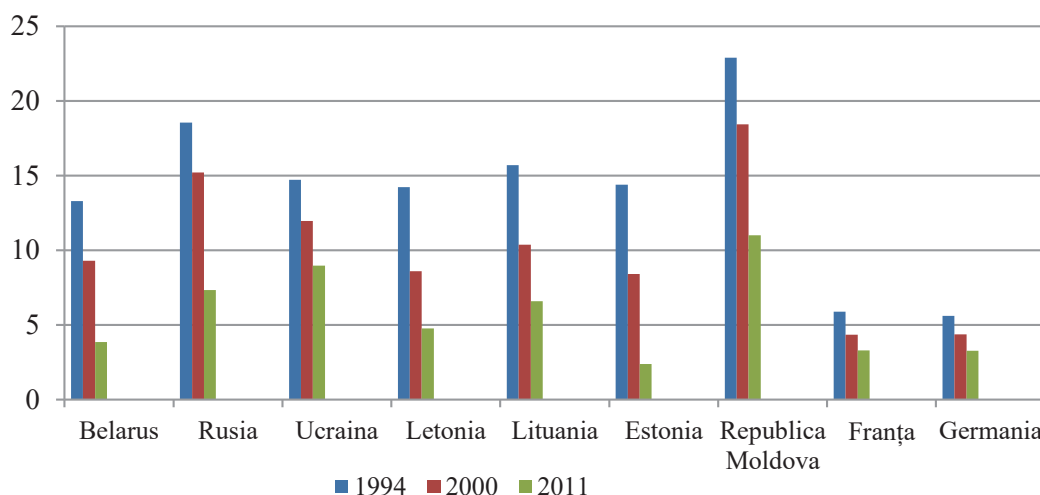


Fig. 3.2.1.2.

Mortalitatea infantilă la 1000 de născuți-vii, în unele țări, 1994, 2000, 2011

Sursa: WHO HFA-DB, www.euro.who.int/hfad/

din organismul mamei a fătului la termen de 22 de săptămâni încheiate de gestație și/sau cu masa copilului de la 500 grame și mai mult, care respiră sau prezintă alte semne de viață. În pofida acestui fapt, pe parcursul următoarei perioade (aa.2009-2015) s-a înregistrat o ușoară diminuare a acestui indicator.

O problemă cu valoare majoră este decesul copiilor prematuri, care determină circa 50% de cazuri din mortalitatea perinatală, 70% din cea neonatală precoce și circa 1/3 din pierderile infantile. În ultima perioadă, în Republica Moldova sunt înregistrați aproximativ 1700-1900 de copii prematuri, inclusiv 170-180 de copii născuți cu masă

Fig. 3.2.1.3.

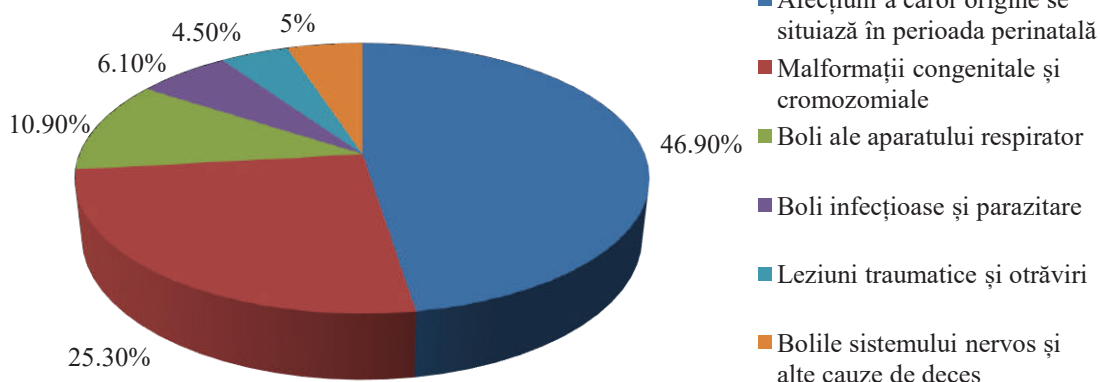


Fig. 3.2.1.3.

Structura deceselor infantile, 2015
Sursa: Centrul National de Management în Sănătate, Anuar statistic 2015. Aceste date statistice nu includ raioanele de est ale Republicii Moldova, www.cnms.md

Rata mortalității perinatale s-a micșorat, în mod special, grație scăderii semnificative a mortalității neonatale precoce de la 7,1‰, în 1999, la 4,7‰, în 2015. Succesul se datorează, în mare parte, implementării în serviciul de perinatologie a noilor tehnologii bazate pe dovezi științifice, atât în domeniul obstetrical, cât și în îngrijirea nou-născuților. Mortinatalitatea pe parcursul ultimilor ani rămâne la un nivel constant, înregistrând 6,2‰ în anul 2015.

extrem de mică, între termenele de 22-28 de săptămâni. Regionalizarea serviciului perinatal, organizarea centrelor perinatale și înzestrarea lor cu noi tehnologii pentru îngrijirea copiilor prematuri a contribuit la scăderea mortalității perinatale printre aceștia. Astfel, mortalitatea perinatală între prematuri a scăzut de la 213‰, în anul 2000, până la 135‰, în 2012, iar decesul în perioada neonatală precoce – de la 100,2‰

Fig. 3.2.1.4.

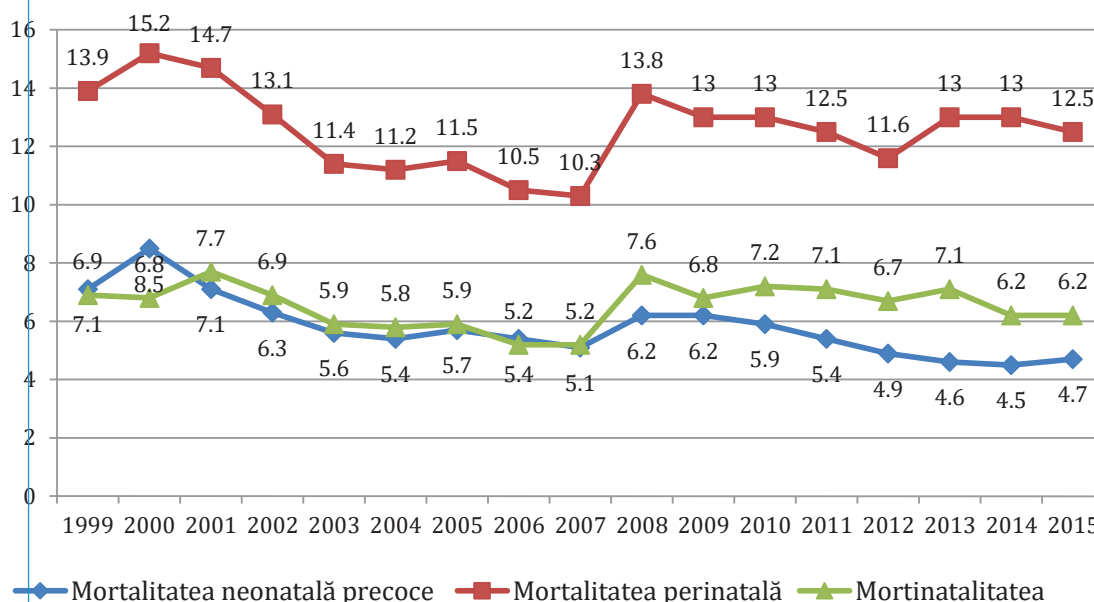


Fig.3.2.1.4.
Dinamica mortalității perinatale, la 1000 de nașcuți-vii, anii 1999-2015
Sursa: BNS, www.statistica.md

până la 56,6‰⁹⁸.

Decesele perinatale și nașterile de copii morți își au cauza și într-o stare de sănătate maternă precară, îngrijire neadecvată pe parcursul sarcinii și nașterii (de exemplu: travaliu obstrucționat, poziționarea incorectă a fătului, asfixierea în timpul nașterii), igiena precară în timpul nașterii și în primele ore după naștere (conduce la infecții care cauzează decesele copiilor nou-născuți) și lipsa îngrijirii adecvate a nou-născutului⁹⁹.

În ceea ce privește monitorizarea sănătății materne și neonatale, în primul rând, la moment, există și funcționează un sistem de monitorizare instituționalizat și mecanisme de evaluare a Maternității fără risc. Monitorizarea indicatorului de deces perinatal se efectuează trimestrial în baza Anexei 5 a Formularului statistic 30 – tabelul Babies. Totodată, în baza formularului statistic 32a se monitorizează lunar cinci maladii obstetrice (embolie cu

lichid amniotic, eclampsie, complicații ale anesteziologiei, hemoragie circa 1000 ml și ruptura de uter) și cinci maladii neonatale (infecții, asfixie, anomalii congenitale, SDR și HIV). În al doilea rând, periodic, are loc evaluarea calității serviciilor acordate în maternități, în domeniul perinatologiei, utilizând în acest scop 10 chestionare recomandate de OMS, iar în domeniul asistenței antenatale oferite – în cadrul asistenței medicale primare (AMP).

3.2.2. Mortalitatea maternă

Mortalitatea maternă este considerată unul dintre cei mai sensibili indicatori ai sănătății reproducerii, care reflectă nu doar calitatea serviciilor de sănătate oferite, dar și statutul socio-economic al femeii, nivelul de cultură și de trai al populației.

Pe parcursul ultimilor două decenii, rata mortalității materne are o evoluție sinusoidă, caracterizându-se printr-un ritm modest de diminuare între anii 2002-2007, ajungând la 15,8 cazuri la 100000 de nașcuți-vii și instabilitatea acestui indicator pe parcursul anilor 2008-2015 cu fluctuații cuprinse între 15,3 și 44,5 la 100000 de nașcuți-vii (Fig. 3.2.2.1).

⁹⁸ Profilul sociodemografic al Republicii Moldova la 20 de ani după adoptarea Programului de Acțiuni de la Cairo, Chișinău, 2014

⁹⁹ Neonatal and perinatal mortality. Country, regional and global estimates [Mortalitatea neonatală și perinatală], Geneva, 2006.

Fig. 3.2.2.1.

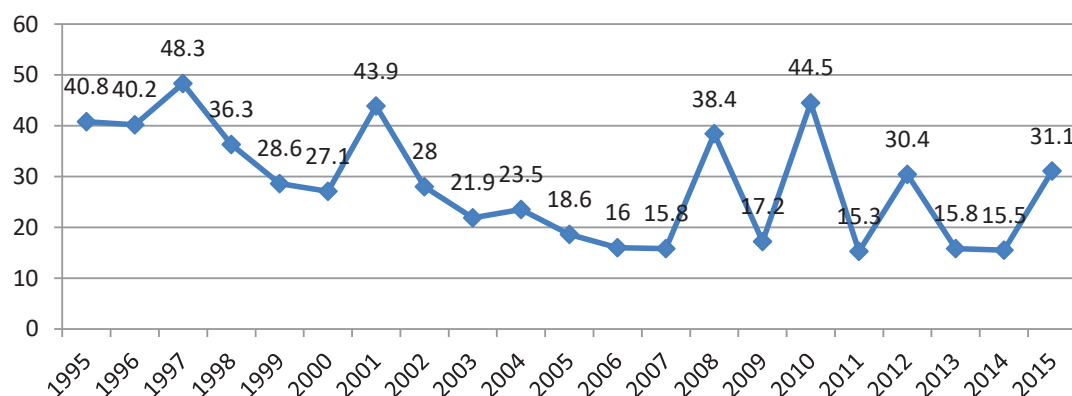


Fig. 3.2.2.1.
Mortalitatea maternă la 100000 de născuți-vii, Republica Moldova, anii 2005-2015
Sursa: CNMS, www.cnms.md

Este important de menționat că numărul mic de cazuri de decese determină variații semnificative și impredictibile atunci când sunt raportate la 100000 de născuți-vii. Pe parcursul ultimilor zece ani, numărul nașterilor în Republica Moldova se menține la nivelul de 37-39 mii. În scopul evitării erorilor cifrelor mici (numărul mic al nașterilor anual) și evidențierii nivelului real al mortalității materne rata mortalității materne se recomandă a fi calculată ca o medie pentru fiecare trei ani¹⁰⁰.

Analiza comparativă a indicatorului de mortalitate maternă a țărilor din regiune (țări europene și est-europene) indică rate mai scăzute comparativ cu Republica Moldova (sub 10 la 100000 de născuți-vii). Republica Moldova intră în clasamentul țărilor cu un nivel relativ înalt al mortalității materne, alături de Albania, Ucraina și Kazahstan (Fig. 3.2.2.2).

În pofida măsurilor întreprinse în vederea restructurării sistemului de sănătate, în mod special în domeniul mamei și copilului, prin implementarea sistemului regionalizat de referire a serviciilor perinatale¹⁰¹, rezultatul privind diminuarea indicatorului

mortalității materne nu este cel scontat. Conform datelor OMS, rata mortalității materne în Republica Moldova, pe parcursul ultimilor 20 de ani, s-a micșorat cu circa 33%, dar, cu regret, ținta propusă (13,3‰) în cadrul ODM nu a fost atinsă, rămânând a fi de circa 5 ori mai mare decât media europeană.

Accesul femeilor la asistența medicală și eficiența sistemului de sănătate de a răspunde nevoilor particulare ale fiecărui caz sunt factori esențiali în micșorarea ratei mortalității materne. Analiza deceselor materne, din ultimele doua decenii, denotă că circa 2/3 din femei au fost cele din mediul rural, cu un statut social precar, la care sarcina s-a dezvoltat pe fundalul unor patologii extragenitale sau complicații obstetricale netratate la momentul oportun. În calitate de factori de risc pentru rata înaltă a mortalității materne rămân în continuare statutul social inferior, nivelul de cunoștințe și educație al femeilor și membrilor familiei acesteia privind necesitatea și importanța supravegherii medicale precoce în cazul sarcinii¹⁰².

Asigurarea accesului la o îngrijire bună antenatală, la naștere și în perioada

¹⁰⁰ Raport de evaluare a Strategiei Naționale de Dezvoltare 2008-2011, pentru anul 2008, p.6, www.ms.gov.md

¹⁰¹ Ghidul A Național de Perinatologie „Principii de organizare și acordare a asistenței perinatale”, Chișinău, 2006

¹⁰² Ministerul Sănătății Republicii Moldova „Principii de organizare și acordare a asistenței perinatale”, Chișinău, 2006
Ministerul Sănătății Republicii Moldova, www.ms.gov.md

Fig. 3.2.2.2.

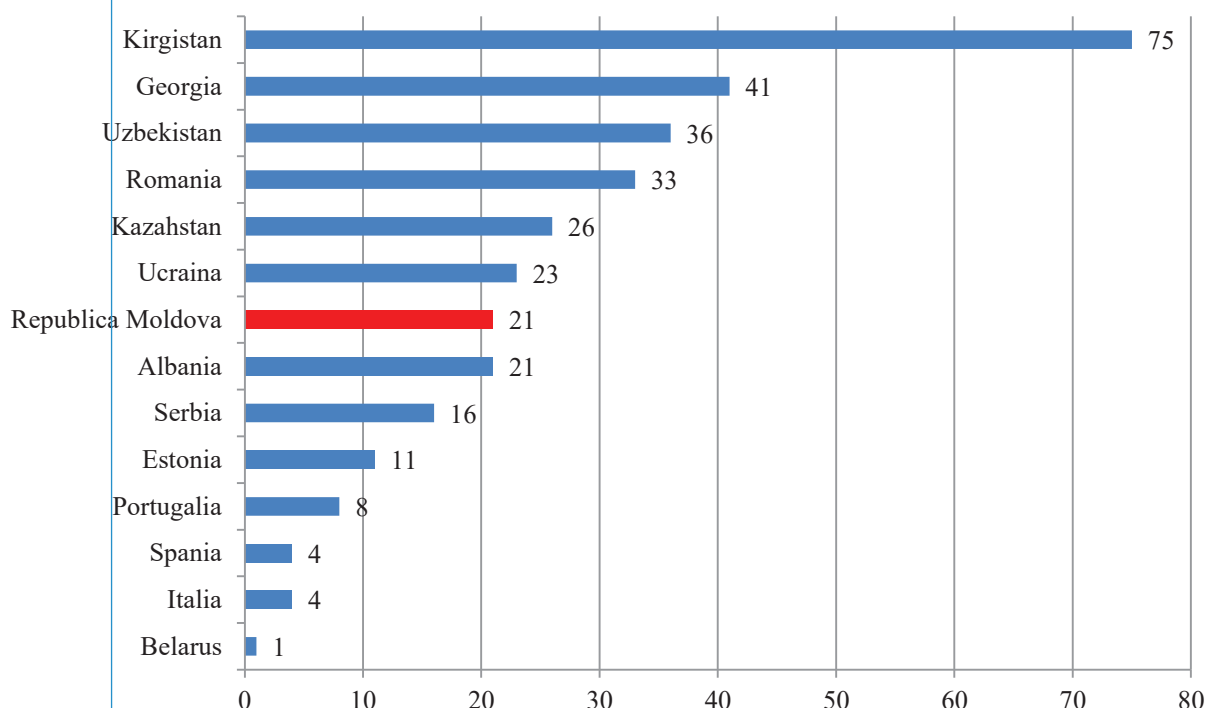


Fig. 3.2.2.2.
Mortalitatea
maternă în unele
țări, 2013
Sursa: WHO HFA
- DB, www.euro.who.int/hfad/

postpartum este o preocupare constantă a Guvernului Republicii Moldova. Sarcina, nașterea și lăuzia sunt printre stările care beneficiază de asigurarea obligatorie de asistență medicală din Programul Unic¹⁰³.

Sub aspectul acoperirii cu instituții medicale care oferă îngrijiri obstetricale, la nivel național, există 38 de astfel de instituții. Calculând după suprafața relativ redusă a teritoriului Republicii Moldova, distanța până la cea mai apropiată instituție de acest tip nu depășește o oră. Menționăm, însă, că femeile din mediul rural au un acces mai redus comparativ cu cele din mediul urban, confruntându-se uneori cu probleme de transportare. Acest lucru a fost raportat ca o barieră în obținerea accesului la servicii medicale de către unele femei¹⁰⁴. De asemenea, dintre cele 38 de instituții, 11 acordă servicii comprehensive în deplinul înțeles al cuvântului, fiind mai

bine înzestrate cu echipament și având cadre înalt calificate – 10 centre perinatale de nivelul II și 1 centru perinatal de nivelul III.

În ceea ce privește asistarea nașterilor de către personal calificat, în ultimii ani s-a micșorat considerabil ponderea nașterilor în afara maternităților de la 2,4%, în 1999, la 0,5%, în 2015.

Pe parcursul ultimilor zece ani, în structura deceselor materne predomină următoarele cauze: hemoragiile, complicațiile septico-purulente, eclampsii, patologia extragenitală. În anul 2015, mortalitatea maternă prin risc obstetrical direct a constituit 7,8 la 100000 de născuți-vii, dintre care prin complicațiile sarcinii, nașterii și lăuziei – 5,2‰, prin întreruperi de sarcini – 2,6‰, prin risc obstetrical indirect – 23,3‰¹⁰⁵. Rămâne a fi îngrijorătoare accentuarea factorilor indirecti (nelegați de sarcină) ai mortalității materne, indicând carențe în supravegherea antenatală și în

¹⁰³ Campania Națională de Asigurări în Medicina, www.cnam.md

¹⁰⁴ Studiul Demografic Sănătate, Republica Moldova (SDS), Chișinău, 2005.

¹⁰⁵ Anuar statistic al Sistemului de Sănătate din Republica Moldova, anul 2005, www.cnms.md

calitatea serviciilor de sănătate acordate. Astfel, exista rezerve în ceea ce privește calitatea deservirii gravidelor la nivelul asistentei medicale primare de către medicul de familie.

Deși Republica Moldova are o bază legislativă și normativă care susține sănătatea materna, totuși există inegalități ce țin de acces și calitatea serviciilor prestate, inegalități care se manifestă între populația din mediul rural și cea din mediul urban, populația generală și grupurile marginalizate (femei de origine romă, cu necesități speciale etc.). Îmbunătățirea accesului grupurilor vulnerabile de populație la servicii atât la nivelul asistentei medicale primare, cât și spitalicești, cu sporirea calității serviciilor existente, inclusiv de planificare a familiei sunt esențiale pentru reducerea continuă a mortalității materne.

În vederea reducerii mortalității materne, au fost adoptate o serie de proceduri obligatorii de investigare a deceselor materne. În anul 2005, a fost implementată ancheta confidențială de analiză a cazurilor de deces matern, la nivel național, și cazurilor de proximitate de deces matern, la nivel de instituție. Ancheta confidențială urmărește identificarea cauzelor reale, medicale și nemedicale ale deceselor materne, inclusiv cele sociale și familiale; evaluarea științifică bazată pe dovezi a cazurilor de deces matern, cu identificarea factorilor de îngrijire sub standard la nivel de comunitate și la nivel de instituție; formularea recomandărilor realiste, de creștere a calității îngrijirilor femeilor gravide, parturientelor și lăuzelor și monitorizarea implementării recomandărilor; participarea intersectorială la implementarea recomandărilor anchetei confidențiale¹⁰⁶. Ancheta confidențială nu

înlocuiește procedura oficială a Ministerului Sănătății de analiză a mortalității materne, nu are caracter administrativ sau juridic și este desfășurată după finisarea procedurii tradiționale. Aceste măsuri permit identificarea cauzelor reale și elaborarea măsurilor cost-eficiente de redresare a situației în domeniul sănătății materne¹⁰⁷.

3.3. Livrarea serviciilor de asistență perinatală (îngrijire antenatală, asistență la naștere, îngrijirea post-natală)

În Republica Moldova funcționează sistemul de asistență medicală perinatală, care este format dintr-o rețea de instituții care acordă asistență medicală perinatală la trei niveluri diferite. Primul nivel include oficiile medicului de familie (OMF), centrele de sănătate (CS), secțiile consultative (SC) din cadrul spitalelor, cabinetele de sănătate a reproducerii raionale (CSR) și maternitățile de nivelul unu. În instituțiile AMP activează medicul de familie cu asistentele medicale, una dintre care este pregătită în perinatologie. În cabinetele obstetrico-ginecologice ale secțiilor consultative activează medicul obstetrician-ginecolog consultant și moașa/asistent medical, în cabinetele pediatrie – medicul pediatru consultant și asistenta medicală. În CSR activează medicul obstetrician-ginecolog și moașa/asistenta medicală. În maternitățile de nivelul unu activează medici obstetricieni-ginecologi, medici neonatologi, moașe și asistente medicale pentru nou-născuți conform listei de state. Maternitățile de nivelul unu asigură asistență medicală obstetricală

106 Ordinul MS nr.330 din 4.10.2005 „Cu privire la implementarea anchetei confidențiale de analiză a cazurilor de deces matern la nivel național și cazurilor de proximitate de deces matern la nivel de instituție”.

107 Raportul anul de activitate al Ministerului Sănătății pentru anul 2015, www.ms.gov.md

gravidelor, fără antecedente obstetricale grave și maladii extragenitale în afara unui risc prognozat, asistarea nașterii fiziologice la 38-40 de săptămâni, îngrijirea nou-născuților sănătoși cu greutatea la naștere ≥ 2500 gr. La acest nivel, se recurge la operația cezariană doar în caz de urgență și lipsa condițiilor de transportare a gravidei.

Asistența medicală perinatală de nivelul doi este efectuată la nivel de ambulatoriu consultativ specializat și spitalicesc. La nivel de ambulatoriu, gravidele sunt consultate în secția consultativă de perinatologie din Centrul Perinatologic de nivelul doi de către medicii obstetricieni-ginecologi ai cabinetelor specializate (prematuritate, infertilitate), internist, genetician, medic-psiholog, diagnostic prenatal al viciilor congenitale (USG) și de către jurist. La acest nivel se asigură asistența medicală perinatală femeilor gravide cu risc obstetrical moderat, conduita nașterii la 32-37 de săptămâni și îngrijirea nou-născuților cu o greutate la naștere între 2000-2500 gr. De asemenea, Centrele Perinatologice de nivelul doi prestează servicii perinatale femeilor cu sarcină fiziologică în raza municipiului/raionului respectiv.

Centrul Perinatologic Serviciului Asistență Medicală Perinatală de nivelul trei acordă asistență medicală de policlinică și asistență spitalicească. Asistența de policlinică este prestată de Policlinica Republicană pentru Femei, Centrul de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală, Policlinica Republicană pentru Copii. La acest nivel, se asigură asistență perinatală femeilor cu grad înalt de risc obstetrical, monitorizarea nașterii la termenul de gestație 22-32 de săptămâni de sarcină și îngrijirea nou-născuților cu o greutate la naștere mai mică de 2000 gr¹⁰⁸.

3.3.1. Îngrijire antenatală

108 Ghidul A Național de Perinatologie. Principii de organizare și acordare a asistenței perinatale. Chișinău, 2006.

În condiții ideale, asistența antenatală trebuie să înceapă în primul trimestru de sarcină, cu respectarea recomandărilor OMS pentru îngrijirea antenatală de calitate. Serviciile de îngrijire antenatală în Republica Moldova sunt oferite la toate nivelurile de asistență medicală: asistența medicală primară, asistența medicală specializată de ambulator, asistența medicală urgentă prespitalicească, asistența medicală spitalicească.

Asistenței medicale primare (AMP) îi revine rolul primordial în asigurarea sarcinii fără risc. Asistența medicală primară în Republica Moldova este acordată de medicul de familie care are în subordine asistente medicale, una dintre care este specializată în problemele perinatologiei. Majoritatea îngrijirilor prenatale sunt asigurate de medici (98%), în timp ce un număr mic de femei (1%) beneficiază de îngrijiri medicale prestate de o asistentă medicală/moașă. Astfel, putem concluziona că acoperirea cu îngrijire antenatală din partea instituțiilor de asistență medicală primară se află la un nivel înalt.

În scopul îmbunătățirii sănătății materne, protecției maternității, reducerii morbidității și mortalității materne au fost elaborate și aprobate, prin ordinul Ministerului Sănătății, noile Standarde de supraveghere a femeilor gravide în condiții de ambulator, care includ un spectru larg de examinări clinice și paraclinice obligatorii în perioada antenatală pentru toate femeile gravide¹⁰⁹. În conformitate cu aceste standarde, pe parcursul sarcinii, femeile beneficiază de șase vizite de îngrijire antenatală la medicul de familie (I-a – la luarea la evidență (până la 12 săptămâni de sarcină), a II-a – la termenul de sarcină de 16-18 săptămâni, a III-a – la 22-24 de

109 Ordinul Ministerului Sănătății nr.31 din 27.01.2016 Cu privire la aprobarea Standardelor de supraveghere a gravidelor în condiții de ambulator.

săptămâni, a IV-a – la 28-30 de săptămâni, a V-a – la 35-36 de săptămâni, a VII-a – la 38-40 de săptămâni), în cadrul cărora femeile gravide sunt consultate de către medicul de familie, este efectuat examenul clinic, se estimează indicele masei corporale (IMC), se măsoară tensiunea arterială cu notarea datelor în gravidogramă, se eliberează îndreptări pentru următoarele consultații/investigații. Femeile gravide beneficiază de teste la marcherii virusului HIV, hemograma, urograma, proteina în urină, glucoza în sânge, grupa de sânge, Rh factor, titrul de anticorpi la Rh-negative, screening-ul biochimic (dublu test și triplu test). Totodată, se evaluează profilul și gradul de risc în conformitate cu ghidurile și protocoalele clinice naționale. Femeile gravide au dreptul de a alege medicul obstetrician-ginecolog pentru supravegherea sarcinii în condiții de ambulator din cadrul secției consultative a Spitalului Raional, Asociației Medicale teritoriale (Chișinău), indiferent de locul de trai și aflare în evidența medicală.

Datele MICS (anul 2012) indică că circa 95% din femei au avut cel puțin 4 vizite antenatale cu o distribuție similară în zonele urbane și rurale. Doar 1% din toate femeile gravide nu au efectuat nici o vizită antenatală, mai frecvent printre cele cu chintila de bunăstare inferioară (5,1%). Printre femeile care au avut o naștere pe parcursul celor doi ani anteriori studiului, 99% au raportat că a fost preluată o probă de sânge în timpul vizitelor de îngrijire antenatală, la 98% a fost verificată tensiunea arterială, la 99% – a fost colectată proba de urină¹¹⁰.

Circa 99,0% din numărul de gravide, luate în supraveghere medicală pe parcursul gravidității, sunt testate la HIV. Pe parcursul anului 2015, printre 50317 de femei gravide

testate la HIV prin intermediul sistemului de laborator, au fost depistate 92 de femei gravide cu statutul HIV+¹¹¹.

Pregătirea către naștere începe în perioada antenatală sub formă de ședințe în grupuri și individuale cu gravida și membrii familiei acesteia. Sunt patru ședințe, tematica cărora corespunde termenului de gestație (I-a ședință – după luarea la evidență, a II-a – la 28-30 de săptămâni de sarcină, a III-a – la 32-33 de săptămâni, a IV-a – la 35-36 de săptămâni). În vederea depistării patologiilor fetale în perioada antenatală, se implementează screening-ului ultrasonografic la 11-13 și 18-21 de săptămâni de sarcină. Ponderea gravidelor examinate ecografic la 18-21 de săptămâni de sarcină din totalul gravidelor care au finisat sarcina a constituit 92,0% în anul 2015. Conform standardelor, gravida este consultată de medicul obstetrician-ginecolog de trei ori pe parcursul sarcinii (11-14, 28-30 și 35-36 de săptămâni de sarcină).

Drept standard obligatoriu pentru îngrijirile antenatale servește Carnetul medical perinatal (este o formă de evidență a gravidelor), care se completează de către medicul de familie sau medicul obstetrician-ginecolog consultant. Carnetul perinatal asigură o continuitate dintre nivelul AMP și alte nivele de asistență medicală în vederea supravegherii sarcinii și rezultatului ei.

3.3.2. Asistența la naștere

Asistența la naștere este extrem de importantă pentru mamă și copil. Este cunoscut faptul că îmbunătățirea îngrijirii la naștere reduce mortalitatea maternă cu 50-80% și cea perinatală – cu 30-40%.

Unul din obiectivele Planului de acțiune “O lume demnă pentru copii” constă în

110 Rapot final Studiu de indicatori multipli în cuiburi (MICS), Republica Moldova, 2012, Chișinău, 2014.

111 Monitorizarea controlului infecției HIV în Republica Moldova, anul 2015; Chișinău, 2016, www.cnms.md

asigurarea femeilor cu acces la nașteri în condiții decente. Indicatorii propuși sunt proporția nașterilor asistate de personal calificat (medic, asistent medical sau moașă) și proporția nașterilor în instituții medicale. Proporția nașterilor cu asistență calificată a fost, de asemenea, utilizată ca un indicator pentru a urmări progresul spre Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului privind reducerea mortalității infantile și îmbunătățirea sănătății materne până în anul 2015. Asistența la naștere de către personal calificat, conform studiului MICS (2012), a constituit circa 99%, dintre care în 95% – cu medic și 4% – cu asistent medical sau moașă, cu diferențe ne semnificative în mediul urban și rural. Majoritatea nașterilor (99%) în Republica Moldova au loc într-o instituție medicală, 98% din nașteri – în instituțiile din sectorul public și mai puțin de 1% – în instituțiile din sectorul privat. Un număr extrem de mic de nașteri (mai puțin de 1%) au loc la domiciliu¹¹².

Din anul 2004, în Republica Moldova funcționează serviciul de asistență medicală regionalizată¹¹³. Totodată, conform actelor normative în vigoare femeile gravide au dreptul să nască în instituția medicală solicitată, indiferent de locul de trai, cu excepția cazurilor, când, conform indicațiilor medicale, este necesară respectarea principiilor de regionalizare și triere a gravidelor în acordarea asistenței medicale perinatale. În același timp, femeilor gravide li se oferă posibilitatea de a alege medicul obstetrician-ginecolog din cadrul instituției medico-sanitare spitalicești pentru acordarea asistenței medicale în condiții de staționar, cu consimțământul prealabil al acestuia¹¹⁴. În Republica Moldova, pentru

ameliorarea calității asistenței medicale la naștere, se implementează cu succes ajutorul obstetrical în stările de urgență, prezența personalului calificat la naștere. Prezența personalului calificat în naștere include utilizarea partogramei care permite recunoașterea și soluționarea promptă a problemelor de sănătate maternă sau a nou-născutului, care, în final, previn mortalitatea maternă și perinatală. Este implementat auditul proximităților materne, auditul deceselor materne și perinatale¹¹⁵. Datorită acestora și altor activități, desfășurate în perioada 2005-2015, s-a reușit ameliorarea indicatorilor sănătății perinatale: mortalitatea perinatală (11,5-9,7‰), mortalitatea neonatală precoce (5,7-4,7‰) și mortinatalitatea care înregistrează un nivel mai mult sau mai puțin constant pe parcursul ultimului deceniu (5,8-6,2‰). Un rol deosebit în acordarea asistenței medicale mamei și nou-născuților, în Republica Moldova, revine serviciilor de perinatologie, genetică medicală și planificare familială.

3.3.3. Îngrijirea post-natală

În Republica Moldova se practică externarea timpurie a mamei și a nou-născutului la domiciliu (la a 3-5-a zi după naștere). Conform datelor MICS (2012), patru la sută din respondente, care au avut nașteri cu făt viu în instituție medicală în doi ani precedenți studiului, s-au aflat în instituția medicală mai puțin de 3 zile, iar 77 la sută – 3-6 zile după naștere. Nouăsprezece procente din femei au fost externate după prima săptămână de la naștere. Rezultatele studiului relevă că cea mai mică proporție din numărul de mame și nou-născuți, care

în condiții de ambulator

112 Rapot final Studiu de indicatori multipli în cuiburi (MICS), Republica Moldova, 2012, Chișinău, 2014.

113 Ordinul Ministerului Sănătății nr.97 din 31.03.2004 „Cu privire la eșalonarea asistenței medicale acordate copiilor”

114 Ordinul Ministerului Sănătății nr.31 din 27.01.2016 Cu privire la aprobarea Standardelor de supraveghere a gravidelor

115 Ordinul Ministerului Sănătății nr. 330 din 04.10.2005 „Cu privire la implementarea Anchetei Confidențiale de analiză a cazurilor de deces matern la nivel național și cazurilor de proximitate de deces matern la nivel de instituție” și Ordinul Ministerului Sănătății nr. 248 din 16.06.2006 „Cu privire la implementarea Anchetei Confidențiale de analiză a cazurilor de deces perinatal la nivel național”

au avut o durată de aflare în maternitate de o săptămână sau mai mult, au constituit-o cele din aria urbană, comparativ cu cea rurală (respectiv, 16 și 21%) și mamele din gospodăriile mai înstărite comparativ cu cele sărace (respectiv, 12 și 26%)¹¹⁶.

Programele recente privind maternitatea în condiții de siguranță recomandă ca toate femeile și nou-născuții să primească un control medical în termen de două zile după externare din spital. Circa 98% din nou-născuți beneficiază de un control de sănătate după naștere într-o instituție medicală sau la domiciliu. Primele vizite de asistență post-natală (APN) a nou-născuților pe parcursul primei săptămâni după externare din instituția medicală au fost la domiciliu (96%), iar restul 4% – în instituția din sectorul public de sănătate.

Vizita în termen de o săptămână după naștere, așa cum este recomandat de către OMS, a fost efectuată la nouăzeci și patru la sută din mame, într-o instituție medicală sau la domiciliu. În total, 93 la sută din primele vizite de îngrijire postnatală pentru mame, în prima săptămână de la naștere, au avut loc acasă, în timp ce 7% au avut loc într-o instituție medicală din sectorul public. În ceea ce privește nou-născuții, toate vizitele de asistență postnatală pentru mame în prima săptămână de la naștere au fost efectuate de către un medic, asistență medicală sau moașă¹¹⁷.

3.4. Planificarea familială

Unul dintre obiectivele PA CIPD este disponibilitatea universală a planificării familiale până în anul 2015 ca parte din abordarea extinsă privind drepturile la

sănătatea reproducerii.

În pofida cadrului legislativ favorabil, în Republica Moldova, situația în domeniul planificării familiei (PF)¹¹⁸, la modul practic, este departe de cea dorită.

Pe parcursul ultimului deceniu, PF nu a beneficiat pe deplin de suportul factorilor de decizie și implicarea activă a profesioniștilor în domeniu. Această situație s-a soldat cu diminuarea în timp a indicatorilor specifici pentru PF. Date privind utilizarea contraceptivelor și preferințele populației față de o metodă sau alta de contracepție sunt disponibile numai din studii.

Prevalența contracepției în grupul femeilor de vârstă reproductivă (15-49 de ani) a înregistrat o scădere pe parcursul anilor de la 67,8%, în 2005¹¹⁹, la 59,5%, în 2012. Nu este o excepție de la acest trend de descreștere nici utilizarea contraceptivelor moderne în grupul femeilor de vârstă reproductivă (15-49 de ani), atingând cifra de 41,7% în anul 2012 (variind între 46,6% în chintila cea mai bogată și 34,3% în chintila cea mai săracă)¹²⁰, comparativ cu 42,6% în anul 2005¹²¹.

Cea mai solicitată metodă de contracepție rămâne a fi dispozitivul intrauterin (DIU), utilizat de către una din cinci femei căsătorite sau aflate în uniune (19,8%, în 2012, comparativ cu 17,7%, în 2005). Această preferință a populației a fost indusă în perioada fostei Uniuni Sovietice, când sistemul de sănătate favoriza utilizarea DIU comparativ cu alte metode de contracepție, cum ar fi pastilele. Prevalența DIU asupra

118 Legea nr. 138 din 15 iunie 2012 privind sănătatea reproducerii; Ordinul MS nr.695 din 13.10.2010 cu privire la Asistența medicală primară; Ordinul MS nr.658 din 18.08.2015 Cu privire la asigurarea cu contraceptive.

119 Studiul Demografic și de Sănătate din Republica Moldova 2005 (SDSM, 2005)

120 Studiul de Indicatori Multipli în Cuiburi, 2012. Raport final. Chișinău, 2014

121 Studiul Demografic și de Sănătate din Republica Moldova 2005 (SDSM, 2005)

116 Rapot final Studiu de indicatori multipli în cuiburi (MICS), Republica Moldova, 2012, Chișinău, 2014.

117 Rapot final Studiu de indicatori multipli în cuiburi (MICS), Republica Moldova, 2012, Chișinău, 2014.

altor metode poate fi explicată și prin preferințele furnizorilor serviciilor de PF, care rămân a fi în continuare medicii obstetricieni-ginecologi, abilitați să efectueze și intervenții medicale, cum ar fi inserția DIU, care, nu în ultimul rând, poate aduce un profit. Cinci la sută dintre femei au raportat utilizarea pastilelor, iar 11,9% – prezervativului masculin, 4,4% – sterilizarea chirurgicală voluntară și mai puțin de 1% – metode vaginale, cum ar fi diafragma/ spumă/gel (Fig. 3.4.1).

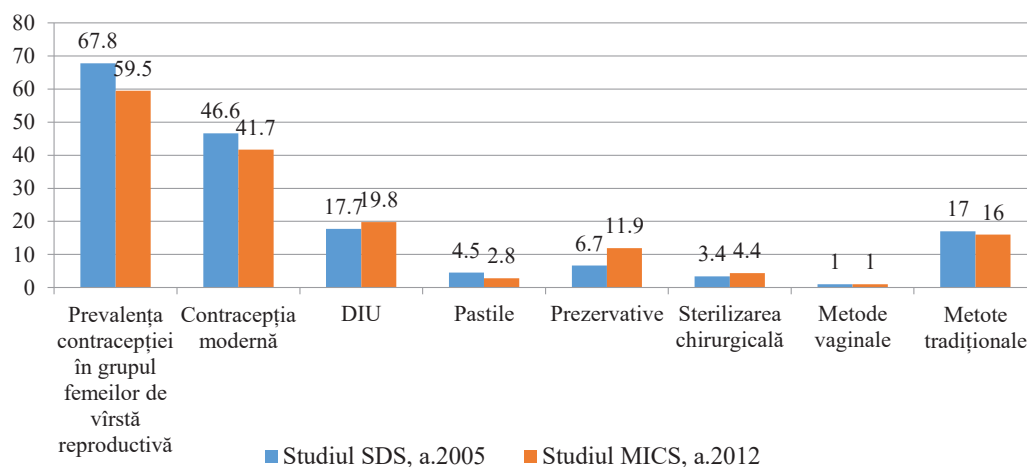
Metodele tradiționale de planificare familială mai rămân a fi populare în Republica Moldova, constituind 16% din toate metodele de contracepție și, în consecință, exercită un impact negativ asupra sarcinilor nedorite. Actul sexual întrerupt este folosit de 13% de femei, abținerea periodică – 3% și circa 1% din

contraceptivelor crește odată cu nivelul de bunăstare al gospodăriei din care face parte femeia – de la 56% în gospodăriile din chintila 1 la 61% din chintila 5.

Datele cu privire la nevoia nesatisfăcută sunt furnizate de către studiile SDSM (2005) și MICS (2012). Fiecare a zecea femeie (9,5%) de vârstă reproductivă din Republica Moldova, în prezent, căsătorite sau aflate în uniune, deși doresc să amâne sarcina următoare (4,8%) sau doresc să renunțe cu totul la sarcina (4,7%) nu folosesc nici o metodă de contracepție. În general, nevoia nesatisfăcută este cea mai înaltă printre cele mai tinere femei căsătorite (15-19 ani) și scade odată cu creșterea vârstei. Totuși, deși necesitatea nesatisfăcută în ceea ce privește intervalul dintre nașteri scade odată cu vârsta, necesitatea nesatisfăcută privind limitarea numărului de copii crește ușor

Fig. 3.4.1.
Prevalența
contracepției în
grupul femeilor
de vârstă
reproductivă (15-
49 de ani), %, anii
2005 și 2012

Fig. 3.4.1.



femei folosesc alte metode tradiționale.

În ceea ce privește utilizarea metodelor de contracepție se înregistrează unele diferențe în funcție de vârstă, studii, statut socioeconomic. Astfel, femeile cu vârsta de 15-24 de ani utilizează mai rar metodele contraceptive decât femeile în vârstă de 25-45 de ani. Mai frecvent, însă, utilizează metode de contracepție femeile cu studii superioare (64%). Utilizarea

odată cu vârsta. S-au constatat diferențe nesemnificative între nevoia nesatisfăcută a femeilor în dependență de mediul de reședință (urban – 10,7%, rural – 8,7%), studii (medii – 9,9%, superioare – 9,8%) și chintilele de bunăstare (inferioară – 11,1%, superioară – 9,6%)¹²².

În acest context, este important ca serviciile de planificare a familiei să fie aduse cât

¹²²Studiu de Indicatori Multipli în Cuiburi, 2012. Raport final. Chișinău, 2014

mai aproape de beneficiar, prin integrarea acestora în asistența medicală primară, care este „poarta de intrare în sistemul de sănătate”, și prin valorificarea maximală a echipei medicului de familie. Pe parcursul ultimilor ani, s-au întreprins pași concreți în vederea fortificării rolului asistenței medicale primare în livrarea serviciilor PF: bază legislativă creată; medici de familie și asistenți medicali instruiți; asigurarea grupurilor vulnerabile ale populației cu contraceptive din fondurile AOAM¹²³. Totodată, trebuie de menționat că furnizarea serviciilor de PF mai rămâne a fi concentrată în serviciul obstetrical-ginecologic, care, tradițional, nu este focusat pe acțiuni de promovare a metodelor de contracepție și consiliere.

În contextul schimbărilor importante din ultimele decenii privind sporirea accesului la informații, produsele contraceptive și serviciile de PF, totuși, există probleme din partea cererii populației, care ține de conștientizarea, cunoașterea și utilizarea redusă a metodelor contraceptive. Cunoștințele insuficiente în rândul populației și costul contraceptivelor sunt motive pentru a nu folosi o metodă modernă de contracepție. Contraceptivele nu sunt incluse în lista de medicamente esențiale în Republica Moldova.

Planificarea familiei mai rămâne a fi tratată în societatea moldovenească ca o problemă în exclusivitate feminină. Informația despre gradul de implicare al bărbaților în planificarea familiei este limitată, datele statistice despre cunoștințele în domeniul contracepției și utilizarea contracepției se refera doar la femei. Totodată, circa 15% dintre bărbați consideră că planificarea familiei privește doar femeia¹²⁴. Un

exemplu elocvent în acest sens îl reprezintă adoptarea de norme de implementare a sterilizării chirurgicale doar a femeii și lipsa reglementărilor speciale în cazul sterilizării chirurgicale masculine, deși legislația în vigoare garantează accesul la sterilizarea chirurgicală voluntară pentru femei și pentru bărbați în mod nediscriminatoriu¹²⁵. Asigurarea promovării egalității de gen constituie baza respectării drepturilor umane fundamentale ale tuturor cetățenilor țării și, nu în ultimul rând, drepturilor la planificare familială/contracepție¹²⁶.

3.5. Avortul/serviciile de întrerupere a sarcinii

Avortul, în Republica Moldova, a fost legalizat în anul 1955. Din anii '60 până în anii '90, avortul era metoda esențială de reglare a natalității, deoarece lipsea accesul la metode moderne de contracepție și nivelul de cunoștințe al populației în domeniul planificării familiale era limitat.

Grație implementării unor măsuri de planificare familială, numărul absolut al avorturilor s-a micșorat semnificativ – de la 57 de mii, în anul 1995, la circa 14 mii, în 2015. Începând cu anul 2005 se atestă un număr constant al avorturilor – de cca 14-15 mii anual (*Fig. 3.5.1*).

Rata avorturilor induse la 1000 de femei de vârsta reproductivă (15-49 de ani), conform datelor statisticii oficiale, s-a micșorat de circa trei ori, de la 51‰, în anul 1995, la 15‰, în anul 2015 (*Fig. 3.5.2*).

Dacă în anul 1995, la 100 de nou-născuți se înregistrau 101 avorturi, către anul 2015 acest indicator s-a micșorat de trei ori (34

123 Ordinul Ministerului Sănătății nr.658 din 18.08.2015 Cu privire la asigurarea cu contraceptive

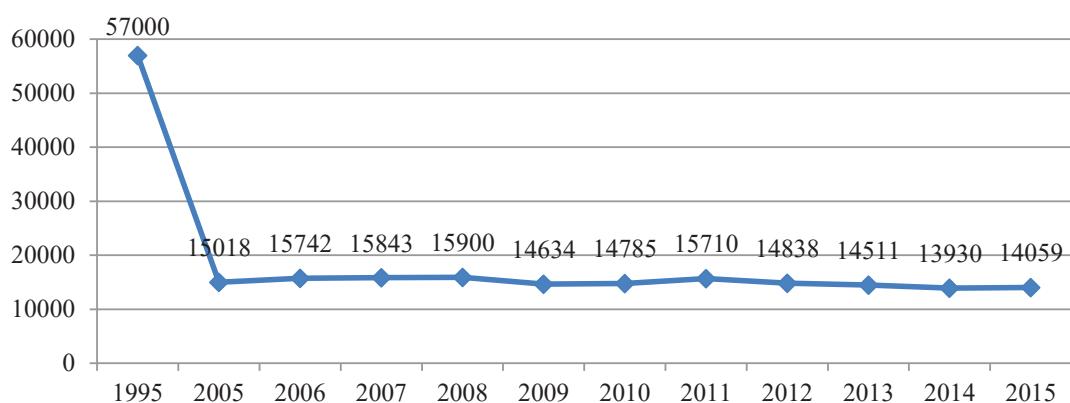
124 Studiul Demografic și de Sănătate din Republica Moldova, 2005 (SDSM, 2005)

125 Legea ocrotirii sănătății nr.411-XIII din 28.03.95 și Legea nr. 138 din 15 iunie 2012 privind sănătatea reproducerii.

126 Hotărârea nr. 933 din 31.12.2009 cu privire la aprobarea Programului național de asigurare a egalității de gen pe anii 2010-2015 Publicat : 19.01.2010 în Monitorul Oficial nr. 5-7 art nr : 27

Fig. 3.5.1.
Întreruperi
de sarcină:
Total (abs.),
în Republica
Moldova, anii
1995-2015
Sursa: BNS, [www.
statistica.md](http://www.statistica.md)

Fig. 3.5.1.



la 100 de născuți-vii) (Fig. 3.5.3).

Ponderea întreruperii de sarcină la grupa de vârstă 15-19 ani, pe parcursul ultimilor 10 ani, constituie circa 10% din numărul total de avorturi printre femeile de vârstă reproductivă (Fig. 3.5.4).

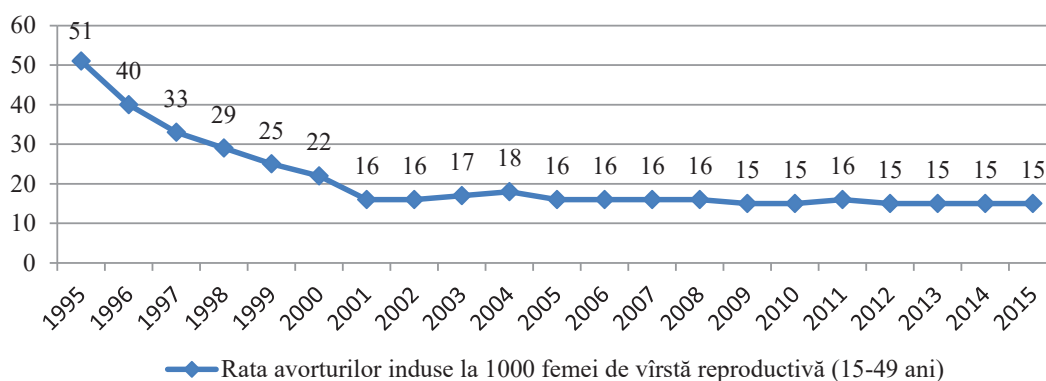
În ceea ce privește culegerea de date și evidența statisticii privind avortul indus, există o serie de aspecte care ar putea fi îmbunătățite. Datele statistice oficiale nu reflectă numărul real al sarcinilor întrerupte, din motive că o parte din ele nu sunt înregistrate sau nu sunt raportate (inclusiv în instituțiile private). Una din cauzele persistării fenomenului avorturilor neînregistrate în republică ar putea fi că avorturile servesc drept sursă de venit pentru prestatorii serviciilor de întrerupere a sarcinii¹²⁷.

¹²⁷ Evaluarea strategică a aspectelor de politici, calitate și acces ale serviciilor de contracepție și avort în Republica Moldova, Raport, Chisinau, 2006

Pe parcursul ultimului deceniu, serviciile de întrerupere a sarcinii au beneficiat de o atenție sporită și suport tehnic semnificativ din partea OMS. Grație acestui fapt și eforturilor întreprinse de către experții naționali în domeniu, au fost atinse rezultate semnificative în ameliorarea calității serviciilor de întrerupere a sarcinii, prin implementarea metodelor sigure recomandate de OMS. Pe parcursul anilor 2007-2011, cu suportul OMS și al altor organizații internaționale, în Republica Moldova au fost elaborate și aprobate Regulamentul (2010) și Standardele pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță (2011), revizuit și aprobat curriculumul de instruire în avort, modernizat și instituționalizat sistemul de raportare statistică a numărului și calității serviciilor de întrerupere a sarcinii. De asemenea, în două etape, au fost create 6 Centre-model de oferire a serviciilor comprehensive de întrerupere a sarcinii în

Fig. 3.5.2.
Rata avorturilor
induse la 1000 de
femei de vârstă
reproductivă (15-
49 de ani), anii
1995-2015
Sursa: BNS, [www.
statistica.md](http://www.statistica.md)

Fig. 3.5.2.



— Rata avorturilor induse la 1000 femei de vârstă reproductivă (15-49 ani)

Fig. 3.5.3.

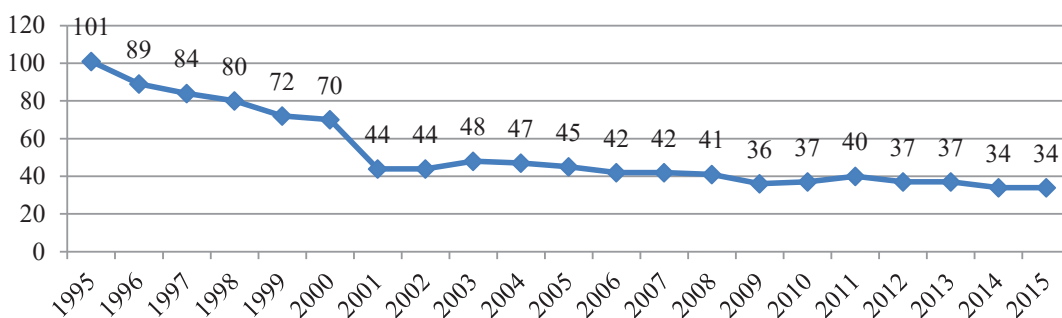


Fig. 3.5.3.
Întrepreri de sarcină la 100 de nașcuți-vii, în Republica Moldova, anii 1995-2015
Sursa: BNS, www.statistica.md

condiții de ambulatoriu¹²⁸.

Totodată, în unele instituții medicale, se constată în continuare calitatea joasă a serviciilor de avort la limita avortului sigur din cauza atât a precarității echipamentelor, cât și faptului că unii prestatori de servicii continuă să efectueze întreruperile de sarcină prin metoda tradițională de dilatare și chiuretaj (circa 30% din numărul total de avorturi), neținând cont de recomandările OMS și actele normative în vigoare ale Ministerului Sănătății¹²⁹.

Avortul medicamentos, deși s-a dovedit a fi

o metodă sigură, rămâne a fi puțin accesibil pentru unele segmente de populație din cauza costurilor mari.

Un indicator frecvent asociat cu avortul este mortalitatea maternă. În anii 1990-2002, în Republica Moldova, avortul ocupa primul loc (30,2%) în structura cauzelor mortalității materne. Pe parcursul următorului deceniu, a fost înregistrată o descreștere esențială a mortalității materne cauzate de complicațiile avortului, înregistrând valoarea zero în anul 2000, ulterior a avut un caracter fluctuant. (Fig. 3.5.5.)

În Republica Moldova, pe parcursul ultimului deceniu, se observă o tendință de diminuare a numărului de avorturi la 1000 de nașcuți-vii, similară altor state din Europa de Est, Europa de Vest, Țările Baltice. Totodată, numărul de avorturi la 1000 de nașcuți-vii este de circa 1,5-2 ori mai mare decât în

128 Raport privind evaluarea calității serviciilor de întrerupere a sarcinii și implementării Standardelor pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță în Republica Moldova, Chișinău, 2015

129 Raport privind evaluarea calității serviciilor de întrerupere a sarcinii și implementării Standardelor pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță în Republica Moldova, Chișinău, 2015

Fig. 3.5.4.

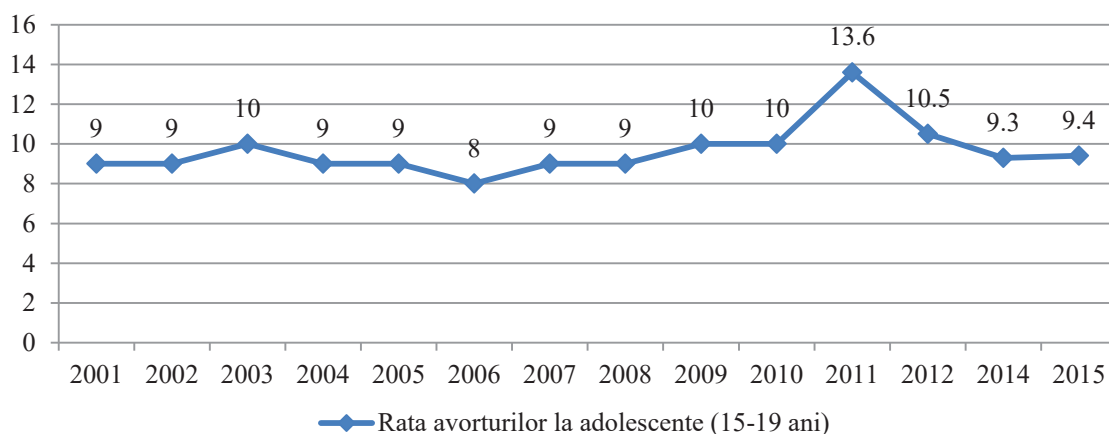


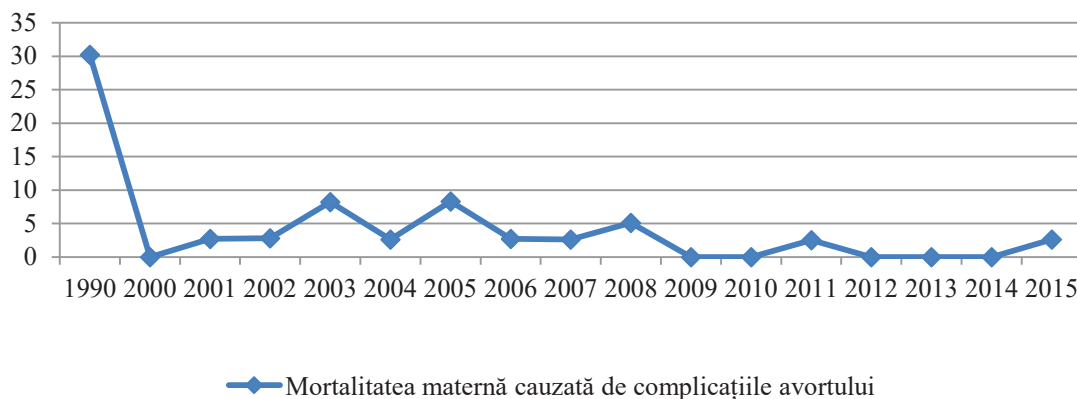
Fig. 3.5.4.
Dinamica ratei avorturilor la adolescente, Republica Moldova, anii 2001-2015
Surse: CNMS, Anuarul statistic al Sistemului de Sănătate din Moldova, anii 2001-2015;
www.cnms.md, BNS, www.statistica.md

Fig. 3.5.5.

Mortalitatea maternă prin întreruperea de sarcină (la 100 000 de nașcuți-vii), Republica Moldova, anii 1990-2015

Sursa: Centrul Național de Management în Sănătate, www.cnms.md

Fig. 3.5.5.



țările Europei de Vest (Fig. 3.5.6).

Numărul de avorturi, care rămâne a fi mare în continuare, în pofida măsurilor întreprinse, este o dovadă că există necesitatea nesatisfăcută în ceea ce privește contracepția modernă și accesibilă tuturor grupurilor de populație, inclusiv celor vulnerabile.

La fel ca și în alte țări din Europa de Est și Centrală și în fosta Uniune Sovietică, legile privind avortul în Republica Moldova sunt printre cele mai liberale din lume. Legislația Republicii Moldova permite femeilor să obțină un avort la dorință până la termenul de 12 săptămâni de gestație și la indicații medicale și sociale până la sfârșitul săptămânii a 21-a¹³⁰.

În practică, accesul femeilor care aparțin grupurilor vulnerabile, în special femeile din mediul rural, adolescențele și femeile sărace, este mai complicat datorită procedurii care presupune deplasarea la centrul raional sau în capitală pentru a primi acordul Comisiei Medical Consultative.

Deși s-a introdus un mecanism de gratuitate în efectuarea avorturilor pentru anumite grupuri de femei, trebuie întreprinse măsuri suplimentare în scopul informării medicilor și pacienților despre posibilitatea accesării acestor facilități, precum și informării cu privire la prevederile normative în domeniul avortului în general.

privire la efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii în condiții de siguranță

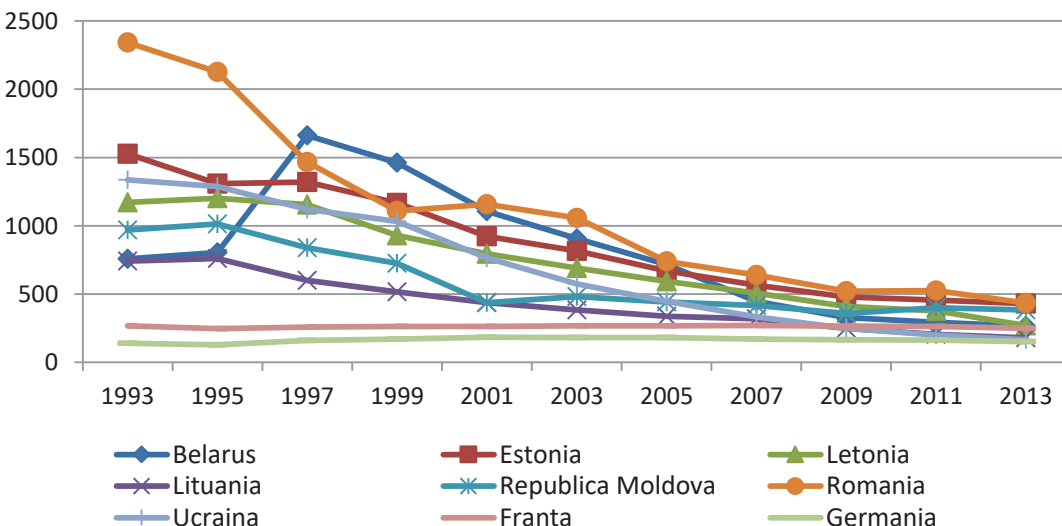
130 Ordinul Ministerului Sănătății nr. 647 din 21.09.2010 cu

Fig. 3.5.6.

Avorturi la 1000 de nașcuți-vii în unele țări, anii 1993-2013

Sursa: WHO HFA-DB, www.euro.who.int/hfad/b/

Fig. 3.5.6.



3.6. Cancerul organelor genitale și glandei mamare

Pe parcursul ultimilor 15 ani, s-a înregistrat o creștere a morbidității populației Republicii Moldova prin tumori maligne, inclusiv ale glandei mamare și organelor genitale. Dacă în anul 2001, morbiditatea prin cancer de glandă mamară constituia 39,1, în 2014 – 50,8 la 100 mii populație; al colului uterin, corpul uterin și placentei – 23,5 la 100 mii populație în 2001 și 32,2 – în 2014; morbiditatea prin cancer de prostată s-a majorat triplu (6,3 la 100 de mii, în 2001, și 22,2 – în 2014) (Fig. 3.6.1).

mamar și de col uterin rămân a fi la niveluri ridicate, ajungând, în anul 2013, la 23,34 de decese la 100 000 de femei pentru cancerul de glandă mamară și 8,06 decese la 100 000 de femei – pentru cancerul de col uterin (Fig. 3.6.2).

Cauza majoră a mortalității prin cancerul de glandă mamară și col uterin este depistarea tardivă a maladiei în stadiile III-IV, fapt care influențează negativ și rata de supraviețuire a persoanei. Rata de cancer mamar, diagnosticat în stadii avansate, în Republica Moldova, este mai înaltă comparativ cu țările europene¹³¹.

Pentru prevenirea cancerului genital și al glandei mamare, femeile trebuie să

Fig. 3.6.1.

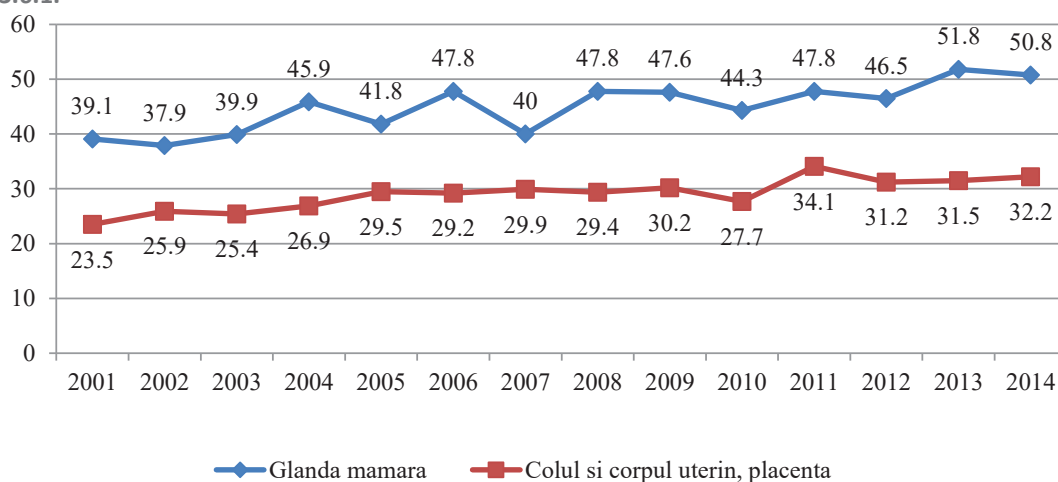


Fig. 3.6.1.

Morbiditatea femeilor prin tumori maligne ale glandei mamare, colului și corpului uterin, placenta, la 100 000 populație, anii 2001-2014

Sursa: BNS, www.statistica.md

Cancerul glandei mamare și colului uterin au pondere considerabilă în structura morbidității și mortalității. Incidența prin cancer mamar, în anul 2013, a constituit 969 de cazuri noi sau 22,1% din totalul de cazuri noi de cancer în rândul femeilor. Cancerul de col uterin se plasează pe poziția a III-a după cazurile noi înregistrate printre femei și poziția I-a printre cazurile de cancer la femeile cu vârsta de 15-44 de ani. Acest fenomen are un impact negativ asupra vieții sexuale și reproductive a femeii, precum și asupra condițiilor sociale și economice.

aibă acces la examene ginecologice și mamografie în conformitate cu protocoalele existente și, prin urmare, se consideră a fi inacceptabil ca statul să limiteze astfel de servicii sub pretextul crizei și al reducerilor bugetare. Totodată, este foarte important ca populația să posede un nivel suficient de informare și educație privind cancerul glandei mamare și organelor genitale pentru a spori adresabilitatea la serviciile disponibile și depistarea precoce (screening prin mamografie și citologic la fel și pentru vaccinare cu anti HPV).

Cazurile de deces provocate de cancerul

131 www.cancerresearchuk.org

Fig. 3.6.2.

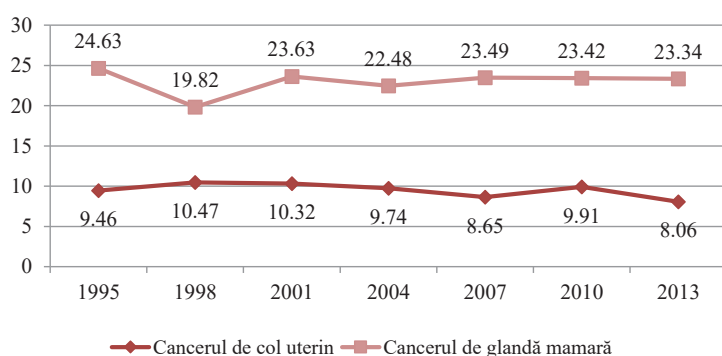


Fig. 3.6.2.

Mortalitatea prin cancer de glandă mamară și col uterin la 100000 de femei, anii 1995-2013

Sursa: BNS, www.statistica.md

În Republica Moldova nu a existat un program național de screening al cancerului de col uterin și al cancerului de glandă mamară, fapt care a condus, într-o oarecare măsură, la depistarea nesatisfăcătoare a acestor tipuri de cancer în stadiile precoc. Ca urmare, incidența și mortalitatea prin cancer de col uterin și de glandă mamară reprezintă o problemă națională de sănătate publică, îndeosebi printre femeile cu vârsta de până la 45 de ani.

La moment, este în faza de definitivare Programul Național de control al cancerului (inclusiv a cancerului de prostată, col uterin și mamar) pentru anii 2016-2025, care are ca scop eficientizarea și sporirea calității serviciilor medicale acordate populației în domeniul controlului cancerului, îmbunătățirea condițiilor de activitate și

implementare a tehnologiilor noi bazate pe cost-eficiență, precum și mobilizarea socială în controlul cancerului și monitorizarea determinantelor sănătății. În implementarea programului, un rol important va fi atribuit prestatorilor de servicii din cadrul AMP¹³²

3.7. Infecții cu transmitere sexuală, HIV/ SIDA

Infecțiile cu transmitere sexuală și HIV/ SIDA, în Republica Moldova, prezintă în continuare o problemă prioritară de sănătate publică. În anul 2005, Republica Moldova s-a plasat pe primul loc printre statele europene după numărul de cazuri noi înregistrate de sifilis (69,6 la 100.000 de populație), în anul 2006, pe locul cinci – după numărul de cazuri noi de HIV. După picul de cazuri noi de sifilis, înregistrat în anul 1996 (200,7 la 100.000 populație), pe parcursul ultimelor două decenii, incidența prin sifilis și gonoree, în Republica Moldova, are o tendință de descreștere (Fig. 3.7.1).

Deși pe parcursul ultimului deceniu se

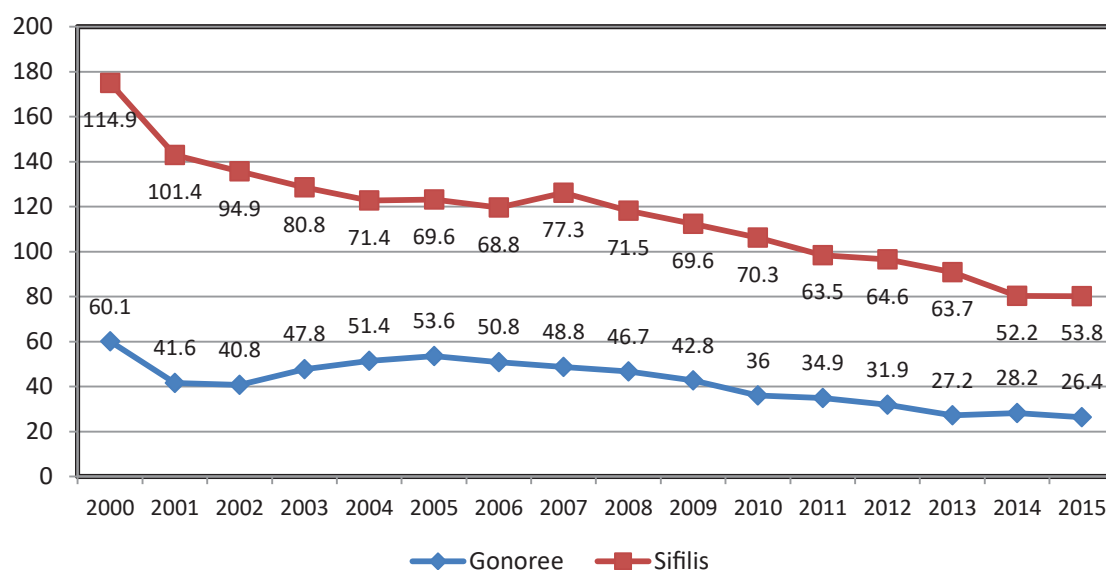
132 www.ms.gov.md

Fig. 3.7.1.

Incidența prin sifilis și gonoree, la 100000 de locuitori, anii 2000-2015

Sursa: CNMS, www.cnms.md

Fig. 3.7.1.



înregistrează o dinamică pozitivă (în anul 2000 incidența sifilisului la 100 mii de locuitori constituia 114,9, iar în 2015 – 53,8; incidența gonoreei în anul 2005 – 60,1, iar în 2015 – 26,4), comparativ cu alte state din regiune, incidența acestor infecții rămâne a fi mult mai înaltă (Fig. 3.7.2).

Fig. 3.7.2.

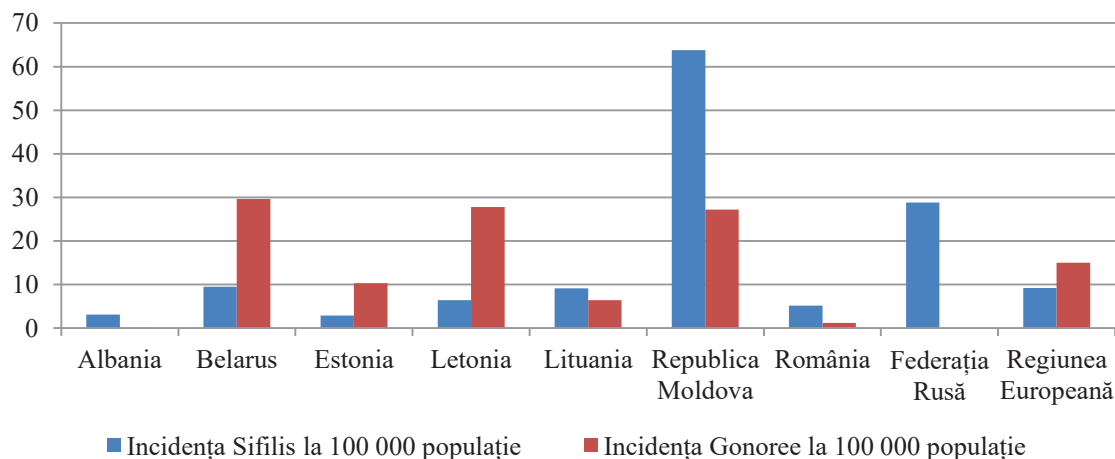


Fig. 3.7.2.

Incidența sifilis și gonoree în unele țări, la 100 000 populație, anul 2014

Sursa: WHO HFAB, NCD

Primele cazuri de HIV+, semnalate în Republica Moldova, datează cu anul 1987. Pe parcursul anilor 1987-2015 (până la 31 decembrie), în Republica Moldova au fost înregistrate 10213 de cazuri HIV+, dintre care 5921 (58,0%) – printre bărbați și 4292 (42,0%) – printre femei, 68,3% – din mediul urban. Raportul bărbați/femei constituie 1,38.

prezintă o tendință de creștere lentă (Fig. 3.7.3).

Majoritatea persoanelor cu HIV+ sunt persoane tinere de vârstă reproductivă, sexual active. În anul 2014, incidența HIV printre tinerii cu vârsta de 15-24 de ani a

133 Luminița Guțu, Aspecte epidemiologice și sociale ale infecției HIV/SIDA în Republica Moldova, Autoreferatul tezei de doctor în medicină, 2009, p.25

Fig. 3.7.3.

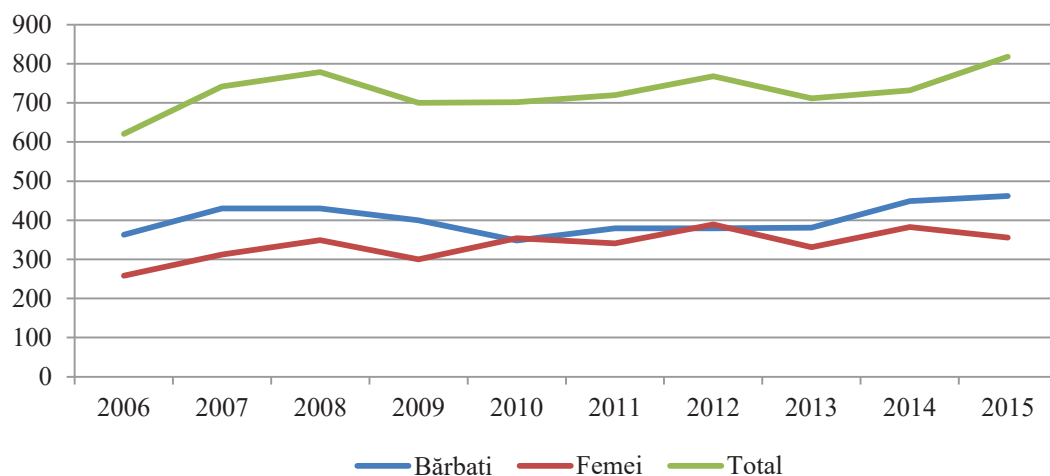


Fig. 3.7.3.

Numărul cazurilor HIV+ noi, înregistrate anual, Republica Moldova, 2006-2015

Sursa: CNSP, www.cnsp.md

Fig. 3.7.4.

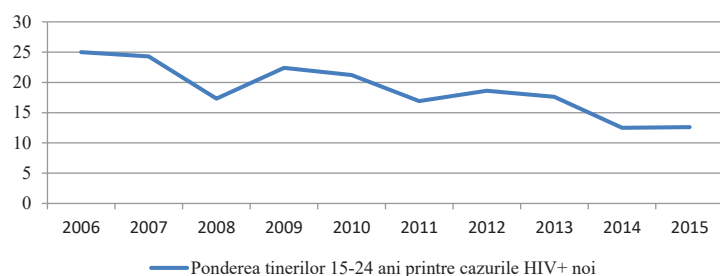


Fig. 3.7.4.

Pondere
tinerilor de 15-24
de ani printre
cazurile HIV+ noi,
anii 2006-2015,
Republica
Moldova
Sursa: CNSP,
www.cnsp.md

devenit mai mică decât printre populația totală, dar, în general, are un caracter fluctuant cu tendința generală de a fi mai înaltă. Cumulativ, în perioada 1987-2015, ponderea tinerilor de 15-24 de ani (la momentul stabilirii statutului HIV+) constituie circa 24,1% pe republică (în Dreapta Nistrului – 24,9% comparativ cu cea din Stânga – 22,4%), înregistrând o scădere semnificativă pe parcursul ultimului deceniu (2006 – 25%, 2015–12,6%), (Fig. 3.7.4).

Către sfârșitul anului 2015, în Republica Moldova, au fost înregistrate 818 de cazuri HIV+, dintre care 244 în teritoriile de est ale țării. Printre cazurile înregistrate în anul 2015, circa 56,5% sunt la bărbați, 54,8% sunt din mediul urban, ponderea tinerilor de 15-24 de ani constituie circa 12,6%.

Incidența prin infecția HIV, în anul 2015, a constituit 20,12, iar prevalența – 180,31 la 100 mii de persoane. În regiunea din stânga

Nistrului, atât incidența, cât și prevalența este de 3-4 ori mai mare comparativ cu restul țării (Fig. 3.7.5).

În prezent, infecția HIV/SIDA, în Republica Moldova, rămâne a fi concentrată în grupurile de risc, afectând, în special, grupul consumatorilor de droguri, persoanele implicate în sexul comercial, bărbații care practică sexul cu bărbați, dar și grupul persoanelor din penitenciare.

În ultimul deceniu se atestă schimbări semnificative în structura cazurilor raportate de HIV în funcție de calea de transmitere. În ultima perioadă predomina transmiterea infecției HIV pe cale heterosexuale, micșorându-se numărul de cazuri noi în rândul utilizatorilor de droguri injectabile. Conform datelor furnizate de Centrul Național de Sănătate Publică, au fost identificate căile de transmitere a infecției HIV doar pentru 267 de cazuri HIV+, înregistrate în anul 2015 în regiunile din dreapta Nistrului. Dintre acestea: calea sexuală (92,1%), dintre care transmiterea heterosexuale (~89,9%) și homosexuală (~2,2%); consumul de droguri injectabile (~2,2%), de la mamă la copil în 2 cazuri (~0,7%). Date suplimentare referitoare la căile probabile de infectare a cazurilor HIV+, înregistrate în anul 2015 în Republica Moldova, nu există.

Fig. 3.7.5.

Incidența infecției
HIV la 100000 de
locuitori, 2005-
2015 (media pe
țară, malul drept
și malul stâng)
Sursa: MS, CNMS

Fig. 3.7.5.

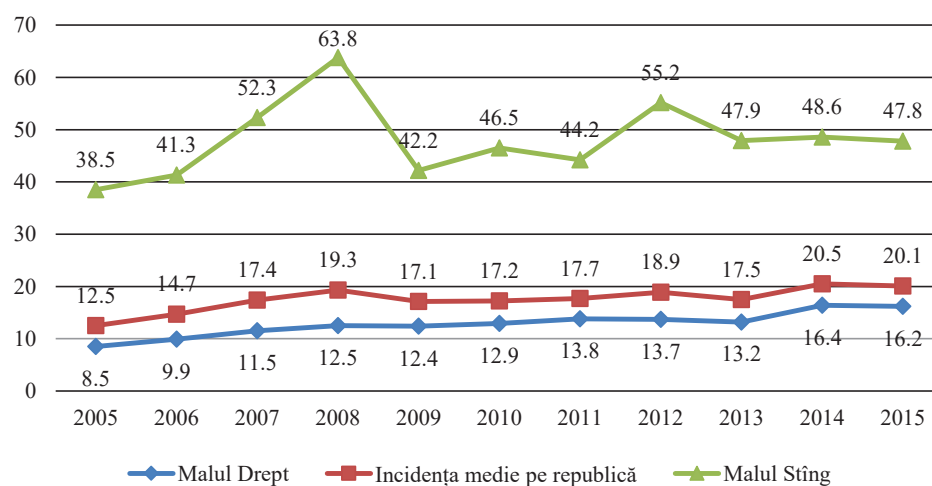


Fig. 3.7.6.

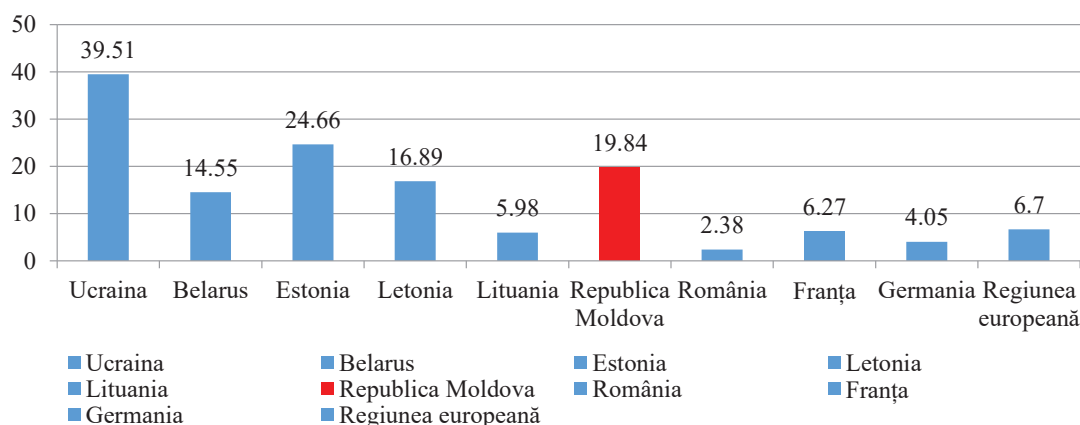


Fig. 3.7.6.

Incidența HIV, în unele țări, la 100 000 populație, anul 2013

Sursa: WHO HFA-DB, www.euro.who.int/hfad/

Femeile sunt expuse unui risc mai mare de infectare cu HIV decât bărbații. Către anul 2015, fiecare a doua persoană identificată cu HIV era femeie, comparativ cu 16% la începutul anilor '90¹³⁴.

După rata infectării cu virusul HIV, Republica Moldova ocupa locul patru în clasamentul primelor cinci state din regiune, după Rusia, Ucraina și Estonia (Fig. 3.7.6).

La nivel de stat, este asigurat accesul la servicii de consiliere și testare voluntară în scopul depistării precoce a virusului HIV și a maladiei SIDA atât cetățenilor Republicii Moldova, cât și cetățenilor străini și apatrizilor, care au domiciliul sau se află temporar pe teritoriul Republicii Moldova. Există posibilitatea ca testarea la markerii HIV să fie efectuată, la cererea persoanelor, conform regulilor de examinare și supraveghere medicală, elaborate și aprobate de Ministerul Sănătății¹³⁵.

În anul 2015, prin intermediul sistemului de laborator, au fost testate la HIV circa 248 mii de persoane. Pe parcursul ultimilor 5 ani, numărul persoanelor testate anual la HIV scade, însă reieșind din faptul că epidemia HIV în Republica Moldova este concentrată în grupurile cu risc sporit de

infectare, contează testarea în scopuri de prevenire și/sau în aceste grupuri, dar nu în populația generală. Circa 72% dintre testele efectuate la HIV prin intermediul sistemului de laborator, în anul 2015, sunt în rândul gravidelor (20%) și a donatorilor, iar programele de prevenire au acoperit circa 4% din testări. Pe parcursul anului 2015, printre 50317 de femei gravide testate la HIV prin intermediul sistemului de laborator au fost depistate 92 de femei gravide cu statutul HIV+¹³⁶ (Tab. 3.7.1).

În anul 2015 au născut 187 de femei cu HIV+. La 114 femei cu statutul cunoscut de HIV+, în anul 2015, s-a stabilit graviditatea. Datele statisticii de rutină nu permit calcularea procentajului femeilor gravide testate la HIV, dar, tradițional, în Moldova se consideră că acesta constituie peste 99,0% din numărul de gravide luate în supraveghere medicală pe parcursul gravidității.

Numărul cazurilor de transmitere a infecției HIV de la mamă la făt s-a redus de 4 ori pe parcursul ultimului deceniu (în anul 2015 statutul HIV+ a fost stabilit la 3 copii comparativ cu 12 copii în 2005) (Tab. 3.7.2).

În ultimii zece ani, rata transmiterii materno-fetale a infecției HIV s-a redus de circa 11 ori (de la 17,91%, în 2005, la 1,60%,

134 Monitorizarea controlului infecției HIV în Republica Moldova, anul 2015; Chișinău, 2016

135 Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr.23-XVI din 16.02.2007

136 Monitorizarea controlului infecției HIV în Republica Moldova, anul 2015; Chișinău, 2016

Tabelul 3.7.1.

Femei gravide testate la HIV prin intermediul sistemului de laborator (mii femei) și înregistrarea cazurilor noi HIV printre gravide (cifre absolute), anii 2005-2015

Surse: CNSP, www.cnsp.md, CNMS, www.cnms.md

Tabelul. 3.7.1.

Indicator	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gravide testate (mii)	66	48	49	51	51	49	50	49	50	46	50
Cazuri HIV noi printre gravide (cifre absolute)	71	84	81	83	70	86	80	93	79	87	92

Tabelul. 3.7.2.

Indicator	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nr. femei HIV+ care au născut în anul de referință	67	81	86	140	137	143	146	186	160	173	187
Numărul copiilor depistați HIV + născuți în anul respectiv	12	12	10	12	8	6	8	10	12	6	3

Tabelul 3.7.2.

Femei cu HIV+ care au născut și numărul copiilor depistați HIV+, anii 2005-2015

Surse: CNSP, www.cnsp.md, CNMS, www.cnms.md

Tabelul. 3.7.3.

Indicator	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Rata transmiterii materno-fetale a infecției HIV	17,9	14,8	11,6	8,57	5,84	4,20	5,48	5,38	7,50	3,47	1,60

Tabelul 3.7.3.

Rata transmiterii materno-fetale a infecției HIV, anii 2005-2015

Surse: CNSP, www.cnsp.md, CNMS, www.cnms.md

în 2015) (Tab. 3.7.3).

În anul 2015, la 285 de persoane a fost stabilit stadiul SIDA, cumulativ (din anul 1987) – la 3126 de persoane, ceea ce constituie $\frac{1}{3}$ din numărul de cazuri HIV+ înregistrate în țară. Stadiul SIDA este stabilit în pondere mai mare la bărbați (32,3%) comparativ cu femeile (28,3%), de asemenea, este în pondere mai mare în partea dreaptă a Nistrului (37,0%) comparativ cu teritoriile din stânga Nistrului (29,6%).

Începând cu anul 1987 și până în anul 2015 au fost înregistrate 2880 de decese printre persoanele HIV+, cu vârsta medie la momentul decesului de circa 37,1 ani. Vârsta persoanelor HIV+, la momentul decesului, este în creștere pe parcursul anilor. Conform ultimilor statistici, pe teritoriul țării există 7331 de persoane în viață cu statutul HIV+ stabilit, dintre care 4952 – în dreapta Nistrului și 2379 – în

stânga Nistrului.

Pe parcursul anului 2015, în TARV au fost incluse, primar, 954 de persoane, 174 de persoane au renunțat la tratament, au abandonat tratamentul 283 de persoane și 104 persoane din cele în TARV au decedat. Astfel, la sfârșitul anului 2015, în TARV se aflau 3850 de persoane HIV+, cu 734 mai mult comparativ cu sfârșitul anului 2014. Din 187 de femei cu HIV+, care au născut în 2015, 12 nu au primit tratament profilactic, astfel acoperirea cu tratament profilactic constituie 93,6%¹³⁷.

Lupta împotriva infecției HIV este o prioritate majoră în politica de sănătate a Republicii Moldova. Pe parcursul ultimilor decenii au fost întreprinse eforturi în vederea prevenirii și controlului infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere

¹³⁷ Monitorizarea controlului infecției HIV în Republica Moldova, anul 2015; Chișinău, 2016

sexuală (Primul Program Național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală (PN) a fost aprobat în anul 1995, apoi au urmat PN pe anii 2001-2005, 2006-2010, 2011-2015. Programul Național pentru anii 2011-2015 a fost revizuit prin aprobarea unui nou program pentru anii 2014-2015¹³⁸. În prezent, PN pentru anii 2016-2020 este în faza de proiect¹³⁹.

Începând cu anul 2003 țara beneficiază de contribuții financiare substanțiale de la Fondul global de combatere a SIDA, tuberculozei și malariei (FG). Suportul financiar alocat a permis intensificarea activităților de prevenire a răspândirii infecției, fortificarea sistemului de laborator pentru diagnosticarea infecției, implementarea terapiei antiretrovirale gratuite.

Totodată, s-a înregistrat o creștere esențială a bugetului destinat activităților de prevenire și control al infecțiilor HIV/SIDA și ITS. Conform PN pentru anii 2005-2010, bugetul pentru ultimul an al programului constituia aproximativ 53 milioane lei, iar în cazul PN pentru anii 2014-2015, bugetul pentru anul 2015 aproximativ 207 milioane lei¹⁴⁰.

Vulnerabilitatea persoanei cu HIV, în Republica Moldova, este determinată de statutul individului, contextul social în care trăiește și stereotipurile prezente în societate. Fenomenul discriminării persoanei cu HIV rămâne să persiste în societatea moldovenească în pofida aplicării

principiului nediscriminării în legislația națională¹⁴¹.

Atât informarea insuficientă a populației generale referitor la infecția HIV, cât și prezența, în volum necesar, a unor măsuri focusate pe cele mai vulnerabile categorii de populație, duc la situația în care rezultatele scontate ale statului Republica Moldova, în controlul acestei maladii, să rămână a fi modeste. În pofida eforturilor depuse pentru a stopa creșterea incidenței HIV/SIDA și programelor implementate pe parcursul ultimelor două decenii, această infecție este în continuare o problemă de sănătate publică majoră. Deși, incidența HIV este relativ stabilă în ultimii ani, totuși, nu a fost posibilă atingerea țintelor stabilite pentru ODM 6, atât la nivelul populației generale, cât și pentru categoria de vârstă 15-24 de ani.

3.8. Infertilitatea

Etiologia infertilității presupune maladiile genetice, maladiile noncontagioase și contagioase, inclusiv ITS, expunerea la diverși factori chimici, fizici etc. Infertilitatea afectează atât femeile, cât și bărbații, constituind o problemă medico-socială importantă și pentru Republica Moldova.

Amânarea perioadei de concepere este o tendință europeană, urmată și de către femeile din Republica Moldova. Întemeierea tardivă a unei familii, relațiile sexuale premaritale cu schimbul frecvent al partenerilor sexuali, cultura joasă în ceea ce privește contracepția înrăutățesc și mai mult situația creată. Atunci când cuplurile își doresc sarcină intervin factorii care împiedică obținerea unui rezultat. În mare măsură, acest fenomen survine în rezultatul răspândirii largi a ITS și avorturilor efectuate în condiții nesigure. Infecțiile

138 Programul național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2014-2015, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 806 din 06.10.2014.

139 Proiectul programului național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2016-2020

140 Monitorizarea controlului infecției HIV în Republica Moldova, anul 2015; Chișinău, 2016

141 Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA, nr. 23-XVI din 16.02.2007.

cu transmitere sexuală, cum ar fi sifilisul și gonoreea, au consecințe majore asupra sănătății și potențialului reproductiv al individului.

Studierea problemei legate de infertilitate este dificilă din cauza că, la momentul actual, nu există un sistem național de evaluare a adresabilității cuplurilor infertile. Statistica oficială nu furnizează date referitor la infertilitatea feminină și masculină primară și secundară ca rezultat al ITS, avorturilor nesigure etc. Din cauza lipsei indicatorilor naționali la acest capitol, nu este clară dimensiunea fenomenului.

Din studiile internaționale rezultă că infertilitatea primară în Republica Moldova constituie 2,5%, iar cea secundară – 3,8%, nivelurile similare fiind observate și în alte țări din regiune (Fig. 3.8.1).

În scopul sporirii adresabilității cuplurilor infertile la serviciile specializate, este necesar, mai întâi de toate, ca persoanele cu acest gen de probleme să cunoască în ce instituții se pot adresa și care este gama de servicii de care pot beneficia. Pentru aceasta trebuie ca populația să fie informată și educată în acest sens prin intermediul atât a prestatorilor serviciilor de sănătate, cât și

prin intermediul mass-media, campaniilor de informare și educare a populației privitor la infertilitate.

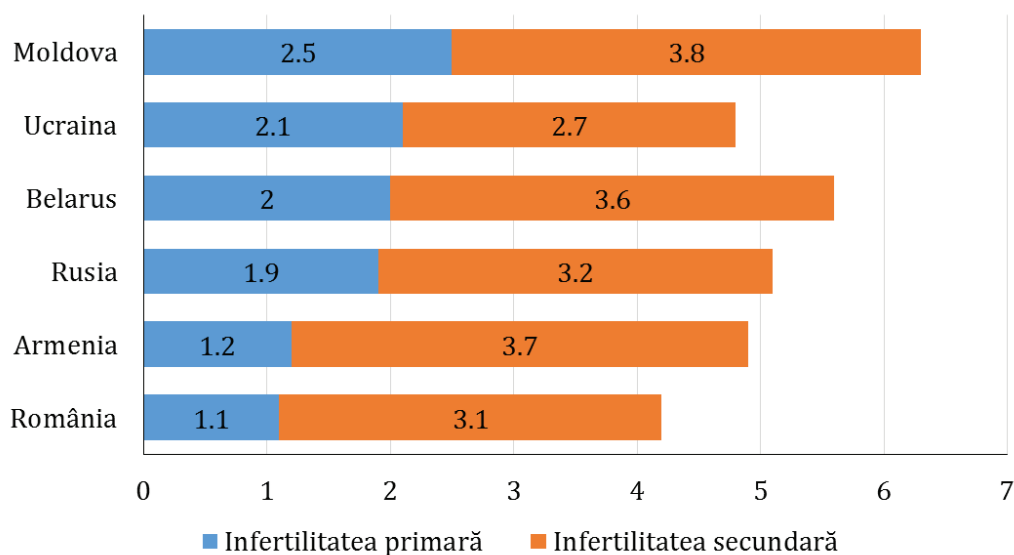
Tradițional, în Republica Moldova, pentru servicii medicale în caz de infertilitate apelează femeile, iar bărbații, de obicei, sunt invitați pentru investigații, diagnostic și tratament. Actele normative ce se referă la managementul sterilității prevăd servicii acordate cuplului infertil și nu separat femeilor sau bărbaților¹⁴².

În conformitate cu actele normative în vigoare ale Ministerului Sănătății, asistența medicală în infertilitate este acordată atât în sectorul public, cât și privat. În sectorul public, asistența în infertilitate este acordată la trei niveluri: nivelul unu – cabinetele de sănătate ale reproducerii, unde are loc consilierea inițială și orientarea cuplurilor către nivelul doi și trei; nivelul doi – centrele de sănătate ale femeilor, unde se efectuează diagnosticul complex și tratamentul dereglărilor hormonale, infecțiilor urogenitale; nivelul trei – centrul național de sănătate a reproducerii și genetică medicală, în cadrul căruia se efectuează

142 Evaluarea la mijloc de termen a implementării Strategiei Naționale a Sănătății Reproductive, anii 2006-2015, Chișinău, 2011.

Fig. 3.8.1. Prevalența infertilității primare și secundare în unele țări, femeile în vârstă de 20-44 ani, estimările pentru anul 2010
Sursa: Mascarenhas M.N., Flaxman S.R., Boerma T., Vanderpoel S., Stevens G.A. (2012) National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. PLoS Med 9(12). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3525527/>

Fig. 3.8.1.



diagnosticul aprofundat al cauzelor cuplului infertil, aprobarea metodelor moderne de tratament. Fiecare femeie sau bărbat are dreptul să se adreseze direct la oricare dintre aceste niveluri de asistență pentru a beneficia de consiliere, diagnostic și tratament al infertilității.

Până în anul 2012, statul deținea monopolul serviciilor în domeniul reproducerii umane, asistate medical. Odată cu aprobarea Legii privind sănătatea reproducerii, acestuia nu-i mai revine monopolul în domeniul aplicării tehnologiilor de asistare medicală, mai mult decât atât, din anul 2012, procedurile de reproducere umană asistată medical sunt efectuate doar în sectorul privat, la costuri care limitează accesul grupurilor mai sărace de populație. Deși în Articolul 10(3) al Legii privind sănătatea reproducerii este prevăzut: *„Compania Națională de Asigurări în Medicină finanțează o singură fertilizare in vitro, în baza poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală, pentru cuplurile încadrate în câmpul muncii în Republica Moldova, cu un venit lunar mai mic de 50% din salariul mediu în sfera de activitate a asiguratului”*, până la moment nu există mecanisme de implementare a acestei inițiative legislative.

O parte din costurile pentru diagnosticul și tratamentul cuplului infertil sunt acoperite de către asigurarea obligatorie de asistență medicală, fiind incluse în Programul Unic¹⁴³. Însă, o bună parte din costurile legate de diagnosticul de laborator, serviciile andrologice și procurarea medicamentelor necesare pentru tratamentul infertilității, inclusiv prin metoda de fertilizare „in vitro” sunt suportate de cupluri. În acest context, trebuie de menționat că principalele bariere care împiedică tratamentul efectiv al infertilității sunt cele financiare.

143 Ordinul nr. 400/219-A din 28.05.2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a programului unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală

3.9. Concluzii și recomandări de politici

Mortalitatea perinatală, infantilă și mortalitatea maternă

În pofida măsurilor întreprinse în vederea restructurării sistemului de sănătate, în mod special în domeniul mamei și copilului, prin implementarea sistemului regionalizat de oferire a serviciilor perinatale, rezultatul în ce privește diminuarea indicatorului mortalității materne nu este cel scontat. Conform datelor OMS, rata mortalității materne în Republica Moldova, pe parcursul ultimilor 20 de ani, s-a micșorat cu circa 33%. Ținta propusă (13,3%) în cadrul ODM 5 nu a fost atinsă, rămânând a fi de circa 5 ori mai mare decât media europeană.

Este îngrijorătoare accentuarea factorilor indirecți (nelegați de sarcină) ai mortalității materne, indicând curențe în supravegherea antenatală și în calitatea serviciilor de sănătate acordate. Astfel, există rezerve în ceea ce privește calitatea deservirii gravidelor la nivelul asistenței medicale primare de către medicul de familie.

Deși a fost implementat cu succes un sistem regionalizat de oferire a serviciilor perinatale, profesionalismul și operativitatea intervențiilor, în mod special în stările de urgență, ar putea beneficia de îmbunătățiri considerabile.

În acest context, se recomandă:

- Fortificarea supravegherii antenatale prin sporirea calității deservirii gravidelor, în mod special, la nivelul asistenței medicale primare de către echipa medicului de familie.
- Creșterea profesionalismului prestatorilor de servicii medicale acordate mamei și copilului și operativității intervențiilor, cu accent pe stările obstetrice de urgență.

- Aplicarea continuă a anchetei confidentiale de analiză a cazurilor de deces matern și a cazurilor de proximitate de deces matern.
- Dezvoltarea graduală a serviciului republican de diagnosticare și supraveghere a nou-născutului.
- Perfecționarea mecanismelor de colaborare intersectoriale în domeniul medico-social în vederea prevenirii și reducerii ratei mortalității infantile și mortalității materne.

Planificarea familială

În Republica Moldova se constată cererea scăzută a populației față de contracepție, în mod special cea modernă, care ține de conștientizarea, cunoașterea și utilizarea redusă a metodelor contraceptive. Cunoștințele insuficiente în rândul populației și costul contraceptivelor sunt motivele care împiedică folosirea metodelor moderne de contracepție. Până la moment, produsele contraceptive nu sunt incluse în lista de medicamente esențiale în Republica Moldova.

Planificarea familiei și contracepția rămân a fi tratate în societatea moldovenească ca o problemă eminamente feminină. Conform studiilor efectuate, implicarea bărbaților în planificarea familiei și contracepție este limitată.

Ținând cont de aceste constatări, se recomandă:

- Aducerea cât mai aproape de potențialul beneficiar al serviciilor de planificare a familiei/contracepție, prin integrarea acestora în asistența medicală primară și prin valorificarea maximală a echipei medicului de familie.
- Sporirea gradului de conștientizare și cunoaștere a metodelor contraceptive prin activități de informare a populației care ar stimula utilizarea contracepției

în scopul prevenirii sarcinilor nedorite și ITS, în mod special HIV.

- Implicarea activă a bărbaților în planificarea familiei, prin sporirea cunoștințelor acestora în materie de contracepție și creșterea gradului de responsabilitate în prevenirea sarcinilor nedorite și ITS.
- Introducerea disciplinei *Educația pentru sănătate* ca disciplină obligatorie în programele școlare pentru învățământul primar, gimnazial și liceal, cu includerea aspectelor psihosociale și medicale ale sănătății sexuale și reproductive, ținându-se cont de vârstă, pentru a asigura o educație de sănătate continuă și nu una fragmentară prin diverse discipline (educație fizică, educație civică, biologie, chimie, ore de dirigenție).

Avortul/serviciile de întrerupere a sarcinii

Pe parcursul ultimilor decenii, în Republica Moldova au fost atinse rezultate remarcabile în diminuarea numărului de avorturi, datorită utilizării metodelor moderne de contracepție, și în ameliorarea calității serviciilor de întrerupere a sarcinii, grație suportului tehnic oferit de către organismele internaționale, în mod special OMS, prin implementarea metodelor sigure de întrerupere a sarcinii.

Totodată, numărul avorturilor rămâne a fi destul de mare comparativ cu țările Europei de Vest, atât din motivul nevoii nesatisfăcute în ceea ce privește contracepția modernă cât și accesibilitatea redusă pentru grupurilor vulnerabile de populație.

Există rezerve și la capitolul calitatea serviciilor de întrerupere a sarcinii, deoarece nu toți prestatorii serviciilor de întrerupere de sarcină aplică tehnicile de avort în siguranță, recomandate de OMS,

rămânând fideli metodei tradiționale de dilatare și chiuretaj uterin. Avortul medicamentos, dovedindu-se a fi o metoda sigură, este acceptat și solicitat de către femei, dar rămâne a fi puțin accesibil pentru segmentul de populație cu venituri scăzute.

Un element important rămâne a fi cererea populației față de serviciile calitative de întrerupere a sarcinii și posibilitatea de a accesa servicii gratuite de avort pentru unele grupuri vulnerabile, din cauza gradului scăzut de cunoștințe a acestor facilități și a drepturilor sexual-reproductive.

În acest context, la nivel de politici, se recomandă următoarele implicări:

- Revizuirea documentelor normative ale Ministerului Sănătății în domeniul întreruperii de sarcină și adaptarea acestora la ultimele recomandări ale OMS referitor la avortul în siguranță.
- Fortificarea sistemului de asigurare continuă a nivelului de cunoștințe al cadrelor medicale în domeniul avortului în siguranță și motivarea acestora pentru respectarea elementelor caracteristice efectuării avortului în condiții de siguranță, cu accent pe eliminarea din practica medicală a metodei chiuretajului uterin.
- Perfecționarea mecanismelor de monitorizare și evaluare a calității prestării serviciului de avort și respectarea actelor normative ale Ministerului Sănătății, de colectare și raportare a indicatorilor statistici. Includerea în sistemul de acreditare al instituțiilor medicale a standardelor de calitate în avort.
- Elaborarea mecanismelor de asigurare a accesului universal al populației la servicii de calitate în avort și de planificare a familiei în perioada post-avort. Revizuirea formării prețului

la serviciile de întrerupere a sarcinii și perfecționarea mecanismului de obținere a gratuității pentru grupurile vulnerabile de populație.

- Elaborarea sistemului de Informare-Educare-Comunicare a populației în domeniul drepturilor sexual-reproductive și avortului în siguranță în scopul sporirii gradului de cunoaștere și, ulterior, a cererii față de serviciile de calitate.

Cancerul organelor genitale și glandei mamare

În scopul prevenirii cancerului genital și al glandei mamare, femeile trebuie să aibă acces la examene ginecologice și mamografie în conformitate cu protocoalele existente și, prin urmare, se consideră a fi inacceptabil ca statul să limiteze astfel de servicii sub pretextul crizei și al reducerilor bugetare. Un pilon important în diagnosticarea precoce a patologiilor oncologice este informarea populației cu referire la necesitatea accesării serviciilor de sănătate în scop profilactic.

Pentru prevenirea, diagnosticul precoce și tratamentul cancerului glandei mamare și al organelor genitale se recomandă:

- Dezvoltarea și aplicarea modalității de organizare și prestare a screeningului cervical și a serviciilor de depistare precoce a cancerului mamar.
- Eficientizarea și sporirea calității serviciilor medicale acordate populației în domeniul controlului cancerului prin îmbunătățirea instruirii prestatorilor de servicii, în special celor din AMP și implementarea tehnologiilor noi, cost-eficiente.
- Organizarea campaniilor de informare și educare a populației privind cancerul glandei mamare și al organelor genitale pentru a spori adresabilitatea populației

la serviciile disponibile și depistarea precoce a patologiei oncologice (screening prin mamografie și citologic, la fel și pentru vaccinare cu anti HPV).

- Mobilizarea socială în controlul cancerului și monitorizarea determinantelor sănătății.

Infecții cu transmitere sexuală, HIV/ SIDA

Factorii declanșatori ai epidemiei HIV/ SIDA, în Republica Moldova, sunt: densitatea mare a populației, situația social-economică precară, migrația intensivă, consumul de droguri injectabile și sporirea morbidității prin infecțiile cu transmitere sexuală. Conform ratei infectării cu virusul HIV, Republica Moldova ocupa locul al patrulea în clasamentul statelor din regiune (după Rusia, Ucraina și Estonia). Majoritatea persoanelor HIV+ sunt persoane tinere de vârstă reproductivă, sexual active.

Pornind de la aceste premise, este necesar a întreprinde măsuri în vederea diminuării incidenței prin ITS/HIV, în mod special în grupurile cu risc sporit de infectare (consumatorii de droguri injectabile, lucrătoarele sexului comercial, bărbații care practica sex cu bărbații, deținuții).

- Prevenirea transmiterii ITS/HIV în rândul persoanelor cu risc sporit de infectare prin intensificarea accesului la programele de reducere a riscurilor, precum și prevenirea transmiterii infecției de la aceste grupuri în populația generală.
- Reducerea impactului infecției cu HIV prin asigurarea accesului universal la tratamentul antiretroviral, îngrijire și suport al persoanelor care trăiesc cu HIV și membrilor familiilor acestora, prevenirea transmiterii HIV de la mamă la făt.
- Susținerea implicării interdisciplinare

și multisectoriale, la nivel local și național, pentru asigurarea unui răspuns adecvat epidemiei HIV.

- Consolidarea capacităților societății civile în scopul asigurării unui mediu suportiv prin activități de pledoarie și comunicare, promovarea drepturilor omului și egalității de gen.

Infertilitatea

În contextul unui spor natural negativ, al reducerii ratei fertilității totale a populației și numărului exagerat de pierderi reproductive, este actuală abordarea problemei ce vizează infertilitatea cuplurilor la nivel de politici.

În acest sens se recomandă:

- Elaborarea mecanismelor de colectare a datelor și raportarea indicatorilor statistici cu referire la infertilitatea feminină și masculină, inclusiv infertilitatea secundară ca rezultat al ITS și avortului nesigur.
- Revizuirea documentelor normative ale Ministerului Sănătății în domeniul infertilității și aplicării tehnologiilor de reproducere umană asistate medical cu adaptarea acestora la ultimele recomandări internaționale în domeniu.
- Revizuirea formării prețurilor pentru procedurile de reproducere umană asistate medical și perfecționarea mecanismului de obținere a gratuității/ acoperirii parțiale de către stat a cheltuielilor legate de diagnosticul și tratamentul infertilității în conformitate cu actele normative în vigoare.
- Pentru sporirea accesului populației la servicii de diagnostic și tratament al infertilității, este necesar ca populația să fie informată și educată în acest sens prin intermediul atât al prestatorilor serviciilor de sănătate, cât și al mass-

media, campaniilor de informare și educare a populației.

În domeniul sănătății sexual-reproductive, per ansamblu, la nivel de politici, se recomandă:

- Dezvoltarea unui nou cadru de organizare a intervențiilor pentru următorii ani, ținând cont de punerea în practică a tuturor angajamentelor internaționale asumate de Republica Moldova, inclusiv obiectivele *Agendei pentru dezvoltare durabilă 2030* și ale *Strategiei globale pentru sănătatea femeilor, a copiilor și a adolescenților* (2016-2030). Acest cadru trebuie să asigure accesul universal și echitabil la informații și servicii de calitate în domeniul sănătății sexual-reproductive prin definirea unor intervenții-cheie, eficiente și cu impact pozitiv, monitorizare și evaluare continuă în condițiile deficitului de resurse umane în sistem și surselor financiare limitate disponibile.
- Instituirea unui organism de dirijare intersectorial, responsabil pentru monitorizarea implementării documentului de politici în SR, care va include ministerele-cheie, agenții și organizații non-guvernamentale și profesionale, pentru implementarea documentului politic, va contribui la asigurarea interacțiunii eficiente comune la toate etapele.
- Promovarea unor parteneriate durabile și colaborării intersectoriale în scopul amplificării eforturilor pentru ameliorarea sănătății sexuale și reproductive, inclusiv a parteneriatelor locale care sunt esențiale pentru a facilita schimbări în comunități, care, ulterior, generează schimbări în societate. Este necesar să existe o recunoaștere împărtășită, de către toate

sectoarele de guvernare și de societate, a necesității unei abordări integrate a sănătății sexuale și reproductive, specificată în documentul politic, care ar aborda cele mai importante priorități din domeniul SSR, ar oferi o direcție clară și activități concrete ce urmează a fi întreprinse nu doar de sectorul de sănătate, dar și alte sectoare sociale și economice.

- Asigurarea universală și echitabilă a populației cu informații și servicii în domeniul sănătății sexuale și reproductive. În vederea asigurării accesului echitabil, atenție specială va fi acordată grupurilor de populație cu nevoi speciale, și anume: adolescenți, victime ale violenței domestice și traficului de persoane, persoane vulnerabile socio-economic, persoane cu dizabilități (fizice și/sau mentale) și persoane în vârstă.
- Generarea și consolidarea bazei de evidențe în sănătatea sexuală și reproductivă, în combaterea inegalităților existente și evaluarea impactului măsurilor întreprinse în scopul argumentării politicilor de sănătate în domeniu. De asemenea, este necesar de oferit o atenție sporită evaluării cost-eficienței intervențiilor de promovare, protecție a sănătății sexuale și reproductive și de prevenire a maladiilor care afectează sănătatea reproductivă a femeilor și bărbaților.
- Punerea în aplicare a mecanismelor existente pentru solicitarea opiniei populației și încurajarea implicării active a acesteia, inclusiv a categoriilor vulnerabile în participarea la planificarea, prestarea și monitorizarea politicilor și serviciilor de sănătate sexuală și reproductivă.

SITUAȚIA TINERILOR

4.1. Tinerii în societatea îmbătrânită

Schimbările socioeconomice și demografice în Republica Moldova, ca și în alte țări din regiune, oferă tot mai multe oportunități și opțiuni pentru tineri, care la rândul lor generează tot mai multe riscuri și constrângeri. Tinerii, mai mult decât oricând, vor fi capabili să folosească abilitățile de management de viață și capacitatea de adaptare la un mediu socioeconomic și cultural în schimbare rapidă și continuă. Multe persoane tinere încă nu au suficiente capacități și abilități de a realiza acest lucru, fiind o provocare majoră pentru politica de tineret în deceniile următoare. În acest context, condițiile favorabile de dezvoltare a generației tinere joacă un rol primordial în consolidarea potențialului uman, creșterea calității și competitivității acestuia.

Actualmente, calitatea potențialului uman este una din cele mai valoroase dimensiuni ale tuturor programelor de dezvoltare concepute atât la nivel mondial, cât și la nivel național. Investiția în capitalul uman tânăr cu accent pe dezvoltarea calitativă prin *educație, sănătate și ocupație* reprezintă pilonul esențial pentru dezvoltarea durabilă a țării și pentru creșterea competitivității sale. Potrivit studiilor internaționale, Republica Moldova înregistrează cel mai mic punctaj al performanțelor atinse în dezvoltarea și valorificarea potențialului uman (66,8), după Indicele Capitalului Uman (Human Capital Index, HCI)¹⁴⁴, clasându-se pe ultimul loc printre țările Europei și Asiei Centrale. Republica Moldova înregistrează pierderi evidente, în special, la valorificarea capitalului uman aflat în vârstă de trecere

la viața de adult, adică a viitorului potențial al țării, în prezent, în vârstă de 15-24 de ani (punctajul fiind de 68,5 comparativ cu 74,4 pentru țările Europei și Asiei Centrale).

În deceniile următoare, trei factori majori vor avea cel mai mare impact asupra tinerilor: îmbătrânirea societății; economiile și societățile bazate pe cunoaștere; și percepțiile noi ale tinerilor în raport cu cursul vieții¹⁴⁵.

Scăderea natalității și emigrația tinerilor au și vor avea implicații socioeconomice și demografice importante. În ultimul deceniu (2004-2014), numărul persoanelor cu vârsta între 15-29 de ani s-a diminuat cu 12%, micșorându-se de la 826,9 mii până la 727,7 mii. Cu toate acestea, tinerii continuă să reprezinte un sfert din populația țării, constituind componenta strategică a dezvoltării durabile, oferta pentru forța de muncă, crearea familiilor și a continuității umane. În deceniile viitoare, numărul și ponderea tinerilor în totalul populației va scădea continuu. Conform celor trei scenarii ale prognozei demografice, în următorii cinci ani, se prefigurează o reducere numerică enormă a acestei categorii de populație până la 531-539 mii, în anul 2020, sau mai puțin cu circa 37%. În anii 2021-2025, diminuarea va continua, numărul tinerilor se va reduce încă cu 15%, iar după anul 2025 situația se va stabili, efectivul tinerilor se va stabili la un nivel de 450-455 mii (conform scenariului reper). Reducerea mortalității și creșterea fertilității (scenariile mediu și optimist) vor permite de a obține o creștere a numărului tinerilor după anul 2025, efectivul acestora va ajunge la 490-519 mii către anul 2035 (Fig. 4.1.1).

¹⁴⁴ The Human Capital Report 2015. World Economic Forum, 2015; The Global Competitiveness Report 2014-2015. WEF, Geneva, 2014.

¹⁴⁵ Chisholm L. Kovatcheva S. Exploring the European youth mosaic. The social situation of young people in Europe. Information document 6th European Youth Ministers Meeting, Thessaloniki, November 2002. http://pjp-eu.coe.int/documents/1017981/1668217/Exploring_the_European_youth.pdf/ef9a59df-e9c7-403f-b2cc-dab0890cd4bb

Fig. 4.1.1.

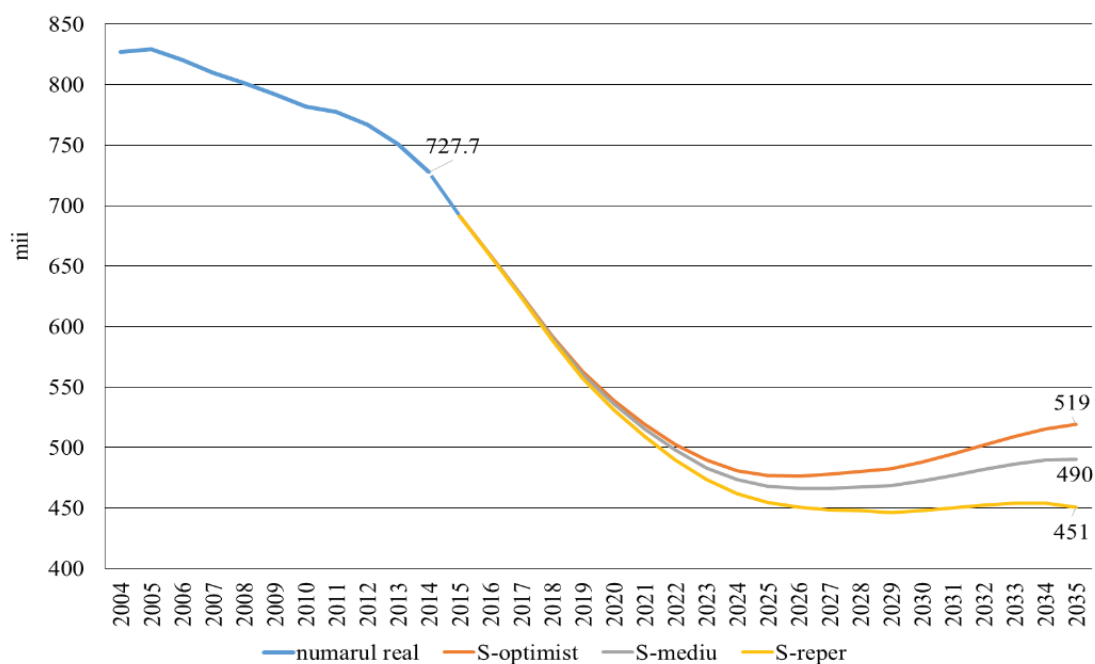


Fig. 4.1.1.

Estimarea și
prognostizarea
efectivului
tinerilor în vârstă
de 15-29 ani, anii
2004-2035
Sursa: CCD.

Aceste schimbări majore vor fi determinate de intrarea în această vârstă a generațiilor mici născute la începutul anilor 2000 și ieșirea generațiilor mari născute la mijlocul anilor '80 ai secolului trecut. Astfel, ponderea tinerilor în totalul populației se va reduce de la 25%, în anul 2014, până la 18%, în anul 2025, cu stabilizare relativă către anul 2035 la nivelul de 21%.

Se va modifica și structura populației tinere.

Dacă în prezent predomină grupele de vârstă 20-24 de ani (37%) și 25-29 de ani (40%), către anul 2035 această distribuție va fi mai egală, proporția celor cu vârsta de 15-19 ani se va majora până la 35%, iar a celor cu vârsta de 25-29 se va micșora până la 30% (Fig. 4.1.2).

Practica din ultimele decenii demonstrează că în condițiile schimbărilor demografice de lungă durată beneficii strategice vor

Fig. 4.1.2.

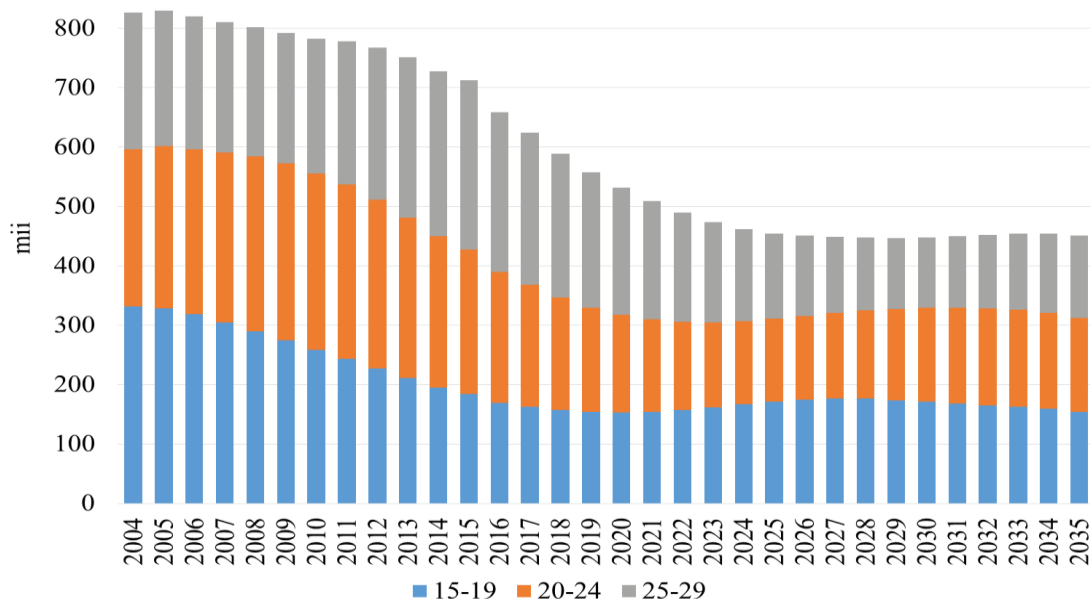


Fig. 4.1.2.

Structura
populației
tinere, estimări
și prognoza
(S-reper), anii
2004-2035
Sursa: CCD.

avea acele țări care vor dezvolta în mod eficient și utiliza productiv potențialul inovator al tinerilor, creând condiții optime de socializare a acestora și oportunități de realizare a potențialului individual.

4.2. Educația tinerilor

Obținerea educației profesionale de înaltă calitate prezintă pentru tineri o cale tot mai sigură pentru integrare socioeconomică și obținerea independenței materiale, ratele de cuprindere în învățământ fiind în creștere în toate țările, însă în țările exsocialiste, de exemplu, Republica Moldova, accesul la educație și formare în afara învățământului obligatoriu, în mare măsură, depinde de capacitatea de a achita studiile.

Nivelul de educație are un impact direct asupra probabilității de angajare a tinerilor.

Tabelul. 4.2.1.

Nivelul de educație	Total		Bărbați		Femei		Urban		Rural	
	2004	2014	2004	2014	2004	2014	2004	2014	2004	2014
Primar sau fără studii	1,2	1,8	1,4	2,3	0,8	1,3	0,4	0,8	1,9	2,7
Secundar obligatoriu	19,0	24,3	19,7	26,3	18,4	22,1	7,2	10	30,6	37,3
Liceu, secundar profesional	48,1	34,6	49,1	37,9	46,9	31	43,2	32,5	52,8	36,3
Colegiu	12,2	7,7	11,2	8,1	13,4	7,4	17,3	8,5	7,3	7,2
Superior	19,5	31,6	18,6	25,4	20,5	38,2	31,9	48,2	7,4	16,5

populației de vârste mai mari (12,3%).

Nivelul de educație pe medii de reședință se atestă a fi semnificativ mai mare pentru tinerii din mediul urban. Proporția tinerilor din mediul urban, care au absolvit studii superioare, este de 3,6 ori mai mare decât în mediul rural: respectiv, 28,7% și 8,0%. Caracteristic celor din sate este nivelul gimnazial de studii (studii medii obligatorii) – 43% au absolvit doar această treaptă.

Fetele au un nivel de educație mai înalt decât cel al băieților și reprezintă mai mult de jumătate din totalul elevilor/studentilor din învățământul liceal, mediu de specialitate și superior, iar învățământul secundar profesional este nivelul educațional solicitat preponderent de către băieți.

În raport cu anul 2004, când ponderea tinerilor (15-29 de ani) cu nivel terțiar de

Pentru tinerii cu studii profesionale, în special cu studii superioare, riscul șomajului și timpul de căutarea a primului loc de muncă sunt mai mici.

Astfel, în ultimii 10 ani, în Republica Moldova sunt vizibile succese în creșterea nivelului de educație a populației. Această schimbare se datorează generației tinere (de 15-29 de ani), unde ponderea celor cu studii superioare s-a majorat de 2,4 ori (de la 7%, în 2004, la circa 17%, în anul 2014) și este semnificativ mai mare decât în cazul

studii avea valori apropiate pentru ambele sexe (6,4% și, respectiv, 7,5%), către anul 2014 proporția femeilor tinere (15-29 de ani) cu studii, practic, s-a triplat, constituind 20,5%, iar în cazul bărbaților s-a dublat – 13%.

Mulți tineri părăsesc sistemul de învățământ, fără a poseda abilitățile necesare pentru integrare cu succes pe piața forței de munca. De altfel, în intervalul anilor 2004-2014, ponderea tinerilor care au părăsit

Tabelul 4.2.1.
Repartizarea tinerilor de 24-29 de ani după nivelul de instruire absolvit, pe sexe și mediul de reședință, anii 2004, 2014
Sursa: în baza datelor BNS.

timpuriu sistemul educațional¹⁴⁶ a oscilat în jurul valorii de 22%. O descreștere a indicatorului se observă în cazul femeilor tinere, iar, evaluată pe medii, rata de părăsire timpurie a sistemului educațional este de peste trei ori mai mare în rândul tinerilor de la sate față de tinerii de la orașe (28,7% față de 8,8%)¹⁴⁷.

Conform duratei studiilor și pregătirii profesionale a potențialului tânăr, precum și vârstei în care aceștia activ se integrează pe piața muncii, se constată că o treime din cei de 25-29 de ani au studii superioare.

Vulnerabilitatea copiilor și tinerilor la excluziunea educațională este, în primul rând, reflectată prin intermediul ratelor de înrolare în învățământ. Republica Moldova, deși înregistrează progrese evidente în creșterea nivelului de educație în ultimul deceniu, totuși, comparativ cu alte țări, prezintă un nivel scăzut de competitivitate a potențialului tânăr. În același timp, accesul la studii și calitatea acestora nu corespund în măsură deplină standardelor naționale și europene respective.

Învățământul secundar și terțiar cuprinde tinerii cu vârsta de 15-29 de ani. Între anii 2004-2014, datele statistice atestă o rată destul de înaltă a tinerilor încadrați în învățământul secundar, rata brută fiind, în medie, de 87% (*Fig. 4.2.1*).

O diferență nesemnificativă se constată în ratele de înrolare pentru băieți și fete, în favoarea ultimelor. Totuși, după anul 2008, se observă o scădere ușoară a acestui indicator. În aspect comparativ, înrolarea la studii secundare este semnificativ mai mică în Moldova spre deosebire de indicatorul

înregistrat la nivelul țărilor din Europa (peste 99% – în anul 2014¹⁴⁸).

Un rol determinant în creșterea competitivității potențialului uman și, respectiv, a contribuției în dezvoltarea socioeconomică a unei țări îl are învățământul superior. În Republica Moldova, conform statisticii disponibile, între anii 2004-2014 rata brută de cuprindere în învățământul terțiar a oscilat între 37-38%, discrepanța de gen fiind semnificativă, înscriind peste 12 p.p. în favoarea femeilor. Pe medii de reședință, diferențele ajung la 27-28 p.p., ceea ce evidențiază oportunități reduse pentru tinerii din zonele rurale.

Constatăm că principala provocare din perspectiva accesului la învățământul terțiar în Republica Moldova o reprezintă ratele de cuprindere, relativ reduse, comparativ cu media țărilor din Europa (71% – în anul 2014¹⁴⁹), influențate de ratele scăzute de promovare a examenului de bacalaureat din ultimii ani, dar și a participării reduse a populației din mediul rural. De asemenea, se constată participarea redusă a persoanelor din grupele de vârstă netradiționale pentru acest nivel de învățământ, cum ar fi tinerii în vârstă de 25-29 de ani și adulții la 30-34 de ani.

În ultimele decenii, în Republica Moldova a luat amploare migrația la studii peste hotare. Cunoașterea limbilor străine și dorința de a obține studii de calitate, precum și posibilitatea de angajare în alte țări, motivează tot mai mulți tineri moldoveni să aplice la studii în universitățile europene. În anul de studii 2013-2014, numărul de studenți în țară constituia 97,3 mii, iar numărul celor care studiau peste hotare – 24,6 mii, ceea ce permite să presupunem

146 Părăsirea timpurie a sistemului educațional de către tinerii se referă la persoanele în vârstă de 18-24 de ani cu un nivel de studii scăzut (cel mult studii gimnaziale (ISCED-2)) și care nu urmează nici o formă de instruire (formală sau non-formală) în ultimele patru săptămâni precedente interviului.

147 BNS <http://www.statistica.md/newsview.php?l=ro&id=4480&idc=168>

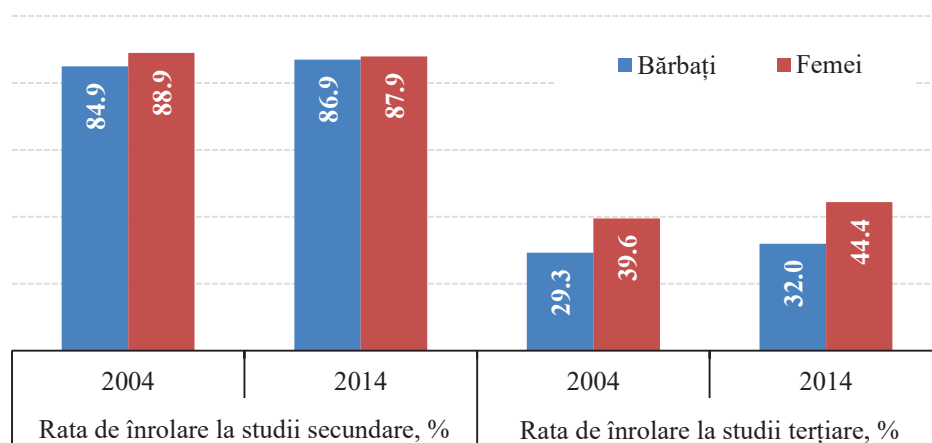
148 Potrivit datelor UNESCO, http://data.uis.unesco.org/Index.aspx?DataSetCode=EDULIT_DS#

149 Potrivit datelor UNESCO, http://data.uis.unesco.org/Index.aspx?DataSetCode=EDULIT_DS#

Fig. 4.2.1.

Rata de încadrare la studii secundare (ISCED 3) și terțiare (ISCED 5-8), anul 2004 și 2014
Sursa: http://data.uis.unesco.org/#http://www.statistica.md/public/files/publicatii_electronice/Educatia/Educatia_RM_2015.pdf

Fig. 4.2 1..



că aproximativ fiecare al cincilea student studia peste hotare¹⁵⁰. Cel mai mare număr de studenți moldoveni se înregistrează în România, Rusia, Italia și Ucraina. Menționăm că statistica țărilor-gazdă înregistrează mobilitatea studenților moldoveni de circa 4 ori mai mare decât arată statistica națională (5673 de persoane pentru anul 2013/2014), dat fiind faptul că o bună parte din tineri valorifică oportunitățile existente individual direct la instituțiile din străinătate.

Un semn al descurajării și marginalizării tinerilor în educație și pe piața muncii este ponderea tinerilor care nu sunt încadrați în câmpul muncii și nici nu urmează o formă de instruire sau pregătire profesională - rata NEET (*Not in Education, Employment, or Training*). Acești tineri sunt expuși unui risc mai mare de excluziune socială, deoarece nici nu-și dezvoltă competențele prin studii și nici nu acumulează experiență prin angajarea în câmpul muncii.

Este important de menționat că în statistica oficială rata NEET este calculată fără a exclude populația tânără care lipsește din țară mai mult de un an, astfel valoarea

acestui indicator este supraestimată (40%) în raport cu tinerii prezenți. Un argument în acest sens sunt rezultatele studiului *Tranziția de la școală la muncă (2013)*, unde rata NEET este mai mică, circa 29%, întrucât exclude efectivul tinerilor aflați peste hotare mai mult de un an (*Tabelul 4.2.2*). În comparație cu UE, unde acest indicator constituie 15,4%, rata NEET în Republica Moldova este de două ori mai mare, ceea ce demonstrează gradul înalt al vulnerabilității acestei categorii de populație.

Rata NEET excelează în rândul tinerilor în vârstă de 25-29 de ani (circa 45%), fapt explicat de proporția mai mare a tinerilor inactivi de această vârstă care pleacă la muncă peste hotarele țării. Totodată, în această grupă de vârstă, femeile înregistrează cea mai înaltă rată NEET (55%), ca urmare și a numărului mare de femei tinere cu statut inactiv, care în perioadă respectivă se dedică responsabilităților familiale, în special, creșterea și îngrijirea primului copil, dar și în rezultatul inegalității de gen pe piața muncii interne.

Printre factorii ratei înalte a NEET în rândul tinerilor, se evidențiază descurajarea pe piața muncii ca urmare a crizei economice și sociale din ultimii ani, veniturile mici care nu asigură un trai decent, inechitatea în câmpul

¹⁵⁰ Grigoraș E. Câți studenți moldoveni își fac studiile peste hotare? CCD, 2014 http://ccd.ucoz.com/_ld/0/1_CCD-Buletin-Pop.pdf

Tabelul. 4.2.2.

Vârsta (ani)	Total	Bărbați	Femei	Urban	Rural
15-29	28,8	22,6	33,8	21,5	34,7
15-19	10,2	11,1	9,2	2,8	13,6
20-24	28,2	30,5	26,4	13,1	42,6
25-29	44,7	27,7	55	37,7	52,8

muncii ș.a. Astfel, în lipsa oportunităților de angajare, descurajați, neregăsindu-se pe piața internă a muncii, mulți tineri pleacă în afara țării la lucru sau în căutarea unui loc de muncă. Printre tinerii inactivi, o categorie importantă o formează cei plecați la muncă peste hotare (30,4%), iar, în ultimii ani, efectivul acestora a crescut. În prezent, din numărul total al populației tinere, peste 16% (față de 13,1% în 2008) sunt migranți de muncă, în orașe – circa 11%, în sate – peste 22%¹⁵¹.

4.3. Tinerii pe piața muncii

Din perspectiva contextului socioprofesional și economic specific vârstei tinere, care generează, de obicei, o serie de particularități și modele de comportament, tinerețea constituie o perioadă de tranziție de la copilărie la preluarea treptată a rolurilor sociale și cristalizarea unui statut în ierarhia socială. Ca grup social, tinerii se încadrează în totalitate în categoria populației apte de muncă¹⁵².

În ultimii zece ani, devin tot mai accentuate problemele cu care se confruntă tinerii cum ar fi: plasarea în câmpul muncii; formarea profesională neadecvată exigențelor pieței muncii; salarizarea indecentă; oportunitățile neatractive de angajare;

migrația de muncă în masă etc.

Influența factorilor de ordin demografic, economic și social au condus la o creștere a populației tinere atât în valoare absolută până în anul 2010, cât și ca pondere în totalul populației ocupate. Astfel, până în anul 2010, această pondere s-a aflat în ascensiune, de la 18%, înregistrate în anul 2004, până la 23%. În ultimii ani, se remarcă deja o descreștere a acestui contingent: către anul 2014, una din cinci persoane ocupate în câmpul muncii era în vârstă de 15-29 de ani (Tabelul 4.3.1).

Aceste oscilații se explică prin intrarea în vârstă economic activă a generațiilor numeroase născute la mijlocul anilor '90, înregistrând cea mai mare ascensiune în anii 2010-2011. Fiind, totuși, un fenomen temporar, după anul 2011, numărul persoanelor în vârstă activă (16-57/62 de ani), inclusiv al tinerilor este în scădere, iar pierderile sunt cu atât mai evidente pe termen lung, cu cât țara nu a reușit să valorifice pe piața muncii acest potențial și să profite de acest dividend demografic prin investiții corecte în capitalul uman. Multe persoane de vârstă activă, în special tineri, lipsesc de pe piața autohtonă a muncii fie ca urmare a lipsei locurilor de muncă și, respectiv, a migrației de muncă, fie că depind de susținerea rudelor aflate peste hotare.

Pe fundalul descreșterii constante a ratei de ocupare a populației economic active (în anii 2004-2014), rata de ocupare a tinerilor s-a micșorat semnificativ în intervalul anilor 2000-2005, de la 39% la 25,5%. Începând

Tabelul 4.2.2.

Rata NEET în rândul tinerilor (15-29 de ani), pe grupe de vârstă, sexe și medii, anul 2013*, %
Sursa: estimările ILO bazate pe datele BNS, studiul Tranziția de la școală la muncă (2013)
*În calcul nu au fost luați tinerii care lipsesc din țară mai mult de un an, potrivit estimărilor BNS (AFM)

151 Buciuceanu-Vrabie M., Pahomi I. Situația tinerilor în RM: de la deziderate la oportunități. Barometrul Demografic. Chișinău, 2015.

152 De regulă, statisticile internaționale califică grupul ocupațional dat în vârstă de 15-24 de ani. Totodată, persoanele aflate în vizorul politicilor de ocupare axate pe tineret din Republica Moldova sunt considerate în vârstă de 15-29 de ani.

cu anul 2006, se înregistrează o creștere relativă, indicatorul ajungând la circa 28-27,3% în anii 2013-2014 (Fig. 4.3.1).

Un fapt important de menționat este că în statistica curentă indicatorii ocupaționali, ca și mulți alți indicatori statistici, sunt calculați prin raportare la numărul populației stabile fără a omite persoanele plecate la muncă peste hotare și care lipsesc

Tabelul. 4.3.1.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ponderea tinerilor în total:											
Populația ocupată (%)	17,7	17,8	20,0	19,1	19,5	20,6	22,5	22,4	22,0	22,1	20,7
Populația neocupată (%)	37,6	37,5	40,3	41,7	41,6	40,0	45,1	43,9	40,9	39,1	40,0
Populația inactivă (%)	43,3	43,6	41,8	40,7	40,3	38,8	38,8	38,4	37,6	36,7	36,2

evidente modificări semnificative în funcție de vârstă, sex, mediu de reședință, domeniu de activitate.

Între anii 2004-2014, rata de ocupare a evoluat diferit, în funcție de sex: dacă prezența bărbaților tineri pe piața muncii a fost mai intensă, rata de ocupare având o dinamică pozitivă de la 26% (în 2004) la circa 30% (în 2014), atunci în cazul

Tabelul 4.3.1
Relația tinerilor (15-29 ani) cu piața muncii
Sursa: BNS, Ancheta Forței de Muncă (AFM), anii 2004-2014.

Fig. 4.3.1.
Rata de ocupare a tinerilor (15-29 de ani), pe sexe și medii, perioada 2004-2014, %
Sursa: BNS, Ancheta Forței de Muncă (AFM), 2004-2014.

din țară mai mult de 12 luni. Astfel, valoarea multor indicatori este fie subestimată, fie supraestimată. Un argument în acest sens sunt rezultatele studiului național (BNS 2014)¹⁵³, prin care se estimează că rata de ocupare pentru tinerii de 15-29 de ani, rămași în țară, ar fi de circa 31%.

În structura populației tinere ocupate sunt

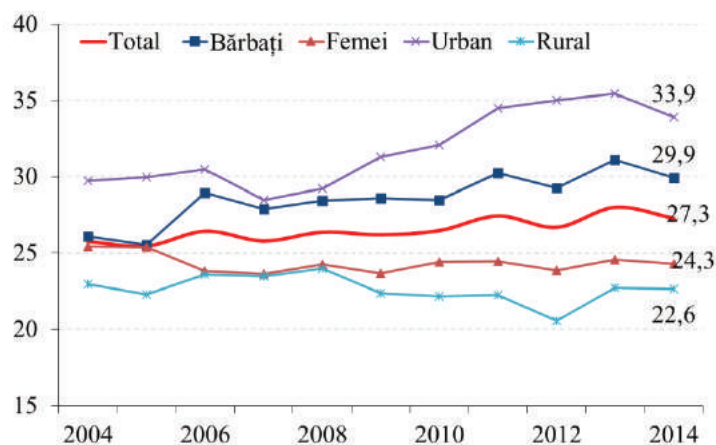
¹⁵³ Tranziția de la școală la muncă, 2014. BNS, Chișinău, 2014. În calculele studiului sunt excluși tinerii plecați la muncă peste hotare, circa 150 mii potrivit Anchetei Forței de Muncă.

femeilor se înregistrează valori constante cu tendință de diminuare (de la 25,4 la 24,3%). Decalajul de gen s-a amplificat simțitor după anul 2005. Către anul 2014 rata de ocupare a femeilor de 15-29 de ani era, deja, cu peste 6 puncte procentuale mai mică decât cea a bărbaților. Durata mai mare de studii specifică femeilor, precum și căsătoria și nașterea copiilor, sunt motivele unor intrări mai mici și mai întârziate a tinerelor femei pe piața muncii. Totodată, studiile empirice¹⁵⁴ consemnează că, în lipsa unei politici eficiente de ocupare raportată la măsuri de reconciliere dintre rolurile familiale și cele profesionale, de dezvoltare a serviciilor extrafamiliale calitative și accesibile de îngrijire a copiilor, de asigurare a echității de gen pe piața muncii ș.a., sunt momente care plasează femeile într-o poziție devansată față de bărbați.

În același timp, se atestă că tinerii din orașe

¹⁵⁴ Gagauz O., Buciuceanu-Vrabie M. Rolul profesional & rolul parental: oportunități de echilibrare pentru femeia contemporană. Chișinău, 2011.

Fig. 4.3.1..



au șanse mai mari de integrare în câmpul muncii comparativ cu tinerii din sate. Pentru cei din mediul urban este caracteristică o ascensiune semnificativă a ratei de ocupare, de la 29,7% la circa 34%, apogeul creșterii fiind specific anilor 2011-2013, pe când în mediul rural, rata de ocupare a tinerilor a înregistrat mai degrabă un trend negativ, oscilând pe parcursul anilor în jurul valorii medii de 23% (Fig. 4.3.1). Această realitate este determinată, în primul rând, de oportunitățile mici de angajare în mediul rural, o caracteristică definitorie a pieței muncii din mediul rural în Republica Moldova, precum și de migrația masivă a tinerilor de la sate, fie spre orașele țării, fie în afara ei, în căutarea unui loc de muncă, care ar asigura un trai decent. Inechitatea oportunităților de angajare și de venit a tinerilor din mediul rural este consemnată și de datele empirice privind trecerea de la școală la muncă¹⁵⁵, care atestă că tinerii din sate reușesc într-o proporție mult mai mică să găsească un loc de muncă semnificativ după părăsirea sistemului educațional, decât cei din orașe (54% față de 75%). Tinerii rămași în localitățile rurale încearcă să facă față situației, muncind deseori ocazional, de la o gospodărie la alta, îndeosebi în sezonul lucrărilor agricole, fără a aduna ceva capital financiar pentru ulterioara investire într-o activitate economică sau în propria dezvoltare.

În Republica Moldova, fiecare al doilea tânăr de 15-29 de ani începe, pentru prima dată, să caute de lucru, în medie, la vârsta de 19 ani¹⁵⁶. Totodată, statistica oficială arată că aproximativ 52% dintre tinerii de 15-24 de ani, indiferent de mediul de reședință, sunt implicați în procesul de studii și formare profesională și nu în câmpul muncii.

Evident, în cazul tinerilor de 15-19 ani, ponderea celor care sunt în sistemul educațional este cea mai mare și constituie circa 80% din totalul contingentului de aceasta vârstă. Aceste particularități explică, în mare parte, și rata de ocupare mai mică în grupele mai tinere (15-19 ani/20-24 de ani) spre deosebire de cea a tinerilor de 25-29 de ani (Fig. 4.3.2). În anii 2000-2014, o caracteristică comună este descreșterea ratei de ocupare, cel puțin de două ori pentru fiecare grup de vârstă.

Distribuția tinerilor în funcție de statutul ocupațional atestă că circa 80% au statut de salariat. Practic, unul din șase tineri ocupați este lucrător pe cont propriu. În mediul rural, proporția lucrătorilor pe cont propriu este cea mai mare, circa 1/3 dintre tinerii ocupați. Majoritatea fiind ocupați în lucrări agricole, ceea ce presupune o activitate cu productivitate joasă, care nu le poate asigura un trai decent și nici perspective de dezvoltare a activității lor.

Tinerii antreprenori. Tinerii reprezintă cea mai indicată categorie a populației, printre care afacerile proprii ar trebui să se bucure de succes, ei constituind forța de muncă abilă, cu spirit întreprinzător și de inițiativă cu potențialul necesar.

Deși în Republica Moldova există programe de susținere a tinerilor antreprenori, ponderea acestora este relativ mică – 2,4% cu vârsta de până la 24 de ani și 20,3% au vârsta cuprinsă între 25-34 de ani¹⁵⁷ (ultimele date disponibile sunt pentru anul 2009). Dorința tinerilor de a-și iniția o afacere proprie este, însă, destul de înaltă: circa 56% au astfel de intenții. Domeniile care trezesc cele mai mari interese pentru deschiderea unei afaceri

155 Tranziția de la școală la muncă. BNS, 2012/2013 și 2014/2015.

156 Tranziția de la școală la muncă. BNS, 2012/2013 și 2014/2015.

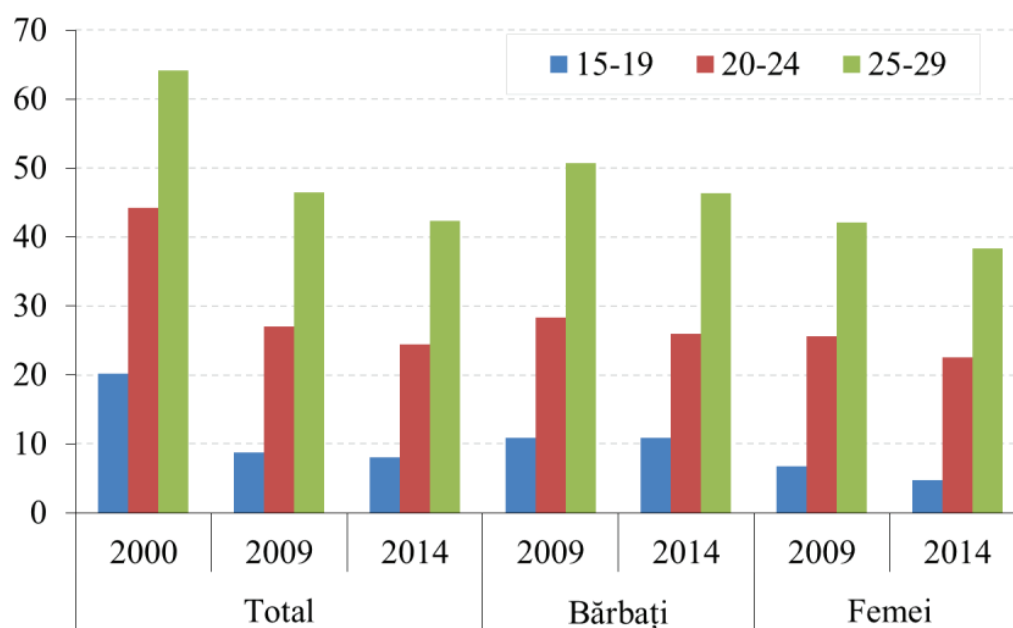
157 Condițiile de creare și dezvoltare a întreprinderilor: analiză prin prisma de gen / Elena Aculai; col. red.: O. Cara, N. Cesnucova, J. Mazur și alții. – Ch. : "Nova Imprim" SRL, 2009, BNS

Fig. 4.3 2..

Fig. 4.3.2.

Rata de ocupare a tinerilor, pe grupe de vârstă, anii 2000, 2009 și 2014, %

Sursa: OIM în baza AFM a BNS.



sunt cele tradiționale – agricultura (22%), comerțul (20%), prestarea serviciilor (17%) și IT (4%). Tinerii antreprenori cu studii superioare constituie 82%. Principalele bariere în lansarea unei afaceri sunt: lipsa banilor – 45%, situația politică actuală din țară – 14%, concurența – 12%. Alte bariere presupuse ar fi: situațiile neprevăzute, birocrăția, impozitele mari, lipsa susținerii, lipsa unor informații, corupția sau impedimentele din partea statului¹⁵⁸.

Ocuparea informală a tinerilor. Prezența tinerilor pe piața muncii interne se caracterizează și printr-un nivel înalt al ocupării informale: circa 31% dintre tinerii ocupați practică o muncă informală, iar în rândul celor salariați 10,4% lucrează fără contracte individuale de muncă¹⁵⁹. Deși rata de ocupare informală printre tineri a scăzut de la 41,5% (valoarea maximă atinsă în anul 2006) la 30,7% (în anul 2014), aceasta rămâne foarte înaltă printre bărbați (circa

37%) și tinerii din mediul rural (50%). În cazul ultimilor, rata mare de ocupare informală poate fi explicată prin ponderea mare a lucrărilor agricole.

Șomajul tinerilor (15-29 de ani) este relativ mare comparativ cu cel din alte grupe de vârstă. În totalul șomerilor, tinerii constituie 40%. În anii 2010-2014, șomajul în rândul tinerilor a înregistrat o diminuare (Fig. 4.3.3), cu toate acestea continuă să se mențină la cele mai înalte proporții (7,2%, în 2014) comparativ cu media la nivel de țară (circa 4%). Acest fapt este determinat, în special, de problemele cu care se confruntă tinerii în ceea ce privește integrarea profesională.

Printre tinerii șomeri, 3 din 5 sunt bărbați, iar 7 din 10 provin din mediul rural. Decalajul de gen a ratei șomajului, de regulă – mai mare în cazul bărbaților în anii anteriori, este, practic, nesemnificativ în anii 2013-2014. Deși rata de ocupare în rândul tinerilor de la sat este cea mai mică, rata de șomaj printre ei se înregistrează a fi inferioară tinerilor din mediul urban. În condițiile crizei economice, politice și sociale din ultimii ani, putem constata că indicatorii

158 Cine sunt tinerii antreprenori din Moldova și care sunt cele mai mari provocări ale lor. Magenta Consulting, septembrie-octombrie 2015.

159 Calculat în baza datelor Anchetei Forței de Muncă, BNS, 2014.

de șomaj, în rândul tinerilor, nu reflectă în totalitate realitatea. Or, scăderea ratei de șomaj, în rândul tinerilor, este rezultatul fluxului migrațional intens al tinerilor peste hotarele țării (tinerii din sat plecând într-un număr mai mare decât cei din oraș), dar și a evidenței statistice deficitare a numărului real al populației Republicii Moldova, toate provocând subestimarea indicatorului.

Există o corelație negativă între vârstă și riscul de a fi șomer, astfel încât în rândul populației în vârstă de 15-19/20-24 de ani rata șomajului este, practic, de două ori mai mare decât segmentul următor de vârstă (25-29 de ani). Această realitate se raportează și la particularitățile calitative ale potențialului de muncă mai în vârstă, precum: pregătirea profesională finisată, experiența de muncă, dar și disponibilitatea și dorința angajatorului de a angaja persoane formate profesional. Totuși, în rândul șomerilor tineri, 9 din 10 au vârsta cuprinsă între 20-29 de ani.

Distribuția șomerilor tineri, în funcție de nivelul de instruire, evidențiază schimbări semnificative în intervalul anilor 2004-2014: proporția tinerilor cu pregătire profesională superioară a crescut considerabil (de la 10,1%, în 2004, la peste 28%, în 2014) pe fundalul diminuării constante a persoanelor cu pregătire gimnazială (de la 30,8 la 24,3%) și secundară vocațională (de la circa 49 la 39,2%). Astfel, gradul de vulnerabilitate, mai mare în special pentru tinerii cu nivel de studii inferior, s-a extins și pentru tinerii cu studii superioare, fapt ce denotă despre disfuncționalitatea puternică a pieței muncii, cererii și ofertei de muncă, precum și a ineficienței programelor de studii profesionale și vocaționale, care nu se raportează la necesitățile pieței muncii interne.

Printre șomerii tineri cu potențial înalt de pregătire, femeile și tinerii din mediul

urban sunt cei mai afectați: practic, fiecare al patrulea dintre ei are studii terțiare și nu a putut să se integreze pe piața muncii. Din studiile autohtone se atestă mai mulți factori care ar putea explica creșterea ponderii tinerilor cu studii superioare printre șomeri: neatractivitatea locurilor vacante de muncă, salariul indecent, dificultățile întâlnite la prima angajare și inegalitatea de gen, lipsa experienței de muncă (în anul 2014, în totalul șomerilor tineri – 42% nu au lucrat niciodată), precum și formarea profesională neadecvată exigențelor pieței muncii (41% dintre angajatori identifică nivelul de calificare a forței de muncă ca o constrângere majoră)¹⁶⁰.

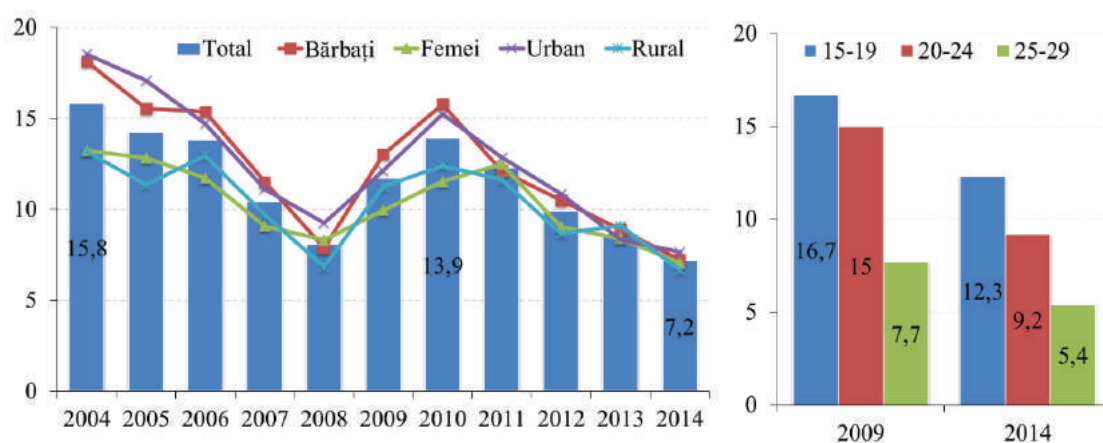
Între anii 2004-2014, se atestă că rata de inactivitate în rândul tinerilor (15-29 de ani) constituia peste 69%, depășind semnificativ valoarea indicatorului pentru întreaga populație economic activă (59%). Totodată, tinerii cuprind cea mai mare proporție în totalul populației inactive – 36% (în anul 2014). O vulnerabilitate accentuată de a fi inactiv se evidențiază pentru tinerii din mediul rural, dar și pentru femeile tinere, înregistrându-se cea mai înaltă rată de inactivitate – circa 76% și, respectiv, 74%. În cazul ambelor categorii sociodemografice, rata de inactivitate în anul 2014 a crescut, cu mici oscilații, în raport cu anul 2004 (*Tabelul 4.3.2*). Rata de inactivitate descrește în grupele mai mari, deși pentru tinerii din Moldova oricum înregistrează valori impunătoare. Acest decalaj se explică evident prin proporția mai mare a tinerilor de 15-19/20-24 de ani, implicați în activitatea de studii.

Din statistica curentă privind forța de muncă¹⁶¹ constatăm că, în totalul

160 Buciuceanu-Vrabie M. Oportunități și riscuri în dezvoltarea potențialului uman al tinerilor. // Creșterea economică în condițiile globalizării. Sesiunea științifică: Structura demografică și calitatea potențialului uman. Chișinău, 2014, p.20-29.

161 Forța de muncă în Republica Moldova. Ocupare și șomaj.

Fig. 4.3 3..

**Fig. 4.3.3.**

Rata șomajului în rândul tinerilor (15-29 ani), pe sexe, medii și grupe de vârstă* %

Sursa: BNS, AFM 2004-2014.

*Datele OIMO bazate pe datele BNS, AFM 2009-2014.

tinerilor economic inactivi, mai mult de jumătate sunt încadrați în procesul de studii și formare profesională, peste 20% sunt ocupați cu lucrul casnic, inclusiv responsabilitățile familiale, iar o categorie importantă o formează tinerii plecați peste hotare la lucru sau în căutare de lucru. Astfel, în anul 2014 circa 17% dintre tinerii inactivi cu vârsta de 15-24 de ani și 35,6% dintre cei de 25-34 de ani sunt migranți de muncă. Ponderea migranților printre tinerii inactivi a crescut, în special, în grupa de vârstă 15-24 ani (cu peste 3 puncte procentuale față de anul 2008). Totodată, printre tinerii inactivi (15-24/25-34 de ani), care nici nu caută și nici nu doresc să lucreze, circa 15% sunt potențiali migranți întrucât au indicat că planifică în scurt timp să plece la lucru peste hotare¹⁶². În totalul migranților din mediul urban, tinerii reprezintă 57,3%, pe când printre cei de la sate –

peste 60%. Din totalul bărbaților plecați peste hotare, practic, 2/3 sunt în vârstă tânără, iar în cazul femeilor – cca 43%.

În general, se atestă că în totalul populației tinere (în vârstă de 15-34 de ani¹⁶³), proporția tinerilor migranți de muncă constituie 16,2% (în anul 2014). Din diverse surse oficiale, se atestă că numărul tinerilor plecați peste hotare a crescut în ultimii ani, precum și ponderea acestora (Tabelul 4.3.3). Raportat la mediul de reședință, constatăm că în orașe circa 11% din totalul tinerilor sunt migranți de muncă, pe când în sate – peste 22%.

Se constată că profilul candidatului tânăr la muncă peste hotare se schimbă calitativ în timp: într-o măsură mai mare pleacă tinerii care și-au finalizat stagiul de formare profesională, inclusiv tinerii care încă nu și-au întemeiat o familie sau o gospodărie proprie. În anul 2014, ponderea tinerilor cu studii superioare, în totalul tinerilor plecați la muncă peste hotare sau în căutarea unui loc de muncă, era de circa 7% în cazul celor

Tabelul 4.3.2.

Rata de inactivitate a tinerilor (15-29 de ani), pe sexe, medii și grupe de vârstă%

Sursa: BNS, AFM,

*datele sunt pentru anul 2013 potrivit ILO Youth STATS

BNS. Chișinău, 2015.

162 Ibidem.

Tabelul. 4.3.2.

	Total	Sex		Medii		Vârstă*, ani		
		Bărbați	Femei	Urban	Rural	15-19	20-24	25-29
2004	69,4	68,1	70,7	63,5	73,6	88,3	67,7	52,9
2014	70,6	67,7	73,9	63,3	75,8			

163 Grupa de vârstă utilizată de BNS, valabilă pentru populația tânără.

de 15-24 de ani și de 16,6% – printre cei de 25-34 de ani, fiind în creștere față de anul 2006, când se înregistrau 4,7% și, respectiv, 11%. Intensitatea, caracteristicile sociodemografice ale fluxului migrațional în rândul tinerilor, precum și perioada aflării migranților peste hotare conduc la pierderi directe ale generației tinere, cu riscuri sociodemografice și economice pentru țară.

Desigur, plecarea în masă a populației peste hotarele țării în căutarea unui loc de muncă este o consecință a disfuncționalității pieței interne a muncii, a deficienței locurilor de muncă și inechității lor pentru diferite grupuri sociale, în special pentru tineri, a veniturilor mici ș.a.

Astfel, trecerea de la o instituție de învățământ la un loc de muncă este una dintre cele mai importante și dificile probleme pentru tinerii din Moldova. *Nivelul potențialului educațional al tinerilor nu coincide cu cerințele de producție. Sistemul de învățământ*

se reproduce singur pe sine, și devine inefficient. Problema educațională pornește de la un sistem formal de educație, care nu este autentic și actualizat vieții zilnice din afara sistemului de învățământ, ulterior, dezvoltându-se anumite bariere la intrarea pe piața muncii a tânărului absolvent. Odată ce tinerii intră pe piața forței de muncă și devin economic activi, este important de a evalua care este percepția lor în găsirea unui loc de muncă. Conform Agenției Naționale pentru Ocuparea Forței de Muncă, pentru persoanele cu nivel de instruire superior și mediu de specialitate sunt disponibile 2546 locuri de muncă vacante, constituind circa 29% din numărul total de locuri vacante, iar pentru persoanele cu nivel de instruire secundar profesional, mediu general și pentru muncitorii necalificați oferă 6314 locuri de muncă, ce constituie 71%. Piața de muncă oferă

Tabelul. 4.3.3.

Potrivit datelor BNS, privind forța de muncă				
Vârsta	Tineri aflați peste hotare la lucru sau în căutare de lucru, mii persoane		*Ponderea migranților tineri în efectivul total al populației tinere, %	
	2008	2014	2008	2014
15-24 ani	75,9	72,3	11,2	13,6
25-34 ani	85,8	121,2	15,3	18,3
15-34 ani	161,7	193,5	13,1	16,2
Potrivit datelor acumulate de la Punctele de trecere a Frontierei de Stat				
Vârsta	Tineri plecați peste hotare, mii persoane		Ponderea tinerilor absenți din țară mai mult de un an, %	
	2008	2014	2008	2014
15-24 ani	144,3	125,1	27,4	33,3
25-34 ani	214,6	253,1	36,2	41,6
15-29 ani	259,8	254,1	31,2	35,9
15-34 ani	358,9	378,1	32,7	38,8

Tabelul 4.3.3.

Statistici privind mobilitatea populației tinere în afara țării, %
Sursa: calculat în baza datelor: BNS (Forța de muncă în Republica Moldova. Ocupare și șomaj. Chișinău, 2015); CRIS "Registru" (prin Acces-Web).
*calculat în baza datelor BNS privind numărul mediu al populației stabile și datele privind forța de muncă în RM.

mai multe locuri de muncă pentru muncitorii necalificați, ceea ce vine în discordanță cu alegerea viitoarei profesii de către tineri. Astfel, de obicei, planurile de admitere a universităților nu sunt corelate cu cererile reale de pe piața muncii, drept urmare se formează un exces de absolvenți de anumite specialități și un deficit în altele.

Un stereotip tot mai frecvent al tinerilor este faptul că ei se orientează după rangul prestigiului profesiei, preferând să devină juriști și economiști mai degrabă, decât să aleagă o profesie mai puțin prestigioasă¹⁶⁴, numărul total de studenți din ciclul I și II, înmatriculați în instituțiile de învățământ superior pentru anul 2015/2016, în științe economice – 18448 de studenți (circa 23,70%) și *drept* – 13006 de studenți (circa 16,71%) din totalul de 77815 de studenți. Deoarece piața de muncă oferă puține oportunități în găsirea unui serviciu bine plătit, mulți tineri preferă să caute un loc de muncă peste hotare sau nu caută deloc, preferând fie să-și continue studiile, fie să îngrijească copiii, deseori datorită suportului financiar care vine de la o rudă plecată peste hotare. Conform datelor statistice oficiale pentru I trimestru 2016, cei aflați la lucru sau care sunt în căutare de lucru în străinătate, din grupa de vârstă de 15-24 de ani, constituie 57,1 mii de persoane, iar în grupa de vârstă de 25-34 de ani – 111,4 mii de persoane. Numărul persoanelor care au încetat să caute un loc de muncă sau nu întreprind măsuri de a găsi un serviciu este în creștere și această categorie de lucrători intră în grupa persoanelor economic inactive (populația inactivă de 15 ani și peste, pentru I trimestru din anul 2016 a constituit 59,9% din totalul populației de aceeași categorie de vârstă). Mulți tineri intră pe piața de

muncă fără a obține calificările necesare pe parcursul studiilor, din cauza planurilor de înmatriculare pe specialități, care nu sunt corelate cu cererile reale de pe piața muncii, demonstrând o ineficiență a tranziției de la învățământ la activitatea de muncă.

În căutarea unui loc de muncă, circa 34% din tineri apelează la rude și cunoscuți. Cauzele accesării rețelei sociale în obținerea unui loc de muncă se explică parțial prin discriminarea tinerilor pe piața muncii, reticența angajatorilor de a încadra tineri fără experiență practică, ci doar cu pregătire pur teoretică. Tinerii își caută un loc de muncă, în special, prin rețelele neoficiale, decât din surse oficiale¹⁶⁵ și, de regulă, află despre locurile vacante anunțate prin intermediul rețelelor sociale (44,9%) și mai puțin de la agenții de angajare în câmpul muncii (24,8%). Internetul este cea mai importantă sursă de informare (43,0%). În opinia tinerilor, angajatorii au așteptări mari față de absolvenții instituțiilor de învățământ, ceea ce-i dezavantajează din lipsa de experiență și a calificărilor suficiente. Printre cele mai importante abilități în căutarea unui loc de muncă sunt: instruirea profesională, abilitățile de utilizare a calculatorului și limbile moderne, de aceea instituțiile de învățământ ar trebui să acorde mai mult timp pentru pregătirea absolvenților pentru angajarea în câmpul muncii și să îmbunătățească oportunitățile de instruire lingvistică și de utilizare a calculatorului, în special, pentru tinerii din zonele rurale, care au mai puțin acces la informație și internet.

¹⁶⁴ www.statistica.md

¹⁶⁵ Studiul privind situația tinerilor din Republica Moldova în anul 2008, "Tinerii din Moldova 2008", p.54

4.4. Sănătatea tinerilor

Starea de sănătate este componenta-cheie a capitalului uman și un element important al bunăstării și calității vieții, deoarece indivizii își pot desfășura activitățile, realiza obiectivele propuse și participa ca membri activi ai societății¹⁶⁶. Luând la baza creșterii economice anume acest aspect, investițiile eficiente în sistemul de sănătate devin un imperativ atât din considerente strict economice, cât și morale.

Strategia pentru tineret a UE accentuează necesitatea „promovării sănătății mintale și sexuale, activității fizice, sportului și modului de viață sănătos, precum și prevenirea, și tratamentul bolilor, alimentației incorecte, viciilor și abuzului de substanțe dăunătoare”¹⁶⁷.

În Republica Moldova, accesul tinerilor până la 18 ani și a celor care își continuă studiile la serviciile medicale este garantat de către stat, prin oferirea gratuită a poliței de asigurare medicală. În același timp, conform datelor cercetării Bugetelor Gospodăriilor casnice, în anul 2014, fiecare a treia persoană în vârstă de 15-29 de ani nu dispunea de polița de asigurare, printre principalele cauze ale acestei situații fiind menționate neangajarea în câmpul muncii și inaccesibilitatea financiară.

Menținerea sănătății tinerilor este foarte mult influențată de factorul subiectiv al conduitei lor – comportamentul de sănătate. Din cauza stilului de viață, propriu unui comportament cu risc sporit, firea

rebelă, neglijența și lipsa de experiență privează tinerii de a sesiza legătura dintre acțiunile curente privind propria sănătate și consecințele acestora în viitor.

Inegalitatea în ceea ce privește sănătatea este accentuată de diferențierile socioeconomice. Tinerii din familiile sărace, de regulă, posedă o stare a sănătății mai proastă și au un acces redus la serviciile de sănătate de calitate. Alți factori, care adesea se asociază cu circumstanțele socioeconomice generale, de asemenea, au un rol important, precum cei ce se referă la condițiile de viață și de muncă, alimentația, fumatul, consumul nociv de alcool. Evident, accesul și calitatea serviciilor de sănătate, dar și politicile publice, în mare măsură, determină egalitatea/inegalitatea în ceea ce privește sănătatea tinerilor și excluziunea socială.

Starea de sănătate a tinerilor reflectă nivelul de mortalitate, care, în ultimii ani, prezintă o tendință de descreștere. În anul 2014, rata specifică de mortalitate, pentru grupa de vârstă 15-29 de ani, a fost de 67,4 decedați la 100 mii de locuitori cu vârsta respectivă. În grupa de vârstă de 15-19 ani, rata mortalității a constituit 48,1 cazuri per 100 mii de populație de vârstă respectivă, la 20-24 de ani acest indicator a fost de 63,9, iar cea mai ridicată rată de mortalitate s-a înregistrat în grupa de vârstă 25-29 de ani – 90,2 cazuri (*Tabelul 4.4.1*).

Se constată diferențe semnificative pe sexe și mediul de reședință. Astfel, ratele de mortalitate la bărbații tineri sunt de câteva ori mai mari decât cele la femei. De asemenea, se înregistrează rate mai înalte ale mortalității pentru tinerii din mediul rural, în special la bărbați: în comparație cu mediul urban în grupa de vârstă de 15-19 ani rata de mortalitate este de două ori mai mare, în grupa de vârstă de 20-24 de ani – de 1,6 ori, iar în grupa de vârstă de 25-29 de

166 Alber, J., Köhler, U., Health and care in an enlarged Europe, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Commission, 2004; Health in European Union. Trends and analyses. WHO, 2009.

167 European Commission (2011). COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT On EU indicators in the field of youth. Brussels, 25-03-2011, SEC(2011) http://ec.europa.eu/youth/library/publications/indicatordashboard_en.pdf

Tabelul. 4.4.1.

	Total			Urban			Rural		
	15-19	20-24	25-29	15-19	20-24	25-29	15-19	20-24	25-29
Total	48,1	63,9	90,2	29,9	53,1	53,1	57,5	70,5	118,6
Bărbați	72,6	87,3	138,6	40,4	62,2	62,2	89,3	102,4	173,0
Femei	22,6	39,6	40,1	18,8	43,9	43,9	24,5	37,0	56,7

Tabelul 4.4.1.

Rata de mortalitate în rândul tinerilor, pe sexe, medii și grupe de vârstă, 2014 (număr de decese per 100000 de persoane de vârstă respectivă)
Sursa: calculat în baza datelor de la BNS.

ani – cca de trei ori.

Reducerea mortalității în rândul tinerilor se remarcă pentru majoritatea cauzelor de deces, îndeosebi a deceselor determinate de maladiile sociale, precum: bolile infecțioase și parazitare. Principalele cauze de deces sunt: cauzele externe (accidentele, intoxicațiile și traumatismele) – 57%, tumorile – 10,4%, bolile aparatului circulator – 8,7%, bolile aparatului digestiv – 5,1% și bolile aparatului respirator – 3,5%.

În anul 2014, rata de deces, provocată de cauzele externe în grupa de vârstă de 15-29 de ani, a constituit 40 de cazuri la 100 mii de persoane. Cea mai înaltă rată de deces, după cauze externe, se înregistrează la tinerii în vârstă de 25-29 de ani (47,5 la 100 mii), deși se observă o tendință de

reducere a mortalității în această grupă de vârstă ca și în grupa de vârstă de 20-24 de ani. În grupa de vârstă de 15-19 ani, rata de deces, oscilând nesemnificativ în intervalul analizat, a rămas la nivel constant. Ca și în alte domenii, sexul și mediul de reședință determină nivelul de mortalitate în urma cauzelor externe. Ratele de mortalitate la **băieți sunt de circa două ori** mai mari decât la fete, iar în mediul rural, în special în grupa de vârstă de 25-29 de ani – de cinci ori.

O privire generală asupra indicatorilor statistici privind sănătatea tinerilor atestă: deși incidența cazurilor de tuberculoză, în rândul tinerilor, este în descreștere în ultimii ani, totuși, ponderea celor de 25-34 de ani printre bolnavii cu tuberculoză activă se menține constantă, circa 22%, iar în cazul celor de 15-24 de ani – 10,2% din

Fig. 4.4 1..

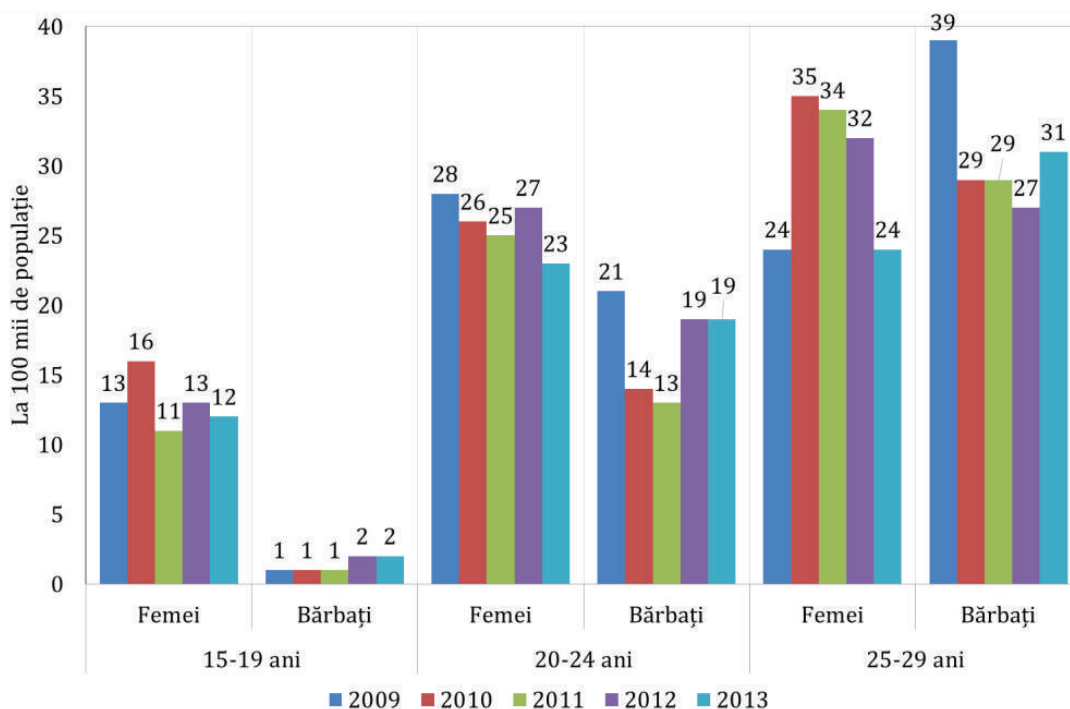


Fig. 4.4.1.

Incidența tinerilor cu virusul HIV la 100 mii de locuitori de vârstă respectivă, 2009-2013
Sursa: BNS.

Tabelul. 4.4.2.

Bolnavi de tuberculoză activă						
	tineri luați la evidență		ponderea tinerilor în total bolnavi, %		La 100000 de locuitori	
	2006	2014	2006	2014	2006	2014
15-24 ani	653	280	17,7	10,2	94,5	52,8
25-34 ani	841	613	22,8	22,3	151	92,5

Bolnavi de sifilis						
	tineri luați la evidență		ponderea tinerilor în total bolnavi, %		La 100000 de locuitori	
	2006	2014	2006	2014	2006	2014
15-19 ani	297	216	12	11,6	189	200
20-29 ani	1064	770	43,1	41,5	168	117

Bolnavi de gonoree						
	tineri luați la evidență		ponderea tinerilor în total bolnavi, %		La 100000 de locuitori	
	2006	2014	2006	2014	2006	2014
15-19 ani	329	147	18,1	14,6	209	246
20-29 ani	1083	619	59,4	61,7	171	93,9

totalul bolnavilor.

Tinerii sunt unul din grupurile-țintă supuse riscurilor asociate cu HIV/SIDA. Incidența cazurilor de infecție cu virusul imunodeficienței umane (HIV) s-a redus în rândul tinerilor, cu circa 9% comparativ cu anul 2008 (Fig. 4.4.1).

În structura incidenței cu virusul, pentru tinerii din grupa de vârstă de 15-29 de ani, fiecare al doilea tânăr este în grupa vârstă de 25-29 de ani, după care urmează cei din grupa de vârstă de 20-24 de ani (36,8%). Astfel, rata incidenței crește pe măsura înaintării în vârstă de la 7 cazuri – la 100 mii de tineri în vârstă de 15-19 ani până la 28 de cazuri – la 100 mii de tineri în vârstă de 25-29 de ani.

Deși se fac eforturi comune din partea instituțiilor guvernamentale și non-guvernamentale cu privire la informarea tinerilor despre protejarea împotriva infecțiilor sexual transmisibile, 6 din 10 persoane infectate cu infecții sexual transmisibile sunt din grupa de vârstă de 15-29 de ani, iar ponderea lor s-a menținut constant, în intervalul de referință 2006-

2014 (Tabelul 4.4.2). Totodată, circa 14% (în anul 2013) dintre cazurile noi depistate cu infecția HIV revin persoanelor în vârstă de 15-24 de ani, iar diverse studii atestă diminuarea ponderii tinerilor cu cunoștințe comprehensive despre HIV de la 40,5% (în anul 2005) la circa 32% (în 2013)¹⁶⁸.

Comportamentul de risc se referă la obiceiurile, cum ar fi: fumatul, consumul de alcool, consumul de droguri ilicite, sarcina în vârstă adolescenței și suicid.

Indicatorul „fumătorii tineri” se referă la ponderea tinerilor în vârstă de 15-29 de ani, care fumează în fiecare zi. Conform studiilor naționale¹⁶⁹, ponderea acestora printre tineri a constituit 14,3%. Circa 77,1 la sută din tineri au declarat că nu au fumat niciodată, iar 8,6% – au fumat anterior. Cei mai activi fumători s-au dovedit a fi persoanele în vârstă de 20-24 de ani, din care 95 la sută fumează până la 20 de țigări/zi, iar 4,8% – mai mult de 20 de țigări/zi. Ponderea cea mai mare

Tabelul 4.4.2.

Morbiditatea tinerilor prin tuberculoză activă și boli venerice

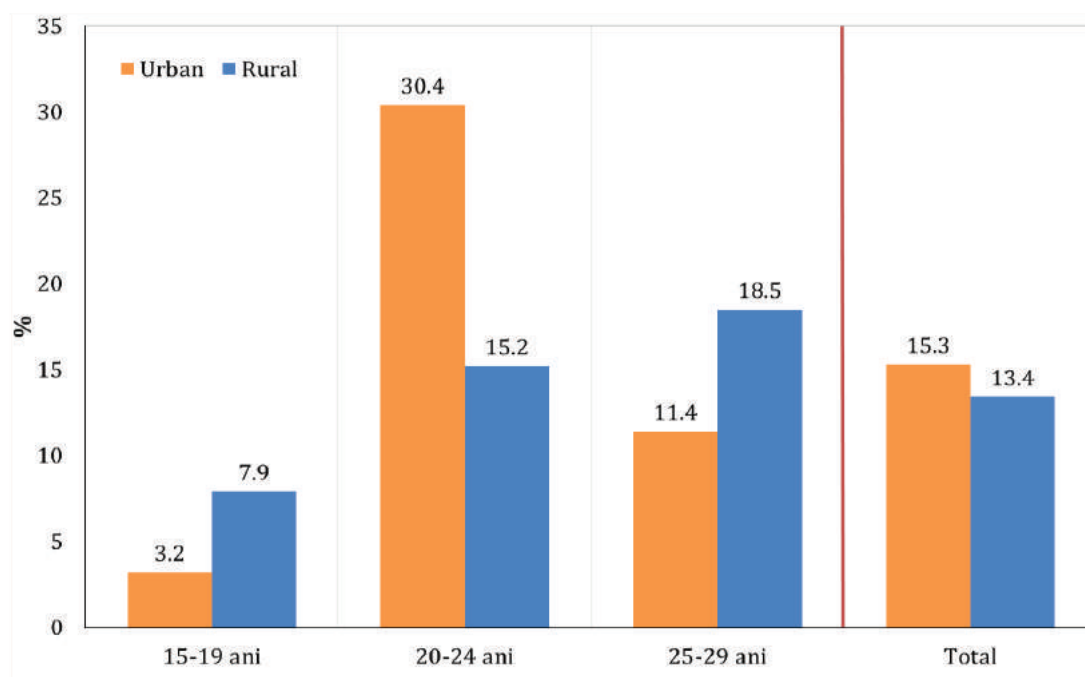
Sursa: calculat în baza datelor BNS

¹⁶⁸ Studiul MICS, 2012

¹⁶⁹ Accesul populației la serviciile de sănătate. BNS, Chișinău, 2011

Fig. 4.4.2.

Rata fumătorilor pe grupe de vârstă și medii de reședință, 2012 (ultimul an disponibil)
Sursa: BNS

Fig. 4.4 2.

a tinerilor, pentru care fumatul ține de trecut, se referă la grupa de vârstă de 25-29 de ani și a constituit 15,2%.

Pe medii de reședință, rata fumătorilor este mai mare în mediul urban (15,3 față de 13,3% în rural), fumatul fiind practicat mai frecvent de tinerii în vârstă de 20-24 de ani (30,4%). De asemenea, ponderea fumătorilor cu un consum de peste 20 de țigări/zi este mai mare în mediul urban (7,1 față de 4,3% în rural), însă cu unele discrepanțe pe grupe de vârstă. Astfel, dacă în mediul urban mai mult de 20 de țigări/zi fumează tinerii cu vârsta cuprinsă între 25-29 de ani (16,1 față de 4,3% în rural), atunci în rural fumează cei în vârstă de 20-24 de ani (8,1 față de 3,2% în urban).

În funcție de sex, practic, fiecare al treilea bărbat cu vârsta între 15-29 de ani fumează, în timp ce femeile fumătoare constituie doar 3,1%. Comparativ cu datele studiului din 2010, numărul bărbaților fumători este în scădere (cu 1,2 puncte procentuale), în timp ce numărul femeilor care fumează, practic, s-a triplat (de la 1,0%, în 2010, până

la 3,1%, în 2012).

Consumul de tutun este strâns legat de consumul de alcool, această corelație fiind valabilă mai ales pentru vârstele fragede¹⁷⁰. Totodată fumatul este unul din factorii nocivi care afectează sănătatea tinerilor și mai ales a adolescenților. Din datele disponibile¹⁷¹ se atestă că circa 15% (în 2013) din adolescenții în vârstă de 13-15 ani sunt consumatori a oricărui produs de tutun, ponderea acestora fiind în descreștere în comparație cu anul 2008, când se înregistrau circa 21%¹⁷².

Rezultatele studiului HBSC, realizat în Moldova în 2014, denotă că ponderea elevilor care nu au fumat niciodată descrește pe măsura înaintării în vârstă (96% dintre adolescenții de 13 ani și 89% dintre cei

170 Consumul și abuzul de alcool în Republica Moldova: evaluarea situației și a impactului, Expert Group, Chișinău, 2008

171 WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015, Country profile, Republic of Moldova http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/mda.pdf

172 Global Youth Tobacco Survey (GYTS), Fact sheet, Republic of Moldova, 2008 [file:///C:/Users/user/Downloads/MOLDOVA%20GYTS%202008%20Factsheet%20\(Ages%2013-15\)%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/MOLDOVA%20GYTS%202008%20Factsheet%20(Ages%2013-15)%20(2).pdf)

de 15 ani). Băieții încep să fumeze de la o vârstă mai fragedă comparativ cu fetele, fapt confirmat și în cadrul studiului CNMS: 32,8% din băieți au indicat că au început să fumeze de la vârsta de 13 ani sau mai devreme, ponderea fetelor care au indicat această vârstă drept debut al fumatului a constituit doar 9,4%¹⁷³. Disponibilitatea destul de înaltă a produselor de tutun, prețurile accesibile fac ca consumul de tutun în rândul adolescenților să se mențină, chiar dacă există anumite tendințe de reducere.

Consumul de alcool prezintă un risc sporit pentru sănătatea și bunăstarea tinerilor, inclusiv din cauza că aceștia sunt mai vulnerabili la efectele alcoolului decât adulții, deoarece organismul și creierul acestora este încă în formare, fiind un factor de risc care poate periclita evoluția și integrarea tinerilor, devenind și mai grav în cazul adolescenților. Studiul realizat de CNMS¹⁷⁴ arată că elevii claselor a 8-a și a 9-a debutează în consumul de alcool la vârsta de 13 ani. În cadrul studiului, realizat în 2007 de către Expert Group, de asemenea, a fost elucidat faptul că proporția tinerilor de 15-19 ani, care consumă alcool, este de 47%, în comparație cu alte grupe de vârstă. Aceasta, fiind una din cele mai mici este, de fapt, egală cu proporția persoanelor consumatori de alcool în vârstă de 60 de ani și peste¹⁷⁵. De menționat că proporția băuturilor tari pentru categoria de vârstă de 15-19 ani prezintă 4%, iar pentru grupa de vârstă de 20-29 de ani – 17,8%.

Consumul de droguri. În conformitate cu datele furnizate de către Dispensarul Narcologic Republican (DNR), consumul general al drogurilor este în creștere, iar mai alarmant este faptul că 95% din toți

consumatorii de droguri sunt tineri, iar majoritatea o constituie bărbați celibatari cu studii medii. De asemenea, datele furnizate de DNR arată că vârsta medie a consumatorilor de droguri, în anul 2014, constituia 30 de ani.

Potrivit studiului realizat de CNMS, 14% din tinerii, cuprinși în eșantion, au menționat că au în cercul lor de cunoscuți persoane care consumă marijuana sau hașiș, 5,9% cunosc persoane care consumă *ecstasy*, iar 3,8% cunosc consumatori de *opiu*.

4.5 Extinderea posibilităților, oportunităților și drepturilor tinerilor

Perceperea tinerilor ca o resursă se concentrează pe soluții de lungă durată, iar identificarea nevoilor și implementarea politicilor de dezvoltare pentru ai susține să-și realizeze potențialul în calitate de cetățeni va permite societății să beneficieze din plin de capitalul intelectual oferit de aceștia.

Deși este important să se acorde o atenție deosebită condițiilor pentru tinerii din sistemul educațional formal și universitar, prin intermediul unor politici, piatra de temelie pentru o „politică de tineret” se concentrează pe modul în care aceștia pot deveni cetățeni activi și promotori pozitivi ai societății.

Acest lucru presupune o perspectivă mult mai largă și un accent pe educația non-formală, desfășurată în afara sistemului școlar formal. Dar cum ar putea politica guvernului să încurajeze și să promoveze un proces de învățare activă a tinerilor în afara sistemului școlar oficial? Răspunsul la această întrebare ar fi: prin susținerea

173 Consumul de alcool, droguri și tutun în rândul elevilor din clasele a 8-a și a 9-a din Republica Moldova, CNMS, anul 2015

174 Ibidem.

175 Consumul și abuzul de alcool în Republica Moldova: evaluarea situației și a impactului, Expert Group, Chișinău, 2008

inițiativelor pentru tineret, crearea cluburilor și organizațiilor, care ar implica, în mod activ, tinerii la toate nivelele și în cazul în care ei înșiși decid asupra activităților, care ar juca un rol central în dezvoltarea lor. Guvernul e necesar să plaseze pe agenda sa de activitate aspectul dat ca pe o sarcină primordială, pentru promovarea dezvoltării sectorului de tineret, constituit din asociații democratice, deschise și inclusive ale tinerilor care-și implică semenii săi.

În acest sens o strategie de informare pentru tineret va asigura transparența politicii guvernamentale față de ei și va permite accesul la diferite oportunități existente, iar politica națională de tineret va evidenția măsurile necesare de întreprins și care urmează a fi puse în aplicare pentru facilitarea realizării obiectivelor propuse la acest capitol. Aceasta nu poate deveni o realitate fără determinarea priorităților la nivel local și național cu implicarea activă a tuturor părților interesate de politica din domeniul tineretului.

Elaborarea și implementarea unei politici coerente și eficiente de tineret ar fi necesar să se întemeieze pe cercetări complexe cu privire la această categorie a societății, ce ar aborda aspectele ce vizează bunăstarea și situația de facto a acestora. Baza acestei politici va constitui implicarea și participarea activă a tinerilor în societate, modul în care ei pot fi incluși în procesele de luare a deciziilor. Cum se vor implica oficialii guvernamentali tineri în luarea deciziilor care îi afectează direct pe tineri? Mai mult decât atât, cum poate o politică de tineret să faciliteze un proces în care tinerii participă și contribuie activ la societate?

O politică dinamică și multiaspectuală trebuie să abordeze diversele nevoi ale tinerilor din toate domeniile societății și în acest sens se impune necesitatea unei abordări intersectoriale în dezvoltarea

politicilor de tineret, ceea ce înseamnă asigurarea unei cooperări eficiente între instituții și organizații, din diferite sectoare cum ar fi: tineret, sport, educație, cultură, apărare, sănătate, transport, muncă, agricultură etc. Realizarea acestui deziderat este posibilă prin crearea unei comisii interguvernamentale funcționale, care va contribui la implementarea, dezvoltarea și monitorizarea acestei politici, care a devenit un imperativ al timpului.

Tinerii au o experiență unică a situației în care se află, iar opiniile și ideile care derivă din aceasta le aparține. Ei sunt actorii sociali cu abilități și capacități ce aduc soluții constructive pentru societate și propriile probleme. Implicarea și participarea lor este o strategie esențială pentru asigurarea dezvoltării optime întru atingerea obiectivelor de dezvoltare mai largi pentru societate. Progresele, realizate până în prezent, în participarea și promovarea tinerilor e necesar a fi susținute și consolidate, iar implicarea să devină o componentă integrantă a politicilor locale, naționale și internaționale pentru tineret. Abordarea față de tineri trebuie să promoveze respectul pentru ei ca importanți actori sociali, în calitate de agenți ai propriilor vieți și în calitate de cetățeni ai propriilor societăți.

4.6. Concluzii și recomandări de politici

Reducerea numărului tinerilor va provoca disproporții semnificative în formarea forței de muncă capabile să dezvolte și să reproducă potențialul intelectual și material al țării, scăderea volumului de formare a personalului calificat în instituțiile de învățământ secundar, profesional și superior. Din an în an va scădea numărul de absolvenți ai liceelor, respectiv se va reduce potențialul de studenți, ceea ce

poate provoca diminuarea exigențelor de înmatriculare în instituțiile superioare și reducerea calității educației. De asemenea, se va diminua rezerva de suplínire a contingentului militar.

Republica Moldova, ca și alte țări din regiune, se află în capcană demografică, când scăderea numărului populației în vârstă aptă de muncă poate fi compensată doar prin creșterea productivității muncii în baza tehnologiilor avansate, însă, efectivul și ponderea populației orientate spre inovații și tehnologii informaționale, care, de regulă, sunt cohorte tinere, se vor reduce continuu.

În aceste condiții, o importanță crucială prezintă promovarea unei politici de tineret de stat, care prevede susținerea participării active a tinerilor la viața economică, socială, educațională, culturală și politică a țării, asigurând oportunități egale de acces la educație, ocupare și condiții de viață decente, cu o atenție particulară către adolescenții și tinerii social vulnerabili.

În Republica Moldova există politici de tineret bine formulate, însă implementarea acestora nu este încurajatoare. Transpunerea documentelor de politici în acțiuni eficiente este afectată de un șir de motive: lipsa coordonării activităților și mecanismelor de implementare, lipsa de finanțare adecvată, iar uneori și sensibilitatea politică scăzută.

Cadrul legal pentru promovarea politicilor de tineret în Republica Moldova prezintă *Strategia națională de dezvoltare a sectorului de tineret 2020* (HG nr. 1006 din 10.12.2014). În prezent, există riscuri multiple în ceea ce privește implementarea eficientă a acesteia, principalele fiind: insuficiența resurselor financiare pentru implementarea planului de acțiuni al Strategiei, capacitățile slabe de implementare la nivel local, de coordonare și monitorizare la nivel intersectorial.

Pentru mobilizarea resurselor politice și economice în implementarea *Strategiei naționale de dezvoltare a sectorului de tineret 2020* este necesar de a rezolva trei probleme majore:

Prima ține de coordonarea mai strânsă și integrarea Strategiei în politicile naționale sectoriale. Problemele tinerilor sunt specifice pentru toate domeniile, în timp ce mai multe politici, cu impact asupra situației tinerilor, sunt o parte componentă a politicilor sectoriale. Experiența țărilor europene demonstrează că succesul poate fi obținut atunci când se dezvoltă o platformă coerentă de acțiuni în domeniul tineretului, care se bucură de sprijinul tuturor ministerelor. Aceasta trebuie să fie integrată în procesele de planificare și bugetare în cadrul politicilor sectoriale, dar nu trebuie să prezinte un program separat, realizarea căruia se complică din cauza reglementărilor și instrucțiunilor multiple, finanțării insuficiente.

A doua problemă vizează asigurarea participării active a tinerilor în implementarea Strategiei prin extinderea de oportunități a fi audiate și încurajarea participării mai active în viața publică. Guvernele și alte agenții trebuie să învețe să comunice cu tinerii, să utilizeze potențialul lor inovațional și creativ, să formeze relații de parteneriat cu scopul furnizării de servicii.

A treia problemă se referă la efectuarea evaluărilor periodice privind procesului de implementare a politicilor de tineret. Evaluările sistemice și rectificarea unor acțiuni, reieșind din situația actuală sau în raport cu indicatorii obținuți, prezintă un obiectiv important, contribuind la creșterea încrederii tinerilor în acțiunile întreprinse, precum și la asigurarea unor criterii rezonabile în realizarea obiectivelor propuse.

DISCREPANȚELE DE GEN

Egalitatea de gen și abilitarea tuturor femeilor și fetelor constituie al 5-lea obiectiv din cele 17 Obiective Globale care formează Agenda de Dezvoltare Durabilă – 2030, adoptate la Summit-ul privind Dezvoltarea Durabilă din 25 septembrie 2015. Eliminarea formelor de discriminare față de femei și fete nu este doar un drept de bază al omului, ci și un efect multiplicator în toate domeniile de dezvoltare.

Pentru a măsura realizarea ODD, propusă la Comisia Statistică a ONU și la Întâlnirea Grupului de Experți, au fost stabiliți indicatorii de monitorizare. Pentru obiectivul privind realizarea egalității de gen și abilitarea femeilor au fost stabiliți 6 indicatori la nivel internațional (indicatorii 38-44) și 5 complementari la nivel național¹⁷⁶. În acest capitol au fost analizate discrepanțele de gen în Republica Moldova prin prisma indicatorilor internaționali și naționali ce se referă la egalitatea în domeniul sănătății sexuale și reproductive, concilierea vieții de familie cu activitatea profesională, răspunsul sistemului de sănătate la violența față de femei, inclusiv a consecințelor acesteia asupra sănătății sexuale și reproductive.

Raportul Global al Diferențelor de Gen 2015 situează Republica Moldova pe poziția 26 din 145 de țări în ceea ce privește Indexul Diferenței de Gen (scor 0.742, unde 0.00 – înseamnă inegalitate și 1.00 – egalitate)¹⁷⁷. Indexul Diferenței de Gen, introdus în anul 2006, și-a propus identificarea decalajelor în accesarea resurselor și oportunităților de către femei și bărbați în 4 domenii distincte: participarea economică și oportunitățile, educația, sănătatea și supraviețuire, abilitarea politică (*Tabelul 5.1*).

Indexul Egalității de Gen, care a fost propus pentru măsurarea nivelului egalității de gen și a progreselor anuale înregistrate la acest capitol în Republica Moldova¹⁷⁸, arată că, la momentul actual, societatea moldovenească se află la mijloc de drum în realizarea acesteia (a se vedea *Tabelul 5.2*). Acest Index al Egalității de Gen constituie un indicator de impact al politicilor, precum și unul de priorizare a domeniilor, resurselor și eforturilor pentru a asigura o egalitate efectivă de gen. Indexul Egalității de Gen se măsoară în următoarele domenii: (i) piața muncii, (ii) politică, (iii) educație, (iv) accesul la resurse, (v) percepțiile și stereotipurile, (vi) sănătate. Datele comparative ale Indexului Egalității de Gen pentru anii 2009 și 2014 atestă mici progrese în realizarea egalității de gen în domeniul percepțiilor și stereotipurilor, cel politic, însă, prezintă și regrese la capitolele piața muncii, sănătate, acces la resurse, educație.

Astfel, indicatorii, calculați la nivel național și internațional, relevă prezența mai multor bariere și dificultăți în asigurarea egalității de gen în Republica Moldova.

176 Indicators and a Monitoring Framework for the Sustainable Development Goals. March 20, 2015.

177 <http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2015/economies/#economy=MDA>

178 http://www.progen.md/files/7562_raport_indexul_egalitatii_gen_2015final.pdf

Tabelul. 5.1.

Indexul Diferenței de Gen	Locul	Participarea economică	Educația	Sănătatea	Abilitarea politică
2015 (din 145 de țări)	26	18	50	42	58
2014 (din 142 de țări)	25	11	56	37	59
2013 (din 136 de țări)	52	32	74	34	87
2012 (din 135 de țări)	45	21	42	34	85
2011 (din 135 de țări)	39	14	64	1	88
2010 (din 134 de țări)	34	10	66	1	69

Tabelul 5.1.

Indexul Diferenței de Gen pentru Republica Moldova, anii 2010-2015
 Sursa: <http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2015/economies/#economy=MDA>

Tabelul. 5.2.

Domenii relevante	Valoarea Indexului, 2009	Valoarea Indexului, 2014	Progrese/Regrese
Piața muncii	70	63	-7
Politică	32	34	+2
Educație	55	54	-1
Accesul la resurse	77	75	-2
Percepții și stereotipuri	47	52	+5
Sănătate	75	71	-2
Indexul Egalității de Gen	59	58	-1

Tabelul 5.2.

Indexul Egalității de Gen, 2009, 2014
 Sursa: Centrul Parteneriat pentru Dezvoltare.
 Indexul Egalității de Gen 2015, p.4.

5.1. Egalitatea de gen și alinierea cu prioritățile în domeniul sănătății sexuale și reproductive din CEDAW și cadrul UPR

Cadrul juridic, care determină politicile publice și acțiunile de promovare a egalității de gen în Republica Moldova, se bazează pe următoarele instrumente internaționale: Declarația universală a drepturilor omului (1948), Convenția asupra drepturilor politice ale femeii (1952), Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale (1966), Convenția asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei (1979), Platforma și Planul de acțiuni de la Beijing (1995), Declarația Mileniului (2000) etc.

Republica Moldova a ratificat, în anul 1994, Convenția cu privire la eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor (CEDAW)¹⁷⁹ – document de referință la nivel internațional, care pune accent pe crearea condițiilor de realizare a unei egalități eficiente pentru femei în toate domeniile vieții și obligațiile statelor de a respecta aceste condiții, fără întârziere, și a asigura drepturi egale, *de jure* și *de facto*. Ratificarea CEDAW a însemnat, pentru Republica Moldova, asumarea obligației de a promova în legislația națională principiul egalității bărbaților și a femeilor, și asigurarea aplicării efective a acestui principiu.

Prin Hotărârea Guvernului nr.933 din 31.12.2009, cu modificările și completările

¹⁷⁹ Convenția ONU asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei din 18.12.1979// Ediție specială "Tratate internaționale", 1998, Volumul 1, pag.114./în vigoare pentru Republica Moldova din 31.07.1994.

ulterioare, a fost aprobat Programul național de asigurare a egalității de gen pe anii 2010-2015 și Planurile de acțiuni pentru implementarea acestuia, în perioadele 2010-2012 și 2013-2015¹⁸⁰. Programul Național a fost cuprinzător și a prevăzut un "mainstreaming" comprehensiv al egalității de gen în documentele de politici din toate domeniile și la toate nivelurile de luare a deciziilor și de implementare. Documentul a analizat detaliat domeniul egalității de gen, a formulat obiectivele generale și specifice de îmbunătățire, cu descrierea activităților concrete, a responsabililor și partenerilor pentru realizarea acestora. Astfel, Programul național de asigurare a egalității de gen specifică 8 domenii prioritare: (i) sfera ocupării forței de muncă și migrației de muncă, (ii) sfera bugetară, (iii) sfera participării la procesul decizional public și politic, (iv) sfera protecției sociale și a familiei, (v) sfera sănătății, (vi) sfera educațională, (vii) sfera violenței, (viii) sfera creșterii nivelului de conștientizare publică și un complex de măsuri menit să asigure mediul favorabil pentru un tratament corespunzător în societate al femeilor și al bărbaților.

În pofida progreselor înregistrate, în special, în elaborarea și adoptarea cadrului legislativ necesar în domeniul egalității de șanse între femei și bărbați și ajustării acestuia la standardele ONU și Consiliului Europei¹⁸¹, rămâne crucială asigurarea practică a tratamentului egal al femeilor și bărbaților¹⁸². Asigurarea *de facto* a acestei egalități este un proces care trebuie susținut

¹⁸⁰ Hotărâre cu privire la aprobarea Programului național de asigurare a egalității de gen pe anii 2010-2015 nr. 933 din 31.12.2009, Monitorul Oficial nr.5-7/27 din 19.01.2010.

¹⁸¹ Bogrug-Lungu V., Triboi I. Ganea E. *Raport de evaluare a gradului de implementare a Programului național de asigurare a egalității de gen pe anii 2010-2015*.- OSCE în Moldova, Chișinău, 2015.

¹⁸² Universal Periodical Review, paragraph 15 (a) of the annex to Human Rights Council resolution 5/1, Republic of Moldova, p.3

în continuare prin suport consistent și eforturi conjugate din partea structurilor guvernamentale și non-guvernamentale, precum și a altor actori sociali și parteneri de dezvoltare.

Art. 5 (a) CEDAW stipulează că Statele semnatare ale convenției *vor lua măsurile corespunzătoare pentru a schimba modelele de comportament social și cultural al femeilor și bărbaților bazate pe prejudicii, tradiții și practici de inferioritate sau superioritate a unui sex sau pe stereotipurile despre rolurile bărbaților și femeilor.*

În Programul național de asigurare a egalității de gen pe anii 2010-2015, un domeniu aparte a constituit integrarea dimensiunii egalității de gen în politicile educaționale și în procesul educațional care să asigure pregătirea pentru viața de familie și înțelegerea corectă a dimensiunii de gen, inclusiv a maternității. Astfel, perspectiva de gen, este abordată actualmente în sistemul educațional în contextul drepturilor omului prin module tematice în cadrul stagiilor de formare continuă a cadrelor didactice de la clasele primare, educația civică, educația tehnologică, directorii adjuncți pe educație. Universitatea de Stat din Moldova oferă cursul „Gender și Educație”, adresat psihopedagogilor. Subiectul egalității de gen a fost inclus în disciplina opțională „Educația pentru Drepturile Omului” pentru învățământul gimnazial¹⁸³.

Egalitatea de gen presupune protecția, promovarea și respectarea drepturilor umane ale bărbaților și ale femeilor, asigurarea și oferirea șanselor egale pentru aceștia, în toate sferele vieții. Echitatea de gen se exprimă printr-un șir de acțiuni concrete, prin intermediul cărora sunt

eliminate disparitățile dintre genuri, stereotipizarea și discriminarea pe genuri. Semnalăm, însă, că sintagma „egalitate de gen” este înțeleasă și interpretată diferit de cetățenii Republicii Moldova. Majoritatea populației interpretează greșit egalitatea de gen, datorită stereotipurilor existente despre rolurile diferențiate atribuite femeilor și bărbaților în familie. Această diferențiere începând cu instituțiile preșcolare de învățământ și terminând cu cele superioare, inclusiv, pe piața forței de muncă, în mass-media, prin intermediul publicității sexiste. Sondajul „Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova”¹⁸⁴ atestă că în societatea moldovenească predomină încă concepțiile, conform cărora responsabilitățile ce țin de familie sunt cele ale femeii și aceasta „trebuie să-și facă timp pentru familie și să renunțe la carieră”, iar bărbatul trebuie să asigure partea financiară. Adesea se neglijează contribuția financiară a femeii la bugetul gospodăriei, faptul că și ea este angajată în câmpul muncii și că responsabilitățile în familie trebuie împărțite egal. Astfel, 90,5% dintre bărbați și 81,5% dintre femei sunt de *acord total și parțial* că pentru o femeie cel mai important lucru este de a avea grijă de casă și de a găti pentru familia ei. Ponderea bărbaților care consideră că schimbarea scutecelor, spălarea și alimentarea copiilor sunt responsabilitățile mamei este și mai mare – 95%. Acest indicator este destul de mare și printre femei – 75,1% (3 din 4 femei) sunt de acord cu această afirmație

183 Bogrug-Lungu V., Triboi I. Ganea E. *Raport de evaluare a gradului de implementare a Programului național de asigurare a egalității de gen pe anii 2010-2015*.- OSCE în Moldova, Chișinău, 2015, p.54.

184 Sondajul Internațional „Bărbații și egalitatea de gen” (IMAGES) este coordonat de organizații Promundo și Centrul Internațional de Cercetare privind Femeile (ICRW), fiind unul dintre cele mai cuprinzătoare studii despre viața bărbaților și femeilor, atitudinile și comportamentele acestora cu privire la egalitatea de gen, relațiile de familie, rolul și implicarea bărbatului în relațiile de familie, inclusiv implicarea bărbaților în creșterea și educația copiilor etc. Din 2014, acest sondaj a fost utilizat în 10 țări ca instrument de evaluare a atitudinilor și comportamentelor bărbaților și femeilor în procesul de implementare a politicilor sau a inițiativelor de programe în domeniul egalității de gen. În anul 2015, acest sondaj s-a realizat pentru prima dată în Republica Moldova.

Tabelul 5.1.1.

Atitudini privind obligațiunile în cadrul familiei, %
Sursa: Cheianu-Andrei D., Perevoznic I., Zaporojan-Pârgari A., Grosu E. Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova. În baza metodologiei IMAGES. – Centrul de Drept al Femeilor, Centrul de Investigații și Consultanță „SocioPolis”, 2015, p. 61-62.

Tabelul. 5.1.1.

	Bărbați (n=1515)		Femei (n=503)	
	Acord total	Acord parțial	Acord total	Acord parțial
Pentru o femeie, cel mai important lucru este de a avea grijă de casă și a găti pentru familia ei	61,2	29,3	47,5	34,0
Schimbarea scutecelor, spălarea și alimentarea copiilor intră în responsabilitățile mamei	49,8	35,2	33,0	42,1
Bărbatul trebuie să aibă ultimul cuvânt în luarea deciziilor în familie	51,7	33,9	16,5	33,2

(a se vedea Tabelul 5.1.1). 85,6% dintre bărbați susțin că ei trebuie să aibă ultimul cuvânt în luarea deciziilor în familie (*acord total* și *acord parțial*), în comparație cu 49,7% dintre femei care acceptă o astfel de situație. Putem constata, astfel, că numărul bărbaților care acceptă ca femeia să se pronunțe în vederea luării deciziilor în familie este destul de mic (14 la sută). Însă, peste 50 la sută dintre femei își doresc o schimbare în modul de luare a deciziilor în familie¹⁸⁵.

Scala Bărbații și Echitatea de Gen (GEM)¹⁸⁶, care are drept scop măsurarea atitudinilor privind normele de gen în relațiile intime și diferențierea așteptărilor sociale dintre bărbați și femei în responsabilitățile casnice, sănătate reproductivă și domeniul violenței, relevă că femeile au o rată de percepție corectă a echității de gen mai înaltă decât bărbații. Din 4 domenii analizate (responsabilitățile în gospodărie, violența, sănătatea reproductivă și relațiile intime), cea mai bună situație privind percepția corectă a echității de gen, în Republica Moldova, este în domeniul violenței, urmat

de cel al sănătății reproductive, relațiile intime, pe ultimul loc plasându-se domeniul responsabilităților casnice¹⁸⁷.

Opiniile bărbaților privind implicarea în egală măsură în treburile din cadrul gospodăriei și în educația copiilor sunt destul de categorice – „*acestea sunt responsabilitățile femeilor*”. Marea majoritate continuă să vadă femeia în rol de gospodină casnică și cel de a da naștere, a crește și a educa copii. Situația dată este reflectată în diverse studii sociologice¹⁸⁸ și relevă necesitatea unor campanii de informare pentru a schimba aceste atitudini ale bărbaților.

Totodată, pot fi observate unele schimbări în societatea moldovenească privind egalitatea în drepturi a femeilor și bărbaților, dar acestea țin de egalitatea în societate – „*tot mai multe doamne la volan*”, „*egalitatea în profesii*”, „*avem multe femei în funcție de primar*” și mai puțin de egalitatea

185 Cheianu-Andrei D., Perevoznic I., Zaporojan-Pârgari A., Grosu E. Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova. În baza metodologiei IMAGES. – Centrul de Drept al Femeilor, Centrul de Investigații și Consultanță „SocioPolis”, 2015, p. 61-62.

186 <https://www.c-changeprogram.org/content/gender-scales-compendium/gen.html>

187 Cheianu-Andrei D., Perevoznic I., Zaporojan-Pârgari A., Grosu E. Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova. În baza metodologiei IMAGES. – Centrul de Drept al Femeilor, Centrul de Investigații și Consultanță „SocioPolis”, 2015, p. 64.

188 Opinii, percepții și experiențe ale tinerilor privind violența în familie/cuplu. CBS AXA, Fundația Oak, La Strada, 2014, p.32-40; Malcoci L, Barbaroșie A. Fenomenul discriminării în Moldova: percepțiile populației. Studiu comparativ. Fundația Soros-Moldova, IPP și Soir Moldova, 2015; Cheianu-Andrei D., Perevoznic I., Zaporojan-Pârgari A., Grosu E. Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova. În baza metodologiei IMAGES. – Centrul de Drept al Femeilor, Centrul de Investigații și Consultanță „SocioPolis”, 2015.

în familie. Deși unii bărbați își asumă rolul de educație a copiilor și preiau unele din responsabilitățile casnice, în percepția mării majorități a populației, locul bărbatului nu poate fi la bucătărie.

În pofida reglementării adoptate de Guvernul Republicii Moldova pentru eliminarea tuturor formelor de discriminare împotriva femeilor, datele cercetărilor sociologice relevă că progresul de *facto* în domeniul asigurării egalității de gen se lasă așteptat. În Observațiile Finale ale CEDAW privitor la Moldova, Comitetul și-a exprimat îngrijorarea privitor la persistența atitudinilor patriarhale și stereotipurilor adânc înrădăcinate cu privire la rolurile și responsabilitățile femeilor și bărbaților în familie și în societate. Astfel, se observă că asemenea atitudini și stereotipuri sunt cauzele profunde ale (1) poziției dezavantajate a femeilor în viața politică și publică; (2) violenței împotriva femeilor; și (3) ale segregării de gen, așa cum se reflectă în alegerile educaționale ale femeilor și fetelor și opțiunile de încadrare în muncă¹⁸⁹.

În contextul celor menționate art. 5 (b) al CEDAW stipulează că *fiecare stat semnatar trebuie să asigure ca educația familială să contribuie la înțelegerea corectă a maternității ca funcție socială și recunoașterea responsabilității comune a bărbatului și femeii în creșterea și educația copiilor, ținând cont de faptul că în toate cazurile interesele copilului sunt primordiale*.

Reieșind din aceasta, în Observațiile Finale ale CEDAW privitor la Moldova, Comitetul îndeamnă autoritățile din Republica Moldova să: (a) elimine toate formele de discriminare bazate pe sex și gen în sistemul de învățământ și în programele de educație informală întru eliminarea stereotipurilor de gen din materialele

educaționale, încorporând educația privind drepturile omului în curriculumul școlar; și, introducând cursuri obligatorii în toate programele de formare a profesorilor privind modurile și tipurile de școlarizare care reproduc inegalitățile de gen; (b) elaborarea unei strategii comprehensive în toate sectoarele axate pe femei și bărbați, fete și băieți, pentru depășirea atitudinilor patriarhale și stereotipurilor bazate pe gen privind rolurile și responsabilitățile femeilor și bărbaților în familie și societate; (c) elaborarea programelor de sensibilizare publică și a programelor de formare pentru factorii de decizie, angajatori, tineri și grupurile dezavantajate de femei, inclusiv cele mai în vârstă și femeile cu dizabilități, privind drepturile sale în toate domeniile acoperite de Convenție; (d) adoptarea promptă a Legii privind publicitatea care are și scopul de a interzice publicitatea sexistă și asigurarea implementării eficiente a acesteia; și, (e) asigurarea faptului că autoritățile locale promovează politici bazate pe principii de egalitate de gen, fără interferența instituțiilor religioase¹⁹⁰.

Cu toate acestea, datele cercetărilor sociologice relevă că prezența bărbaților la nașterea copiilor este o practică rar întâlnită în Republica Moldova. Doar 18,1% dintre bărbați au semnalat că au asistat la nașterea ultimului copil (a se vedea Tabelul 5.1.2). Totuși, numărul bărbaților care își susțin femeia la naștere este în creștere în rândul generațiilor tinere. Aproximativ 30% dintre bărbații cu vârsta de 30-39 de ani au asistat la nașterea ultimului lor copil.

Motivele bărbaților, care au afirmat că nu au asistat soția în sala de nașteri, dar nici nu au fost ocupați cu alte activități, cuprind: nedorința soției pentru a fi prezent (30,2%), nu i s-a permis acest lucru, deși

189 Observații finale cu privire la raportul periodic combinat al patrulea și al cincilea al Republicii Moldova* p.4.

190 Observații finale cu privire la raportul periodic combinat al patrulea și al cincilea al Republicii Moldova* p.4.

Tabelul 5.1.2.

Locul aflării soțului/partenerului la nașterea ultimului copil, %
Sursa: Cheianu-Andrei D., Perevoznic I., Zaporozan-Pârgari A., Grosu E. Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova. În baza metodologiei IMAGES. – Centrul de Drept al Femeilor, Centrul de Investigații și Consultanță „SocioPolis”, 2015, p. 75.

Tabelul. 5.1.2.

	La maternitate, în sala de nașteri	La maternitate, în sala de așteptare	Acasă	La serviciu	Peste hotare
Declarația bărbaților (n=677 persoane)	18,1	27,9	25,1	16,0	11,0
Femeile (n=353 persoane)	17,6	22,9	29,7	16,7	10,8

soția/partenera a dorit (19,3%), lipsa practicii ca soțul să asiste la naștere în localitate (16,8%) etc. Răspunsurile oferite de femei, referitor la lipsa de susținere a soțului în sala de naștere, includ (în ordinea importanței): lipsa tradiției în localitate ca bărbații să asiste la naștere, fricile/teama soțului de a asista, nedorința soțului de a fi prezent, nu i s-a permis soțului intrarea în sala de nașteri, deși acesta a dorit să fie prezent etc. Astfel, se simte necesitatea mai multor explicații privind parteneriatul la naștere. Unii bărbați nu înțeleg rolul pe care trebuie să-l aibă la nașterea copilului.

Printre familiile din Republica Moldova nu are răspândire largă practica de a merge împreună cu soția/partenera la medic, în perioada gravidității. Dintre bărbații care au copii în gospodărie și aceștia sunt biologici, doar 23,1% au mers la fiecare vizită la medic cu soția/partenera, 55,4% au mers la câteva vizite, 18,8% nu au însoțit-o la nici un control¹⁹¹.

Un element important în politicile de îngrijire și educație a copilului îl constituie creșterea implicării taților în procesul de educare a copiilor. *Legea nr. 71 pentru modificarea și completarea unor acte legislative* din 14.04.2016 prevede că tatăl copilului nou-născut beneficiază de dreptul

de concediu paternal, cu o durată de 14 zile calendaristice, cu menținerea salariului mediu și că acest concediu se acordă în primele 56 de zile de la nașterea copilului, în baza unei cereri a salariatului. Implicarea taților, din primele zile, în îngrijirea copilului va contribui la schimbarea percepției despre rolul femeii și a bărbatului în creșterea și educarea copilului.

Art. 12 (1) al CEDAW susține că *statele vor lua toate măsurile necesare pentru eliminarea discriminării față de femei în domeniul sănătății, pentru a le asigura, pe baza egalității de gen, accesul la serviciile de sănătate, inclusiv cele de planificare a familiei*.

Datele BNS relevă că există diferențe de gen în ceea ce privește adresarea la serviciile medicale. Astfel, în medie, nivelul de adresare a femeilor la serviciile medicale este de 1,5 ori mai mare decât al bărbaților. În ultimele 4 săptămâni, anterioare interviului, fiecare a patra femeie a beneficiat de servicii medicale comparativ cu fiecare al șaselea bărbat. Cele mai multe cazuri de solicitare a serviciilor medicale sunt caracteristice pentru copii (21% din totalul persoanelor cu vârsta de până la 15 ani) și persoanele în vârstă de 65 de ani și peste (37%)¹⁹². Resursele financiare sunt o condiție importată în asigurarea accesului la servicii medicale. Or, populația

¹⁹¹ Cheianu-Andrei D., Perevoznic I., Zaporozan-Pârgari A., Grosu E. Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova. În baza metodologiei IMAGES. – Centrul de Drept al Femeilor, Centrul de Investigații și Consultanță „SocioPolis”, 2015, p. 75-76.

¹⁹² Accesul populației la serviciile de sănătate. – BNS, Chișinău, 2011, p.12.

din rândul celor mai săraci (chintila 1) s-a adresat la medic în proporție de 11,2%, în comparație cu 25,5% în cazul populației din quintila 5¹⁹³. Femeile mai frecvent apelează la medic și pentru tratament profilactic – 34,6% comparativ cu bărbații – 24,5%¹⁹⁴. Datele respective relevă că în Republica Moldova accesul la serviciile de sănătate este asigurat, dar bărbații accesează mai rar aceste servicii. Evidențiem prezența unor diferențe în accesarea serviciilor medicale de diverse grupuri de femei dezavantajate. Unul din aceste grupuri este cel al femeilor rome. Doar 35% dintre femeile rome sunt acoperite de sistemul de asigurări medicale, în comparație cu 74% din femeile non-rome¹⁹⁵.

Educația pentru sănătate este promovată în cadrul învățământului primar la orele de dirigiență, educație fizică, științe, educație moral-spirituală, educație ecologică. Aspectele educației pentru sănătate sunt promovate în învățământul gimnazial și liceal, în mod obligatoriu, la disciplinele Educația fizică (modulul „Sănătatea omului” – 34 de ore la gimnaziu și 22 de ore la liceu), Educația civică (modulul „Viața și sănătatea – valori personale și sociale” – 24 de ore la gimnaziu și 20 de ore la liceu), Biologia (modulul „Sistemul reproductiv și reproducerea la om” – clasa 8 – 10 ore și clasa 11 – 12 ore), Chimie (12 ore pentru gimnaziu și liceu atunci când se predă chimia organică), dirigiență (modulele „Cultura dorințelor” și „Cultura comportamentului” la toate treptele).

Sistemul de învățământ din Republica Moldova include și disciplina opțională pentru elevii din clasele 5-12-a *Educație pentru sănătate*. În anul de studii 2015-2016, disciplina dată a fost aleasă de elevii

din 10 instituții de învățământ. Această disciplină are un compartiment dedicat *reproducerii și familiei sănătoase*, dar faptul că disciplina este una opțională nu permite tinerilor să beneficieze de o educație obligatorie în domeniul sănătății sexuale și reproductive, să înțeleagă necesitatea responsabilităților comune ale partenerilor privind sănătatea sexuală și cea reproductivă a familiei. Acest lucru este specificat și în rapoartele Parlamentului European, în care se semnalează că programele de educație sexuală în țările din Estul și Sudul Europei sunt deficitare¹⁹⁶.

Sănătatea reproductivă este un domeniu complex, care cuprinde: *sănătatea sexuală* (viață sexuală responsabilă, plăcută și sigură), *planificarea familiei* (libertatea reproducerii, accesul la informații, metode și servicii) și *maternitatea fără risc* (sarcina și nașterea în condiții de siguranță, copii sănătoși).

Actualmente, sistemul de învățământ din Republica Moldova eșuează în oferirea cunoștințelor complexe tinerilor privind sănătatea reproducerii și cea sexuală. Considerăm că este necesară o disciplină obligatorie „*Educația pentru sănătate*” pentru învățământul primar, gimnazial, liceal, care să cuprindă și educația în domeniul sănătății sexuale și reproductive, ținându-se cont de vârsta elevilor. Orele obligatorii în cadrul diferitor discipline nu asigură o educație continuă și calitativă la capitolul dat, fapt care este reflectat de lipsa cunoștințelor în domeniul contracepției, intensitatea avorturilor în rândul adolescenților, intensitatea nașterilor în rândul adolescentelor etc.

În Republica Moldova încă se înregistrează

193 Ibidem, p.13.

194 Ibidem, p.17.

195 *Studiu cu privire la situația femeilor și fetelor rome din Republica Moldova*. UN Women, UNDP, OHCHR, 2014, p.46.

196 Beaumont, K, Maguire, M., *Policies for Sexuality Education in the European Union*, European Parliament, 2013, disponibil la http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/462515/IPOL-FEMM_NT%282013%29462515_EN.pdf

situații când persoanele se căsătoresc timpuriu până la 20 de ani (în anul 2004, 21,2% din numărul total al fetelor căsătorite s-au căsătorit până la 20 de ani, în anul 2014-10,3%). Conform legislației, căsătoriile sub 18 ani sunt permise când femeile sunt în perioada sarcinii. Semnalăm că căsătoriile timpurii sunt însoțite de graviditate, respectiv, în Republica Moldova trebuie întreprinse și măsuri pentru conștientizarea efectelor negative ale căsătoriei timpurii asupra sănătății.

Comitetul pentru eliminarea discriminării împotriva femeilor în Observațiile Finale semnalează că este îngrijorat de rata ridicată a avorturilor și utilizarea, disponibilitatea și accesibilitatea joasă a formelor de contracepție, în special în regiunea transnistreană și zonele rurale, care indică faptul că avortul este folosit ca metodă de control al nașterii. De asemenea, Comitetul este deosebit de preocupat de rapoartele privind practicile de sterilizare coercitive, în special în cazul femeilor cu dizabilități, femeilor din zonele rurale și femeilor rome. Comitetul mai preocupat și de lipsa programelor educaționale privind sănătatea și drepturile sexuale și reproductive în școli, de lipsa datelor dezagregate după gen și de accesul limitat al femeilor în vârstă la serviciile de sănătate. Reieșind din acestea, în Observațiile Finale ale CEDAW privitor la Moldova, Comitetul îndeamnă autoritățile din Republica Moldova la: (a) asigurarea disponibilității și accesibilității metodelor moderne de contracepție pentru fete și femei; (b) extinderea disponibilității metodelor moderne și sigure din punct de vedere medical de avort, inclusiv în regiunea transnistreană și zonele rurale; (c) ridicarea nivelului de conștientizare a importanței utilizării contraceptivelor în scopul planificării familiei și examinarea posibilității includerii avortului, precum și a contraceptivelor în pachetul de bază de

asigurare; (d) modificarea și dezvoltarea cadrului de reglementare, precum și oferirea ghidării medicilor practicieni pentru asigurarea faptului că sterilizarea este efectuată doar în conformitate cu dreptul internațional, în special cu consimțământul liber și informal al femeii în cauză; (e) introducerea educației, adecvate vârstei, privind sănătatea sexuală și reproductivă și drepturile aferente în curriculumul școlar, inclusiv privind comportamentul sexual responsabil; (f) asigurarea accesului și accesibilității serviciilor de sănătate pentru femei mai în vârstă și instruirea lucrătorilor din domeniul sănătății privind serviciile geriatrice; și (g) integrarea unei perspective de gen în toate intervențiile și politicile de sănătate și colectarea și analiza datelor dezagregate după gen¹⁹⁷.

Cele expuse relevă că în Republica Moldova au fost aprobate mai multe acte de promovare a egalității de gen și asigurare a sănătății sexuale și reproductive a populației, însă, actualmente, este dificilă identificarea unui progres tangibil.

5.2. Concilierea vieții de familie cu activitatea profesională

Constituția Republicii Moldova afirmă egalitatea între cetățeni, fără deosebire de sex. Cadrul legislativ al Republicii Moldova, de asemenea, stabilește drepturi egale femeii și bărbatului de a participa la viața economică și socială, de a se forma într-un anumit domeniu profesional, de a se angaja, promova și participa la distribuirea beneficiilor, de a beneficia de protecție socială în anumite situații etc.

Cu toate acestea, realitatea vieții scoate în

¹⁹⁷ Observații finale cu privire la raportul periodic combinat al patrulea și al cincilea al Republicii Moldova*, p.7-8.

evidență foarte multe probleme. Republica Moldova se caracterizează prin posibilități limitate de participare a femeilor pe piața muncii din cauza lipsei serviciilor educaționale pentru copii mici (2-3 ani), discriminarea după criteriul de sex și vârstă la angajare, discrepanțe între salariile femeilor și bărbaților etc.

Raportul de evaluare a gradului de implementare a Programului național de asigurare a egalității de gen pe anii 2010-2015 relevă unele progrese în domeniul ocupării forței de muncă: reducerea diferențelor în salarizarea femeilor și bărbaților de la 28% la 12,8%; scăderea într-o oarecare măsură a segregării în bază de gen pe piața muncii; organizarea multiplelor acțiuni de abilitare economică a femeilor, creșterea numărului de femei instruite în domeniul afacerilor, resurse financiare oferite acestora pentru business etc. În același timp, printre problemele identificate se numără: existența cazurilor de discriminare în câmpul muncii a femeilor gravide, a mamelor cu copii, a femeilor în etate etc. În pofida creșterii numărului oficial de femei, care și-au deschis afaceri, a rămas componenta calitativă: câte femei au reușit să mențină afacerea, cu ce capital operează ele în afaceri, mărimea acestor afaceri etc. Femeile, în special, din mediul rural și/sau din comunitățile marginalizate, care doresc să-și înceapă propria afacere, se confruntă cu probleme de accesare a resurselor (credite bancare) și alte servicii necesare pentru o activitate antreprenorială reușită. În pofida cadrului legal-normativ favorabil cu referire la asigurarea unei plăți egale pentru o muncă de valoare egală, se atestă unele discrepanțe de gen în salarizare, care sunt determinate de faptul că femeile sunt promovate mai greu în raport cu bărbații: aceștia au șanse mai mari să obțină posturi mai înalte și, respectiv, mai bine plătite. Probabilitatea plecării femeilor în concediul

de maternitate alimentează reticența angajatorilor de angajare sau promovare a acestora¹⁹⁸.

În Republica Moldova nu există disparități importante pe sexe în cadrul persoanelor economic active. Astfel, în anul 2015, ponderea bărbaților economic activi a fost de 50,5% în comparație cu cea feminină de 49,5%. Rata de activitate a populației de 15 ani și peste a fost de 42,4%, cea a bărbaților fiind mai înaltă decât cea a femeilor (45,1 față de 39,9%).

În prezent, se constată diferențe dintre femei și bărbați în sectorul ocupațional. Analiza forței de muncă din Republica Moldova relevă că rata de ocupare a populației de 15 ani și peste, în anul 2015, a fost de 40,3%, cea a bărbaților a fost mai înaltă decât cea a femeilor (42,3 față de 38,4%). De-a lungul anilor, rata de ocupare a femeilor este mai mică, comparativ cu cea a bărbaților (a se vedea *Tabelul 5.2.1*). Angajarea femeilor rome pe piața muncii este și mai dificilă. Conform *Studiului cu privire la situația femeilor și fetelor rome din Republica Moldova*, 2014, doar 15% din femeile rome cu vârsta de 15 ani și peste sunt angajate¹⁹⁹.

Datele BNS atestă că rata de ocupare a femeilor depinde de mai mulți factori, inclusiv dacă femeile au sau nu copii sub 16 ani. Astfel, pentru femeile cu vârsta de 25-49 de ani fără copii (sub 16 ani) rata de ocupare atinge valoarea de 56,9%. Rata de ocupare a femeilor cu copii scade treptat în funcție de numărul de copii: de la 52,2% în cazul femeilor cu 1 copil până la 43,9% pentru femeile cu 3 și mai mulți copii. Rata de ocupare depinde și de vârsta copilului/copiilor, cele mai semnificative diferențe

198 Bogrug-Lungu V., Triboi I. Ganea E. *Raport de evaluare a gradului de implementare a Programului național de asigurare a egalității de gen pe anii 2010-2015*.- OSCE în Moldova, Chișinău, 2015.

199 *Studiu cu privire la situația femeilor și fetelor rome din Republica Moldova*. UN Women, UNDP, OHCHR, 2014, p.36.

Tabelul. 5.2.1.

Tabelul 5.2.1.

Evoluția ratei de activitate, ratei de ocupare și ratei șomajului pe sexe, anii 2000-2015, %

Sursa: BNS

Anul	Bărbați			Femei		
	Rata de activitate	Rata de ocupare	Rata șomajului	Rata de activitate	Rata de ocupare	Rata șomajului
2000	63,9	57,7	9,7	56,3	52,2	7,2
2005	50,4	46,0	8,7	47,7	44,8	6,0
2006	50,0	45,5	8,9	43,0	40,5	5,7
2007	47,8	44,8	6,3	42,2	40,5	3,9
2008	47,8	45,2	4,6	41,5	40,1	3,4
2009	46,2	42,6	7,8	39,7	37,7	4,9
2010	45,0	40,9	9,1	38,6	36,4	5,7
2011	45,6	42,1	7,7	39,3	37,1	5,6
2012	43,5	40,6	6,8	38,2	36,5	4,3
2013	44,5	41,8	6,0	38,6	37,0	4,1
2014	44,1	42,1	4,6	38,6	37,4	3,1
2015	45,5	42,3	6,2	39,9	38,4	3,6

se înregistrează la persoanele cu copii de până la doi ani, rata de ocupare constituind 15,3% la femei și 53% la bărbați.

Rata de ocupare mai mică a femeilor pe piața muncii este influențată de posibilitățile mai reduse de angajare, nivelul mai scăzut de remunerare în domeniile „feminizate”, pe de o parte, dar și de diverse forme de discriminare latentă a femeilor în încadrarea în câmpul muncii, menajate de prejudecăți și stereotipuri ce țin de rolurile de gen din familie și societate. Mulți angajatori sunt sceptici în privința angajării femeilor tinere, acordând preferință bărbaților, pentru a evita costurile directe și indirecte legate de concediul de maternitate, concediul pentru creșterea/îngrijirea copilului, concediului de boală în caz de îmbolnăvire a copilului²⁰⁰.

Pe grupe de vârstă, semnalăm că în categoriile de vârstă 35-49 de ani, rata de ocupare a femeilor o depășește pe cea a bărbaților (Fig. 5.2.1).

Acest fapt relevă că femeile din grupele de vârstă 15-24 de ani și 25-34 de ani se confruntă cu dificultăți în ceea ce

privește îmbinarea vieții profesionale cu cea personală. Pentru femeile din grupa de vârstă 15-24 de ani este caracteristică continuarea studiilor și, ulterior, nașterea primului copil. Or, vârsta medie a mamei la prima naștere este de 24 de ani. Iar pentru grupa de vârstă 25-34 de ani este caracteristică creșterea/îngrijirea primului copil urmată de nașterea, creșterea/îngrijirea celui de-al doilea copil. Scăderea ratei de ocupare a femeilor după vârsta de 54 de ani se explică prin diferențele în vârsta de pensionare, care, actualmente, la femei este de 57 de ani, în comparație cu cea de 62 de ani pentru bărbați. Semnalăm că rata mai mare de ocupare a femeilor cu vârsta de 35-49 de ani în comparație cu cea a bărbaților este stabilă în timp.

Datele statistice oficiale atestă că femeile ocupate au un nivel de pregătire mai înalt decât al bărbaților: 27,5% din ele au studii superioare și 17,6% medii de specialitate, în timp ce printre bărbați acești indicatori constituie, respectiv, 21,4 și 10,7%²⁰¹.

200 Gagauz O., Buciuceanu-Vrabie M., *Rolul parental și rolul profesional: oportunități de echilibrare pentru femeia contemporană*. – Chișinău, 2011, p.35.

201 <http://statbank.statistica.md/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=MUN0201&ti=Populatia+ocupata+dupa+statutul+profesional%2C+nivelul+de+instruire%2C+pe++grupe+de+virsta%2C+sexe+si+medii%2C+2000-2015+&path=../Database/RO/03%20MUN/MUN02/&lang=1>

Fig. 5.2.1.

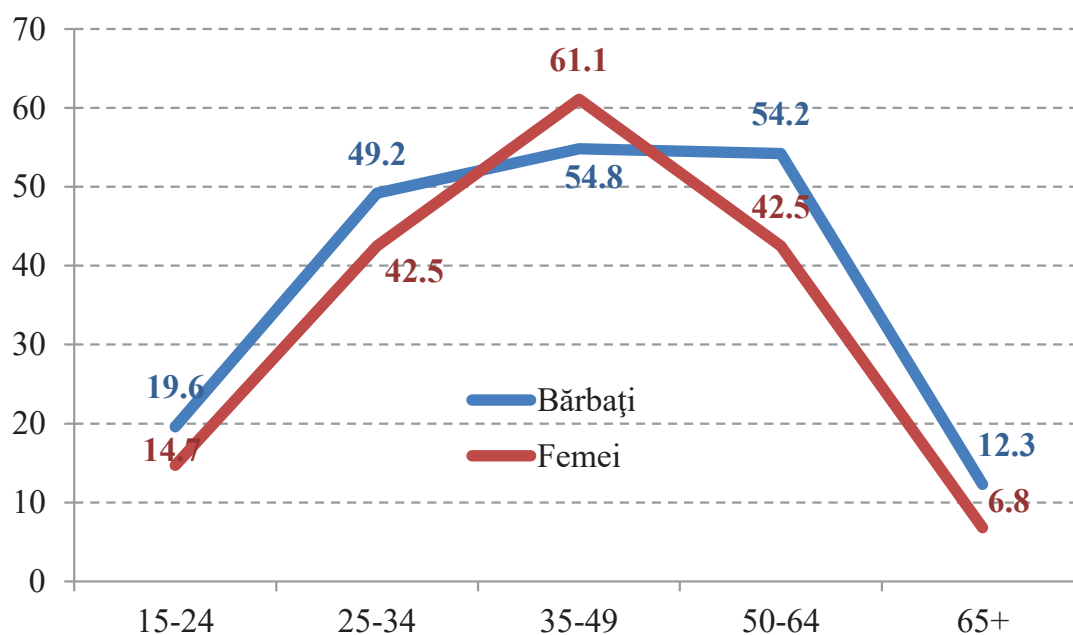


Fig. 5.2.1.

Rata de ocupare a populației de 15 ani și peste, pe grupe de vârste și sexe, 2014, %

Sursa: BNS

Fig. 5.2.2.

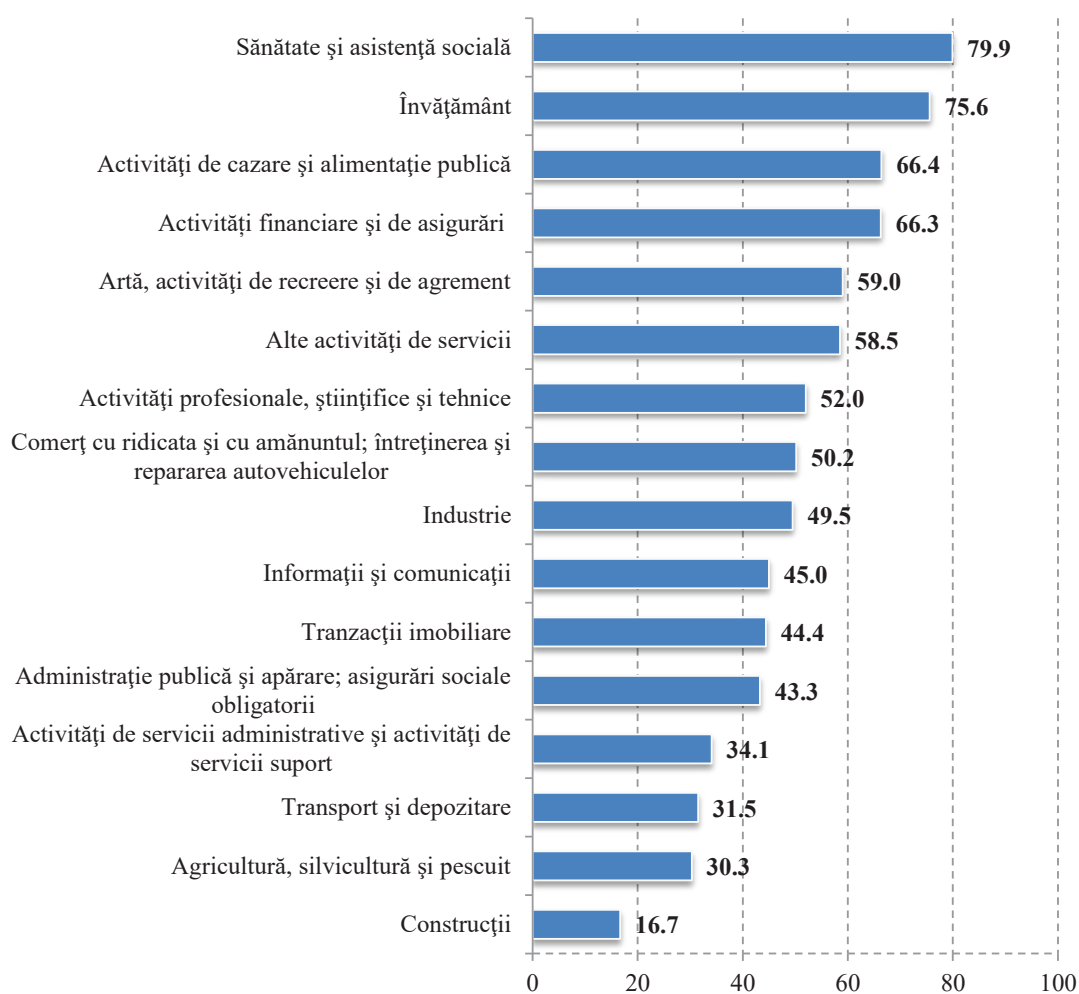


Fig. 5.2.2.

Ponderea femeilor salariate pe tipuri de activități economice, 2014, %

Sursa: BNS

Tabelul. 5.2.2.

Tabelul 5.2.2.

Evoluția
câștigurilor
salariale în
funcție de gen
Sursa: BNS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Bărbați, lei	3144,0	3439,5	3252,8	3638,3	3913,8	4374,9
Femei, lei	2403,0	2619,0	2819,0	3167,6	3459,6	3831,7
Salariul femeilor în raport cu salariul bărbaților, %	76,4	76,1	87,3	87,1	88,4	87,6

Analiza activității femeilor pe piața muncii relevă că femeile predomină în multiple sectoare economice și că există tipuri de activități economice „feminizate” – sănătatea și asistența socială (femeile constituie 80 la sută din salariați), învățământul (76 la sută), activitățile de cazare și alimentație publică (66 la sută), activitățile financiare și asigurări (66 la sută), arta, activitățile de recreere și de agrement (59 la sută) etc. (Fig. 5.2.2).

Cadrul legal-normativ asigură plăți egale pentru munca realizată indiferent de genul persoanei. Totuși, femeile câștigă mai puțin decât bărbații, pentru că sunt angajate

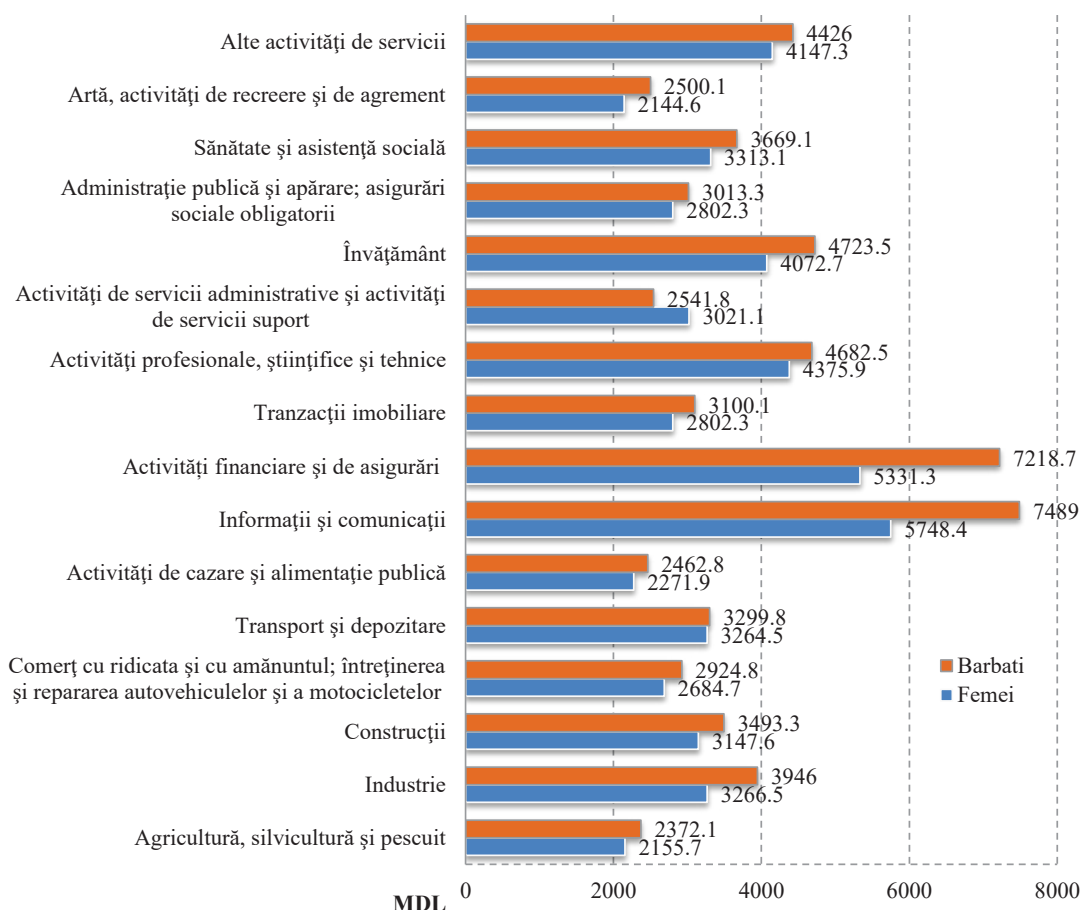
tradițional în sectoare cu un nivel de salarizare mai redus și se află în număr mult mai mic în funcții de conducere (Tabelul 5.2.2).

Diferențele medii de salarizare între femei și bărbați, în funcție de activitățile economice, sunt prezente, practic, în toate domeniile (excepție – activități de servicii administrative și activități de servicii de suport), inclusiv și în cele în care femeile constituie majoritatea salariaților (a se vedea Fig.5.2.3). Factorii care determină aceste diferențe în remunerarea muncii pe sexe sunt distribuția inegală a bărbaților și a femeilor pe anumite profesii și domenii

Fig. 5.2.3.

Fig. 5.2.3.

Câștigul salarial
mediu lunar
net pe activități
economice și
sexe, lei
Sursa: BNS



economice (segregarea orizontală), inegalitatea salariilor în interiorul profesiilor și a tipurilor de activitate (segregarea verticală), numărul mic al femeilor în vârful piramidei profesionale, numărul mic al acestora în posturile de conducere din aceste domenii.

Din totalul conducătorilor de toate nivelurile (conducătorii unităților economico-sociale și ai subdiviziunilor lor structurale (secții, direcții etc.), în anul 2015, 52% erau bărbați, iar restul 48% reveneau femeilor. Din perspectiva egalității de gen, situația la acest capitol s-a îmbunătățit în comparație cu anul 2014, când ponderea bărbaților conducători de toate nivelurile a constituit 57%. Ponderea femeilor care conduc unități, subdiviziuni etc. este mai mare în domeniul public (61%) în comparație cu domeniul privat (40%), în anul 2015.

Evidențiem că locurile de muncă puțin atractive, din cauza salariilor mici, determină o pondere semnificativă de femei încadrate în câmpul muncii să migreze la muncă peste hotare. Datele Biroului Național de Statistică atestă că 41,1% dintre femeile care au migrat peste hotare au avut în Republica Moldova un loc de muncă plătit sau afacere de familie, iar printre cele migrante, care aveau un loc de muncă plătit sau afacere de familie, circa 30% înainte de plecare dețineau funcții sau erau încadrate în ocupații cu nivel înalt și doar 28,8% erau muncitori necalificați (pentru comparație: numărul bărbaților constituia 9% și, respectiv, 46,8%²⁰²).

Angajarea în câmpul muncii, găsirea locurilor de muncă bine plătite în funcție de abilitățile dobândite în străinătate constituie o provocare pentru migranți și la etapa de reîntoarcere. Peste 70% din lucrătorii emigranți moldoveni, care se

întorc în țară, nu-și pot găsi un loc de muncă și se confruntă cu problema imposibilității recunoașterii abilităților obținute peste hotare. Femeile care revin în țară la fel întâlnesc multiple bariere în deschiderea unei afaceri²⁰³.

Diferențele în remunerarea salarială și în perioada de contribuție la fondul de asigurări sociale de stat determină diferențe și în mărimea medie a pensiei pentru limita de vârstă pentru bărbați și femei. În medie, pensia bărbaților acoperă valoarea minimului de existență pentru pensionari în proporție de 83 la sută, iar în cazul femeilor – 70 la sută. Reieșind din aceasta, în Observațiile Finale ale Comitetului pentru eliminarea discriminării împotriva femeilor se menționează că acesta este îngrijorat de segregarea ocupațională continuă și supra-reprezentarea femeilor în sectoarele cele mai rău plătite, care, în final, determină pensii mai mici pentru femei. Respectiv, sunt necesare și acțiuni în ceea ce privește egalarea vârstei de pensionare pentru femei și bărbați, a anilor de contribuție la sistemul de pensii pentru a reduce din diferențele în mărimea medie a pensiei pentru limita de vârstă pentru femei și bărbați.

Rata de ocupare a femeilor, cu cel puțin un copil de vârstă preșcolară, este mai mică decât cea a femeilor fără copii de această vârstă, fapt care relevă că prezența copilului reduce participarea femeii pe piața muncii. Respectiv, în toate țările există măsuri de susținere a familiilor cu copii, orientate spre consilierea vieții de familie a femeii cu activitatea profesională – concedii de maternitate, concedii de îngrijire a copiilor oferite părinților, diferite beneficii, garanții în ceea ce privește activitatea de muncă în perioada de îngrijire a copiilor.

Decizia părinților, de regulă a mamei, de revenire sau încadrare în muncă,

202 Vremeș M. *Profilul femeilor migrante*. – BNS, Un Women, UNDP, Chișinău, 2016, p.17.

203 Ibidem, p.26.

precum și momentul oportun acesteia, este condiționată de mai mulți factori: (i) preferințele individuale în ceea ce privește revenirea la serviciu sau încadrarea în câmpul muncii; (ii) durata concediului plătit pentru creșterea copilului; (iii) mărimea indemnizației pentru creșterea copilului; (iv) disponibilitatea familiei de a apela la serviciile de îngrijire a copilului; (v) accesibilitatea serviciilor formale de îngrijire; (vi) veniturile soților etc.

Poziția femeii pe piața muncii este protejată prin diverse măsuri semnalate în Codul Muncii al Republicii Moldova nr.154 din 28.03.2003 cu modificările ulterioare. Măsurile sunt benefice pentru dezvoltarea copiilor și au drept scop protecția sănătății mamei și copilului, dar aflarea în concediul de îngrijire a copilului pe o perioadă îndelungată de timp produce frecvent anumite probleme în relația femeii cu piața muncii, reducând oportunitățile de creștere profesională și avansare în carieră a acesteia, întrucât în condițiile liberalizării economice, piața muncii a devenit mai flexibilă, au sporit cerințele față de pregătirea profesională a angajaților și necesitatea menținerii unui nivel înalt de calificare pe parcursul întregii perioade de activitate economică.

Un aspect important în analiza concilierii rolului parental cu cel profesional îl constituie concediul pentru îngrijirea copilului. În prezent, în Republica Moldova, concediul plătit pentru îngrijirea copilului, pentru un părinte sau o rudă apropiată acesteia (bunică, bunel), este de 3 ani pentru persoanele asigurate și 1,5 ani pentru femeile neasigurate. De asemenea, legislația prevede că, la cerere, persoana asigurată poate beneficia și de concediu neplătit pentru îngrijirea copilului de la 3 la 6 ani, cu păstrarea locului de muncă. În comparație cu țările vecine și o parte din țările europene, Republica Moldova este

destul de generoasă în acest domeniu, oferind o perioadă destul de îndelungată pentru părinți de a îngriji și a crește copilul nou-născut. Acest lucru se datorează, în mare parte, lipsei instituțiilor de creșă, întrucât marea majoritate a instituțiilor preșcolare primesc copii doar începând cu vârsta de 3 ani. Situația dată influențează negativ posibilitățile femeii de a se afirma în cariera profesională, pentru că, în 95 la sută din cazuri, mama este cea care își ia concediul de îngrijire a copilului.

Datele cercetării *Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova* relevă că 72,7% dintre bărbați și 75,5% dintre femei doresc ca durata concediului de îngrijire să fie de 3 ani. Într-o măsură mai mare, pledează pentru concediul de îngrijire a copilului de 1 an de zile bărbații și femeile cu vârsta de 18-29 de ani (*Tabelul 5.2.3*). Acest fapt relevă schimbările ce au loc în viziunea generațiilor tinere, care acordă o atenție mai mare carierei profesionale și încearcă să îmbine armonios rolul matern cu cel profesional.

Concediului „prea lung” de îngrijire a copilului are un impact negativ asupra carierei profesionale a femeii. În acest sens, sunt necesare și campanii de informare a populației care să prezinte beneficiile concilierii vieții de familie cu cea profesională. Acțiunile de reducere a concediilor de îngrijire trebuie să meargă în paralel cu dezvoltarea ofertei de servicii de îngrijire și educație timpurie (până la 3 ani), creșterea numărului de creșe, egalarea concediilor pentru îngrijirea copilului pentru persoanele asigurate și neasigurate și introducerea și instituționalizarea serviciului de bonă.

Un alt factor ce determină dificultăți în concilierea vieții de familie a femeii cu activitatea profesională este flexibilitatea scăzută a programelor de muncă în

Republica Moldova. Datele anuale ale Anchetei Forței de Muncă, realizată de BNS, evidențiază că femeile optează pentru un program mai flexibil de muncă din cauza responsabilităților familiale. Respectiv, promovarea programelor flexibile de muncă este importantă. Semnalăm că Codul Muncii al Republicii Moldova stipulează mai multe prevederi care facilitează angajarea și activitatea de muncă și odihnă a femeilor gravide și a celor cu copii în vârstă de până la 6 ani, plasându-le într-o categorie specială de angajați, cărora le este interzis refuzul de angajare din motivul de graviditate și existență a copiilor. Totuși, diverse studii evidențiază nerealizarea în practică a acestor garanții legale. Femeile tinere, aflate la vârsta procreării, femeile însărcinate, femeile cu copii mici sunt etichetate frecvent de angajatori, le este refuzată angajarea etc.

Studiul *Cererea și oferta serviciilor de educație timpurie și preșcolară din perspectiva angajării femeii în câmpul muncii (cazul Republicii Moldova)*, UNICEF și UN Women, 2013, relevă că 9,5% dintre femei cu copii cu vârsta de 0-3 ani s-au confruntat cu situații reale de discriminare, fiind refuzate în angajarea în câmpul muncii pe motiv că aveau copil mic sau erau însărcinate. Alte 10,8% dintre femeile cu copii în vârstă de 3-6 (7) ani au fost refuzate în angajarea în câmpul muncii pe

motiv că aveau copil mic. Ponderea femeilor cu copii în vârstă de până la 6 (7) ani, care au fost refuzate, este dublă în mediul rural, comparativ cu cel urban.

Același studiu atestă că la 5,9% dintre femei li s-a cerut să elibereze locul de muncă pe motiv că sunt însărcinate sau au copil mic. Cu situația dată se confruntă mai frecvent femeile din mediul rural (7,5%) în comparație cu cele din mediul urban (3,0%).

Cele evidențiate relevă că acțiunile autorităților din Republica Moldova sunt orientate spre reducerea segregării de gen pe piața muncii, precum și reducerea diferențelor în salarizarea femeilor și bărbaților. Studiile sociologice atestă însă dificultăți în concilierea vieții personale cu activitatea profesională a femeilor datorate nerespectării cadrului normativ de către angajatori, pe de o parte, dar și lipsei serviciilor de educație timpurie, pe de altă parte. Reieșind din aceasta, este necesară consolidarea eforturilor întru eliminarea segregării ocupaționale, adoptarea măsurilor pentru diminuarea decalajului dintre salarii, pensia pentru limita de vârstă, reintegrarea migranților în țara de origine și dezvoltarea serviciilor de educație timpurie pentru copiii în vârstă de 2-3 ani, precum și un control mai strict al angajatorilor în ceea ce privește respectarea drepturilor femeilor cu copii mici.

Tabelul 5.2.3.

Opinii privind durata concediului de îngrijire a copilului, după naștere, %
Sursa: Cheianu-Andrei D., Perevoznic I., Zaporozhan-Pârgari A., Grosu E. Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova. În baza metodologiei IMAGES. – Centrul de Drept al Femeilor, Centrul de Investigații și Consultanță „SocioPolis”, 2015, p. 104

Tabelul. 5.2.3.

	Bărbați (n=1515)			Femei (n=503)		
	0-12 luni	0-3 ani	0-6 ani	0-12 luni	0-3 ani	0-6 ani
Total	9,8	72,7	11,9	8,1	75,5	13,5
18-29 ani	12,5	68,2	11,6	10,3	73,2	11,3
30-39 ani	7,6	75,1	13,0	3,6	82,7	13,6
40-49 ani	8,2	75,7	12,5	7,8	75,5	15,7
50-59 ani	8,7	75,5	10,4	9,2	72,2	15,5

5.3. Răspunsul sistemului de sănătate la violența de gen și impactul acesteia asupra sănătății sexuale și reproductive

Violența față de femei în familie este un rezultat al inegalității de gen și discriminării. Pentru combaterea fenomenului violenței în familie este important să cunoaștem atitudinile populației față de acest fenomen. Astfel, studiul *Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova* atestă că, în opinia a 27,7% dintre bărbați, femeia trebuie să tolereze violența pentru a-și păstra familia. Această opinie este împărtășită însă doar de 17,5% dintre femei. 41,1% dintre bărbați susțin că sunt momente când femeia trebuie bătută. Numărul femeilor care sunt de acord cu această afirmație este de peste 2 ori mai mic decât cel al bărbaților (*Tabelul 5.3.1*).

Femeia este responsabilă, în opinia a peste 40 la sută dintre bărbați, și pentru cazurile de viol, iar dacă aceasta are o reputație proastă sau nu opune rezistență fizică când este violată, aceste cazuri nu pot fi considerate drept viol. Datele cercetării menționate mai sus relevă că odată cu creșterea nivelului de studii, dar și a veniturilor se micșorează numărul bărbaților care consideră femeia ca fiind persoana vinovată pentru viol. Totuși, în societatea moldovenească sunt prezente prejudecăți și stereotipuri privind violența fizică și sexuală atât în rândul bărbaților, cât și al femeilor (*Tabelul 5.3.2*).

În ultimii ani, în Republica Moldova, s-au întreprins multiple acțiuni pentru egalitatea de gen, eliminarea violenței și dezvoltarea serviciilor sociale în acest domeniu. Se întreprind acțiuni pentru

ajustarea cadrului normativ național și a politicilor naționale²⁰⁴ la standardele ONU și Consiliului Europei în domeniul prevenirii și combaterii violenței în familie, precum și implementării recomandărilor CEDAW, oferite Guvernului în anul 2013, adoptarea/ratificarea unor convenții internaționale, precum Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice (Convenția de la Istanbul). În pofida cadrului legislativ avansat pentru combaterea violenței bazată pe gen, în Republica Moldova, ca și în alte țări care au inițiat lupta împotriva acestui fenomen social, până în prezent există o diferență semnificativă între exercitarea drepturilor *de facto* față de *de jure*. Deși au fost aprobate instrucțiuni pentru diferite categorii de specialiști (polițiști, medici, asistenți sociali)²⁰⁵ privind intervenția acestora în cazurile de violență în familie, există situații când femeile, victime ale violenței, nu sunt identificate și nu beneficiază de servicii de asistență socială și protecție²⁰⁶, există, însă, și victime ale violenței în familie identificate, dar neasistate. Multiple lacune există în asigurarea asistenței legale și sociale a victimelor violenței sexuale²⁰⁷.

204 Proiectul de lege cu privire la completarea și modificarea unor acte din domeniul violenței în familie aprobat în a doua lectură la 13.07.2016.

205 Ordinul MMPSF nr. 22 din 09.02.2012 Cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind intervenția secțiilor/direcțiilor asistență socială și protecția familiei în cazurile de violență în familie; Ordinul Ministerului Sănătății nr. 155 din 24.02.2012 Cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medicale în cazurile de violență în familie; Ordinul MAI nr. 275 din 14.08.2012 Cu privire la aprobarea Instrucțiunii metodice privind intervenția organelor afacerilor interne în prevenirea și combaterea cazurilor de violență în familie.

206 Rusu, V. *Studiu privind realizarea drepturilor victimelor violenței în familie în sistemul de asistență și protecție din Republica Moldova*. Centrul Internațional pentru Protecția și Promovarea Drepturilor Femeii „La Strada” Chișinău, 2013, p.6.

207 Cheianu-Andrei, D., Bayram, N. *Asigurarea accesului victimelor violenței sexuale la protecție legală și socială adecvată*. Centrul Internațional „La Strada”, Centrul de Investigații și Consultanță “SocioPolis”, Chișinău, 2015.

Tabelul. 5.3.1.

	Bărbați (n=1515)		Femei (n=503)	
	Acord total	Acord parțial	Acord total	Acord parțial
O femeie trebuie să tolereze violența pentru a-și păstra familia	8,5	19,2	6,6	10,9
Sunt momente când o femeie trebuie bătută	13,0	28,1	6,0	13,1

Violența, bazată pe gen, determină migrația femeilor, respectiv și creșterea riscurilor de exploatare prin muncă și a traficului de ființe umane. Există deficiențe în implementarea eficientă a cadrului legal-normativ, lacune în oferirea asistenței adecvate femeilor victime ale violenței, inclusiv femeilor de etnie romă, femeilor migrante, femeilor în vârstă, femeilor cu dizabilități etc.²⁰⁸.

În acest context, este important ca să existe date cu privire la prevalența violenței față de femei, factorii care determină acest fenomen, ponderea cazurilor de violență investigate și condamnate, precum și impactul violenței asupra sănătății.

Pentru cunoașterea situației în domeniul violenței față de femei, Biroul Național de Statistică a realizat în anul 2010, studiul

208 Bogrug-Lungu V., Triboi I. Ganea E. *Raport de evaluare a gradului de implementare a Programului național de asigurare a egalității de gen pe anii 2010-2015*.- OSCE în Moldova, Chișinău, 2015, p.73-74.

Tabelul. 5.3.2.

	Bărbați (n=1515)		Femei (n=503)	
	Acord total	Acord parțial	Acord total	Acord parțial
Dacă o femeie este violată, înseamnă că ea a făcut ceva ca să ajungă în această situație	10,8	31,4	5,8	20,3
În unele cazuri de viol, însăși femeia și-a dorit, de fapt, ca acest lucru să se întâmple	13,4	32,4	6,4	21,3
Dacă o femeie nu opune rezistență fizică când este violată, atunci nu putem spune că a avut un viol	30,5	27,5	23,1	21,5
Nu se consideră viol, dacă victima este ușuratică sau dacă are o reputație proastă	14,0	20,5	16,3	15,5

Violența față de femei în familie în Republica Moldova. Potrivit acestui studiu, 63,4% dintre femei și fete, cu vârsta de 15 ani și peste, au fost supuse cel puțin la o formă de violență fizică, psihologică sau sexuală pe parcursul vieții. Studiul dat permite să cunoaștem prevalența violenței față de femeile cu vârsta 15-49 de ani din partea soțului/partenerului în ultimele 12 luni anterioare studiului²⁰⁹ (Tabelul 5.3.3). Astfel, prevalența violenței fizice și sexuale față de femeile în vârstă de 15-49 de ani din partea soțului/partenerului, în anul 2010, a constituit 13,4%, iar prevalența totală a violenței (psihologică, fizică sau sexuală) – 26,8%. Violența față de femei este mai frecventă printre femeile din mediul rural și cele cu un nivel jos de studii.

Studiile în domeniul violenței față de femei prezintă consecințele acțiunilor de

209 Indicatorul 38 de monitorizare a Obiectivului 5 de Dezvoltare Durabilă.

Tabelul 5.3.1.

Atitudini privind violența, %
Sursa: Cheianu-Andrei D., Perevoznic I., Zaporojan-Părgari A., Grosu E. Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova. În baza metodologiei IMAGES. – Centrul de Drept al Femeilor, Centrul de Investigații și Consultanță „SocioPolis”, 2015, p. 63.

Tabelul 5.3.2.

Atitudini privind violul, %
Sursa: Cheianu-Andrei D., Perevoznic I., Zaporojan-Părgari A., Grosu E. Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova. În baza metodologiei IMAGES. – Centrul de Drept al Femeilor, Centrul de Investigații și Consultanță „SocioPolis”, 2015, p. 92-93.

Tabelul 5.3.3.
Incidența și prevalența violenței față de femei, 2010, %
Sursa: Violența față de femei în familie în Republica Moldova. - BNS, Chișinău, 2011.

Tabelul. 5.3.3.

Prevalența femeilor care au suferit în urma violenței psihologice, fizice sau sexuale în ultimele 12 luni din partea soțului/partenerului	26,8
Ponderea femeilor în vârstă de 15-49 de ani care au suferit în urma violenței fizice sau sexuale în ultimele 12 luni din partea soțului/partenerului	13,4
Ponderea femeilor în vârstă de 15-49 de ani care au suferit în urma violenței fizice sau sexuale în ultimele 12 luni din partea altor persoane decât soțul/partenerul	1,2
Ponderea femeilor în vârstă de 15-49 de ani care au suferit în urma violenței fizice sau sexuale pe parcursul vieții din partea soțului/partenerului	43,3
Ponderea femeilor în vârstă de 15-49 de ani care au suferit în urma violenței fizice sau sexuale pe parcursul vieții din partea altor persoane decât soțul/partenerul	6,3
Rata incidenței violenței economice din partea soțului/partenerului	8,7
Rata incidenței violenței psihologice din partea soțului/partenerului	57,1

violență asupra sănătății fizice și mentale ale victimei. De cele mai dese ori, femeile raportează dureri și vânătăi, urmate de răni la ochi, luxații și dislocații. Dar există și cazuri mai grave – fracturi ale oaselor, leziuni ale organelor interne, precum și pierderi de sarcină (Fig. 5.3.1).

Cazurile de violență sexuală, mai frecvent, determină fracturi și leziuni interne, precum și pierderea sarcinii, în comparație cu violența fizică. Practic, fiecare a 10-a victimă a violenței sexuale din partea soțului/partenerului pe parcursul vieții are fracturi, leziuni interne sau pierdere de sarcină. Dacă ne referim la caracteristicile de bază ale femeilor-victime, semnalăm că

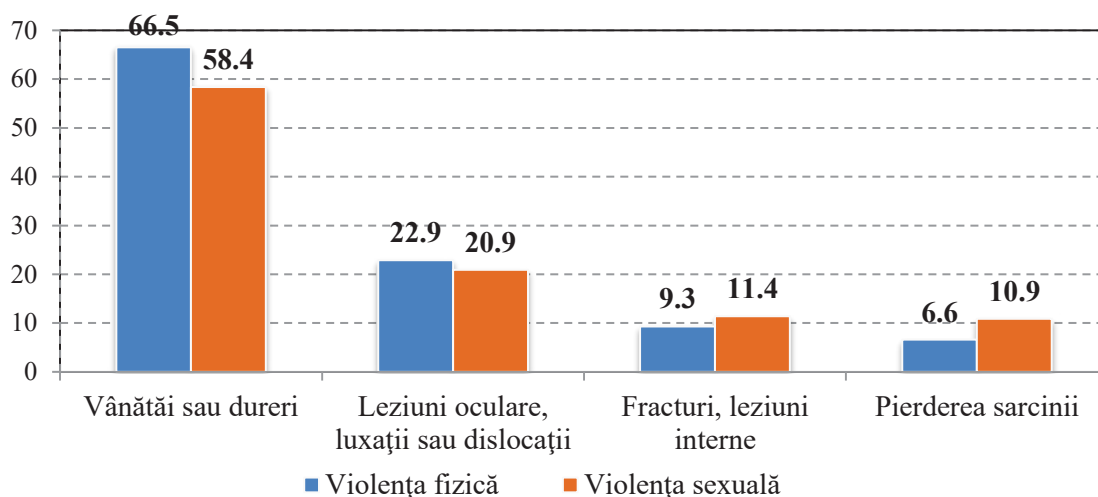
raportarea consecințelor acțiunilor violente din partea soțului/partenerului crește odată cu înaintarea în vârstă, dat fiind experiența acumulată pe parcursul vieții.

Femeile victime ale violenței, de cele mai dese ori, nu raportează cazurile de violență autorităților. Datele cercetării realizate de Biroul Național de Statistică relevă că aproximativ jumătate din victime relatează despre cele întâmplate părinților, însă într-o măsură mică poliției, medicilor etc. (Tabelul 5.3.4). Semnalăm că femeile rome ascund sau minimizează violența împotriva lor și nu solicită ajutor în caz de violență²¹⁰.

²¹⁰Studiu cu privire la situația femeilor și fetelor rome din Republica Moldova. UN Women, UNDP, OHCHR, 2014, p.50.

Fig. 5.3.1.
Distribuția femeilor-victime ale violenței fizice sau sexuale după tipul consecințelor asupra sănătății femeii, %
Sursa: Violența față de femei în familie în Republica Moldova. BNS, Chișinău, 2011, p.42.

Fig. 5.3.1.



Tabelul. 5.3.4.

	Violența din partea soțului/partenerului				Violența fizică din partea altor persoane
	Violența fizică	Violența sexuală	Violența fizică sau sexuală	Violența fizică și sexuală	
Poliției	18,8	22,5	16,4	32,8	14,9
Părinților	47,3	46,5	42,9	61,7	47,3
Altora rude	25,8	32,4	23,6	43,4	27,5
Prietenilor	18,1	17,4	16,8	21,8	27,5
Vecinilor	8,9	7,8	7,8	11,4	2,0
Medicilor	5,7	7,4	5,0	10,8	3,2
Altora persoane	8,6	9,4	7,5	13,7	4,8

Doar 10% de femei victime a unei violențe severe și una dintr-o sută femei victime a violenței moderate din partea soțului/partenerului au raportat cazul de violență medicilor (Tabelul 5.3.5). Lucrătorii medicali nu se bucură de prea multă încredere din partea victimelor violenței, fapt ce implică provocări adiționale cu privire la capacitățile acestora de a identifica și gestiona cazurile de violență fizică și sexuală.

Cele evidențiate atestă necesitatea studierii impactului violenței, bazat pe gen, asupra stării de sănătate a femeilor, în general, și asupra sănătății reproductive, în special. Actualmente, în Republica Moldova, nu există studii calitative care să releve impactul violenței asupra sănătății, în general, și a celei sexuale și reproductive, în special, inclusiv răspunsul sistemului de sănătate la necesitățile victimelor violenței. Marea majoritate a studiilor se referă la

sistemul de asistență și protecție existent pentru victimele violenței în familie, la modul de înregistrare a cazurilor de către polițiști, rolul procuraturii și a instanțelor de judecată în soluționarea cazurilor de violență în familie, rolul specialiștilor din sistemul de asistență și protecție socială, emiterea și monitorizarea ordonanțelor de protecție, tratând secvențial și rolul instituțiilor medicale în asistența acestei categorii de victime²¹¹.

Conform Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medicale în cazurile de violență în familie, prestatorii de servicii medicale joacă un rol important în identificarea victimelor violenței în familie, acordarea asistenței medicale și emoționale, documentarea minuțioasă și orientarea de

211 Rusu, V. *Studiu privind realizarea drepturilor victimelor violenței în familie în sistemul de asistență și protecție din Republica Moldova*. Centrul Internațional pentru Protecția și Promovarea Drepturilor Femeii „La Strada” Chișinău, 2013, p.66-67.

Tabelul. 5.3.5.

	Violență fizică din partea soțului/partenerului	din care:	
		Violență moderată	Violență severă
Poliției	26,0	3,5	39,1
Părinților	65,3	66,3	64,7
Altora rude	35,6	36,1	35,3
Prietenilor	25,0	21,4	27,0
Vecinilor	12,4	9,3	14,2
Medicilor	7,8	1,1	11,8
Altora persoane	11,9	6,9	14,9

Tabelul 5.3.4.

Ponderea femeilor-victime care au raportat cazurile de violență din partea soțului/partenerului și a altora persoane pe parcursul vieții, după persoana căreia i-au fost raportate aceste cazuri și după tipuri de violență, % din total victime ale violenței
Sursa: *Violența față de femei în familie în Republica Moldova*. - BNS, Chișinău, 2011, p.139.

Tabelul 5.3.5.

Ponderea femeilor-victime care au raportat cazuri de violență fizică din partea soțului/partenerului pe parcursul vieții, după gravitatea cazurilor de violență, % din total victime care au raportat cazuri de violență
Sursa: *Violența față de femei în familie în Republica Moldova*. - BNS, Chișinău, 2011, p.139.

către aceștia a victimelor spre alte servicii²¹². Instrucțiunile caracterizează amănunțit consecințele medicale ale violenței, inclusiv pentru copii și femeile gravide.

Studiul *Asigurarea accesului victimelor violenței sexuale la protecție legală și socială adecvată*, 2015, evidențiază că consilierea psihologică individuală este un serviciu pe care îl prestează toate organizațiile ce oferă servicii pentru victimele violenței în familie. Asistența medicală este oferită, aproximativ, de jumătate din numărul total de instituții care oferă servicii pentru victimele violenței în familie. În cazul problemelor de sănătate, victimele sunt orientate spre instituțiile medicale, care pot beneficia de aceste servicii în baza Poliției de Asigurare Medicală. Marea majoritate a acestora, însă, nu dispun de poliță activă (excepție copiii care sunt asigurați, în mod obligatoriu, până la împlinirea vârstei de 18 ani)²¹³.

Victimele violenței fizice și sexuale apelează și la instituțiile de expertiză medico-legală. O parte componentă importantă pentru inițierea dosarului penal împotriva agresorului constă în rezultatele expertizei medico-legale ale victimei, care, în majoritatea cazurilor, constituie proba de bază pentru învinuirea bănuțului. O problemă în realizarea expertizelor medico-legale se referă la durata de pregătire a acestora. Colaborarea dintre organele de poliție și experții de la medicina legală este una bună. Cunoașterea și îndeplinirea corectă a atribuțiilor de serviciu contribuie nemijlocit la rezolvarea cu succes a cazurilor. Specialiștii în drept, însă, au semnalat că este necesar de îmbunătățit

condițiile în care are loc expertiza medico-legală, dat fiind faptul că utilajul acestor instituții este învechit (din anii 1970). Lipsa unor aparate pentru expertizele legale în secțiile teritoriale determină, de asemenea, incomodități pentru victime, care trebuie să se deplaseze dintr-o regiune în alta²¹⁴.

Cunoașterea prezenței unui cadru legal și instituțional în domeniul violenței necesită a fi îmbunătățită în rândul femeilor. Conform studiului *Violența față de femei în familie în Republica Moldova*, doar 42,2% din totalul femeilor cunosc despre Legea nr. 45 privind prevenirea și combaterea violenței în familie. Cadrul legal și instituțional în acest domeniu este mai cunoscut femeilor din mediul urban și celor cu studii superioare²¹⁵.

Studiul sociologic *Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova* atestă că bărbații și femeile au viziuni diferite referitor la aprecierea cadrului normativ care reglementează violența față de femei și modul de funcționare a acestuia (Tabelul 5.3.6): 36,9% dintre bărbați și 49,7% dintre femei nu sunt de acord că, în conformitate cu reglementările normative referitoare la violența față de femeie, unei femei îi este ușor să aducă acuzații împotriva unui bărbat, pe motiv de violență; 55,8% dintre bărbați și 73,2% dintre femei nu consideră că prevederile normative actuale sunt prea aspre pentru agresori; 81,3% dintre bărbați și 84,1% dintre femei recunosc că actualul cadru normativ nu asigură suficientă protecție victimelor violenței; 58,7% dintre bărbați și 69,1% dintre femei au semnalat, însă, că normele legale actuale, referitoare la violența față de femei, expun femeile la o mai mare stigmatizare și rușine.

212 Ordinul Ministerului Sănătății nr. 155 din 24.02.2012 Cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medicale în cazurile de violență în familie.

213 Cheianu-Andrei D., Bayram N. *Asigurarea accesului victimelor violenței sexuale la protecție legală și social adecvată*. – Centrul Internațional “La Strada”, Centrul de Investigații și Consultanță „SocioPolis”, 2015, p. 41-56.

214 Cheianu-Andrei D., Bayram N. *Asigurarea accesului victimelor violenței sexuale la protecție legală și social adecvată*. – Centrul Internațional “La Strada”, Centrul de Investigații și Consultanță „SocioPolis”, 2015, p. 30.

215 *Violența față de femei în familie în Republica Moldova*. – BNS, Chișinău, 2011, p. 54-55.

Tabelul. 5.3.6.

	Bărbați (n=993)		Femei (n=314 persoane)	
	Acord total	Acord parțial	Acord total	Acord parțial
Este prea ușor pentru o femeie să aducă acuzații împotriva unui bărbat, pe motiv de violență	27,3	35,8	15,6	34,1
Este prea aspru pentru agresor	14,7	29,5	9,6	17,2
Nu este îndeajuns de aspru pentru agresor	38,2	33,2	52,9	24,2
Nu asigură suficientă protecție victimelor violenței	41,8	39,5	52,9	31,2
Expune femeia la o mai mare stigmatizare și rușine	28,3	30,4	36,9	32,2

Tabelul 5.3.6.

Aprecieră cadrulul normativ care reglementează violența față de femeie, %
 Sursa: Cheianu-Andrei D., Perevoznic I., Zaporozjan-Pârgari A., Grosu E. Bărbații și egalitatea de gen în Republica Moldova. În baza metodologiei IMAGES. – Centrul de Drept al Femeilor, Centrul de Investigații și Consultanță „SocioPolis”, 2015, p. 107.

Pentru a reduce violența trebuie „pedepse mai aspre”. Nerespectarea de către agresori a Ordonanțelor de protecție a determinat introducerea Ordinului de restricție ca măsură specială, ce completează măsurile de protecție a victimei în vederea intervenției imediate a organelor de poliție și eliminării din locuință a agresorului, sancționarea penală pentru neexecutarea Ordonanței de protecție și sancționarea contravențională a neexecutării Ordinului de restricție etc.²¹⁶.

De asemenea, este necesar a dezvolta serviciile specializate pentru agresori. Toți agresorii trebuie obligați să urmeze programe de terapie care să-i responsabilizeze și să-i facă să conștientizeze necesitatea schimbării comportamentului.

Nu mai puțin importante sunt evidența și monitorizarea cazurilor în care agresorii au fost condamnați pentru acțiunile violente împotriva femeilor și copiilor conform indicatorului 39 de monitorizare și evaluare a Obiectivului 5 de Dezvoltare Durabilă.

Analiza domeniului Ocrotirea sănătății din Programul național de asigurare a egalității

²¹⁶ Proiectul de lege cu privire la completarea și modificarea unor acte în domeniul violenței în familie, aprobat în a doua lectură la 13.07.2016.

de gen relevă următoarele progrese: includerea dimensiunii de gen în unele documente strategice; elaborarea/ajustarea instrucțiunilor metodice și standardelor în domeniul sănătății prin prisma dimensiunii de gen; realizarea acțiunilor de instruire a lucrătorilor medicali, dar și a altor specialiști (membri ai echipelor multidisciplinare) în aspecte de ocrotire a sănătății femeilor și fetelor, inclusiv afectate de violență în familie etc. Cu toate acestea, studiile analizate relevă că acțiunile în acest domeniu trebuie continuate.

5.4. Concluzii și recomandări de politici

- Realizarea de către Republica Moldova a angajamentelor naționale și internaționale asumate în domeniul asigurării drepturilor omului, cu accent prioritar asupra asigurării egalității de gen.
- Dezvoltarea programelor de schimbare a atitudinii și comportamentului populației privind rolul femeii și a bărbatului în familie și societate, de lichidare a lacunelor în cunoștințe, de schimbare a stereotipurilor de gen, de promovare a valorii maternității, paternității și a egalității de gen.

Crearea condițiilor favorabile pentru concilierea vieții de familie cu cea profesională, asigurând egalitatea de gen, poate fi obținută prin promovarea următoarelor acțiuni:

- Reducerea diferențelor salariale prin intervenții clare axate pe cauzele diferențelor salariale – discriminarea indirectă pe piața forței de muncă și discriminarea directă la locul de muncă.
- Reducerea diferențelor în pensiile pentru limita de vârstă prin egalarea stagiului de cotizare și a vârstei de pensionare pentru femei și bărbați.
- Dezvoltarea serviciilor de educație timpurie care să permită femeilor revenirea pe piața forței de muncă atunci când acestea își doresc.
- Controlul și pedepsirea angajatorilor care discriminează femeile gravide, mamele cu copii mici la angajare și/sau nu respectă drepturile acestora.

În scopul eradicării violenței bazate de gen se recomandă:

- Semnarea și ratificarea de către Republica Moldova a Convenției Consiliului Europei privind prevenirea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie.
- Dezvoltarea serviciilor pentru victimele violenței în familie prin alocarea de fonduri de la bugetul de stat pentru

acțiunile de prevenire și combatere a violenței, inclusiv pentru terapia de lungă durată, asistență medicală gratuită pentru victimele violenței fizice și sexuale care nu dispun de poliță de asigurare medicală.

- Elaborarea și aprobarea standardelor minime de calitate pentru serviciile prestate victimelor violenței în familie.
- Dezvoltarea serviciilor pentru agresori și introducerea obligativității urmăririi de către aceștia a programelor de terapie. Monitorizarea cazurilor în care agresorii au fost condamnați pentru acțiunile violente împotriva femeilor și copiilor (indicatorul 39 de monitorizare și evaluare a Obiectivului 5 de Dezvoltare Durabilă).
- Consolidarea parteneriatelor între reprezentanții instituțiilor de drept, sociale, medicale, societatea civilă etc. și dezvoltarea mecanismelor de colaborare intersectorială în domeniul prevenirii și combaterii violenței față de femei și oferirii protecției acestora.
- Realizarea unor studii calitative (longitudinale sau retrospective) privind impactul violenței asupra sănătății, în general, și a celei sexuale și reproductive, în special, în scopul dezvoltării unor politici bazate pe dovezi privind asistența medicală a femeilor victime ale violenței.