Inegalitățile în Republica Moldova: Provocări și oportunități

Autori:

Veronica Sandu: Nivel de trai

Andrei Brighidin: Sănătate

Alexei Buzu: Piața Muncii

Chisinau, 2017

Acest studiu a fost elaborat în cadrul Proiectului „Inițiativa comună de promovare a oportunităților egale", implementat de către Fundaţia Est-Europeană şi Centrul Parteneriat pentru Dezvoltare cu suportul Agenției Elvețiene pentru Dezvoltare și Cooperare, Guvernului Suediei și a Ministerului Afacerilor Externe a Danemarcei (DANIDA). Conținutul acestui raport nu reflectă neapărat viziunile și politicile donatorilor.

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development and Cooperation SDC
Agenţia Elveţiană pentru Dezvoltare şi Cooperare

SWEDEN

Danida

Proiect

Cuprins

Acronime ... 3

Lista tabelelor ... 3

Lista figurilor ... 3

Sumar executiv ... 5

Introducere ... 7

Metodologie și abordare ... 8

1. Nivelul de trai ... 10

1.1 Sărăcia ... 10

1.2. Condiții de trai ... 12

1.3. Accesul la utilități ... 13

1.4 Politicile sociale - răspunsul asistenței sociale la nivel de trai redus ... 15

1.5 Politicile sociale – prevenirea sărăciei și excluziunii ... 21

2. Sănătate ... 23

2.1 Percepția subiectivă a stării de sănătate ... 23

2.2 Adresabilitatea la serviciile medicale ... 25

2.3 Accesibilitatea financiară ... 27

2.4 Asigurarea medicală ... 28

2.5. Informaţia cu privire la beneficiile asigurării medicale obligatorii de asistenţă medicală ... 31

2.6. Răspunsul de politici în domeniul sănătăţii ... 31

3. Piața muncii ... 34

3.1 Ocuparea pe piața muncii ... 34

3.2 Calitatea ocupării pe piața muncii ... 37

3.3 Calificarea forței de muncă ... 41

3.4.Cauzele inegalităților și răspunsul de politici ... 43

Concluzii ... 50

Bibliografie ... 52

Project

Acronime

AFM	Ancheta Forței de Muncă
BNS	Biroul Național de Statistică
CBGC	Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice
ISM	Inspectoratul de Stat al Muncii
ME	Ministerul Economiei
MMPSF	Ministerul Muncii, Protecției Sociale și a Familiei
CNAM	Compania Naţională de Asigurări în Medicină

Lista tabelelor

Tabel 1. Sărăcia în Republica Moldova, 2010-2015 11
Tabel 2. Sărăcia grupurile vulnerabile, tendința 2010-2015 12
Tabel 4. Inegalitățile pe piața muncii 43

Lista figurilor

Figură 1. Dreapta: ponderea persoanelor sub pragul sărăciei absolute. Stânga: Profunzimea sărăciei absolute (2015) 11
Figură 2. Dreapta: ponderea gospodăriilor cu dificultăți la plata utilităților, 2015 Stânga: spațiul locativ mediu la un membru al gospodăriei, 2015 13
Figură 3. Dreapta: ponderea gospodăriilor fără apeduct. Stânga: ponderea gospodăriilor cu acces la apeduct rețea publică, 2015 14
Figură 4. Dreapta: ponderea gospodăriilor cu calculator. Stânga: ponderea gospodăriilor access la internet, 2015 15
Figură 5. Dreapta: ponderea gospodăriilor care beneficiază de prestații. Stânga: ponderea prestațiilor sociale în venit. (2015) 16
Figură 6. Ponderea gospodăriilor care primesc ambele plăți targhetate, 2015 17
Figură 7. Dreapta: sărăcia înainte de prestații. Stânga rata sărăciei absolute după prestații (2015) 18
Figură 8. Reducerea sărăciei ca urmare a principalelor prestații de asigurare socială per grup vulnerabil, 2015 19
Figură 9. Performanța plăților sociale, tendință, 2012-2015 20
Figură 10. Percepţia cu privire la starea lor de sănătate în 2010 şi 2012 23
Figură 11. Autoaprecierea stării de sănătate a persoanelor Roma versus non roma, pe grupuri de vârstă 24
Figură 12. Procentul de persoane care au declarat ca in decursul ultimelor 12 luni au apelat la medicul de familie sau specialist pentru servicii medicale 25
Figură 13. Procentul de persoane care în ultimele 12 luni a renunţat cel puţin o dată la vizita medicului de familie sau specialist în condiţiile în care au avut necesitate 26
Figură 14. Proporţia vizitelor la medic realizate pe parcursul ultimelor 12 luni 26
Figură 15. Procentul de persoane care au suportat în ultimele 4 săptămâni plăţi informale pentru serviciile medicale 27
Figură 17. Motivele neadresării la medic, 2011 28
Figură 18. Procentul de persoane care nu dispun de asigurare medicală obligatorie de la CNAM 28

Project

Figură 19. Procentul de persoane care nu dispun de asigurare medicală de la CNAM din cauza că lucrează neoficial....29
Figură 20.Procentul de persoane care nu dispun de asigurare obligatorie de asistenţă medicală de la CNAM din cauza că nu sunt angajate....29
Figură 21. Nivelul acoperirii cu AOAM pe sexe și medii de reședință....30
Figură 22. Procentul de persoane care nu cunosc despre faptul că unele medicamente sunt compensate sau se acordă fără plată în baza asigurării medicale....31
Figură 23. Rata de ocupare în dependență de gen și grupul de vârstă, 2016-2010....34
Figură 24. Ponderea bărbaților și femeilor (15+) după categoriile de inactivitate în 2016 (stânga) și 2016 și 2010 (dreapta)....35
Figură 25. Rata de ocupare dup grup de vârstă și gen și ponderea persoanelor inactive după următoarele categorii: plecate peste hotare, pensionari, casnic(ă) după grupuri de vârstă și gen în anul 2016....36
Figură 26.Rata de ocupare a persoanelor cu dizabilități comparate cu rata de ocupare a persoanelor fără dizabilităţi 2015 (stânga) rata de ocupare a persoanelor cu dizabilităţi în funcţie de gradul de severitate pentru anii 2012/2015 (dreapta)....36
Figură 27. Rata de ocupare a persoanelor de etnie romă, 2011....37
Figură 28. Ponderea persoanelor ocupate din pe grupuri de vârstă și gen, 2016....38
Figură 29. Procentul de pierderi a pozițiilor salariale în 2016 comparativ cu 2010....38
Figură 30. Dinamica bărbaților și femeilor ocupați pe cont propriu în agricultura rurală (stânga) numărul de bărbați și femei salariați în agricultura rurală....39
Figură 31. Ponderea salariaților cu dizabilități în cadrul populației ocupate....39
Figură 32. Gradul de ocupare în agricultură 2010-2015 pentru grupurile de referință....40
Figură 33. Gradul de ocupare în sectorul informal 2010-2016....41
Figură 34. Ponderea persoanelor ocupate după nivelul de studii, 2000-2016....42
Figură 35. Ponderea persoanelor ocupate după nivelul de studii, gen și grupe de vârstă, 2016....42
Figură 36. Ponderea ocupației cu domeniul de pregătire, 2015 (dreapta) și ponderea persoanelor 25-64 ani care urmase o formă de instruire în ultimele 4 săptămâni (stânga)....43

Proiect

Sumar executiv

Acest studiu a fost realizat în cadrul proiectului „Inițiativa comună de promovare a oportunităților egale”, implementat cu suportul Agenției Elvețiene pentru Dezvoltare și Cooperare, Guvernului Suediei și a Ministerului Afacerilor Externe a Danemarcei (DANIDA). Iniţiativa are scopul de a îmbunătăți situația grupurilor marginalizate și vulnerabile prin promovarea principiului egalității și nediscriminării în elaborarea și implementarea politicilor publice.

Scopul studiului este de a analiza egalitatea de șanse și de a identifica potențialele disparități în bunăstare determinate de cinci caracteristici de vulnerabile în Moldova. Nivelul inegalității este determinat pentru următoarele grupuri de referință: gen, tineri, vârstnici, persoane cu dizabilități și persoanele de etnie romă. Trei domenii cheie au fost examinate din perspectiva disparităților și anume: nivelul de tai, sănătate și piața muncii.

Studiul nu pretinde a fi exhaustiv deoarece se bazează pe analiza datelor secundare, analiza studiilor și surselor existente, date dezagregate pe grupuri țintă furnizate în baza a trei anchete naționale: Ancheta Forței de Muncă, Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice, Ancheta cu privire la starea sănătăţii. Limitările studiului includ: metodologia curentă de calcul a sărăciei este depășită; insuficienţa datelor dezagregate pe grupurile respective, lipsa informaţiei actualizate cu privire la populaţia de etnie romă.

Constatările cu privire la nivelul de trai: la prima vedere, ratele sărăciei absolute precum și profunzimea sărăciei absolute pentru grupurile vulnerabile nu sunt mai mari în comparație cu aceiași indicatori pentru populația generală. Lacunele curente în metodologia de măsurare a sărăciei şi datele pentru sărăcie trebuie luate în considerare cu rezervă, or în anul 2017 BNS va furniza date privitor la sărăcie după metodologia nouă, care vor arată o imagine mai precisă. Indicatorii ”condiții de trai” și ”acces la utilități” arată că condițiile de trai sunt mai precare pentru grupurile analizate precum și faptul că aceste grupuri au acces mai redus la utilități. Sectorul de protecție socială depune eforturi de combatere a sărăciei și de reducere a inegalității, preponderent prin plăţile ”targhetate”. În același timp, este important de înțeles unde plasează aceste plăți gospodăriile în raport cu pragul sărăciei. Impresia este că ele sunt plasate imediat peste prag, ceea ce înseamnă vulnerabilitate cronică la sărăcie.

Constatările principale în domeniul sănătăţii: (i) În ultimii ani persistă un nivel scăzut de adresabilitate a persoanelor cu dizabilităţi şi a persoanelor în etate la serviciile medicale. Cauzele majore includ barierele de ordin infrastructural, atitudinal şi accesibilitate geografică. (ii) Plăţile informale pentru serviciile medicale este un fenomen în ascendenţă şi afectează toate grupurile vulnerabile, în special femeile. Redresarea acestei probleme necesită eforturi complementare asigurării integrităţii în sistemul de sănătate, inclusiv intervenţii educaţionale pentru diminuarea consumului iraţional de medicamente, extinderea listei de medicamente compensate şi mărirea procentului de compensare pentru servicii medicale. (iii) Aproximativ 30% din respondenţii anchetei cu privire la starea sănătăţii au declarat că nu dispun de asigurare obligatorie de asistenţă medicală, o bună parte dintre aceştia fiind tineri: femei şi bărbaţi (16-29 de ani). Soluţionarea acestei probleme necesită eforturi în domeniile conexe (educaţie, protecţie socială, muncă) care să stimuleze angajarea femeilor şi bărbăţilor pe piaţa muncii. (iv) Sunt îngrijorătoare discrepanţele dintre populaţia romă şi non-roma în toate aspectele aferente îngrijirii sănătăţii. Politici educaţionale incluzive, măsuri pozitive de susţinere a angajării în câmpul muncii, funcţionalitatea instituţiei mediatorului comunitar rom, combaterea stigmei şi discriminării sunt cruciale pentru încadrarea populaţiei de etnie romă în sistemul de asigurări obligatorii de asistenţă medicală.

Constatările de bază cu privire la piaţa muncii: Inegalitățile în ceea ce priveşte ocuparea forţei de muncă au rămas relativ neschimbate în ultimii cinci ani, în timp ce inegalităţile din perspectiva calităţii ocupării (munca în agricultura de subzistență și munca informală) au crescut. Dat fiind faptul că majoritatea inegalităților au rămas destul de semnificative, putem constata că în mare parte răspunsul de politici a fost unul mai puțin eficient. Multe din reformele structurale ale pieței muncii întârzie să fie adoptate (extinderea creșelor, reforma concediului de îngrijire a copilului), altele se implementează fragmentar (legea cu privire la incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități). Reforma sistemului de pensii a constituit un pas important care poate contribui la creșterea ocupării persoanelor în etate, însă, fără intervenții complementare, aceasta presupune riscuri pentru unele grupuri specifice cum ar fi femeile de vârstă pre-pensionară din zonele rurale.

Proiect

Introducere

Acest studiu a fost realizat în cadrul proiectului „Inițiativa comună de promovare a oportunităților egale”. Proiectul este implementat cu suportul Agenției Elveține pentru Dezvoltare și Cooperare, Guvernului Suediei și a Ministerului Afacerilor Externe a Danemarcei (DANIDA). Inițiativa are scopul de a îmbunătăți situația grupurilor marginalizate și vulnerabile prin promovarea principiului egalității și nediscriminării în elaborarea și implementarea politicilor publice.

Scopul studiului este de a analiza egalitatea de șanse și de a identifica potențialele disparități în bunăstare pentru grupurile vulnerabile în Moldova. Proiectul „Inițiativa comună de promovare a oportunităților egale” a identificat următoarele grupuri vulnerabile: femei, tineret, persoane în etate, persoane de etnie Romă, persoane cu dizabilităţi. Trei domenii cheie au fost considerate pentru analiza disparităților și anume: nivelul de tai, sănătate și piața muncii.

Raportul este împărțit în trei capitole, capitolul întâi oferă analiză comparativă între nivelul de trai pentru populația generală și nivelul de trai pentru grupurile considerate. Următoarele dimensiuni au fost considerate pentru domeniul nivel de trai: expunerea la sărăcie, diferențe în condiții de trai, dificultăți la accesul la utilități, precum și răspunsul sectorului de protecție socială la dificultățile specifice ale grupurilor considerate.

Capitolul doi oferă analiză comparativă între starea de sănătate a grupurilor vulnerabile versus populația generală. Acest capitol prezintă percepția subiectivă a stări de sănătate de către grupurile considerate, gradul de adresabilitate la serviciile medicale, accesul la asigurarea medicală.

Capitolul trei analizează accesul grupurilor de persoane vizate de proiect la piața muncii. În mod particular ocuparea acestora pe piața muncii, calitatea acestei precum și calificările acestora.

Acest raport se adresează celor care sunt interesați de excluziunea socială - reprezentanți ai societății civile, instituțiilor de stat, responsabililor de politici publice de integrare, incluziune și reducere a disparităților în societate, altor actori interesați de subiect, precum și publicului larg.

Proiect

Metodologie și abordare

Studiul se bazează pe analiza datelor secundare, analiza studiilor și surselor existente, date dezagregate pe grupurile analizate, informație furnizată de BNS în baza a trei anchete naționale: Ancheta Forței de Muncă, Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice, Ancheta cu privire la starea sănătăţii.

Toate grupurile sunt incluse, într-o măsură oarecare, în aceste anchete, cu excepția grupului roma, pentru care au fost analizate date preluate din alte rapoarte și analize. Datele pentru grupul roma au fost preluate din studiul *Romii din Republica Moldova în comunităţile locuite preponderent de romi* (ONU, 2013).

Studiul are la bază abordarea din perspectiva drepturilor omului. Analiza pune în aplicare principiul egalităţii şi nediscriminării prin examinarea complexă a situaţiei grupurilor vulnerabile, comparativ cu populaţia generală, în exercitarea drepturilor la un trai decent, muncă, îngrijirea sănătăţii. Domeniile examinate sunt ancorate în standarde în domeniul drepturilor omului. Analiza se concentrează pe identificarea barierelor structurale care împiedică realizarea de către grupurile vulnerabile vizate în studiu a drepturilor fundamentale şi tinde să formuleze recomandări de politici pentru înlăturarea acestora.

Abordarea specifică pentru capitolul nivel de trai: datele folosite pentru capitolul unu (nivel de trai) au fost extrase din Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice (CBGC). Aceste date au fost furnizate pentru anii 2012, 2013, 2014 și 2015. Datele pentru sărăcie trebuie interpretate considerând limitările procesului de colectare a acestor date. Boxa 1 mai jos prezintă sumar aceste limitări preluate din Nota Informativă-Sărăcia în Republica Moldova 2015. Nu toate grupurile sunt reprezentative prezente în eșantion, pentru fiecare caz separat este menționată situația când eșantionul este insuficient și datele trebuie considerate cu grijă.

Boxa 1. Limitările metodologe de colectare a datelor și de calculare a indicatorilor de sărăcie

Metodologia curentă de calcul a sărăciei este depășită din mai multe considerente:

Metodologia nu a fost revizuită timp de 9 ani, fapt care rezultă în neconvergența datelor cu situația economică curentă și rezultă în subestimarea semnificativă a indicatorilor sărăciei. Pragurile sărăciei trebuie revizuite ca să reflecte realitățile social economice.

Metodologia este în proces de revizuire iar datele revizuite vor fi disponibile în 2017. Cadrul de eșantionare este învechit fiind făcut în baza datelor recensământului din 2004 și trebuie actualizat cu datele celui mai recent recensământ. Acest lucru trebuie efectuat în mod prioritar pentru a ajusta eșantionul la schimbările în dimensiune populației.

Rata de non-răspunsuri este foarte mare și influențează calitatea datelor, această rată este mai mare de 30%, lucru care contribuie inclusiv la diminuarea ratelor sărăciei.

Aceeași notă a sărăciei conclude că din cauza problemelor metodologice evoluția ratelor sărăciei nu coincid cu evoluția social-economică în țară, respectiv datele pentru grupurile considerate nu sunt precise și trebuie interpretate corespunzător.

Abordarea specifică pentru capitolul sănătate: datele folosite pentru capitolul al doilea (sănătate) au fost extrase din ancheta cu privire la starea sănătăţii pentru anii 2010, 2012 şi 2016, realizată de Biroul Naţional de Statistică. În virtutea faptului că ancheta nu conţine informaţii dezagregate cu privire la populaţia de etnie romă, în acest capitol au fost utilizate cercetări şi analize suplimentare cu privire la realizarea dreptului la sănătate de către comunitatea Romă din Republica Moldova. Analiza inegalităților se va axa pe următoarele

dimensiuni relevante domeniului sănătăţii: percepţia subiectivă a stării de sănătate, adresabilitatea la serviciile medicale, accesibilitatea financiară, acoperirea cu asigurare medicală obligatorie, informarea cu privire beneficiile aferente poliţei de asigurare medicală obligatorie în medicină. Pentru identificarea cauzelor inegalităţilor depistate au fost utilizate rapoarte naţionale şi internaţionale cu privire la sistemul de îngrijire a sănătăţii în Republica Moldova.

Abordarea specifică pentru capitolul piața muncii: presupune analiza nivelului de inegalitate care se va realiza în baza unei *analize distribuționale* a efectelor pozitive asociate pieței muncii (cum ar fi rata de ocupare) cât și a efectelor negative (cum ar fi rata de ocupare informală sau rata de ocupare în agricultură). Analiza inegalităților se va axa pe trei elemente relevante pieței muncii și anume: (i) nivelul de ocupare pe piața muncii , (ii) calitatea ocupării pe piața muncii , (iii) calificarea forței de muncă. Sursa principală de date constituie informația oferită de Biroul Național de Statistică în baza Anchetei Forței de Muncă (AFM) pentru analiza datelor din perspectiva de gen și a grupelor de vârstă și Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor (CBG) pentru analiza datelor cu privire la ocuparea persoanelor cu dizabilități. Date cu privire la situația persoanelor de etnie romă pe piața muncii sunt destul de limitate.

Abordarea în analiza politicilor publice asupra problemelor specifice grupurilor țintă este una de impact, oferind o paralelă între răspunsul politicilor publice sectoriale și date despre impactul acestora. Analiza răspunsului de politici publice a presupus o examinare macro de impact și mai puțin o analiză clasică a gradului de implementare a acestor documente. În esență, analiza politicilor publice a încercat să răspundă la următoarea întrebare de bază – dat fiind cauzele de inegalitate pentru fiecare grup, cât de adecvată și ambițioasă este soluția stipulată în cadrul de politici raportată la relevanța acestor cauze? De asemenea, partea pe politici publice a studiului, încearcă identificarea celor mai relevante cauze şi/sau mecanisme de excludere pentru fiecare grup și analizează modul în care intervențiile statuate în politicile publice sunt abordate de acestea.

Proiect

1. Nivelul de trai

Dimensiunea nivel de trai va fi analizată din perspectiva a trei grupe de indicatori: sărăcia, condiții de trai și acces la utilități. Indicatorii au fost selectați considerând existența datelor dezagregate disponibile colectate prin instrumentul CBGC.

1.1 Sărăcia

Sărăcia este definită ca lipsa celor necesare pentru bunăstarea materială: hrană, îmbrăcăminte, spațiu locativ și alte bunuri. Într-un sens mai larg, sărăcia este situația în care o persoană nu poate să își exercite drepturile fundamentale. Sărăcia mai poate fi definită ca lipsa resurselor care rezultă în deprivare fizică[1]. Săracă este considerată persoana care are un consum/venit insuficient pentru a o plasa deasupra unui prag minim adecvat. Acest prag este definit de către autorități și este denumit pragul sărăciei. Pragul sărăciei reprezintă aportul minim de energie (calorii). Pragul sărăciei poate fi relativ sau absolut, pragul sărăciei relative este direct corelat cu nivelul venitului și distribuția acestuia în țară. Sărăcia absolută se definește ca procentaj al venitului mediu sau median. Pragul absolut al sărăciei este definit ca costul unui coș de bunuri necesare pentru asigurarea necesităților de bază a unui persoane (definit lunar).

Indicatorii de sărăcie sunt: rata sărăciei – care măsoară proporția populației care se află sub pragul sărăciei (populație săracă ca procent raportat la populația totală). Profunzimea sărăcie măsoară gradul în care indivizii cad sub pragul sărăciei (ca procent din pragul sărăciei). Profunzimea sărăciei reprezintă costul minim de eliminare a sărăciei. În mod ideal, acest indicator trebuie să fie folosit la stabilirea prestațiilor sociale destinate celor săraci. Severitatea sărăcie este un indicator adițional care captează inegalitatea dintre cei săraci. (World Bank, 2014)

Pentru acest studiu se va considera rata sărăciei absolute precum și profunzimea sărăciei absolute calculate considerând pragul sărăciei absolute. Grupurile vulnerabile vor fi analizate din perspectiva sărăciei: ponderea persoanelor tinere sub pragul sărăciei, ponderea persoanelor vârstnice sub pragul sărăciei, ponderea persoanelor adulte cu dizabilitate sub pragul sărăciei, ponderea femeilor capul gospodăriei sub pragul sărăciei. Sărăcia per categorie vulnerabilă va fi analizată cu referire la aceiași indicatori care pentru populația generală.

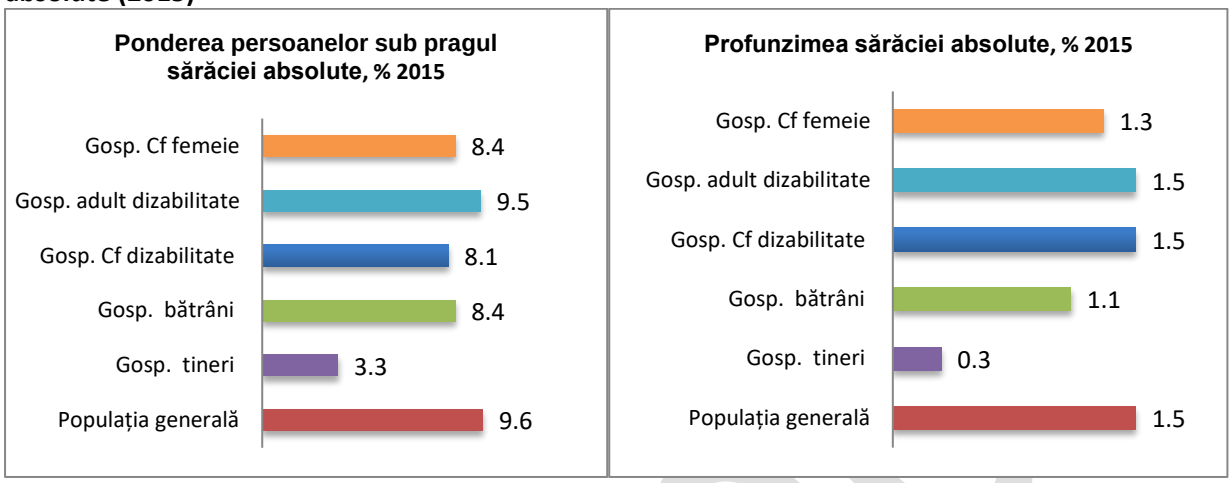
În 2015 aproape 9,6% din populația Moldovei era săracă[2] Pragul sărăciei absolute a fost fixat pentru anul 2015 la valoarea 1378,93 lei lunar. Cele mai sărace sunt gospodăriile cu 3 și mai mulți copii (rata sărăciei 23,2%) (Ministerul Economiei, 2015)**,** sărăcia în mediul rural fiind semnificativ mai mare (14,5%) față de urban (3,1%). Mai expuse la sărăcie sunt gospodăriile cu capul gospodăriei în etate, rata sărăciei în rândul acestor gospodării este de 2 ori mai mare (10,7%) față de gospodăriile cu capul gospodăriei tineri (5,1%).

Cele mai sărace sunt gospodăriile cu adult cu dizabilitate, dacă analizăm grupurile vulnerabile considerate în acest raport. După cum este menționat în metodologie, cele mai recente date dezagregate pe sărăcie oferite de BNS au fost pentru anul 2015 (figura 1). Rata sărăciei pentru gospodăriile cu adult cu dizabilitate este de 9,5% (versus 9,6% populația generală). Urmează gospodăriile vârstnici și gospodăriile cu capul familiei femeie (8,4% rata sărăciei absolute). Totuși, toate aceste grupuri au rata sărăciei mai mică ca rata sărăciei pentru populația generală. Este curios că gospodăriile cu un adult cu dizabilitate sunt mai sărace în

[1] Definiție prezentată de Banca Mondială, Into the Poverty, chapter 2, pg. 26-30
[2] Nota privind sărăcia în Republica Moldova 2015, MEC RM

comparație cu gospodăriile cu capul familiei cu dizabilitate, acest lucru poate indica aspra faptului ca aceste persoane lucrează și generează venit. În termeni relativi, cei mai puțin expuși la sărăcie sunt tinerii (3,3%).

Figură 1. Dreapta: ponderea persoanelor sub pragul sărăciei absolute. Stânga: Profunzimea sărăciei absolute (2015)



Sursa: BNS în baza CBGC, 2015

Profunzimea sărăciei absolute este mai accentuată pentru gospodăriile cu adult cu dizabilitate și capul familiei cu dizabilitate, acest lucru arată ca aceste gospodării au un consum mult mai mic decât pragul sărăciei. Profunzimea sărăciei pentru celelalte grupuri selectate este aproximativ aceiași comparând cu populația generală (figura 1, stânga). Cea mai mică rată a sărăciei este în rândurile gospodăriilor formate din tineri (0,3%). De menționat că grupurile vulnerabile au o profunzime a sărăciei egală sau mai mică, dacă e comparată cu același indicator pentru populația generală.

Sărăcia absolută în Republica Moldova[3] pentru populația generală este în descreștere, în anul 2015 rata sărăcie absolute a constituit 9,6%, cu 1,8 puncte procentuale (pp) mai mică decât în 2014 (11,4%).

Tabel 1. Sărăcia în Republica Moldova, 2010-2015

Indicator	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pragul sărăciei absolute (lei)	1015,9	1093,1	1143,4	1196,0	1257,0	1378,9
Rata sărăciei absolute (%)	21,9	17,5	16,6	12,7	11,4	9,6
Profunzimea[4] sărăciei absolute (%)	4,5	3,2	2,9	2,0	1,5	1,5
Severitatea sărăciei absolute (%)	1,4	1,0	0,8	0,5	0,3	0,4

Sursa: BNS în baza CBGC, Nota sărăciei 2015 ME

Sărăcia în rândurile grupurilor vulnerabile considerate are aceiași tendință descrescătoare (tabel 2). Descreșterea este analizată considerând modificările din anul 2015 față de anul 2010. Cea mai semnificativă descreștere a sărăciei s-a înregistrat în rândurile gospodăriilor cu capul familiei cu dizabilitate (-17,1 pp), urmat de gospodăriile cu vârstnici (-16,8 pp), cea mai moderată scădere este în rândurile gospodăriilor cu tineri[5] (-8,1 pp), tabelul 2. Nota sărăciei (Ministerul Economiei, 2015) conclude că sărăcia în rândurile

[3] idem

[4] Profunzimea sărăciei (poverty gap) este suma de bani necesară pentru o gospodărie pentru a depăși starea de sărăcie.

[5] De notat ca în cazul gospodăriilor componența cărora sunt tineri eșantionul a fost mai mic de 100 de unități, astfel datele trebuie interpretate cu prudența.

gospodăriilor vârstnice s-a redus datorită majorării valorii pensiilor. Cu excepția gospodăriilor cu tineri, rata sărăciei s-a redus (2010 față de 2015) mai accentuat pentru toate grupurile vulnerabile în comparație cu populația generală. Această descreștere poate indica asupra unor politici sociale bine țintite (atenție la dificultățile metodologice de măsurare descrise în metodologie).

Tabel 2. Sărăcia grupurile vulnerabile, tendința 2010-2015

Grup vulnerabil	Ponderea persoanelor sub pragul sărăciei absolute, %			Profunzimea sărăciei absolute, %			Rata sărăciei înainte de prestații sociale (fără pensii), %		
	2010	**2013**	**2015**	**2010**	**2013**	**2015**	**2010**	**2013**	**2015**
Populația generală	21.9	12.7	9.6	4.5	2	1.5	26.1	16.1	13.1
Gosp. doar tineri	11.4	7.4	3.3	2.5	1.4	0.3	15.9	10.3	4.8
Gosp.doar bătrâni	25.2	13.3	8.4	4.4	1.8	1.1	28.9	15	10.6
Gosp. capul familiei dizabilitate	25.2	13.3	8.1	4.4	1.8	1.5	28.9	15	15.8
Gosp. cu adult cu dizabilitate	24.5	12.1	9.5	5.1	1.9	1.5	35.2	20.5	19.5
Gosp. cu capul familiei femeie	21.6	10.9	8.4	4.5	1.7	1.3	25.7	14.7	12.2

Sursa: BNS în baza CBGC

Profunzimea sărăciei absolute are de asemenea o tendință descrescătoare, cea mai pronunțată descreștere se înregistrează în cazul gospodăriilor cu adult cu dizabilitate (-3,6 pp), urmată de gospodăriile cu vârstnici (-3,3 pp). În același timp, este curios faptul că rata de descreștere pentru gospodăriile cu capul familiei cu dizabilitate este mai mică decât cea pentru populația generală ((-2,2 pp) versus (-3 pp)).

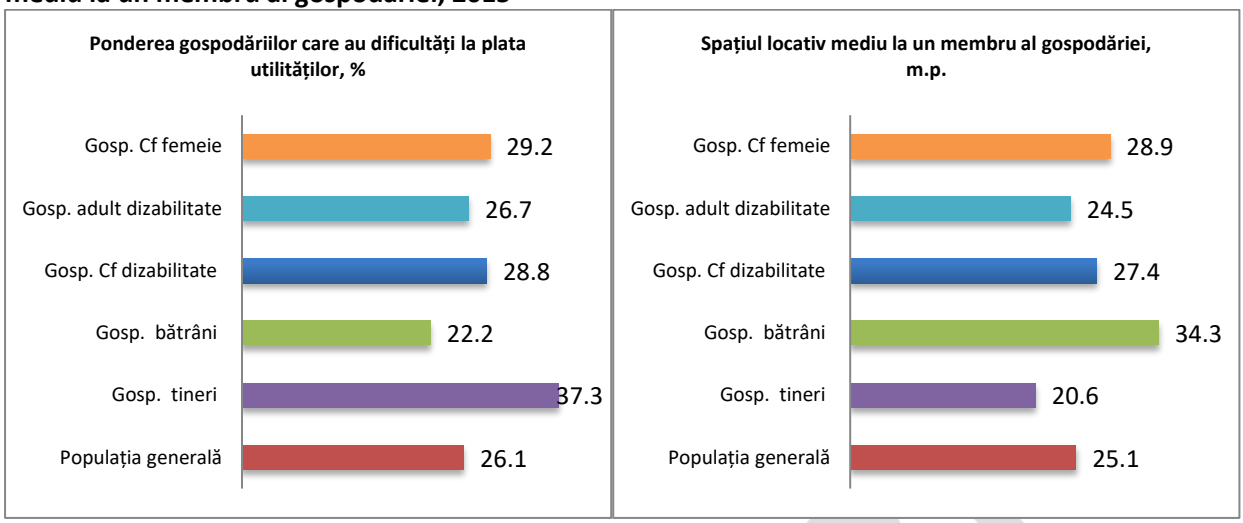
Concluzie: rata sărăciei absolute precum și profunzimea sărăciei absolute pentru grupurile vulnerabile sunt egale sau mai mici decât rata sărăciei absolute și profunzimea sărăciei absolute pentru populația generală. Mai mult, tendințele arată că fenomenul sărăciei în rândurile acestor grupuri descrește mai mult în comparație cu tendințele pentru populația generală. Nu este clar, însă, dacă aceste tendințe sunt resimțite de către aceste grupuri. Indicatorii condiții de trai prezentați mai jos sunt niște indicatori *proxy* care pot confirma sau infirma concluziile acestui sub-capitol.

1.2. Condiții de trai

Condițiile de trai vor fi analizate din perspectiva a 4 indicatori principali care sunt oferiți de CBGC: ponderea gospodăriilor care își permit încălzire suficientă în timpul sezonului rece, ponderea gospodăriilor care au dificultăți la plata utilităților, numărul mediu de persoane într-o cameră, spațiul locativ mediu la un membru al gospodăriei.

Toate grupurile vulnerabile, cu excepția tinerilor, nu își permit încălzire suficientă în timpul sezonului rece comparând cu populația generală, cel mai puțin își permit încălzire suficientă gospodăriile cu capul familiei cu dizabilitate.

Figură 2. Dreapta: ponderea gospodăriilor cu dificultăți la plata utilităților, 2015 Stânga: spațiul locativ mediu la un membru al gospodăriei, 2015



Sursa: BNS în baza CBGC

Gospodăriile cu capul familie femeie au cele mai mari probleme la plata utilităților, în același timp toate grupurile vulnerabile au dificultăți la plata serviciilor în comparație cu populația generală. Dificultăți mai mari par să aibă gospodăriile doar din tineri, dar numărul de cazuri pentru acest grup la acest indicator a fost de mai puțin de 100 (eșantion insuficient) astfel datele trebuie interpretate cu precauție. **Gospodăriile doar din tineri trăiesc în spațiul mai restrâns**, 1,1 persoane într-o cameră.

Gospodăriile formate din persoane vârstnice locuiesc în spațiu mai larg (0,6 persoane într-o cameră), dar acest indicator este improbabil să fie un *proxy* pentru bunăstare, mai degrabă arată că vârstnicii locuiesc singuri. Aceiași situație arată și indicatorul spațiul locativ mediu la un membru al gospodăriei, tinerii au cel mai puțin spațiu locativ (20,6 metri pătrați) iar vârstnicii au mai mult (34,4 metri pătrați). Gospodăriile din celelalte grupuri vulnerabile locuiesc în spațiul locativ mediu care este aproximativ același cu spațiul locativ mediu pentru populația generală.

Concluzie: în pofida faptului că rata sărăciei descrește semnificativ gospodăriile din grupurile considerate nu își permit încălzire suficientă în sezonul rece al anului. Toate grupurile vulnerabile au dificultăți la plata utilităților iar gospodăriile din tineri, chiar având cea mai mică rată a sărăciei, locuiesc în spațiul locativ restrâns.

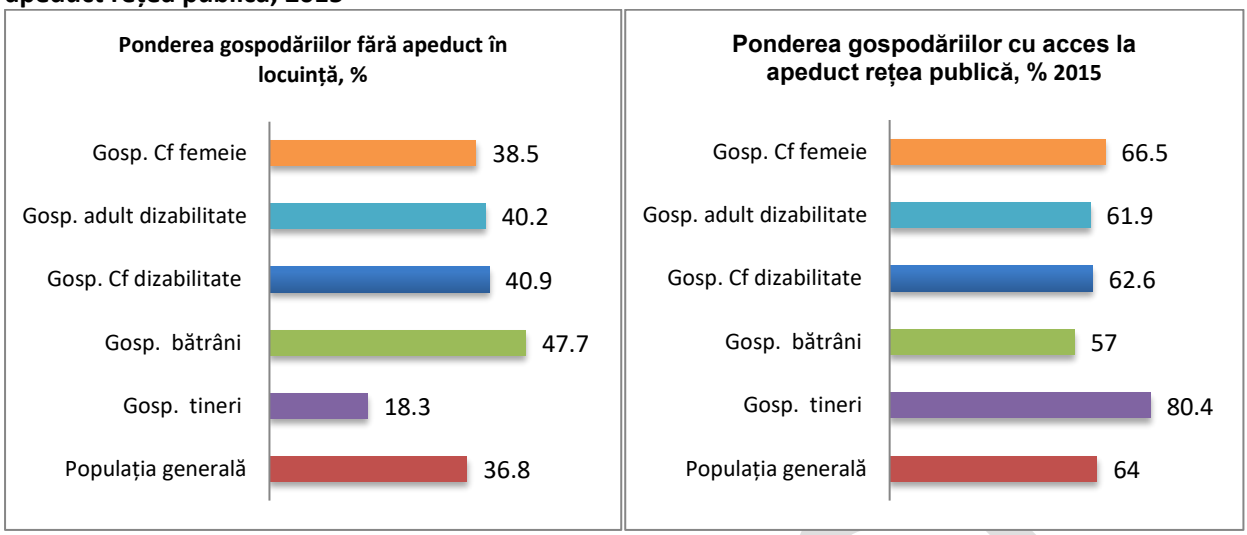
1.3. Accesul la utilități

Accesul la utilități poate fi considerat un indicator *proxy* al bunăstării, o gospodărie fără acces la utilitățile de bază este considerată deprivată. Accesul la utilități va fi analizat din perspectiva a 5 indicatori principali disponibili în CBGC: ponderea gospodăriilor fără apeduct în locuință, ponderea gospodăriilor cu acces la apeduct rețea publică, ponderea gospodăriilor cu cel puțin un telefon mobil, ponderea gospodăriilor cu calculator, ponderea gospodăriilor cu acces la internet.

Gospodăriile cu cel mai mic acces la apeduct în locuință sunt cele cu capul familiei femeie (figura 3, dreapta), dar această pondere nu este mai mică decât ponderea gospodăriilor din populația generală. Analiza acestui indicator într-un cadrul de comparație este dificilă din cauza că acest indicator este foarte mic pentru populație în general (36,8%).

Proiect

Figură 3. Dreapta: ponderea gospodăriilor fără apeduct. Stânga: ponderea gospodăriilor cu acces la apeduct rețea publică, 2015



Sursa: BNS în baza CBGC, 2015

Gospodăriile cu vârstnici au cel mai mic acces la apeduct public (figura 3, stânga) (57%), gospodăriile cu persoane cu dizabilitate, de asemenea, au acces redus la apeduct rețea publică (61,9%), această pondere pentru populația generală este de 64%.

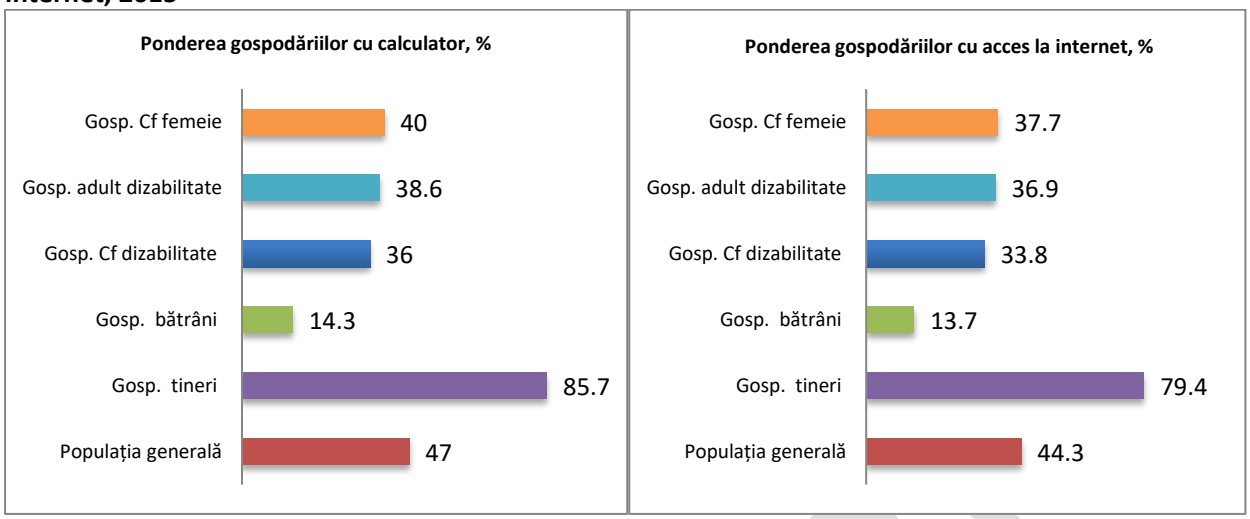
Gospodăriile cu vârstnici au cel mai redus acces la telefonie mobilă (44,9%), pe când aproape toți tinerii au acces la telefonie mobilă (99,8%). Celelalte grupuri au acces la telefonie mobilă comparabil cu același indicator pentru populația generală.

Doar 14,3% din gospodăriile cu vârstnici au calculator, aproape 85,7% din gospodăriile cu tineri dețin calculator. De menționat ca pentru toate grupurile selectate ponderea gospodăriilor cu calculator este semnificativ mai mică în comparație cu ponderea gospodăriilor din populația generală (figura 4, dreapta). Acest indicator poate fi considerat un *proxy* pentru bunăstare, astfel grupurile selectate (cu excepția tinerilor) sunt relativ mai deprivate.

Doar 13,7% dintre gospodăriile cu vârstnici au acces la internet, și aproape 79,4% din gospodăriile cu tineri au acces la internet. Toate celelalte grupuri selectate au acces la internet mai redus decât populația generală (figura 4). Acest lucru este bineînțeles corelat cu lipsa calculatorului pentru aceste grupuri dar, în același timp, poate fi considerat un indicator *proxy* pentru acces redus la informație, la comunicare, participare la viața socială.

Proiect

Figură 4. Dreapta: ponderea gospodăriilor cu calculator. Stânga: ponderea gospodăriilor access la internet, 2015



Sursa: BNS în baza CBGC, 2015

***Concluzie*:** Tendințele de îmbunătățire a condițiilor de trai sunt pozitive dar nu reflectă ritmul de descreștere a sărăciei prezentate mai sus. De exemplu, ponderea gospodăriilor cu capul familiei cu dizabilitate care au acces la apeduct rețea publică a crescut în 2015 față de 2010 dar cu 6,1 pp. Ponderea gospodăriilor cu dizabilitate fără apeduct în locuință s-a redus cu (-11 pp) iar pentru gospodăriile cu capul familiei femeie s-a redus cu (-12 pp).

1.4 Politicile sociale - răspunsul asistenței sociale la nivel de trai redus

Grupurile selectate sunt istoric considerate ca vulnerabile în cadrul politicilor de asistență socială. Fiecare din grupurile considerate beneficiază de un șir de plăți sociale, plăți de asigurare socială de stat și plăți de asistență socială. Este important de înțeles dacă asistența socială oferită este, pe de o parte, accesibilă și pe de altă parte, dacă aceasta este eficientă.

Per ansamblu asistența socială în Moldova este redistribuirea avuției. Astfel, 80% din anvelopa asistenței sociale reprezintă plățile sociale. Cele 20% rămase sunt pentru finanțarea serviciilor sociale. Este important ca aceste beneficii să fie eficiente în combaterea sărăciei dar, în același timp, să impulsioneze generarea venitului de către beneficiar, unde acest lucru este posibil.

O treime din anvelopa socială este cheltuită pentru plăți (pensii și alocații) destinate vârstnicilor, care sunt recepționate de aproape 507 mii de beneficiari. Banca Mondială (World Bank Group, 2016) conclude că reducerea sărăciei este parțial cauzată de creșterea valorii pensiei, cu (-4,8 pp din 2007 până în 2014). În același timp, pensionarii rămân vulnerabili la sărăcie, fiind doar deplasați peste pragul sărăciei, dar totuși aproape de el. Acest lucru s-a văzut clar în anul 2011, când valoarea reală a pensiei a scăzut și pensionarii au re-căzut sub pragul sărăciei.

Același raport arată că dependența față de pensiile asigurării sociale de stat crește, fiind aproximativ 28% din venitul gospodăriilor sărace. În anul 2017 va fi implementată reforma sistemului de asistență socială de stat, care prevede valorizarea (majorarea) pensiei pentru o pare din pensionari (cei pensionați în perioada 2001-2008), este imperativ ca autoritățile să estimeze impactul real al acestei reforme asupra bunăstării tuturor beneficiarilor fondului de asigurări sociale de stat. După cum arată datele Băncii Mondiale, orice

Proiect

fluctuație a valorii pensiei are un efect major asupra sărăciei în rândurile pensionarilor și a gospodăriilor din care aceștia fac parte.

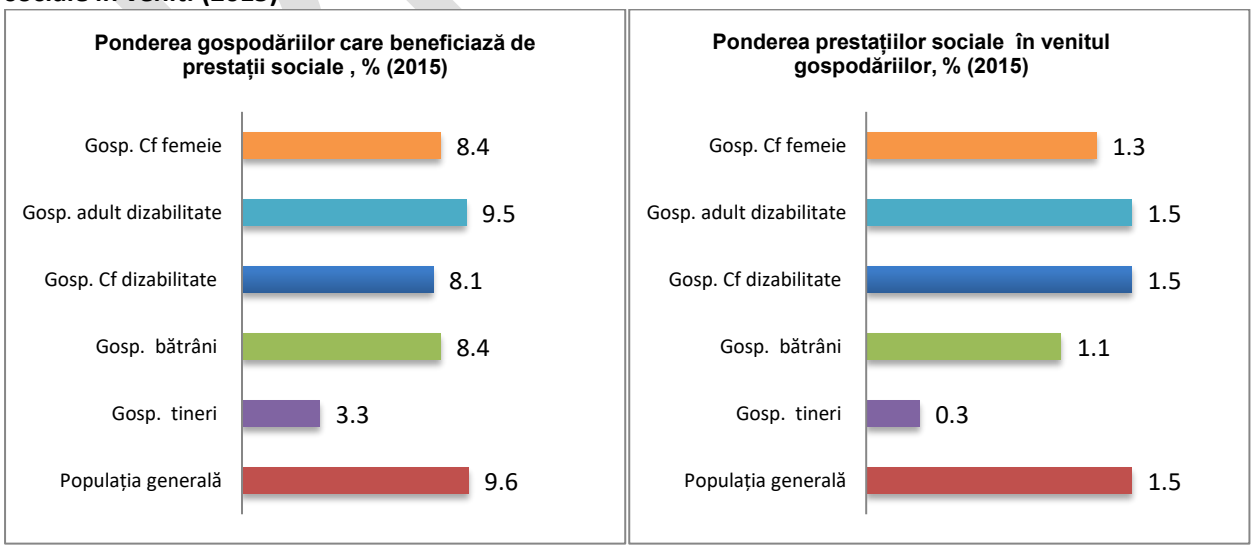
Persoanele cu dizabilitate sunt al doilea grup după repartizarea plăților sociale, aproape 500 mii de plăți sunt direcționate anual (2016) pentru acest grup, pentru care se alocă o sumă de aproximativ 217 milioane lei. Persoanele cu dizabilitate sunt eligibile pentru mai multe plăți sociale. În același timp, suma fiecăreia este destul de mică (cea mai mare plată este pensia de dizabilitate de 921[6] lei pentru o lună iar cele mai mici plăți sun suportul de stat (media 133 lei/lună) și plata pentru transport (38,5 lei/lună). Fragmentarea plăților și administrarea plăților foarte mici fac ca sistemul să fie unul ineficient, fără impact real asupra bunăstării beneficiarilor. Pentru celelalte categorii vulnerabile nu sunt plăți speciale, dar pot fi eventual eligibili pentru plățile care țintesc sărăcia: ajutorul social și ajutorul pentru perioada rece al anului.

Pentru a înțelege dacă asistența socială[7] are un impact asupra bunăstării grupurilor vulnerabile prin intermediul datelor CBGC 2015 vom stabili câte dintre gospodării primesc plăți sociale și în ce măsură acestea diminuează sărăcia. Prestațiile mici și cele care sunt oferite unui număr redus de beneficiari au fost desconsiderate fiind clar că ele nu pot avea un impact semnificativ asupra bunăstării. Următoarele plăți au fost considerate: pensia de dizabilitate, alocația socială de stat, ajutorul social și ajutorul pentru perioada rece al anului (plăți targhetate).

Gospodăriile cu adult cu dizabiliate beneficiază în cea mai mare proporție de plățile sociale (55,5%), gospodăriile cu tineri beneficiază de cel mai puțin de suport social (30%). Gospodăriile cu capul familiei femeie beneficiază într-o proporție destul de mică de plăți sociale (32,4%), iar gospodăriile cu vârstnici[8] și mai puțin (33,4%).

Gospodăriile cu adult cu dizabilitate au cea mai mare pondere a prestațiilor sociale în venitul gospodăriilor (7,3%, 2015), gospodăriile cu vârstnici au ponderea cea mai mică a prestațiilor sociale (fără pensii) în venitul gospodăriei (2,8%).

Figură 5. Dreapta: ponderea gospodăriilor care beneficiază de prestații. Stânga: ponderea prestațiilor sociale în venit. (2015)



Sursa: BNS în baza CBGC, 2015

[6] Pensia medie pentru cele 3 categorii de severitate
[7] Asigurarea socială nu este inclusă
[8] Pensiile de asigurări sociale nu sunt considerate

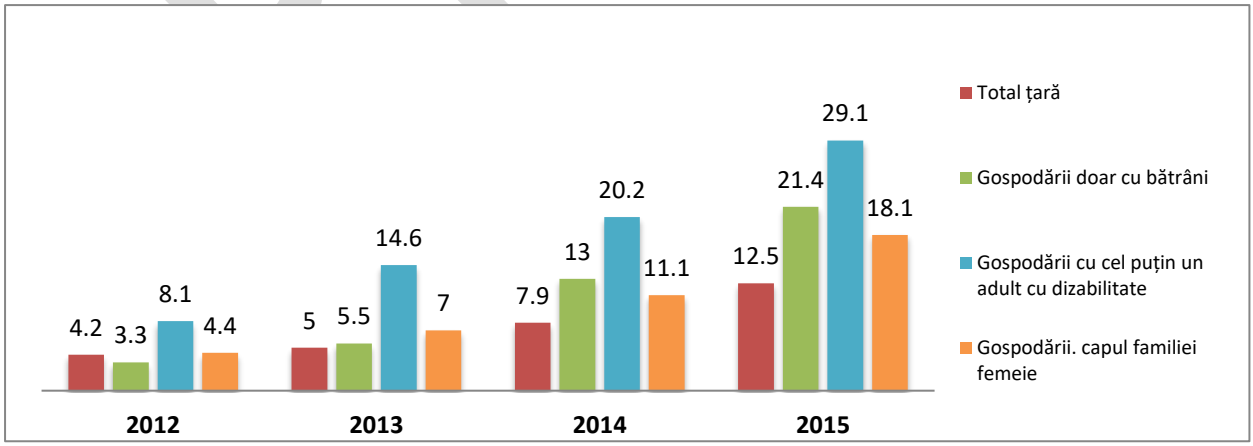
O mică parte din ajutorul social ajunge la categoriile vulnerabile considerate. Astfel, doar 15,3% dintre gospodăriile cu dizabilitate primesc ajutor social, iar 5,5% dintre gospodăriile cu capul familiei femeie primesc această plată și doar 3,1%[9] dintre gospodăriile cu vârstnici. **Plata pentru perioada rece al anului este mai accesibilă,** astfel 29,1% dintre gospodăriile cu persoane cu dizabilitate o primesc, 21,4% dintre gospodăriile cu vârstnici și 18,1% dintre gospodăriile cu capul familiei femeie. Nu este clar dacă aceste gospodării au nevoie de această plată, datele sărăciei nu confirmă acest lucru, dar indicatorii *proxy* pentru nivel de trai (dificultate la plata utilităților) ar indica asupra faptului că o mai mare parte din aceste gospodării ar avea potențial nevoie de aceste plăți.

Este important de menționat că scopul prestațiilor sociale targhetate (ajutorul social și ajutorul pentru perioada rece a anului) nu este de a acorda suport categorizat (per categorii/grupuri vulnerabile) dar țintește gospodăriile care au venit redus și sunt expuse la sărăcie.

Ponderea gospodăriilor din grupurile vulnerabile care primesc plățile targhetate (ajutorul social și ajutorul pentru perioada rece al anului) **a crescut în ultimii ani semnificativ**. Doar 3,3% din gospodăriile cu vârstnici primeau (una sau ambele plăți) în 2012, pe când în 2015 mai mult de 21% primesc aceste plăți (creștere 18,1 pp). Aproximativ 8,1% dintre gospodăriile cu persoane cu dizabilitate primeau plăți targhetate în 2012, această pondere e de 29,1 în 2015 (creștere 21 pp), doar 4,4% din gospodăriile cu capul familiei femei primeau plăți targhetate în 2012, iar în 2015 primesc 18,1% (13,7 pp).

Tendința semnificativă de creștere a numărului beneficiarilor de plăți targhetate arată ca aceste gospodării sunt potențial sărace. Această creștere nu poate fi explicată doar prin expansiunea schemei de plăți targhetate, creșterea procentuală pentru populația generală fiind mul mai modestă (8 pp). Această tendință pare să pună încă un semn de întrebare la cifrele sărăciei absolute, fiind clar că calificarea la ajutorul social înseamnă automat ca gospodăria este săracă (adică are un venit mai mic decât venitul lunar minim garantat care este și mai mic decât pragul sărăciei relative).

Figură 6. Ponderea gospodăriilor[10] care primesc ambele plăți targhetate, 2015

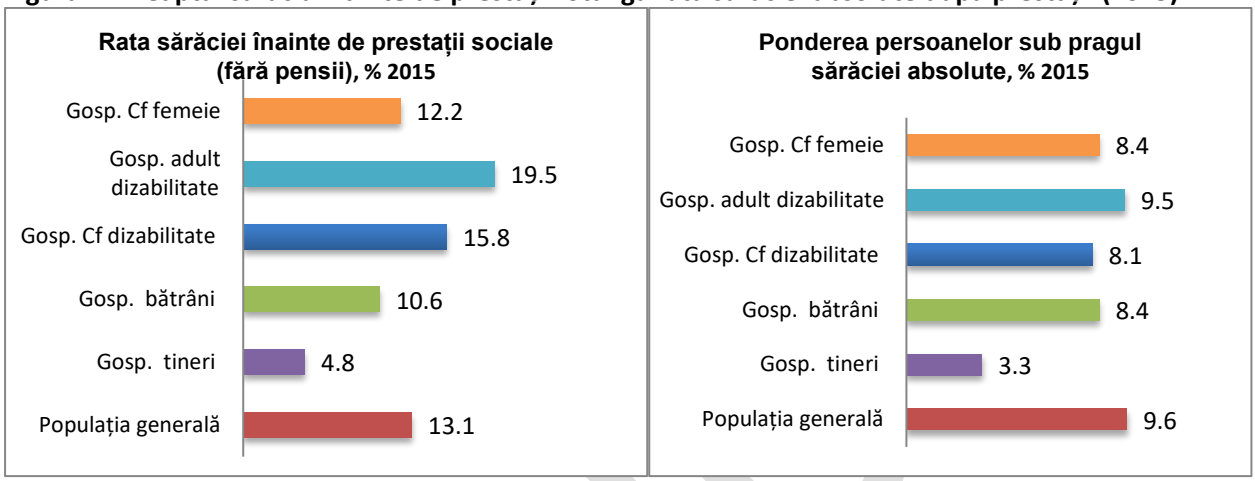


Sursa: BNS în baza CBGC, 2015

[9] Pentru acest grup numărul de cazuri în eșantion este mai mic de 100, se recomandă ca datele să fie analizate cu precauție.
[10] Numărul de cazuri în eșantion pentru gospodăriile din tineri a fost prea mic și trebuie considerate cu grijă

Sărăcia în rândurile gospodăriilor cu adult cu dizabilitate se reduce cel mai mult ca rezultat al prestațiilor sociale (-10 pp, 2015), sărăcia gospodăriilor cu capul familiei persoană cu dizabilitate se reduce cu (-7,7 pp) (figura 6). Acest lucru atestă o vulnerabilitate deosebită a persoanelor cu dizabilitate față de prestațiile sociale ca sursă de venit. Pentru celelalte grupuri considerate plățile sociale nu contribuie semnificativ la reducerea sărăciei (nu în proporție mai mare decât pentru populația generală). Rata de scădere cea mai mică este pentru gospodăriile cu tineri. Trebuie să menționăm că pensiile de asigurare socială nu sunt considerate de acest indicator.

Figură 7. Dreapta: sărăcia înainte de prestații. Stânga rata sărăciei absolute după prestații (2015)



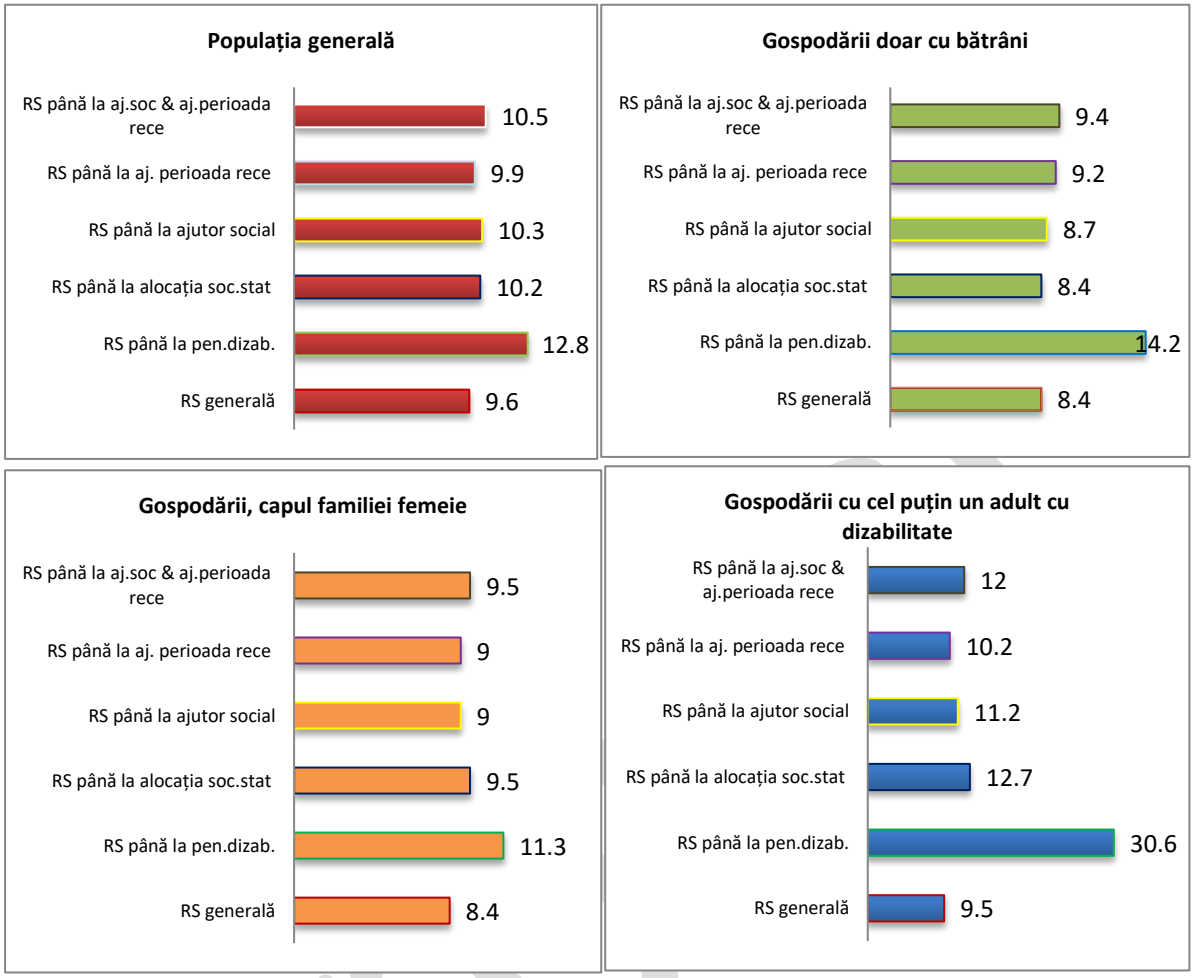
Sursa: BNS în baza CBGC, 2015

Plata care reduce cel mai mult sărăcia relativă pentru populația generală este pensia de dizabilitate (-3,2 pp). Acest lucru este de așteptat cum această plată are o valoare mai mare. Toate celelalte plăți au un oarecare efect de reducere a sărăciei, cel mai accentuat (după pensia dizabilitate) este prestația ajutorul social (-0,9pp), figura 9 cadran 1.

Plata care reduce cel mai mult sărăcia relativă pentru gospodării cu vârstnici este pensia de dizabilitate (-5,8 pp), acest lucru este de așteptat pentru că această plată are o valoare mai mare, după cum riscul de dizabilitate crește cu vârsta este clar că acest grup este acoperit de către plată[11]. Următoarea plată cu efect de reducere a sărăciei în rândurile bătrânilor este ajutorul pentru perioada rece al anului (-0,8 pp). Impactul ajutorului social este unul mai modest (-0,3 pp), figura 8 cadran 2.

[11] Legislația curentă stipulează ca beneficiarul are dreptul sau la pensia limită de vârstă sau pensia de dizabilitate, se pare că aceste date se referă la cei vârstnici care au ales pensia de dizabilitate.

Figură 8. Reducerea sărăciei ca urmare a principalelor prestații de asigurare socială per grup vulnerabil, 2015



Sursa: BNS în baza CBGC, 2015

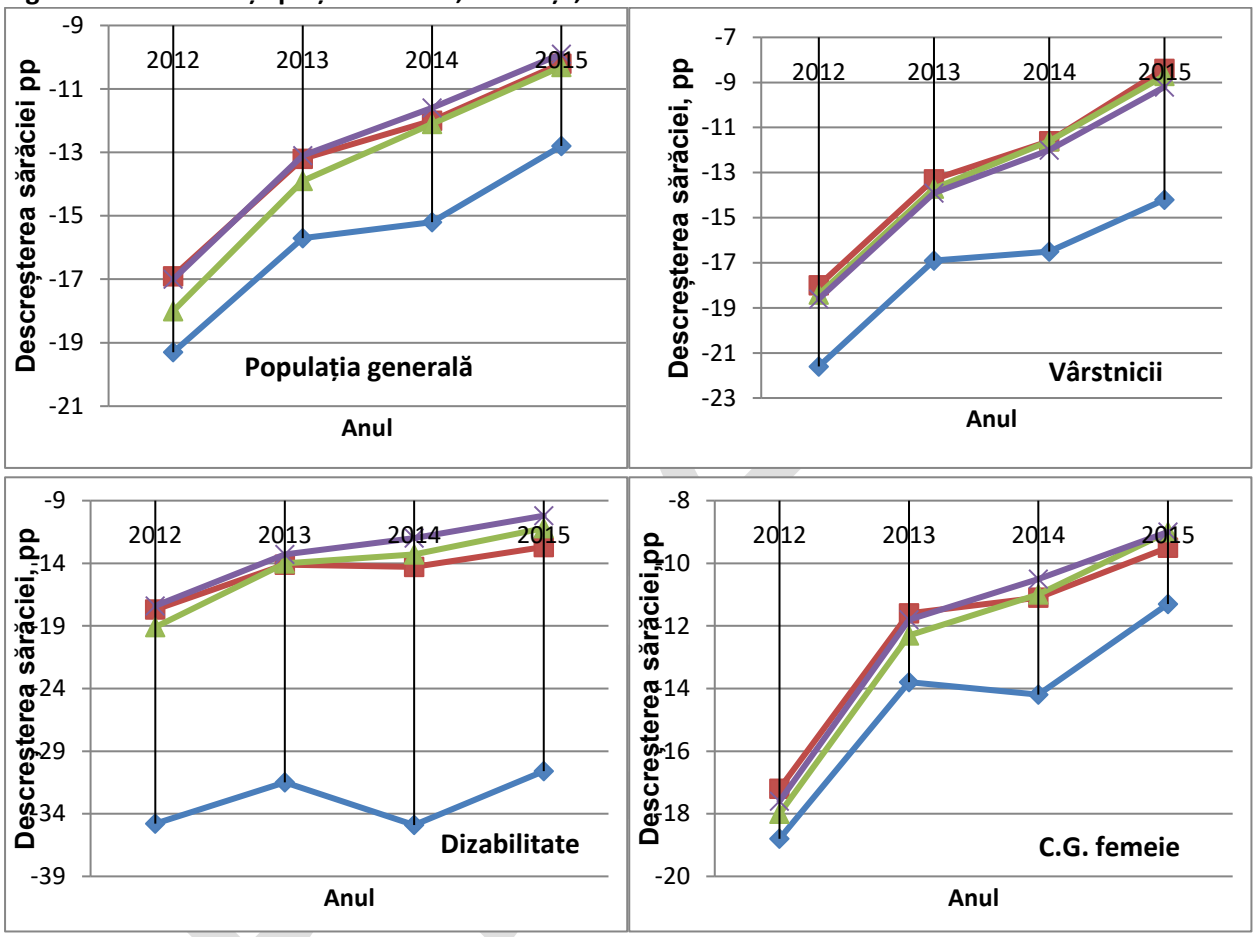
Plata care reduce cel mai mult sărăcia relativă pentru gospodării cu persoană cu dizabilitate este în mod previzibil pensia de dizabilitate (-21,1 pp), pe lângă factorul pozitiv care arată că plata are un impact semnificativ asupra reducerii sărăciei, această pondere denotă și un grad de dependență destul de mare a acestor gospodării de plățile sociale. Pensia de dizabilitate este suficientă pentru a plasa gospodăriile peste pragul de sărăcie dar nu suma acestora indică asupra faptului că aceste gospodării sunt vulnerabile la sărăcie. Acest lucru trebuie considerat și din perspectiva politicilor de incluziune socială și asigurare accesului acestui grup la piața muncii. Următoarea plată cu efect de reducere a sărăciei în rândurile gospodăriilor cu persoană cu dizabilitate este alocația socială de stat (-3,2 pp). Alocația socială de stat se oferă acelor persoane care nu se califică pentru pensia de dizabilitate. Diferența mare de reducere a sărăciei între aceste plăți (-17,9 pp) arată ca valoarea alocației este inadecvată și compensează foarte puțin pierderea venitului ca urmare a dizabilității. Este necesară revizuirea plății alocației sociale de stat și corelării ei cu pensia medie de dizabilitate. Impactul plăților targhetate este de (-2,5 pp).

Plata care reduce cel mai mult sărăcia relativă pentru gospodării cu capul familie femeie este de asemenea pensia de dizabiliate (-2,9 pp). Următoarea plată cu efect de reducere a sărăciei în rândurile acestui grup

sunt plățile targhetate cumulate (-1,1 pp). Totuși, pentru acest grup plățile sociale nu au un efect semnificativ de reducere a sărăciei.

Proporția în care plățile ajută la reducerea sărăciei gospodăriilor din grupurile vulnerabile descreşte. Figura 9 mai jos arată cum evoluează performanța plăților sociale 2012-2015. Linia albastră se referă la pensia de dizabiliate, linia verde este ajutorul social, linia mov este ajutorul pentru perioada rece al anului, linia roșie este alocația socială de stat.

Figură 9. Performanța plăților sociale, tendință, 2012-2015



Sursa: BNS în baza CBGC, 2015

Pentru toate plățile gradul de reducere a sărăciei descreşte, cadranul 1 din figura 9 arată eficiența plăților în timp, pentru populația generală. Dacă pensia dizabilitate reducea sărăcia în 2012 cu (-19,3 pp) atunci aceiași plată în 2015 reduce sărăcia cu (-12,8pp). Plata cu cea mai semnificativă descreștere a impactului este ajutorul social (de la (-18 pp) la (-7,7 pp). Acest lucru se poate întâmpla din mai multe considerente, cel principal este expansiunea schemelor care în mod automat reduce eficiența prin reducerea sărăciei (de la an la an ajutirul social reduce sărăciea, astfel descreşte impactul asupra fenomenului. Totuși autoritățile trebuie să analizeze aceste tendințe și să le ajusteze, unde este posibil, astfel în cât ele să nu piardă în performanță.

În cazul persoanelor vârstnice ajutorul social este plata cu cea mai mare pierdere în performanță (cadranul 2, figura 9) de la (-18,4 pp) în 2012 la (-8,7 pp) în 2015. Iarăși, acest lucru nu spune că plata nu este eficientă în diminuarea sărăciei, doar că nu este la fel de ca în 2012.

Eficiența plăților în cazul gospodăriilor cu persoane cu dizabilitate scade cu un ritm mai lent (cadranul 3 fugura 9), plata care are cea mai mare pierdere în eficiență este ajutorul social. Prestația avea o rată de diminuare a sărăciei în rândurile acestor gospodării de (-19,1 pp) în 2012 și (-11,2 pp) în 2015.

Eficiența plăților pentru gospodăriile cu capul familiei femeie scade mai semnificativ (cadranul 4 figura 9), cea mai mare scădere de performață o are pensia de dizabilitate , de la (-18,8 pp) în 2012 la (-11,3 pp) în 2015.

Concluzie: plățile sociale au un rol diferit în îmbunătățirea nivelului de trai pentru fiecare grup vulnerabil. Gradul cel mai mare de acoperire cu plăți o au gospodăriile cu persoane cu dizabilitate și gospodăriile cu vârstnici, celelalte grupuri sunt acoperite marginal. Plățile targhetate ajung la grupurile vulnerabile, dar în proporție mică, în același timp tendința de cuprindere a acestori grupuri cu plăți targhetate se mărește anual semnificativ. Dacă ne referim la eficiența plăților, efect mai mare de diminuare a sărăciei o au plățile oferite persoanelor cu dizabilitate. Acest efect fiind unul cu sens dublu, pe lângă partea pozitivă el creiază situația de dependență a acestor gospodării de plățile sociale. Toate plățile au un efect de diminuare a sărăcie, pentru unele el este nesemnificativ. Astfel, politica de de-fragmentare a plăților trebuie continuată. Dacă analizăm tendința de impact a plăților asupra sărăciei gospodăriilor, observăm că aceasta scade în timp, acest lucru se întâmplă mai degrabă în contextul în care nivelul general de trai crește iar corelarea plăților la nivelul mediu de trai întârzie.

1.5 Politicile sociale – prevenirea sărăciei și excluziunii

Nivelul de trai al grupurilor considerate nu se va îmbunătăți în mod semnificativ și mai ales sustenabil doar prin oferirea plăților sociale. Asistența socială trebuie să evolueze dincolo de simpla redistribuție a venitului, să descurajeze dependența de sistem și să ofere soluții pentru incluziunea socială. Cel mai important instrument de incluziune socială cu efect direct asupra bunăstării este incluziunea în câmpul muncii pentru persoanele apte de muncă. Capitolul 3 al acestui document va dezvolta acest subiect.

Serviciile sociale oferite inclusiv grupurilor considerate performează insuficient – serviciile sunt sporadice, nu există o viziune ce ar combina plățile și serviciile pentru un beneficiar astfel încât efectul cumulat al acestora să fie unul maxim pozitiv, nu au un mecanizm de finanțare clar stabilit și sustenabil, nu există mecanisme suficiente pentru a asigura control și analiza eficienței acestora. În prezent nu avem date pentru a face o analiză al impactului serviciilor sociale asupra bunăstării beneficiarilor.

Schema serviciilor sociale este în proces de a fi instituită, la această etapă este extrem de important ca să existe o viziune a dezvoltării acesteia, un design pentru a asigura acoperirea necesităților vitale și a asigura calitatea acestora prin livrare eficientă. Indicatori clari de performanță și de impact trebuie să fie specificați pentru fiecare serviciu social. Continuarea eforturilor de de-instituționalizare trebuie combinate cu asigurarea serviciilor la nivel de comunitate care ar contribui în mod măsurabil la asigurarea unui nivel de trai decent pentru beneficiari.

Boxa 1.Nivelul de trai pentru persoanele de etnie Romă

Statistica națională nu oferă informație privitor la sărăcie și nivel de trai în mod sistematic dezagregat pe etnii. Informație despre nivelul de trai al persoanelor de etnie romă pot fi obținute doar prin colectarea de date auxiliare, studii separate cu colectarea datelor primare. Ultimul studiu de acest fel a fost efectuat în anul 2013 *Romii din Republica Moldova în comunitățile locuite preponderent de romi* (ONU, 2013).

Proiect

Aproximativ 51% dintre gospodăriile roma se află sub pragul național al sărăciei absolute (atenție, aceste gospodării tind să subestimeze declararea consumului sau refuză să îl declare), gospodăriile non roma care locuiesc în vecinătate au o pondere de 24% pentru același indicator. Profunzilea sărăciei[12] pentru gospodăriile roma este de 21%.

Studiul arată că o mare parte dintre gospodăriile roma locuiesc în condiții adecvate totuși numărul gospodăriilor roma care locuiesc în case ruinate sau cartiere sărace este de 3 ori mai mare decât în cazul non roma. Aproape 15% dintre gospodăriile roma locuiesc în case de calitate slabă și foarte slabă. Persoanele roma din mediu rural locuiesc în condiții mai precare comparând cu persoanele roma din mediu urban, aceiași tendință de altfel se observă și pentru populația non roma. Aproximativ 42% din gospodăriile roma se confruntă cu dificultăți la plata utilităților (pentru comparație figura 2 alte grupuri, 2015). O pondere mare ale gospodăriilor roma sunt îngrijorate de pierderea locuinței (38%), mult mai mulți decât cazurile non roma. Suprafața locuibilă per persoană pentru roma este mai mică decât pentru non roma, 23,2 m2 și respectiv 31,8 m2.

Accesul la utilități pentru gospodăriile roma este mai redus, aproape 3% din gospodăriile roma nu au electricitate, doar 16% au veceu în interiorul casei, 23% sunt conectate la apeduct și canalizare publică (pentru comparație figura 3, 2015). Cam 32% din gospodăriile roma sunt conectate la canalizare sau rezervor de apă menajeră (43% pentru non roma). Cam 50% din gospodăriile roma dispun de apă la robinet sau acces la conducta de apă în interiorul locuinței sau în curte (același indicator pentru non roma 70%). Aproximativ 78% dintre gospodăriile roma își impun restricții la încălzirea locuințelor, rata pentru non roma este cam aceiași. Studiul arată că gospodăriile cu romi au o dependență sporită față de plățile sociale, venitul din plata socială constituie 13%.

Sursa: Romii din Republica Moldova în comunitățile locuite preponderent de romi, raport elaborat în cadrul programului ONU "Consolidarea sistemului statistic național". Autori: Vasile Cantarji, Maria Vremiș, Viorica Toartă, Natalia Vladicescu

[12] La pragul de 2,15 USD pe zi

2. Sănătate

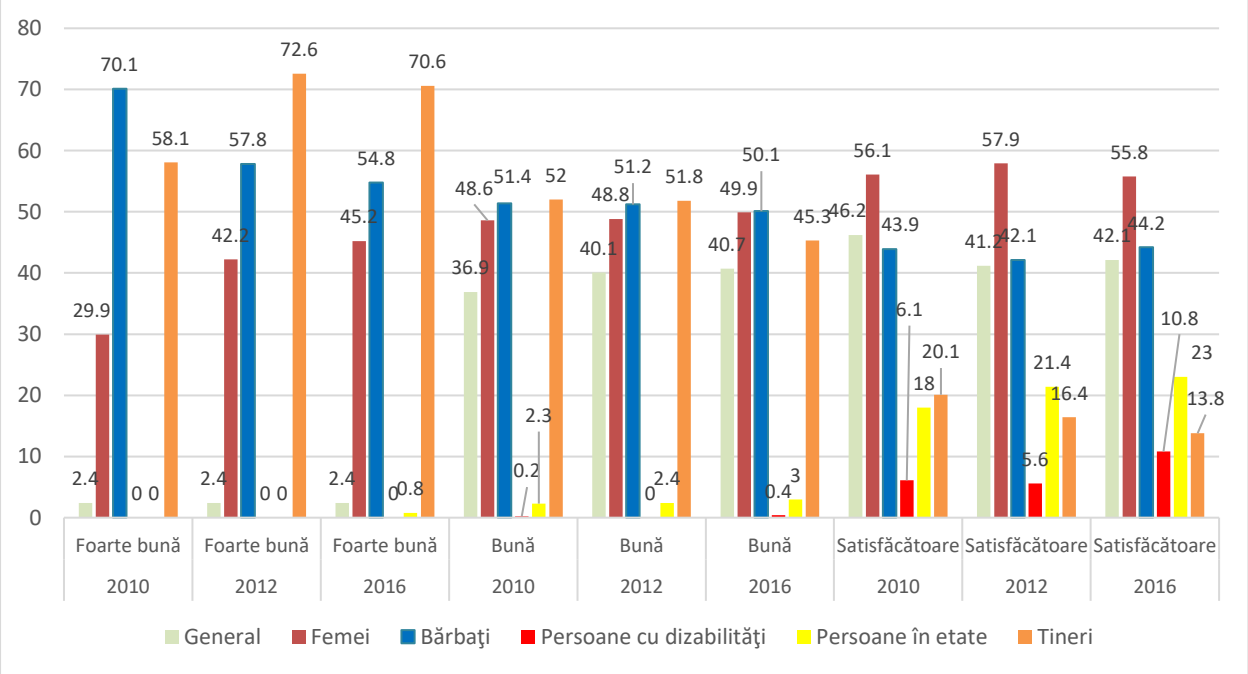
Acest capitol examinează disparitățile din domeniul sănătății identificate pentru următoarele grupuri: femei şi bărbaţi, tineri (16-29 de ani), persoane în etate (61+), persoane cu dizabilităţi, persoanele de etnie romă. Aspectele specifice analizate sunt: percepția subiectivă a stării de sănătate, adresabilitatea la serviciile medicale, accesibilitatea financiară, acoperirea cu asigurare medicală obligatorie, informarea cu privire beneficiile aferente poliţei de asigurare obligatorie de asistenţă medicală.

Acest capitol utilizează datele din ancheta cu privire la starea sănătăţii pentru anii 2010, 2012 şi 2016, realizată de Biroul Naţional de Statistică. În virtutea faptului că ancheta nu conţine informaţii dezagregate cu privire la populaţia de etnie romă, în acest capitol vor fi utilizate cercetări şi analize suplimentare cu privire la realizarea de către grupurile sus-menţionate a dreptului la sănătate, inclusiv de către comunitatea Romă din Republica Moldova.

2.1 Percepția subiectivă a stării de sănătate

Analiza datelor cu privire la percepția subiectivă a stării de sănătate reflectă asupra mai multor tendințe îngrijorătoare cu privire la diferențele de gen, situația persoanelor cu dizabilităţi, persoanelor în etate, tinerilor, populaţiei de etnie romă. Doar 2,4% din respondenţii chestionaţi în cadrul anchetei cu privire la starea sănătăţii (2010, 2012, 2016) consideră că au o stare de sănătate foarte bună. Figura de mai jos însumează percepţiile subiective cu privire la starea de sănătate a grupurilor respective.

Figură 10. Percepţia cu privire la starea lor de sănătate în 2010 şi 2012



Sursa: BNS (2010, 2012, 2016)

Bărbaţii sunt mai puţin informaţi cu privire la starea lor reală de sănătate în comparaţie cu femeile. Peste 54% din respondenţii anchetei cu privire la starea sănătăţii care consideră că au o stare de sănătate foarte bună sunt bărbaţii. Speranţa de viaţă şi mortalitatea în rândul bărbaţilor reflectă însă contrariul. Femeile trăiesc mai mult decât bărbaţii în medie cu 7,8 ani, speranţa de viaţă la naştere fiind de 74,8 pentru femei şi 67,1 în cazul bărbaţilor. Acest decalaj se datorează nivelului mai înalt al mortalităţii premature a bărbaţilor,

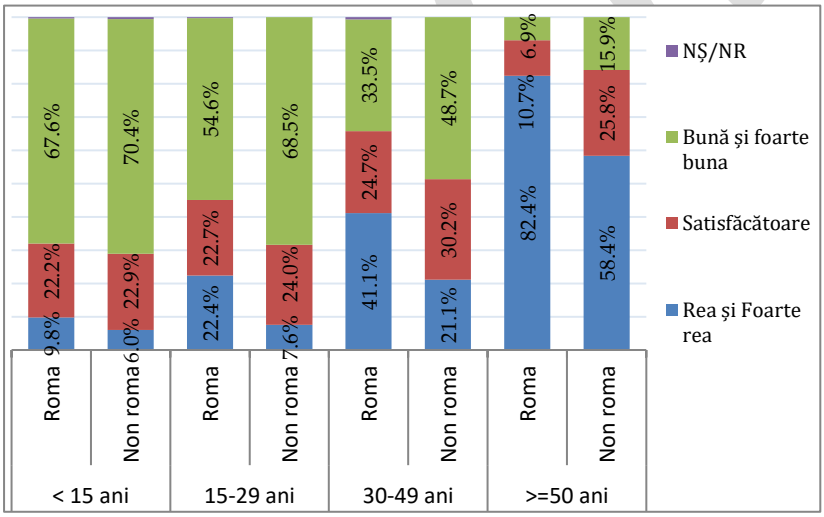
în special în vârsta aptă de muncă.[13] Cauzele par a fi multiple, inclusiv adresabilitatea mai scăzută a bărbaţilor şi stilul de viaţă, după cum se constată în secţiunea următoare.

Persoanele cu dizabilităţi preponderent îşi apreciază în termeni negativi starea de sănătate. Nici un respondent cu dizabilităţi nu consideră că are o stare de sănătate foarte bună. Doar 0,2% din respondenţii cu dizabilităţi îşi apreciază starea de sănătate ca fiind bună. Aproximativ 5,6% consideră că au starea de sănătate satisfăcătoare. Aparent, una din cauzele acestui fenomen este persistenţa paradigmei medicale a dizabilităţii, în contradicţie cu prevederile Convenţiei ONU cu privire la Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi (ONU, 2016). Alte cauze conexe includ, dar nu se limitează la, barierele de ordin economic, infrastructural şi atitudinal cu care se confruntă persoanele cu dizabilităţi în realizarea dreptului la cel mai înalt nivel de sănătate.

Percepţia pozitivă a propriei stări de sănătate se reduce pe măsura înaintării în vârstă. Ca şi în cazul persoanelor cu dizabilităţi, persoanele în etate în general nu îşi apreciază starea de sănătate ca fiind foarte bună. Doar trei procente din respondenţii în etate îşi apreciază starea de sănătate ca fiind bună. Aproximativ 21,4% consideră că au starea de sănătate satisfăcătoare. Acest fapt ar putea fi determinat în special de prevalenţa anumitor boli caracteristice unor grupe specifice de vârstă (BNS, 2017), dar şi de insuficienţa resurselor financiare.

Deşi tinerii preponderent şi-au apreciat starea de sănătate ca fiind foarte bună, în interiorul acestui grup se observă discrepanţe majore de gen. Din 72,6% de tineri care au răspuns afirmativ la această întrebare, peste 56% sunt bărbaţi. Aceasta reflectă necesitatea de a concentra mai bine politicile de îngrijire a sănătăţii pentru a spori adresabilitatea şi atenţia sporită a bărbaţilor faţă de starea lor de sănătate.

Figură 11. Autoaprecierea stării de sănătate a persoanelor Roma versus non roma, pe grupuri de vârstă



Romii nu reprezintă o excepţie de la tendinţa de a reduce percepţia pozitivă a sănătăţii pe măsura înaintării în vârstă. Din totalul romilor care şi-au apreciat starea sănătăţii ca fiind rea sau foarte rea, 82,4% le revine celor în vârstă de 50 ani şi peste, pe când persoanele tinere de 15-29 ani şi 30-49 ani deţin o pondere de 22,4% şi, respectiv, 41,1%.

Sursa: ONU (2013). Romii din Republica Moldova în comunităţile locuite preponderent de romi. Chisinau: „Bons Offices" S.R.L.

Totuşi, diferenţele între roma şi non roma în cadrul grupurilor de vârstă sunt semnificative. Astfel, ponderea persoanelor care îşi apreciază pesimist starea sănătăţii în rândul romilor cu vârsta de 15-29 ani este de circa trei ori mai mare faţă de non roma (7,6%) de aceeaşi vârstă, iar a celor în vârstă de 30-49 ani

[13] http://www.statistica.md/public/files/publicatii_electronice/femei_si_barbati/Portret_statistic_femei.pdf

în rândul romilor (41,1%) este de 2 ori mai mare comparativ cu non roma (21,1%). Totodată, proporţia vârstnicilor roma de 50 ani şi peste cu un nivel al sănătăţii precar declarat în rândul romilor (82,4%) este cu circa o pătrime mai mare comparativ cu 58,4% în cazul populaţiei non-roma (ONU, 2013).

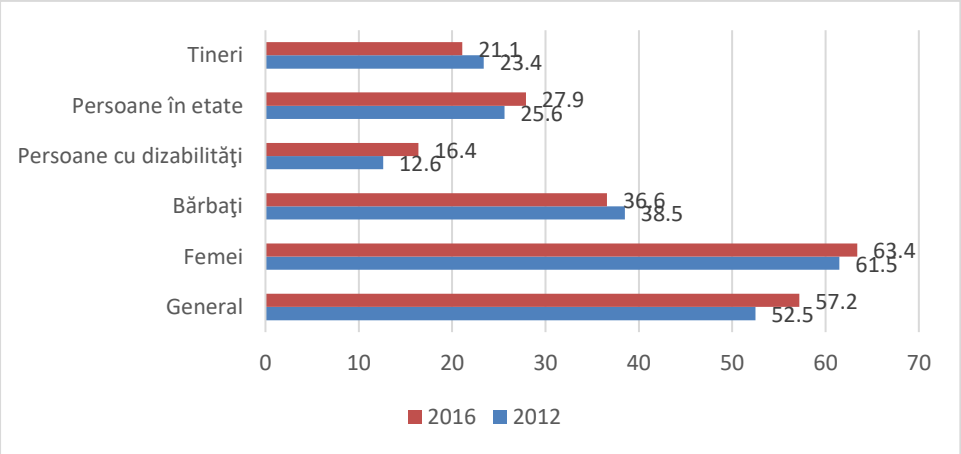
Concluzie: tendinţele generale cu privire la percepţia populaţiei reflectă anumite îmbunătăţiri, însă acestea nu sunt semnificative. Diferenţele de percepţie a stării de sănătate dintre populaţia de etnie romă şi non roma în cadrul grupurilor de vârstă sunt semnificative. Percepţia pozitivă a persoanelor cu dizabilităţi şi a persoanelor în etate faţă de propria stare de sănătate rămâne a fi scăzută, astfel încât doar 0,2% din persoanele cu dizabilităţi şi respectiv 3,2% din persoanele în etate îşi apreciază starea de sănătate ca fiind bună sau foarte bună. Deşi în 2016 s-au diminuat discrepanţele de gen comparativ cu anul 2010, acestea persistă, preponderent în rândurile tinerilor.

2.2 Adresabilitatea la serviciile medicale

Adresabilitatea femeilor la serviciile medicale este mai mare decât a bărbaţilor. Conform anchetei cu privire la starea sănătăţii pentru anii 2010, 2012 şi 2016, realizată de Biroul Naţional de Statistică, peste jumătate din cei chestionaţi au apelat în ultimele 12 luni la medicul de familie sau specialist pentru servicii medicale, iar peste 60% din aceştia sunt femei.

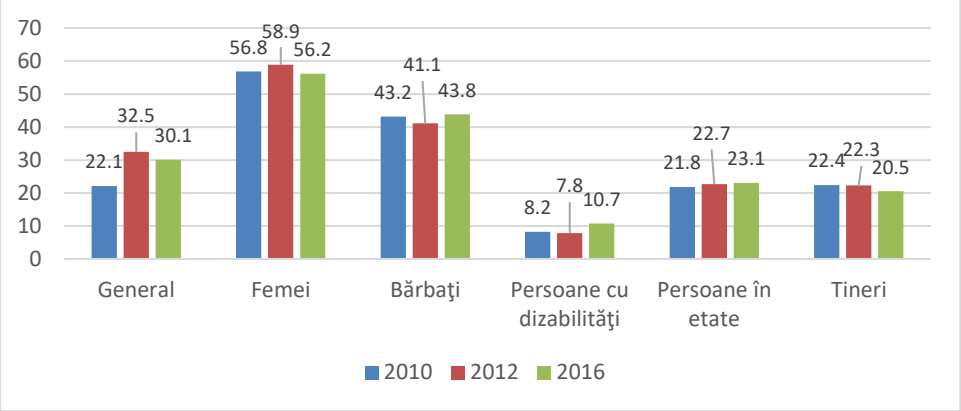
Totodată, **adresabilitatea la serviciile medicale a persoanelor cu dizabilităţi, persoanelor în etate şi a tinerilor este mai scăzută** comparativ cu alte segmente sociale. Astfel, în 2016 ponderea persoanelor cu dizabilităţi care au declarat că s-au adresat în ultimele 12 luni la medic a constituit 16,4%, iar a persoanelor în etate – 27,9%, a tinerilor – 21,1%. Aceleaşi grupuri au declarat că în ultimele 12 luni au renunţat cel puţin o dată la vizita medicului de familie sau a specialistului în condiţiile în care au avut necesitate.

Figură 12. Procentul de persoane care au declarat ca in decursul ultimelor 12 luni au apelat la medicul de familie sau specialist pentru servicii medicale



Sursa: BNS (2010, 2012, 2016)

Figură 13. Procentul de persoane care în ultimele 12 luni a renunţat cel puţin o dată la vizita medicului de familie sau specialist în condiţiile în care au avut necesitate

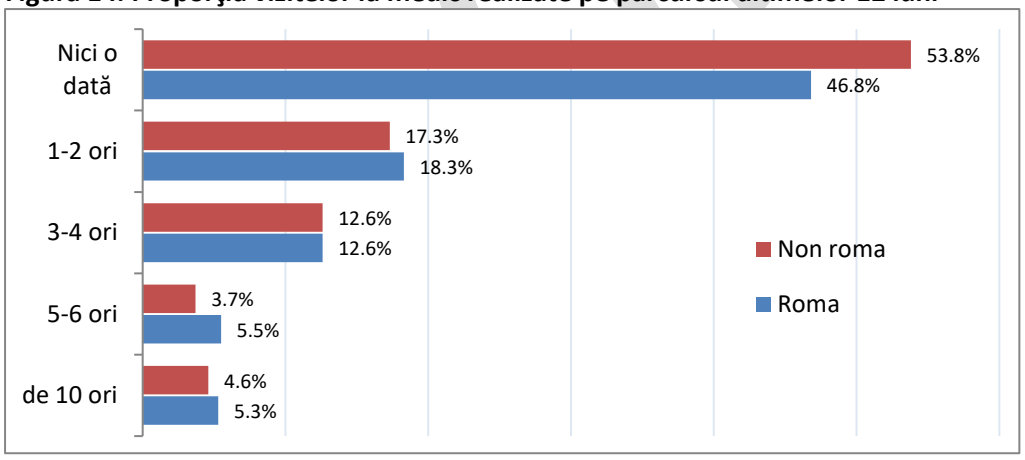


Sursa: BNS (2010, 2012, 2016)

Din figurile de mai sus se observă că **cea mai scăzută rată de adresabilitate este atestată în rândurile persoanelor cu dizabilităţi.** Posibilele cauze includ, dar nu se limitează la, lipsa sau insuficienţa mijloacelor financiare, determinate de costurile informale aferente serviciilor medicale (vezi secţiunea 2.3), dar şi alţi factori menţionaţi în rapoarte de specialitate, inclusiv atitudinea neprietenoasă a medicilor, instruirea insuficientă a medicilor pentru prestarea serviciilor medicale prietenoase persoanelor cu dizabilităţi, lipsa accesului fizic şi a echipamentului adaptat (CISR, 2016, p. 17).

În ceea ce priveşte frecvenţa vizitelor la medic a persoanelor de etnie romă, datele arată că **46,8% dintre persoanele de etnie romă pe parcursul ultimului an nu s-au adresat niciodată la medic**. Dintre cei care s-au adresat, 18,3% s-au adresat de 1-2 ori , iar 17,8% de 3-6 ori şi 5,6% de 10 ori.

Figură 14. Proporţia vizitelor la medic realizate pe parcursul ultimelor 12 luni



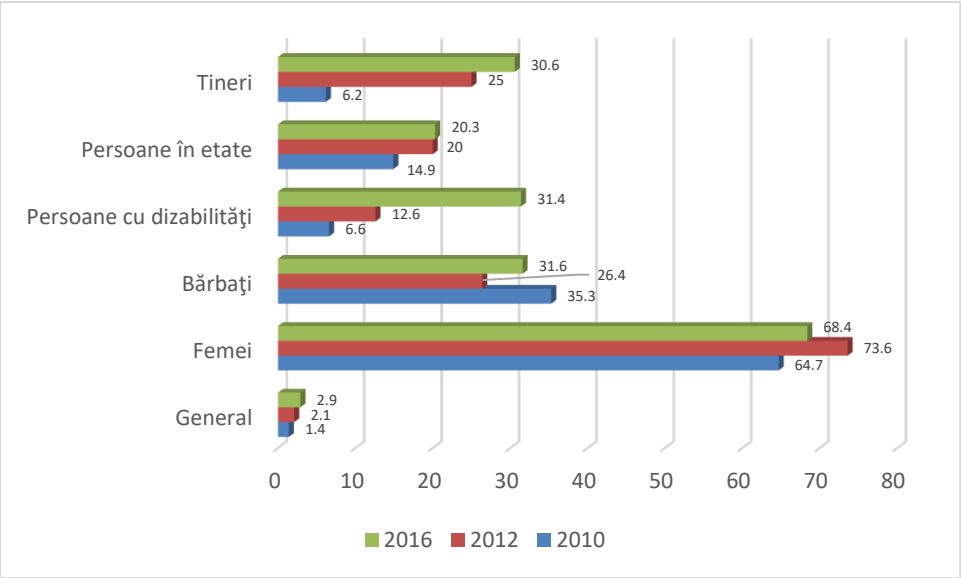
Sursa: *Sondajul regional PNUD/BM/CE, 2011*

Concluzie: Cel mai scăzut nivel de adresabilitate la serviciile medicale se atestă la persoanele cu dizabilităţi. Cauzele includ insuficienţa resurselor financiare, bariere de ordin infrastructural şi atitudinal. Persoanele în etate se adresează mai rar la serviciile medicale, comparativ cu populaţia generală. Adresabilitatea bărbaţilor, preponderent a tinerilor, este mai scăzută comparativ cu a femeilor. Persoanele de etnie romă se adresează mai rar la medic comparativ cu populaţia non-roma.

2.3 Accesibilitatea financiară

Plăţile informale aferente serviciilor medicale afectează disproporţionat femeile, persoanele cu dizabilităţi, persoanele în etate, tinerii. Din 2,1% de respondenţi care au declarat că au avut de suportat în ultimele 4 săptămâni plăţi informare pentru servicii medicale, peste 73% sunt femei, 25% - tineri, 20% - persoane în etate, 12,6% - persoane cu dizabilităţi.

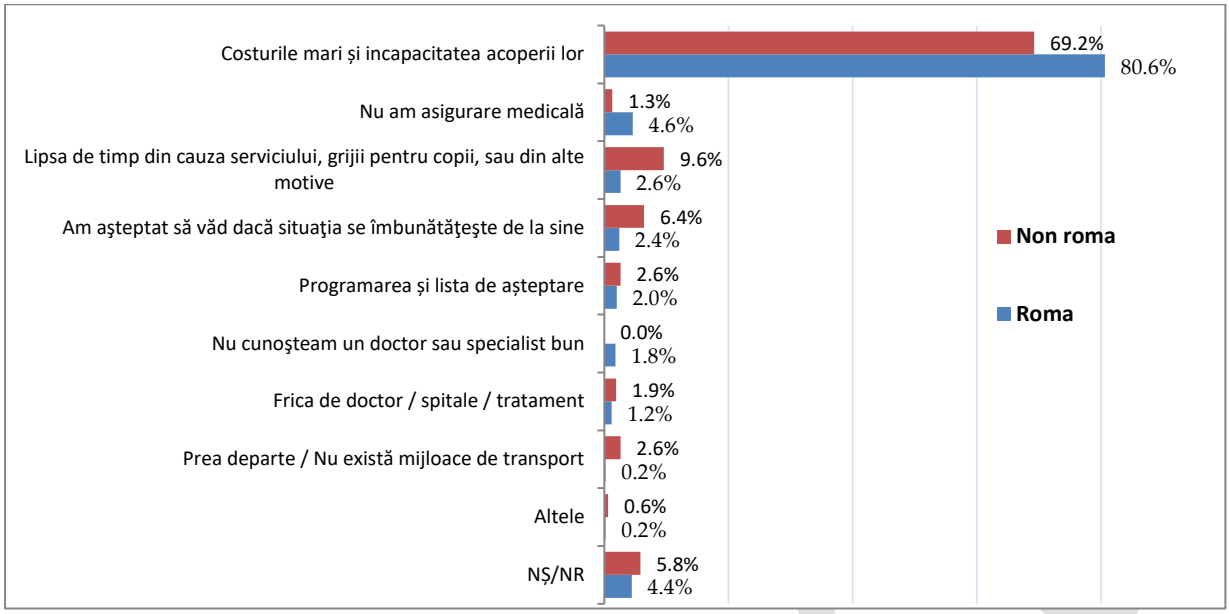
Figură 15. Procentul de persoane care au suportat în ultimele 4 săptămâni plăţi informale pentru serviciile medicale



Sursa: BNS (2010, 2012, 2016)

Peste 65% din respondenţii romi au menţionat că pe parcursul ultimelor 12 luni s-au confruntat cu probleme pentru care au considerat necesară consultaţia medicului însă au ezitat să se adreseze după aceasta, în rândul respondenţilor non roma ponderea acestora fiind cu 20,8 p.p. mai mică. Drept principale motive ale neadresării romilor la medic au fost raportate costurile mari legate de tratament şi incapacitatea acoperirii acestora (80,6%), şi lipsa poliţei de asigurare medicală (4,6%). Ca motive complementare au fost menționate: necesitatea programării la medic (2%), lipsa de timp din cauza serviciului, grijii pentru copii sau altor motive (2,6%) şi aşteptarea să treacă de la sine (2,4%) (ONU, 2013).

Figură 16. Motivele neadresării la medic, 2011



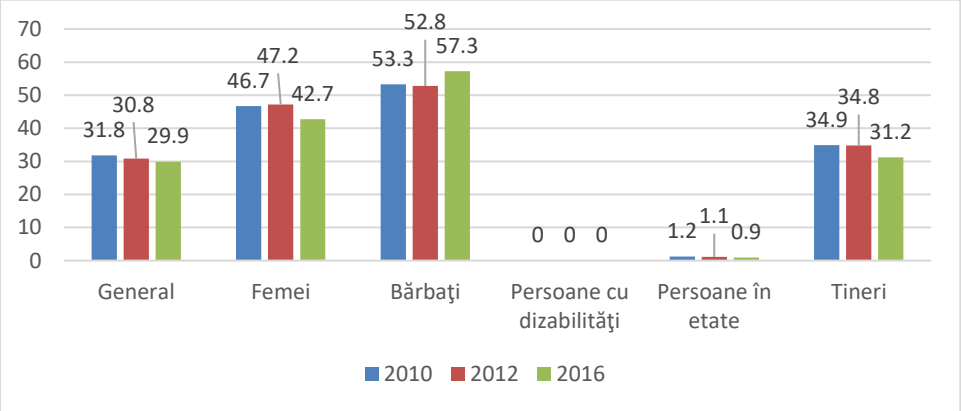
Sursa: Sondajul regional PNUD/BM/CE, 2011

Concluzie: plăţile informale pentru serviciile medicale constituie un fenomen în ascendenţă. Acestea afectează disproporţionat femeile, persoanele cu dizabilităţi, persoanele în etate, tinerii, populaţia de etnie romă.

2.4 Asigurarea medicală

Datele anchetei reflectă un nivel general redus de acoperire cu asigurare obligatorie de asistenţă medicală de la Compania Naţională de Asigurări în Medicină (CNAM). Astfel, aproximativ **30% din respondenţii** anchetei cu privire la starea sănătăţii, realizată de BNS în 2016, **au afirmat că nu dispun asigurarea medicală obligatorie** de la CNAM.

Figură 17. Procentul de persoane care nu dispun de asigurare medicală obligatorie de la CNAM

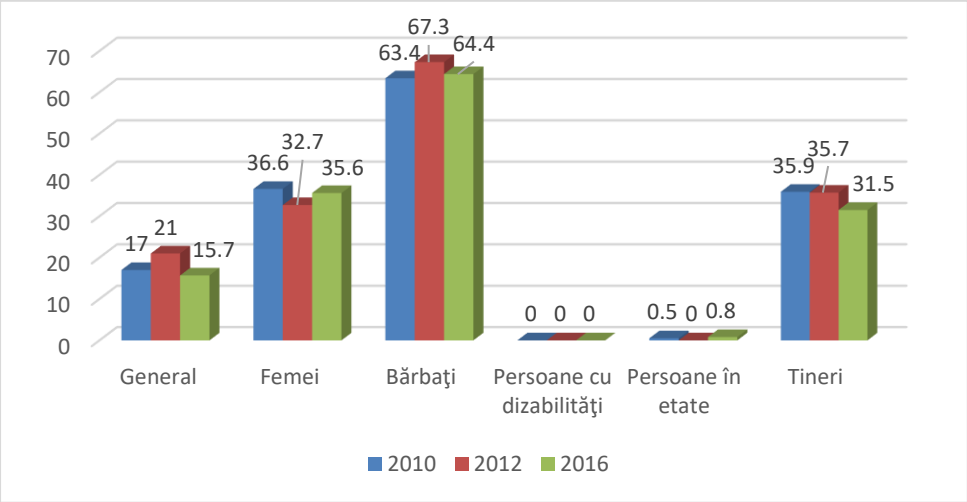


Sursa: BNS (2010, 2012, 2016)

Peste jumătate din respondenţii care au declarat că nu dispun de asigurare în medicină (57,3%) sunt bărbaţi. Aproape o treime (31,2%) din cei care declară că nu dispun de poliţă de asigurare medicală obligatorie sunt tineri cu vârsta între 16-29 de ani. Cauza majoră pare a fi faptul că bărbaţii sunt mai

susceptibili, comparativ cu femeile, de a se antrena în economia neformală, după cum este reflectat în figura de mai jos.

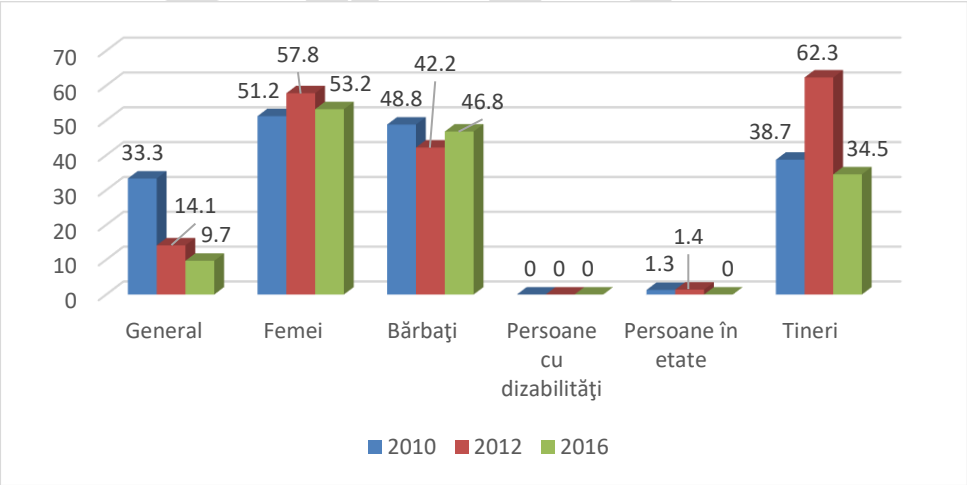
Figură 18. Procentul de persoane care nu dispun de asigurare medicală de la CNAM din cauza că lucrează neoficial



Sursa: BNS (2010, 2012, 2016)

Mai mult de o treime dintre respondenţii care nu au poliţe de asigurare obligatorie de asistenţă medicală sunt tineri. Cauza principală rezidă în lipsa locurilor de muncă şi nivelul ridicat al şomajului în rândurile tinerilor. Aceasta afectează disproporţionat femeile tinere neangajate, în mod special femeile care îngrijesc de copii cu vârsta de 0-18 luni, or Legea nr. 1585 cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală din 27.02.1998 cu modificările ulterioare nu include acest grup în lista categoriilor de persoane asigurate de Guvernul Republicii Moldova.

Figură 19.Procentul de persoane care nu dispun de asigurare obligatorie de asistenţă medicală de la CNAM din cauza că nu sunt angajate



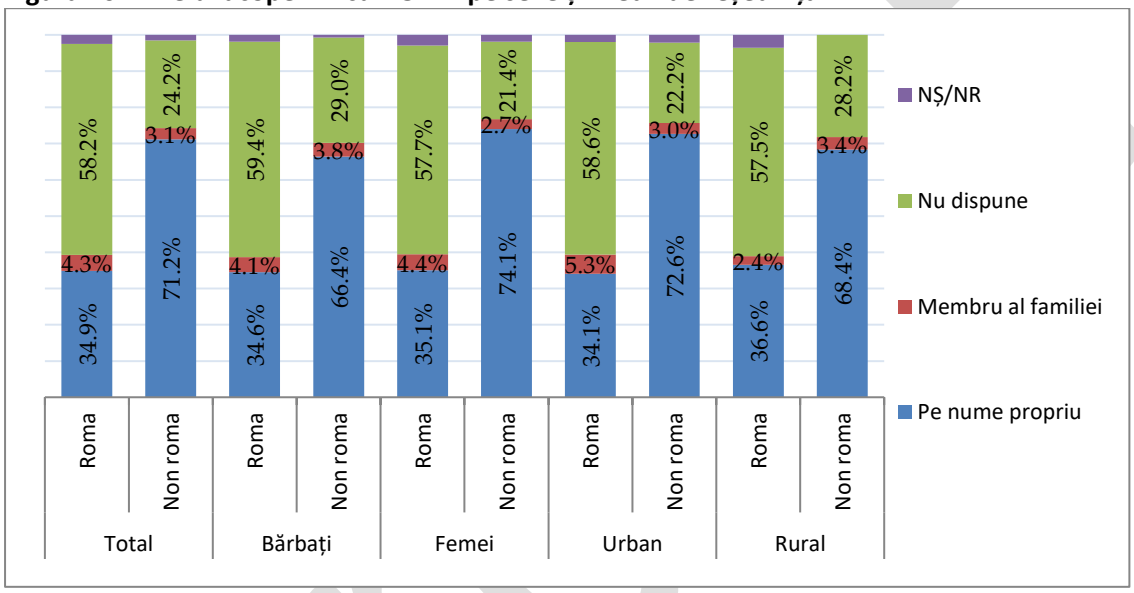
Sursa: BNS (2010, 2012, 2016)

Aproximativ un procent din respondenţii care nu dispun de poliţa de asigurare obligatorie de asistenţă medicală sunt persoane în etate. O cauză posibilă ar putea consta în decizia acestora de a-şi transfera plata pensiei către un alt stat în virtutea dublei cetăţenii. Această duce la radierea acestor persoane din baza de date a beneficiarilor CNAS de prestaţii de asigurări sociale şi din baza de date a CNAM a beneficiarilor de asigurări în medicină (CPPEDAE, 2017).

O altă cauză posibilă ar putea fi situaţiile în care beneficiarul de pensia pentru limita de vârstă s-a îmbolnăvit de o boală gravă şi a fost încadrată în gradul de dizabilitate severă. În aceste circumstanţe, starea de sănătate este reexaminată odată pe an de către Consiliul Naţional pentru Determinarea Dizabilităţii şi Capacităţii de Muncă în perioada indicată în certificatul de dizabilitate. Din cauza stării de sănătate, care se poate înrăutăți imprevizibil, unele persoane nu reușesc să respecte procedura de reexpertizare în termenul indicat în certificatul de dizabilitate, ceea ce duce la depăşirea termenului de reexpertizare iar ca rezultat, la stoparea plății pensiei de dizabilitate și dezactivarea poliței de asigurare medicală (CPEDAE, 2017).

Doar circa 35% dintre populaţia de etnie romă dispun de poliţe de asigurare medicală individuală, comparativ cu 71,2% non roma. Totodată 4,3% dintre roma dețin polițe de asigurări medicale pe numele unui membru de familie, proporția acestora fiind cu 1,2 p.p. mai mare față de non roma (3,1%).

Figură 20. Nivelul acoperirii cu AOAM pe sexe și medii de reședință



Sursa: Sondajul regional PNUD/BM/CE, 2011

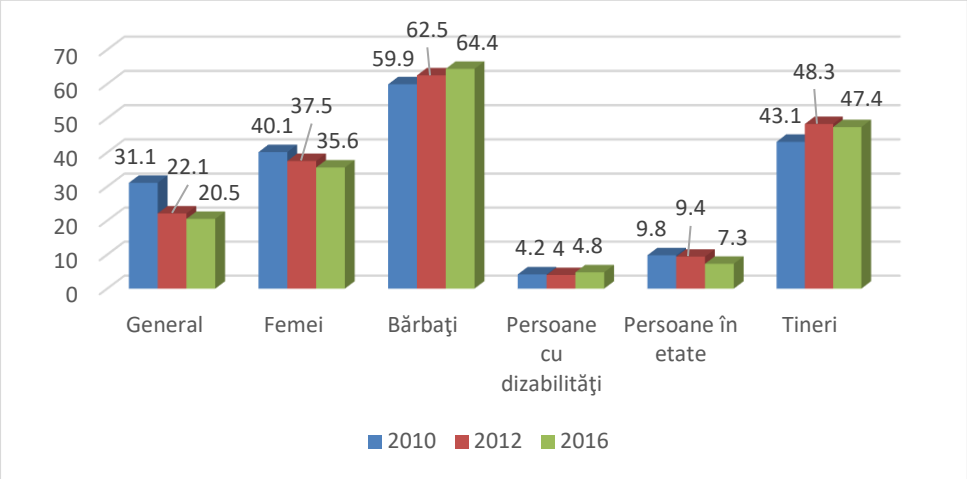
Peste 58% dintre populaţia de etnie romă este în afara sistemului de asigurări medicale obligatorii, proporţia acestora fiind de peste două ori mai mare faţă de non roma (24,2%). Aceste diferenţe se menţin pe sexe şi pe medii de reşedinţă. Astfel, în rândul bărbaților roma 59,4% nu dețin polițe de asigurări medicale comparativ cu 29% non roma, iar în rândul femeilor roma proporția celor care nu au polițe de asigurare obligatorie de asistenţă medicală este de 57,7% față de 21,4% non roma. În mediul urban proporția romilor neasigurați constituie 58,6% față de 22,2% non roma, iar mediul rural nu sunt asigurați 57,5% față de 28% non roma (ONU, 2013).

Concluzie: Peste 58% dintre roma sunt în afara sistemului de asigurare obligatorie de asistenţă medicală, proporţia acestora fiind de peste două ori mai mare faţă de populaţia non roma. Peste jumătate din respondenţii care nu deţin poliţă de asigurare în medicină sunt bărbaţi, fapt cauzat de ponderea mai mare a bărbaţilor în economia neformală. Aproximativ o treime din cei care nu dispun de poliţă de asigurare în medicină sunt tineri cu vârsta între 16-29 de ani. Ponderea persoanelor care nu dispun de asigurare de la CNAM din cauza că nu sunt angajate s-a diminuat considerabil în ultimii şase ani, constituind 9,7% în 2016 comparativ cu aproximativ 33% în anul 2010. Peste 53% din acestea sunt femei, preponderent cu vârsta între 16-29 de ani.

2.5. Informaţia cu privire la beneficiile asigurării medicale obligatorii de asistenţă medicală

Bărbaţii sunt mai puţin informaţi despre faptul că unele medicamente sunt compensate sau se acordă fără plată în baza asigurării medicale. Conform datelor anchetei cu privire la starea sănătăţii din 2016, din cei peste 20% din respondenţii care nu cunosc despre beneficiile aferente asigurării medicale, aproximativ 64 de procente sunt bărbaţi. Aproape jumătate din aceştia sunt tineri. Ponderea persoanelor în etate care nu cunosc despre medicamentele compensate constituie 7,3%, iar a persoanelor cu dizabilităţi – 4,8%.

Figură 21. Procentul de persoane care nu cunosc despre faptul că unele medicamente sunt compensate sau se acordă fără plată în baza asigurării medicale



Sursa: BNS (2010, 2012, 2016)

Concluzie: Aceste date reflectă necesitatea concentrării eforturilor de informare a următoarelor grupuri: tineret, bărbaţi şi femei, persoane în etate, persoane cu dizabilităţi. O atenţie deosebită trebuie oferită informării cu privire la beneficiile poliţei de asigurare obligatorie de asistenţă medicală în comunităţile locuite preponderent de romi.

2.6. Răspunsul de politici în domeniul sănătăţii

Inegalităţile de gen:

Sporirea adresabilităţii bărbaţilor la serviciile medicale necesită abordări complementare acţiunilor de informare cu privire la cele mai frecvente maladii sau efectele devastatoare în cazul neadresării la medic. Sunt necesare eforturi pro-active la nivel comunitar, prietenoase femeilor şi bărbaţilor din toate grupurile, care să antreneze comunitatea în activităţi de verificare a stării sănătăţii.

Plăţile informale pentru serviciile medicale afectează toate segmentele sociale, în special femeile, deoarece se adresează mai frecvent la serviciile medicale. Eliminarea acestui fenomen nu trebuie să se limiteze doar la intervenţii de promovare a integrităţii în sistemul de sănătate. Sunt necesare abordări complementare, inclusiv eforturi educaţionale pentru diminuarea consumului iraţional de medicamente, extinderea listei de medicamente compensate şi mărirea procentului de compensare pentru a reduce plăţile informale. Aceste opţiuni nu vor reduce cheltuielile generale pentru medicamente dar vor transfera sarcina costurilor de la consumatori spre guvern (WHO, 2014).

Pentru diminuarea procentului de femei care nu dispun poliţa de asigurare în medicină sunt necesare intervenţii complexe în domenii conexe precum educaţie, protecţie socială, muncă. Legea nr. 1585 cu privire

la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală din 27.02.1998 ar putea beneficia de amendamente, pentru a include persoanele neasigurate care îngrijesc de copil cu vârsta de până la 18/36 luni în lista categoriilor de persoane asigurate de Guvernul Republicii Moldova. De asemenea, instituirea creşelor pentru copii cu vârsta de până la trei ani, coroborată cu regândirea concediului şi prestaţiilor aferente îngrijirii copiilor, ar stimula antrenarea femeilor cu copii cu vârsta de până la trei ani în câmpul muncii, implicit accesul la asigurarea medicală şi beneficiile corespunzătoare. Opţiunile de politici pentru integrarea în câmpul muncii a femeilor şi bărbaţilor sunt fundamentate mai detaliat în următorul capitol.

Persoanele cu dizabilităţi:

Rata scăzută de adresabilitate la serviciile medicale a persoanelor cu dizablităţi pare fi generată de mai mulţi factori inclusiv (i) sistemul opac de determinare dizabilităţii, (ii) barierele de accesibilitate; (iii) barierele de ordin atitudinal.

În sistemul actual, determinarea dizabilităţii este bazat pe abordarea medicală şi presupunerea că potenţialul unei persoane de a fi membru productiv al societăţii este corelat cu starea de sănătate a acesteia. Este necesară regândirea sistemului de determinare a dizabilităţii şi capacităţii de muncă prin prizma modelului social.

Instituţiile medicale şi echipamentele medicale trebuie adaptate pentru a elimina barierele fizice cu care se confruntă persoanele cu dizabilităţi. De asemenea, este necesară instruirea personalului din instituţiile medicale pentru prestarea serviciilor medicale prietenoase persoanelor cu dizabilităţi.

Tinerii

Aproximativ o treime din persoanele care nu deţin poliţa de asigurare în medicină sunt tineri cu vârsta între 16-29 de ani. Principalele cauze rezidă în faptul că nu sunt angajaţi sau lucrează neoficial. Tinerii din zonele rurale au nevoie de servicii de orientare profesională mult mai calitative și cu o intervenție mai timpurie.

Persoanele în etate

Adresabilitatea diminuată la serviciile medicale a persoanelor în etate pare a fi cauzată de mai mulţi factori: (i) lipsa/insuficienţa specialiştilor medicali la nivel de comunitate, (ii) distanţa pe care trebuie să o parcurgă persoanele în etate până la centrele raionale, (iii) atitudinile neprietenoase ale medicilor faţă de persoanele din mediul rural. Prin urmare, este necesară asigurarea personalului calificat la nivel de comunitate şi instruirea medicilor pentru prestarea serviciilor medicale prietenoase persoanelor în etate.

Plăţile informale pentru serviciile medicale afectează disproporţionat persoanele în etate. Eforturile de promovare a integrităţii în sistemul medical trebuie complementate cu instituirea unor procese de evaluare a necesităţilor de îngrijire medicală ale persoanelor în etate comparativ cu necesităţile acoperite de poliţa de asigurare obligatorie de asistenţă medicală.

Aproximativ un procent din persoanele în etate nu deţin poliţă de asigurare medicală, fapt ce amplifică vulnerabilitatea în situaţii de risc (maladiile sau afecţiunile). Este necesară revizuirea mecanizmului de evidenţă a pensionarilor care beneficiază de pensie temporară de dizabilitate, pentru a nu admite dezactivarea automată a poliţei de asigurare medicală la expirarea pensiei temporare de dizabilitate.

Proiect

Romii:

Adresabilitatea scăzută a persoanelor de etnie Romă este determinată de mai multe cauze inclusiv lipsa poliţei de asigurare medicală, costurile excesive, stigma şi discriminarea. Planul de acţiuni pentru susţinerea populaţiei de etnie romă din Republica Moldova pe anii 2016-2020 prevede un obiectiv specific concentrat pe creşterea accesului şi adresabilităţii persoanelor de etnie romă la servicii medicale, inclusiv de urgenţă. Cu toate acestea, unica acţiune aferentă acestui obiectiv este efectuarea unui sondaj privind asigurarea persoanelor de etnie romă cu poliţă de asigurare obligatorie de asistenţă medicală.

Funcţionalitatea instituţiei mediatorului comunitar rom este crucială pentru informarea populaţiei de etnie romă cu privire la beneficiile încadrării în sistemul asigurări obligatorii de asistenţă medicală, tipurile de asistenţă medicală şi spectrul general al serviciilor la care au dreptul persoanele asigurate, prevenirea bolilor transmisibile prin imunizare, prevenirea fumatului, consumului abuziv de alcool; prestarea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor.

Project

3. Piața muncii

Acest capitol va analiza inegalitățile existente pe piața muncii. Inegalitățile de pe piața muncii vor fi identificate în baza unei simple *analize distribuționale* a efectelor pozitive asociate pieței muncii (cum ar fi rata de ocupare) cât și a celor negative (cum ar fi rata de ocupare informală sau rata de ocupare în agricultură). Analiza pornește de la premiza centrală că într-o societate lipsită de discriminare și excludere a unor grupuri, ponderea efectelor pozitive și negative asociate pieței muncii trebuie să fie egale pentru toate grupurile iar diferența dintre acestea reflectă gradul de inegalitate de pe piața muncii dintre aceste grupuri.

Analiza inegalităților dintre grupurile de referință va presupune utilizarea a cinci comparatori. Nivelul inegalității va fi determinat pentru următoarele grupuri de referință: gen, tineri, vârstnici, persoane cu dizabilități și persoanele de etnie romă. În stabilirea inegalității de gen vor fi comparați indicatorii pentru bărbați și femei, în stabilirea inegalităților de vârstă vor fi comparați indicatorii pentru tineri/vârstnici și populația adultă. Indicatorii cu referire la persoanele cu dizabilități/persoanele de etnie romă for fi comparați cu indicatorii din aceeași categorie pentru persoanele fără dizabilități/persoanele non roma.

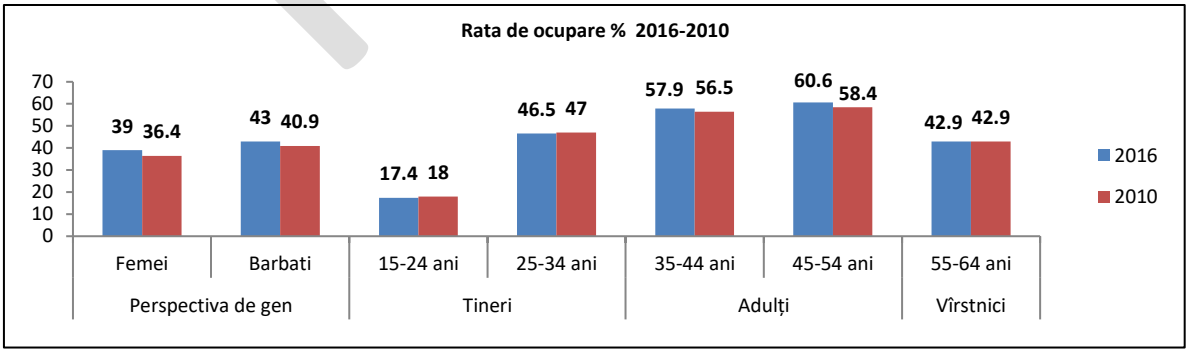
Demersul analitic se va axa pe trei întrebări cheie. (i) Care este nivelul de inegalitate la moment? (ii) Care este tendința ultimilor ani în ceea ce privește nivelul egalității? (iii) Care sunt cauzele ce determină existența și perpetuarea inegalităților, în special din perspectiva răspunsului de politici publice în domeniul pieței muncii?

3.1 Ocuparea pe piața muncii

Rata de ocupare a populaţiei – este definită ca și proporţia populaţiei ocupate de 15 ani şi peste în populaţia totală de aceeaşi categorie de vârstă. Populaţia ocupată cuprinde toate persoanele de 15 ani şi peste, care au desfăşurat o activitate economică sau socială producătoare de bunuri sau servicii de cel puţin o oră în perioada de referinţă (o săptămână), în scopul obţinerii unor venituri sub formă de salarii, plată în natură sau alte beneficii. Estimările cu privire la rata ocupării sunt realizate de către Biroul Național de Statistică (BNS) în baza Anchetei Forței de Muncă.

În termeni de ocupare, inegalitățile în baza de vîrstă sunt mai semnificative comparativ cu cele de gen. În special, ne referim la inegalitatea de ocupare dintre populația adultă și cea vârstnică. Se observă că nivelul inegalităților a rămas relativ neschimbat în ultimii șase ani pentru toate grupurile de referință de bază (figura 23).

Figură 22. Rata de ocupare în dependență de gen și grupul de vârstă, 2016-2010



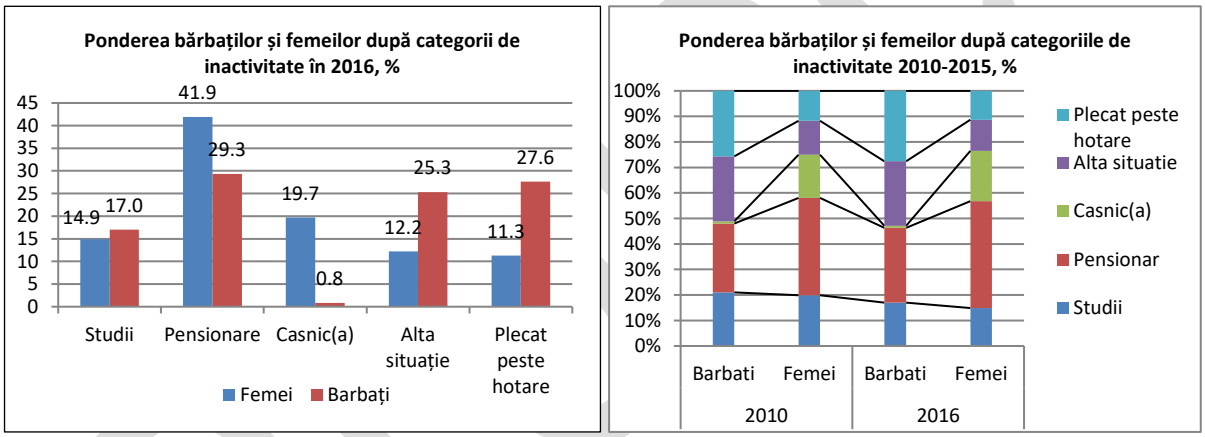
Sursa: BNS în baza AFM

Proiect

Analiza populației inactive ar putea oferi mai mult context pentru a înțelege inegalitățile de pe piața muncii. Aceasta este definită ca și populația, indiferent de vârstă, care nu este șomeră și care nu a lucrat cel puțin o oră în perioada de referință a Anchetei Forței de Muncă (AFM).

Analiza pe categorii a grupurilor de femei și bărbați inactivi indică asupra unor inegalități de gen destul de semnificative pe piața muncii. Astfel, 42% din femei inactive sunt pensionare comparativ cu 29,3% din bărbați, în mare parte deoarece femeile se pensionează mai devreme și au o viață medie mai îndelungată comparativ cu bărbații. Aproximativ 28% din bărbații inactivi sunt plecați peste hotare sau intenționează să o facă în viitorul apropiat, proporția femeilor din această categorie este de 11,3%. Rata destul de semnificativă a bărbaților inactivi din cauza migrației explică în mare parte de ce diferența dintre ratele de ocupare a femeilor și băraților este atât de mică. Ponderea femeilor inactive din categoria celor care desfășoară activități casnice în cadrul gospodăriei este aproape de 20% pe când cea a bărbaților este de 0,8%. Comparativ cu anul 2010, inactivitatea pe baza de categorii a pensionarilor și a categoriei casnic(ă) a crescut în rândul femeilor la fel ca și ponderea bărbaților inactivi din categoria migranților.

Figură 23. Ponderea bărbaților și femeilor (15+) după categoriile de inactivitate în 2016 (stânga) și 2016 și 2010 (dreapta)



Sursa: BNS în baza AFM

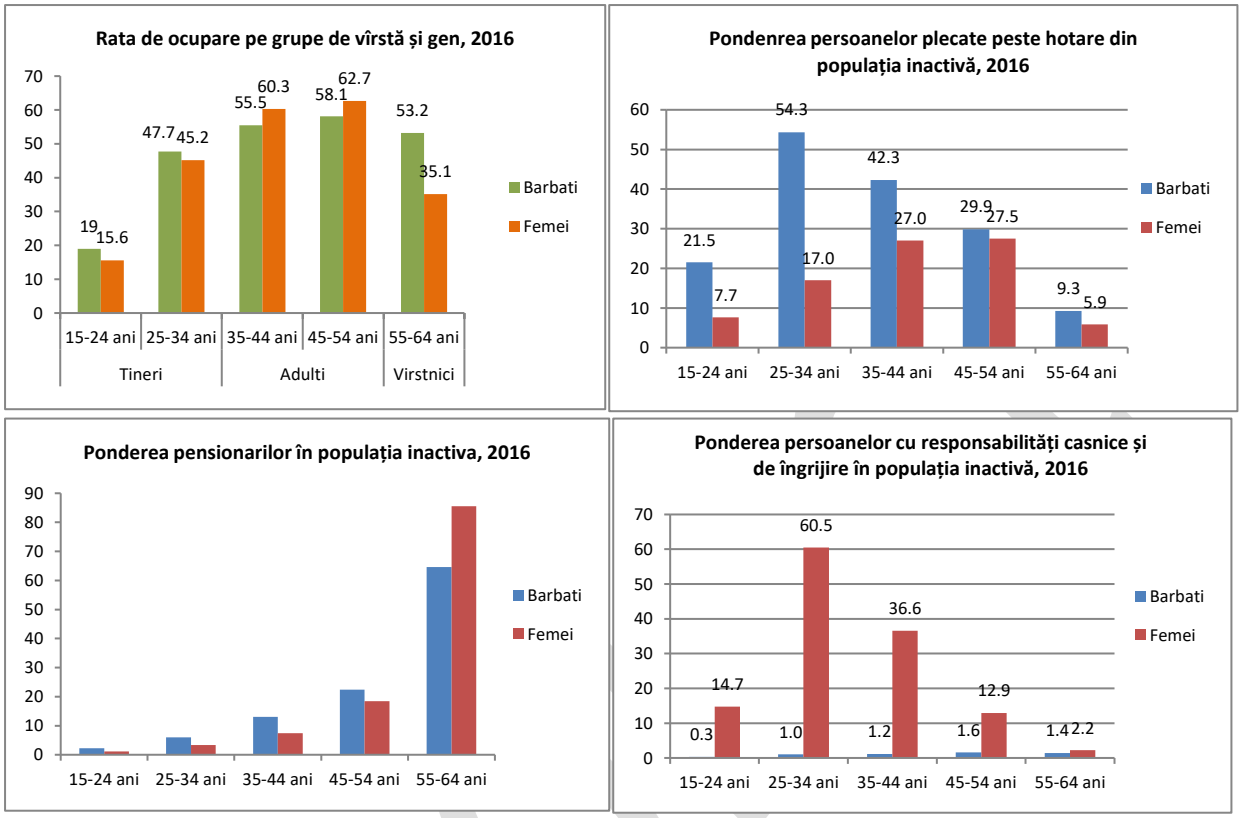
Rata de ocupare a femeilor este determinată de pensionarea precoce a femeilor și retragerea acestora de pe piața muncii într-o proporție mult mai semnificativă comparativ cu bărbații. În același timp rata de ocupare a femeilor din grupul de referință a adulților este cea mai mare comparativ cu cea a bărbaților în mare parte deoarece ponderea bărbaților plecați peste hotare este mult mai mare în cadrul acelui grup.

Inegalitățile de ocupare pentru tineri, în special pentru grupul de vârstă 25-34 de ani se explică prin faptul că femeile din acest grup se retrag de pe piața muncii din cauza responsabilităților de îngrijire a familiei. Rata de ocupare foarte mică a tinerilor cu vârsta de 15-24 de ani se explică prin cuprinderea acestora în programe de studii. Un indicator mai relevant în sensul ocupării pentru acest grup este rata NEET (tineri care nu sunt ocupați, nu sunt studenți/elevi și nu participă la o programe de calificare profesională).

Migrația, (care este în mare parte caracteristică bărbaților) maschează inegalitățile de gen de ocupare prezentate la începutul capitolului. Rata de ocupare foarte mică a tinerilor cu vârsta de 15-24 de ani se explică prin cuprinderea acestora în programe de studii. Un indicator mai relevant în sensul ocupării pentru

acest grup este rata NET (tineri care nu sunt ocupați, nu sunt studenți/elevi și nu participă la o programe de calificare profesională).

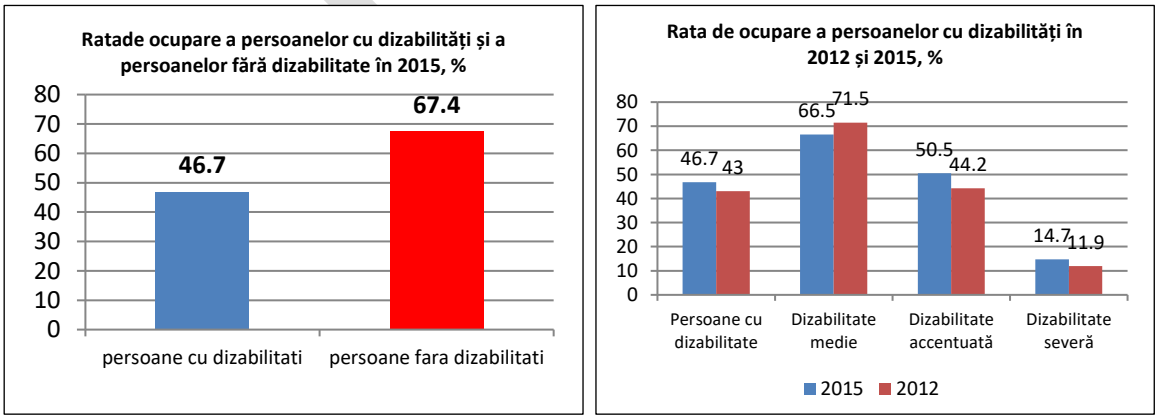
Figură 24. Rata de ocupare dup grup de vârstă și gen și ponderea persoanelor inactive după următoarele categorii: plecate peste hotare, pensionari, casnic(ă) după grupuri de vârstă și gen în anul 2016



Sursa: BNS în baza AFM

Diferențele în ocupare pentru persoanele cu dizabilități sunt destul de semnificative dar cu tendințe de ameliorare. Conform datelor colectate în baza Cercetării Bugetelor Gospodăriilor Casnice, rata de ocupare a persoanelor cu dizabilitate severă în anul 2015 era de 14,8%. Rata de ocupare a persoanelor cu dizabilitate severă și dizabilitate accentuată a crescut în 2015 comparativ cu 2012.

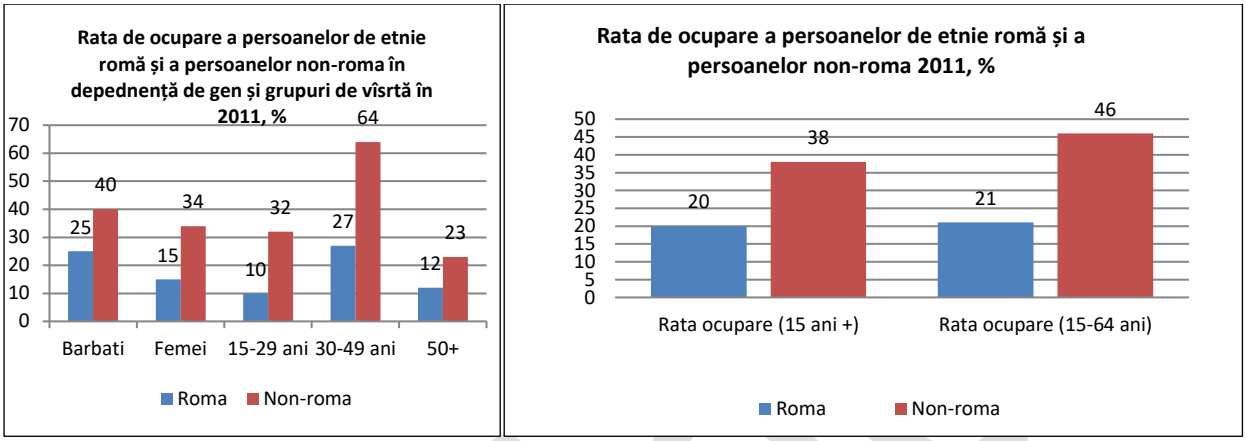
Figură 25.Rata de ocupare a persoanelor cu dizabilități comparate cu rata de ocupare a persoanelor fără dizabilităţi 2015 (stânga) rata de ocupare a persoanelor cu dizabilităţi în funcţie de gradul de severitate pentru anii 2012/2015 (dreapta)



Sursa: BNS în baza CBGC

Rata de ocupare a persoanelor de etnie romă este de două ori mai mică comparativ cu cea a persoanelor non-roma. Rata de ocupare a persoanelor Roma și non-roma se bazează pe datele sondajului regional PNUD/BM/CE din anul 2011. Acesta constată că inegalitățile *tipice* de gen și cele pe bază de grupuri de vârstă sunt mult mai semnificativă comparativ cu populația non-roma. Doar 10% din tinerii romi sunt ocupați iar diferența de ocupare în rândul adulților (grupul de vârstă 30-49 ani) este de – 37%.

Figură 26. Rata de ocupare a persoanelor de etnie romă, 2011



Sursa: Sursa: Sondajul regional PNUD/BM/CE, 2011

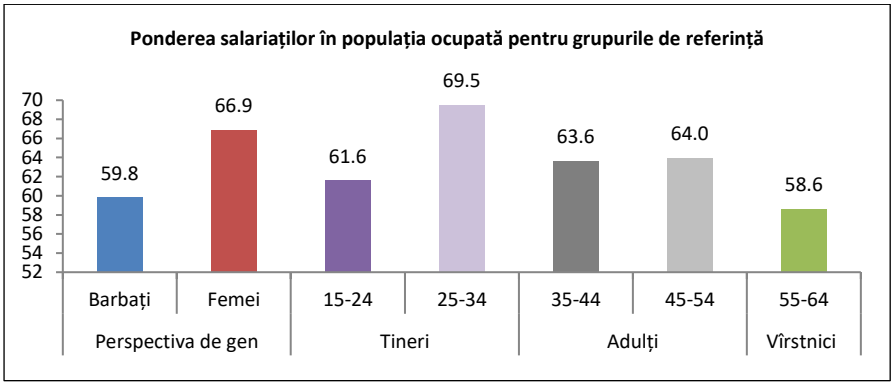
***Concluzie:* (i)** Modul de ocupare pe piața muncii din Moldova replică inegalitățile și rolurile tradiționale de gen din societate. Inegalitatea de gen în ocupare determină în mare parte inegalitatea de ocupare pe grupuri de vârstă (atât pentru tineri cât și pentru vârstnici). Pensionarea precoce a femeilor explică în mare parte inegalitatea de ocupare a vârstnicilor iar inactivitatea prin realizarea responsabilităților casnice determină inegalitatea de ocupare a tinerilor. **(ii)** Inegalitățile de ocupare a persoanelor cu dizabilități și a persoanelor de etnie romă sunt cele mai semnificative. În lipsa datelor suplimentare este dificil de a înțelege cum pot fi interpretate ultimele evoluții pozitive modeste în ceea ce privește ocuparea persoanelor cu dizabilități.

3.2 Calitatea ocupării pe piața muncii

Calitatea ocupării pe piața muncii – este definită prin indicatori *proxi* cum ar fi ponderea salariaților în populația ocupată, ocuparea grupurilor de referință în domeniul agricol, sectorul informal, ponderea angajaților pe cont propriu, ocuparea la un loc de muncă nociv.

Bărbații și vârstnicii dețin cea mai mică pondere a pozițiilor salariale în populația ocupată. Figura de mai jos reprezintă ponderea salariaților raportată la populația ocupată pentru fiecare grup de referință. Cu cât ponderea salariaților este mai mare cu atât putem presupune în mod rezonabil că nivelul ocupării este mai calitativ (venit mai stabil, ocupare formală care presupune asigurare socială și medicală, drepturi de muncă, etc.). Faptul că bărbații și vârstnicii au o pondere mai mică în rândurile salariaților poate fi explicat prin următoarele aspecte: (i) segregarea acestor două grupuri în sectoare informale în special sectorul agricol unde predomină ocuparea pe cont propriu, (ii) femeile tind să fie ocupate în sectorul public mult mai mult comparativ cu bărbații, (iii) tinerii (cu vârsta 25-34 ani) comparativ cu alte grupuri de referință, preferă să se angajeze în sectoare mai productive sau să emigreze decât să recurgă la ocuparea în agricultura de subzistență.

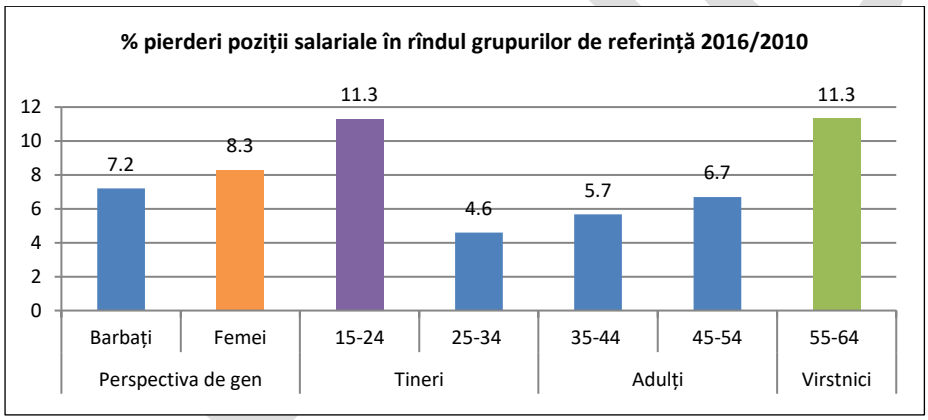
Figură 27. Ponderea persoanelor ocupate din pe grupuri de vârstă și gen, 2016



Sursa: BNS în baza AFM

Tinerii (15-25 ani) și vârstnicii au pierdut mai multe poziții salariale comparativ cu anul 2010. Tendința ultimilor ani arată că nivelul de ocupare a crescut în timp ce ponderea salariaților a scăzut în populația ocupată. Deși ponderea salariaților a scăzut pentru toate grupurile de referință, ponderea salariaților a scăzut și mai semnificativ în rândul tinerilor (11,3%) și a vârstnicilor (11,3%). Ponderea tinerilor salariați (15-24) a scăzut pe fundalul creșterii ocupării acestora în agricultură (vezi mai jos) iar ponderea salariaților vârstnici a scăzut pe fundalul creșterii ocupării acestora în agricultură și a reducerii ocupării în sectorul public, în special pentru femei în general (de la 32% ocupare în sectorul public în 2010 la 25,6% în 2016).

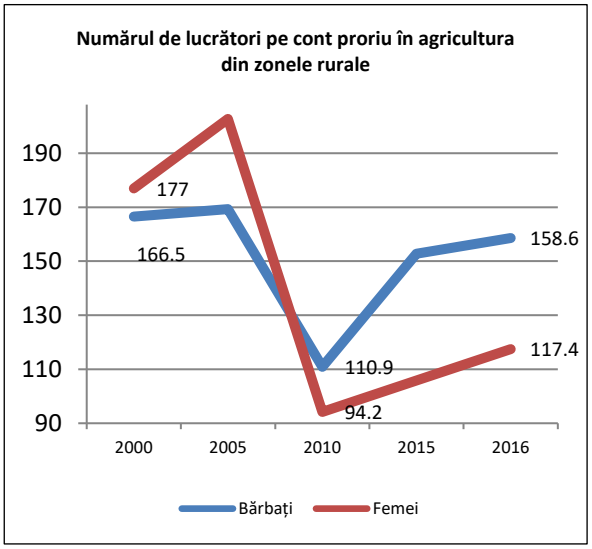
Figură 28. Procentul de pierderi a pozițiilor salariale în 2016 comparativ cu 2010

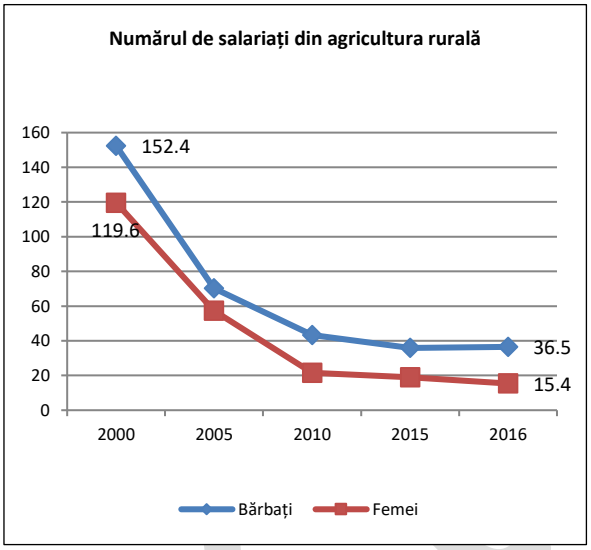


Sursa: BNS în baza AFM

Calitatea ocupării se deteriorează, in special pentru bărbații din zonele rurale. Schimbarea structurală a pieței muncii din Moldova care presupunea tranziția celor ocupați din agricultură de subzistență în domenii cu productivitate mai mare sau migrarea acestora, s-a temperat semnificativ în anul 2012. Astfel, în anul 2016, numărul de muncitori bărbați pe cont propriu din zonele rurale a ajuns aproape de nivelul anilor 2000 (vezi figura de mai jos). Acest fapt indică că o parte din forța de muncă masculină în special din zonele rurale, printre care preponderent emigranți, pe termen scurt nu au reușit să se angajeze în sectoare mai productive ale economiei naționale. O altă tendință negativă o reprezintă numărul descrescând al salariaților din agricultura rurală.

Figură 29. Dinamica bărbaților și femeilor ocupați pe cont propriu în agricultura rurală (stânga) numărul de bărbați și femei salariați în agricultura rurală

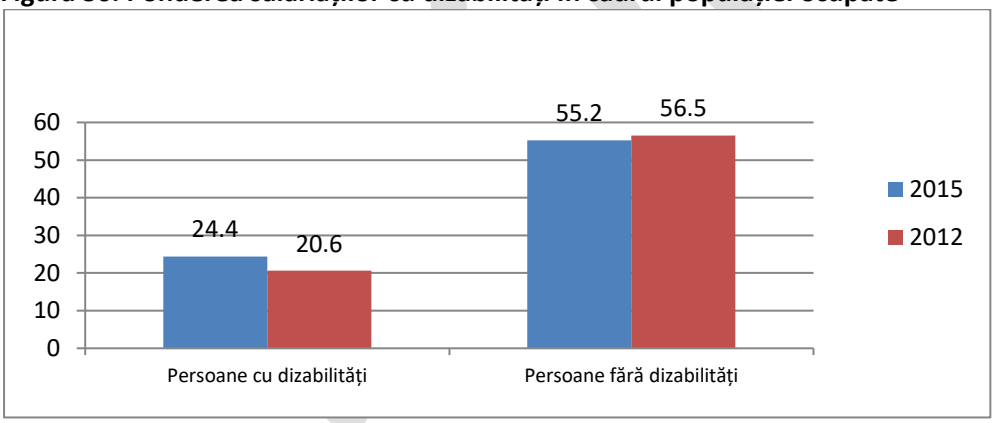




Sursa: BNS în baza AFM

Numărul salariaților în rândul persoanelor cu dizabilități a crescut. Ponderea salariaților în rândul persoanelor cu dizabilități ocupate a crescut de la 20,6% în 2012 la 24,4% în anul 2015. În lipsa unor date și analize mai specifice legate de ocuparea și angajarea acestui grup, putem doar să speculăm că această situația poate fi explicată atât prin deteriorarea integrității cadrului de constatare și oferirea dizabilității pentru persoane contrar prevederilor legale sau potențialul impact al legii privind incluziunea persoanelor cu dizabilități nr. 60 din 30.02.2012, în special prevederile cu referire la incluziunea în câmpul muncii (art. 34).

Figură 30. Ponderea salariaților cu dizabilități în cadrul populației ocupate



Sursa: BNS în baza CBGC

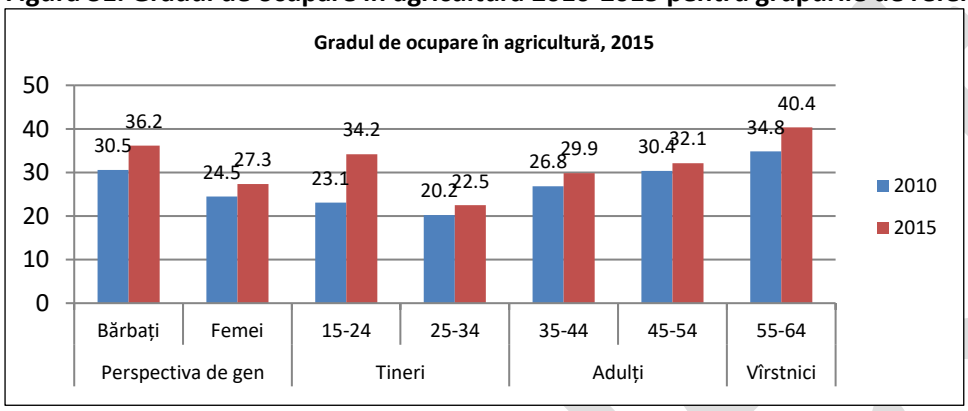
Ocuparea în agricultură reprezintă o formă de excludere de pe piața muncii. Sărăcia în rândul celor ocupați este cea mai mare pentru persoanele care activează în agricultură. Conform estimărilor băncii mondiale în 64% din cei săraci erau ocupați în agricultură, în anul 2014 ponderea acestora a crescut la 77%.

Ocuparea în agricultură a crescut pentru toate grupurile însă mai mult în rândul tinerilor, bărbaților și vârstnicilor. Ocuparea în agricultură, până în anul 2010 era mai mult caracteristică bărbaților și persoanelor vrăstnice. Ocuparea în agricultură în 2015, a crescut în termeni relativi comparativ cu 2010 pentru toate grupurile și s-a datorat în special, temperării emigrației în Rusia și reducerea locurilor de muncă din servicii

legate de comerț din cauza remitențelor scăzute. Totodată, gradul de ocupare în agricultură a crescut mult mai pronunțat pentru tinerii (15-24 ani) cu 11%, vârstnici (55-54) cu 5,6% și bărbați cu 5,7%.

În 2015, tinerii cu vârsta între 15-24 ani devin al treilea grup (pe lângă bărbați și vârstnici) în care ocuparea în agricultură este de peste 30% ceea ce reprezintă o problemă destul de semnificativă deoarece ocuparea în agricultură a tinerilor cu un nivel scăzut de calificare va face foarte dificilă tranziția acestora în sectoare mai productive dar cu necesități de calificare mult mia mari. Fără o intervenție destul de semnificativă din partea autorităților, acest trend ciclic riscă să devină o caracteristică permanentă a pieței muncii din Moldova.

Figură 31. Gradul de ocupare în agricultură 2010-2015 pentru grupurile de referință

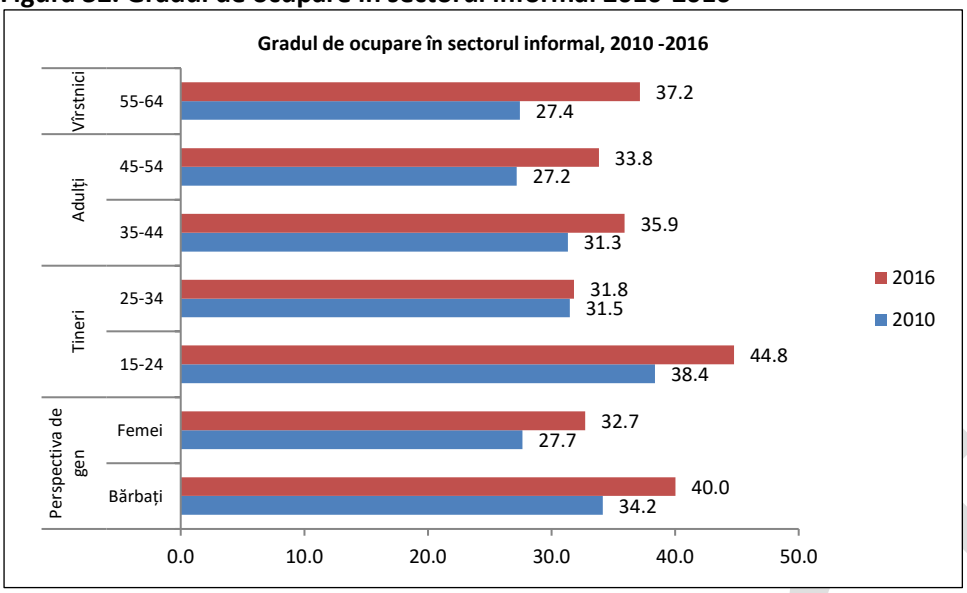


Sursa: BNS în baza AFM

Nivelul muncii informale este în creștere în special în rândul tinerilor și bărbaților. Ocuparea informală în Republica Moldova este în mare parte o consecință a ocupării în agricultură, acestea cresc în tandem deoarece majoritatea celor ocupați în mod informal sunt ocupați în agricultură. În anul 2016, cel mai mare nivel al ocupării informale a fost atestat în rândul tinerilor cu vârsta de 15-24 de ani. Pentru acest grup, în special pentru băieții cu vârsta de 15-24 ani, în ultimii șase ani: (i) a scăzut ponderea celor salariați, (ii) a crescut ocuparea în agricultură și (iii) a crescut gradul de ocupare informală în sectoare non agricole comparativ cu alte grupuri de vârstă. Pe fondul creșterii ocupării în agricultură, gradul de ocupare informală a crescut cu aproximativ 10% în rândul vârstnicilor, fapt care induce un risc semnificativ pentru nivelul bunăstări acestora, deoarece nu toate veniturile acestora vor fi considerate la calculul pensiei pentru limita de vârstă.

Proiect

Figură 32. Gradul de ocupare în sectorul informal 2010-2016



Sursa: BNS în baza AFM

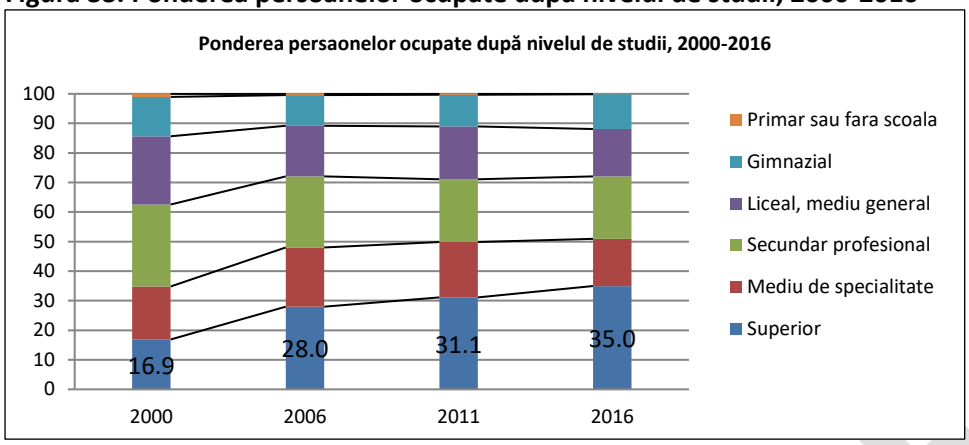
Concluzii: **(i)** Deși nivelul ocupării în rândul bărbaților este mai mare comparativ cu cel al femeilor, calitatea ocupării pentru bărbați este mai precară. Astfel, ponderea bărbaților salariați este mai mică în rândul populației ocupate, mai mulți bărbați sunt ocupați în agricultura de subzistență și în sectorul informal. Astfel de ocupare este mult mai caracteristică bărbaților din zonele rurale și se explică prin calificarea slabă a acestora (vezi mai jos) cât și a posibilităților reduse de angajare a migranților temporari preponderent din Federația Rusă. **(ii)** Ocuparea destul de semnificativă a vârstnicilor în agricultură (și economia informală) reprezintă de fapt capacitatea populației ocupate în agricultură încă de acum două decenii care nu a reușit să facă tranziția în sectare mai productive din lipsa unor asemenea oportunități dar și din lipsa de calificări relevante. **(iii)** O tendință îngrijorătoare se atestă în rândul grupului de tine 15-24 ani, în special în rândul băieților. Calitatea ocupării acestui grup se deteriorează comparativ cu anul 2010. Rata de ocupare în agricultură și sectorul informal a crescut destul de pronunțat în rândul acestui grup deoarece migrația și ocuparea în sectorul de servicii a oferit mai puține oportunități de ocupare. Această tendință are implicații destul de semnificative pentru piața muncii din Moldova, prin faptul că o proporție destul de semnificativă a forței de muncă riscă să fie exclusă din sectorul productiv a economiei iar calificările acesteia să se deterioreze semnificativ.

3.3 Calificarea forței de muncă

Nivelul de studii a populației ocupate este în creștere. Nivelul de studii a populației ocupate în anul 2000 era caracteristică unei economii în care majoritatea celor ocupați erau în sectorul agricol. Odată ce ocupația în agricultură s-a redus prin migrație sau aspecte demografice, nivelul de studii a populației ocupate a devenit unul în care ponderea celor cu studii superioare este cel mai mare în rândul celor ocupați. Această tendință nu este însă caracteristică și sectorului agricol existent. Dacă în anul 2016, 35% din cei ocupați aveau studii superioare, atunci în agricultură doar 4,1% indicând asupra faptului că agricultura continuă a fi un sector dominat de munca necalificată.

Proiect

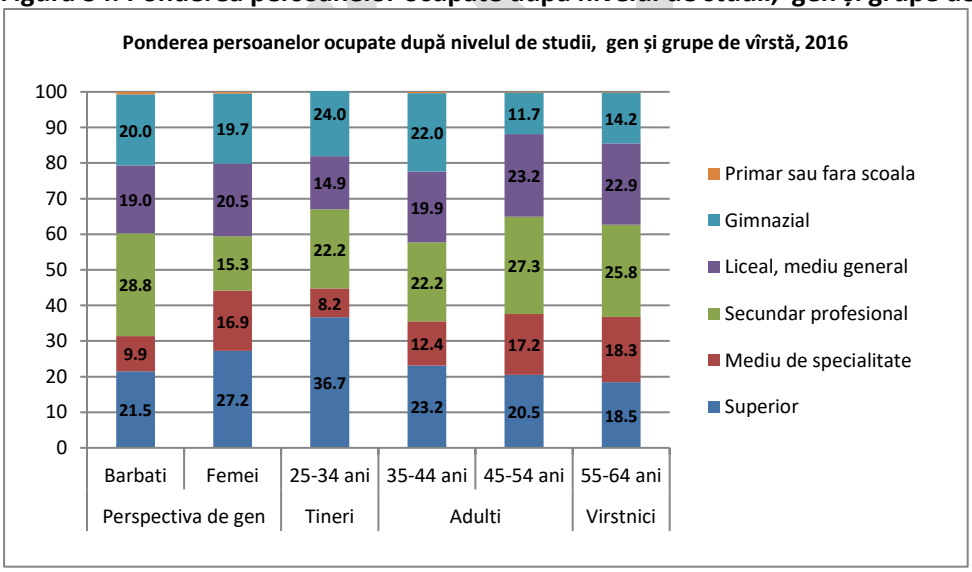
Figură 33. Ponderea persoanelor ocupate după nivelul de studii, 2000-2016



Sursa: BNS în baza AFM

Femeile și tinerii ocupați au un nivel al studiilor mai superior. Ponderea femeilor ocupate cu studii superioare este de 27% comparativ cu 21,5% a bărbaților. Ponderea tinerilor de vârstă 25-34 ani este de 36% comparativ cu ponderea adulților ocupați (23% și 20%) și a vârstnicilor 18,5%. Preferința pentru o perioadă de studii mai îndelungată în raport cu intrarea pe piața muncii mai timpurie este influențată de rolurile de gen (*bărbatul trebuie să facă bani și să-i aducă acasă*), cât și de performanța academică care corelează cu opțiunile de studii post gimnaziu/liceu și opțiunile profesionale. Evaluarea Competențelor de Bază a Elevilor (Ministerul Ecuației 2015) arată că elevii care au un punctaj mediu de 53,6% la matematică intenționează să-și continue studiile la școala profesională în timp ce elevii care au un punctaj mediu de 77,7 la același intenționează să-și continue studiile la o instituție de învățământ superior. Punctajul mediu al fetelor este consistent mai mare comparativ cu cel al bărbaților. Preferința tinerilor față de prelungirea studiilor este influențată de dorința acestora (și a părinților lor) de a avea un loc de muncă calificat și a evita munca în domeniul agricol.

Figură 34. Ponderea persoanelor ocupate după nivelul de studii, gen și grupe de vârstă, 2016

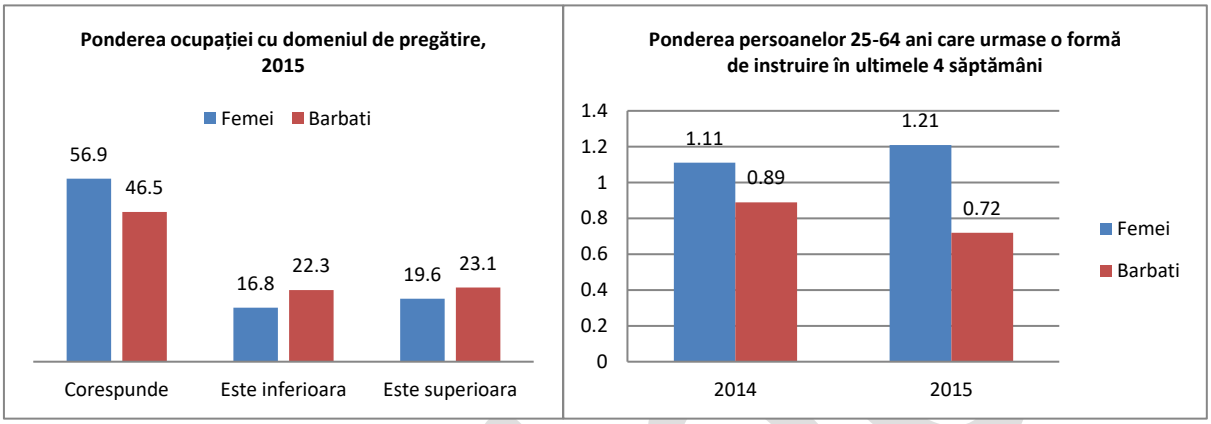


Sursa: BNS în baza AFM

Domeniul de ocupare a bărbaților este mai asimetric în raport cu pregătirea acestora, iar femeile participă mai intens la instruirea continuă. Bărbații ocupați tind să autoaprecieze locul de muncă ca fiind mai puțin corespunzător pregătirii pe care o au comparativ cu femeile. Totodată, mai multe femei ocupate participă la

formări/cursuri de instruire continuă comparativ cu bărbații. Situația ar trebui să fie inversă, dat fiind nivelul de studii a femeilor ocupate și segregarea acestora pe verticală comparativ cu bărbații. O potențială explicație este că bărbații supra apreciază nivelul lor de pregătire iar femeile îl subapreciază. Participarea femeilor într-o măsură mai mare la instruirea permanentă reflectă mai mult segregarea ocupațională a femeilor (în sectorul public unde educația continuă are loc în mod mai frecvent)și bărbaților (agricultură, sectorul informal, etc.).

Figură 35. Ponderea ocupației cu domeniul de pregătire, 2015 (dreapta) și ponderea persoanelor 25-64 ani care urmase o formă de instruire în ultimele 4 săptămâni (stânga)



Sursa: BNS în baza AFM

Concluzii: **(i)** Femeile ocupate au un nivel de studii mai înalt comparativ cu cel al bărbaților, ocuparea acestora nu este legată atât de mult de calificarea acestora cât de imposibilitatea de a combina viața profesională cu cea de familie. Calificarea unui segment de bărbați (tineri din zona rurală, migrați reîntorși) este destul de joasă și constituie o barieră în ocuparea acestora în sectoare mai productive. **(ii)** O pare din adulți și vârstnici ocupați în agricultura rurală au un nivel de studii destul de inferior și activitatea lor în agricultura de subzistență va face foarte dificilă tranziția acestora către sectoare productive ținând cont de necesitatea că aceștia vor trebui să rămână pe pizza muncii pentru o perioadă mult mai îndelungată dat fiind recenta reformă a pensiilor pentru limita de vârstă și pensiilor de dezabilitate.

3.4.Cauzele inegalităților și răspunsul de politici

Răspunsul de politici publice în cadrul acestui capitol este definit ca și: (i) cadrul legal relevant pieții muncii, (ii) cadrul de politici structurale pentru piața muncii, (iii) cadrul de servicii publice relevante ocupării forței de muncă. Pentru ca răspunsul de politici publice să fie eficient, acesta trebuie să *recunoască* inegalitățile de pe piața muncii, să identifice mecanismul de creare a inegalităților și să propună intervenții pentru slăbirea acestuia.

Recunoașterea și cartografierea inegalităților. Analiza dina cest capitol a constat că toate grupurile de referință sunt afectate în mod diferit de anumite forme de inegalitate. O sinteză a acestor celor mai relevante forme de inegalitate, a grupurilor vulnerabile specifice afectate, a cauzelor relevante și o analiză a răspunsului de politici sunt prezentate în continuare.

Tabel 3. Inegalitățile pe piața muncii

Grupuri de referință	Formele de excludere/inegalitate	Grupul cel mai vulnerabil	Mecanismul de creare a inegalităților prin prisma răspunsului de politici

Bărbații	1. Bărbații sunt ocupați mai mult în angajarea informală. 2. Bărbații sunt ocupați mai mult în sectorul agricol.	Bărbații ocupați în agricultura rurală de subzistență. Bărbații inactivi după alte categorii decât: studii, pensionarea, treburi casnice, migrația sau intenția de a migra.	1. Calificarea formală (nivelul de studii) a bărbaților determină segregarea acestora pe în sectoare mai puțin productive. 2. Rolurile și stereotipurile de gen determină bărbații să întrerupă procesul de educație pentru muncă de calificarea joasă.
Femeile	1. Femeile nu reușesc să combine eficient viața profesională cu cea de familie 2. Gradul general de ocupare al femeilor este mai mic comparativ cu cel al bărbaților.	Femeile cu copil de vârstă preșcolară (0-6 ani) Femeile de vârstă reproductivă din zonele urbane.	1. Politicile publice cu privire la concediul de îngrijire a copilului nu încurajează bărbații să beneficieze de acesta. Concediul de îngrijire este mult prea lung comparativ cu alte țări din UE și OECD. 2. Serviciile de educație ante preșcolară (0-3 ani) sunt puțin accesibile. 3. Rolurile tradiționale de gen.
Tinerii	1. Tinerii în special bărbații sunt ocupați în sectorul informal 2.Crește ocuparea tinerilor în agricultura de subzistență. 3. Descrește ponderea de salariați în rândul tinerilor.	Tinerii din zonele rurale Femei (15-24 ani) ocupate din zonele rurale	1. Serviciile de orientare în carieră din zonele rurale sunt mai puțin eficiente. 2. Rolurile de gen influențează parcursul educațional al tinerilor. 3. Mobilitatea (atât la nivel național cât și prin migrația în afara țării) redusă a femeilor (15-24 ani) din zonele rurale.
Vârstnici	1.Sunt ocupați în agricultura de subzistență 2.Nivelul ocupării este destul de jos în special pentru femei (55-64 ani) 3. Descrește numărul de salariați în rândul vârstnicilor.	Femeile (55-64 ani) din zonele rurale	1. Sistemul de pensii încurajează pensionarea precoce a femeilor. 2. Discriminarea persoanelor în etate la angajare. 3. Puține oportunități de calificare și recalificare ajustate la necesitățile persoanelor în etate.
Persoanele cu dizabilități	1. Ocuparea destul de joasă și nivel foarte înalt de inactivitate pe piața muncii. 2.Peroanele cu dizabilități sunt preponderent ocupate în agricultură.	Persoanele cu dizabilități din zonele rurale Femeile cu dizabilități	1. Discriminarea persoanelor cu dizabilități la angajare. 2. Cerere și acces redus la servicii de calificare și plasare în câmpul muncii. 3. Puțini dintre angajatori adaptează în mod rezonabil locul de muncă. 4. Motivația redusă de a fi ocupat.
Persoanele de etnie romă	1. Ocupare semnificativ mai mică. 2. Predomină ocuparea informală.	Femeile rome de din toate grupurile de vârstă.	1.Disriminarea persoanelor de etnie romă la angajare. 2. Calificările relativ slabe a persoanelor de etnie romă. 3. Accesul redus la servicii de calificare profesională și plasarea în câmpul muncii.

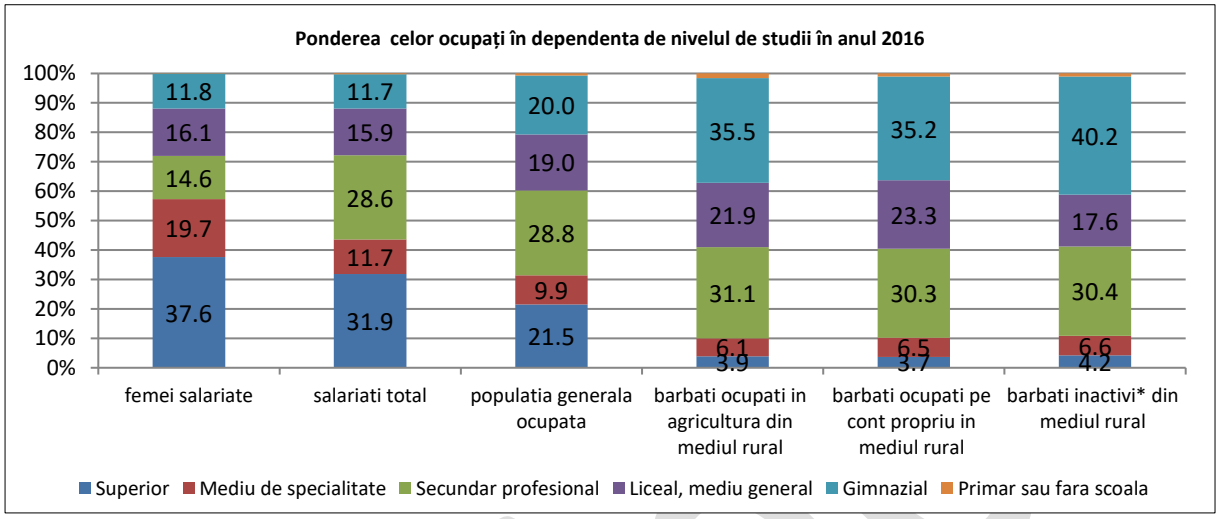
Bărbații

Nivelul formal de calificare (nivelul de studii) explică în mare parte faptul de ce ocuparea bărbaților în agricultură și sectorul informal. În situația când economia națională creează puține locuri de muncă, educația formală nu constituie un garant al angajării, dar aceasta asigură o ocupare mult mai productivă. O analiză a Băncii Mondiale din 2016 (World Bank, 2016) a estimat că persoanele ocupate cu educație primară primesc un venit salarial cu 50% mai mare comparativ cu persoanele cu un nivel mai inferior de al educației, iar venitul în cazul persoanelor cu educație post secundară este în medie cu 90% mai mare. Această discrepanță se explică prin segregarea persoanelor cu nivelul educației formale scăzute în domeniile de

Proiect

ocupare neproductive. Bărbații, în special bărbații din zonele rurale, au cel mai jos nivel de studii comparativ cu femeile ocupate și femeile ocupate din zona rurală. Figura de mai jos ilustrează legătura dintre calitatea ocupării bărbaților și nivelul de studii formale a acestora.

Figura 36. Ponderea celor ocupați în dependenta de nivelul de studii în anul 2016



**inactivi după alte categorii decât: pensionarea, studii, migrația și responsabilități pentru grija familiei și gospodăriei*

Sursa: BNS în baza AFM

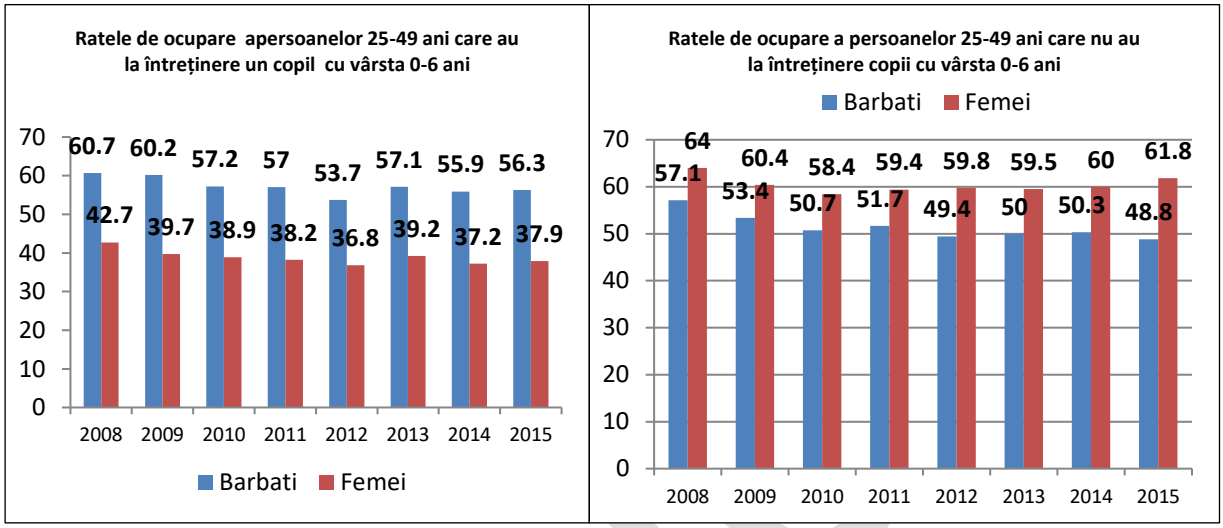
Serviciile de formare profesională trebuie extinse și făcute mai atractive pentru bărbații adulți și vârstnici. În baza datelor oferite de ANOFM (ANOFM, 2016) numărul persoanelor care au participat la cursurile de formare profesională în perioada 2012-2016 a variat între 2485 și 2902 persoane – aproximativ 5,8% din totalul șomerilor înregistrați pentru anul 2016. Programele de formare profesională par să țintească destul de bine persoanele în funcţie de nivelul de studii (50,8% din beneficiari au studii gimnaziale). Acestea nu par a fi atrăgătoare pentru bărbați, deoarece doar 34% din beneficiari sunt bărbați și adulți și vârstnici, deoarece tinerii cuprinși cu vârsta între 16-29 de ani constituie 68% de beneficiari. Aceste servicii trebuie să fie extinse și regândite într-un fel în care acestea să fie mult mai atractive pentru bărbații adulți și vârstnici.

Noua Strategie de Ocupare a Forței de Muncă (2017-2021) abordează problema participării adulților pe tot parcursul vieții. Astfel, autoritățile își propun ca în anul 2018 să elaboreze cadrul legal privind învățarea pe tot parcursul vieții, să demareze inițiative de stimularea cererii și ofertei de pentru formarea profesională. În acest sens, autoritățile trebuie să țină cont de următoarele aspecte: (i) să depună un efort considerabil pentru a se asigura că un grup relativ de semnificativ în special bărbați din zonele rurale va beneficia de servicii relevante de calificare profesională, (ii) sectorul privat va fi încurajat să depună un efort mai consistent în ceea ce privește calificarea propriilor angajați, datele prezentate în această analiză arată că foarte puțin dintre cei ocupați beneficiază de învățare formalizată la locul de muncă, (iii) dincolo de implicarea Ministerului Educației în ceea ce privește învăţarea pe parcursul vieţii, Ministerul Agriculturii ar avea un rol crucial în ceea ce privește creşterea calificării persoanelor ocupate în agricultură, iar programele de subvenționare în agricultură pot fi mai eficient utilizate dincolo de investițiile în capitalul fix al agricultorilor, dar și în cel uman (în special pentru persoane în vîrstă).

Femeile

Faptul că femeile nu pot combina mai eficient viața de familie cu cea profesională reprezintă cea mai relevantă cauză pentru nivelul scăzut de ocupare a femeilor. Nivelul de ocupare al femeilor variază semnificativ în dependență de faptul întreținerii unui copil de vârstă 0-6 ani. Figura de mai jos ilustrează faptul că rata de ocupare a femeilor cu un copil de vârstă preșcolară este cu 18% mai mică comparativ cu cea a bărbaților din același grup, iar rata de ocupare a femeilor fără un copil de vârstă preșcolară era mai mare cu 13% în anul 2015 comparativ cu bărbații din același grup.

Figura 36: Ratele de ocupare a persoanelor 25-49 ani în dependență de numărul copiilor 0-6 ani pe care îi au la întreținere.



Sursa: BNS în baza AFM

Politicile de reconciliere a vieți profesionale cu cea de familie sunt destul de restrictive. Concediul de îngrijire a copilului este în mare parte realizat de către mame, astfel în anul 2015 aproximativ 94,1% din cei care beneficiau de concediul de îngrijire a copilului erau femei. Doar 12,4% din beneficiarele concediului de îngrijire a copilului activau în câmpul muncii comparativ cu 65,8% din bărbații care beneficiau de concediul de îngrijire a copilului. Nivelul de acces la servicii ante preșcolare (0-3 ani) este destul de limitat – 11,2% în 2015. În acest sens se impune o reformă ambițioasă prin care: (i) să sporească anual accesul pentru educația ante preșcolară (0-3 ani), (ii) să fie reformat concediul de îngrijire al copilului prin care părinții să fie motivați să împartă acest beneficiul mai echitabil și eventual scurt, dar mai bine plătit. Tot aici este importat să menționăm că în anul 2016 autoritățile au introdus concediul paternal de 14 zile, un prim pas necesar de a motiva tații să participe mult mai activ la creșterea copiilor.

Tinerii

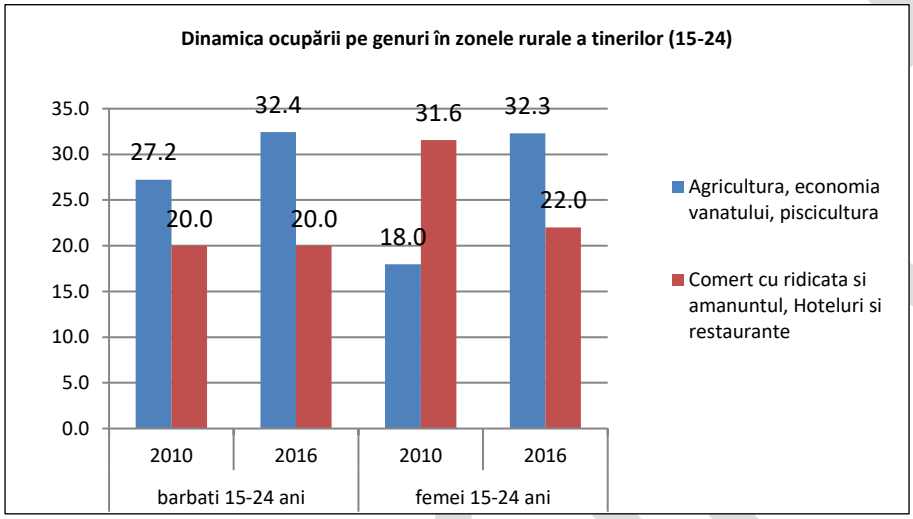
Tinerii (15-24 de ani) în special bărbații de aceeași vârstă din zonele rural dispun de mai puține oportunități pentru studii și pentru ocupare productivă. În anul 2016 aproximativ 55,9% din bărbații (15-24 ani) erau inactivi pe piața forței de muncă din cauza studiilor comparativ cu 73,2% din bărbații de aceeași vârstă din zonele urbane, iar pentru femeile din zonele rurale proporția era de 67,1% comparativ cu 74,7% în zonele urbane. Aproximativ 55% din tinerii (15-24 ani) din zonele rurale sunt ocupați în agricultură, ponderea cea mai mare a tinerilor ocupați din zonele urbane a fost în comerț și servicii hoteliere (35,4%).

Tinerii din zonele rurale au nevoie de servicii de orientare profesională mult mai calitative și cu o intervenție mult mai timpurie. În general, tinerii din zonele urbane sunt mai *ambițioși* în ceea ce privește

planurile de angajare. Aproximativ 12,7% din tinerii din urbe doresc dă devină conducători/manageri comparativ cu 5,7% din tinerii de la sate. BNS estimează că mult mai mulți tineri din orașe își doresc să devină specialiști cu un nivel înalt de calificare (55%) comparativ cu (38,3%) tinerii inactivi de la sate (BNS, 2015).

A crescut ponderea femeilor (15-24 ani) ocupate în agricultura rurală. Se pare că atunci când condițiile economice s-au înrăutățit după criza mondială, aproximativ 10 mii de locuri de muncă din sectorul de comerț din zona rurală au dispărut. Acest fapt a redus semnificativ și oportunitățile de angajare a femeilor (15-24 ani). Reducerea oportunităților de ocupare în comerț nu a dus la creșterea ponderii migrației femeilor (15-24 ani) ci a rezultat în creșterea ocupării acestora în agricultură cu 15%.

Figura 38: Dinamica ocupării pe genuri în zonele rurale a tinerilor (15-24)



Sursa: BNS în baza AFM

O opțiune de alternativă pentru creșterea ocupării în agricultură rurală a femeilor ar putea fi continuarea studiilor pentru acest grup. Pentru ca acest lucru să se întâmple, sunt necesare intervenții prin care programele educaționale să fie: (i) mai accesibile din punct de vedere financiar – 30% din femeile (15-29 ani) nu au prelungit studiile din cauza problemelor financiare comparativ cu 8,79% din bărbați de aceeași vârstă și (ii) să ofere posibilitatea femeilor de a combina viața profesională cu cea de familie – 24,44% din femei nu au continuat studiile din cauza responsabilităților financiare comparativ cu 0% din bărbați.

Vârstnicii

Sistemul de pensii nu stimula ocuparea femeilor și contribuia la inechități de gen la plata pensiei. Diferența de 5 ani la vârsta de pensionare dintre bărbați și femei contribuia la *pensionarea precoce* a femeilor și retragerea lor de pe piața muncii. Pensionarea precoce, formula veche de calcul a pensiei (în baza stagiului de cotizație mai mic al femeii), modul de calculare a venitului asigurat pentru perioada de îngrijire a copilului contribuiau la faptul că pensia medie a femeilor să fie semnificativ mai mică comparativ cu cea a bărbaților (17,78% diferența de gen la nivel național și 28,69% la nivelul Municipiului Chișinău).

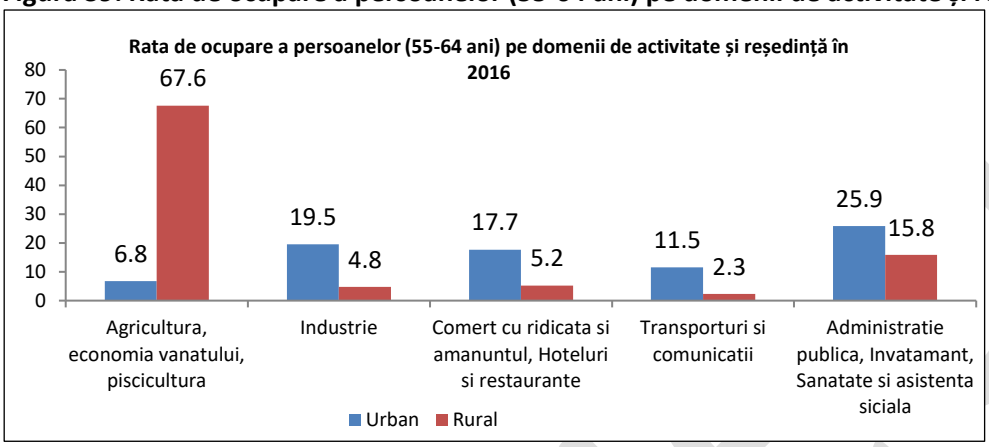
Egalarea treptată a vârstei de pensionare va contribui la creșterea nivelului de ocupare pentru persoanele ocupate (55-54 ani), în special a femeilor. Modificările legislative prin care vârsta de pensionare se egalează la 63 de ani pentru bărbați și femei, va diminua pensionarea precoce a femeilor și va crește. Banca Mondială[14]

[14] The Inverting Pyramid: Pension Systems Facing Demographic Challenges in Europe and

estimează că o abordare holistică a reformei de pensii combinată cu măsuri active de ocupare a vârstnicilor ar rezulta în creșterea rate de ocupare a persoanelor (60-64 ani) cu 11%, celor (5-54 ani) cu 7%.

Vârstnicii din zonele rurale vor rămâne a fi ocupați în agricultură. În anul 2010 aproximativ 58% din persoanele (55-64 ani) din zonele rurale erau ocupați în agricultură. În 2016 ponderea ocupării acestor persoane în sectorul agricol a crescut la 67%. Ocuparea în sectorul public a scăzut de la 22,2% la 15,5% în aceeași perioadă.

Figura 39: Rata de ocupare a persoanelor (55-64 ani) pe domenii de activitate și reședință în 2016



Sursa: BNS în baza AFM

Persoanele cu dizabilități.

Aplicarea prevederilor în practică a Legii privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități rămâne a fi defectuoasă. Conform datelor oferite de către Inspectoratul de Stat al Muncii (ISM) pentru anul 2015 (MMPSF, 2015) au fost inspectate 6182 de unități economice, dintre care 2002 au fost unități cu un efectiv de personal de 20 și mai mulți salariați. O estimare conservativă a numărului de persoane cu dizabilități ce trebuiau să fie angajate conform prevederilor articolului 34 variază între 2000 și 2500 de persoane. Rezultatele ISM arată că în 174 de unități sunt rezervate 519 locuri de muncă pentru angajarea persoanelor cu dizabilități, la 215 de unități sunt angajate 713 persoane cu dizabilități, iar 24 de unități au informat ANOFM despre locurile special rezervate pentru persoanele cu dizabilități.

Serviciile de plasare în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități trebuie extinse considerabil inclusiv printr-o componentă semnificativă de *prezență a acestor servicii mai aproape de beneficiari*. În perioada 2011-2015 în cadrul ANOFM numărul persoanelor cu dizabilități înregistrate cu statut de șomer a variat între 476 persoane (2011) la 877 persoane (2015). Acest fapt semnifică că o parte relevantă a persoanelor cu dizabilități nu sunt acoperite cu servicii de plasare în câmpul muncii. Această situație poate fi explicată atât prin factori legați de cererea serviciilor (persoanele cu dizabilități pot fi mai puțin motivate să revină/între pe piața muncii) cât și prin factori de ofertă a serviciilor (acestea pot fi inaccesibile în special pentru persoanele din zonele rurale). Reforma sistemului de pensii (care a presupus și extinderea perioadelor de cotizare pentru toate grupurile de vârstă pentru a se califica pentru pensia pentru dizabilitate) va determina și reforma cadrului de constatare și atribuire a dizabilității creează premize importante pentru creșterea ocupării persoanelor cu dizabilități și implicit motivarea acestora de a rămâne/întra pe piața muncii. Aceste reforme

Central Asia

trebuie cuplate cu un efort susținut și pro-activ de includere a persoanelor cu dizabilități (în special din zonele rurale) în servicii de plasare în câmpul muncii.

Este nevoie de o implicare mai fermă și consistentă a sectorului privat în adaptarea rezonabilă a locurilor de muncă. Dincolo de prescripțiile impuse de legislație, se impune un angajament mai ferm a sectorului privat pentru a adapta rezonabil locurile de muncă pentru ca acestea să devină mult mai atractive și prietenoase persoanelor cu dizabilități. În acest sens, autoritățile pot servi ca un potențial exemplu prin care acestea se angajează ca într-o perioadă de timp relativ scurtă să adapteze toate locurile de muncă unde activează un efectiv mai mare de 20 de salariați. Acest efort poate fi urmat de elaborarea unui plan tranzitoriu pentru sectorul privat, prin care aceștia își asumă adaptarea rezonabilă și treptată a locurilor de muncă.

Persoanele de etnie romă

Problemele ce țin de ocuparea persoanelor de etnie romă nu pot fi soluționate dacă situația acestui grup nu este măsurată în mod coerent de către autorități. Din perspectiva politicilor publice se creează un cerc vicios prin care situația cu privire la angajarea persoanelor de etnie romă este recunoscută ca fiind una destul de semnificativă, însă aceasta nu este măsurată pentru a înțelege mai bine care dintre multiplele intervenii ale autorităților ale societății civile și a partenerilor de dezvoltare din domeniul ocupării. Eficiența noului Plan de Acțiuni pentru susținerea populație de etnie romă va fi limitată deoarece acesta nu are ținte și informații concludente despre starea de fapt cu privire la ocuparea populației de etnie romă.

Rolul mediatorului comunitar trebuie consolidat pentru a asigura accesibilitatea la servicii de calificare și plasare în câmpul muncii. Din 48 funcții recomandate în cele 44 de localităţi dens populate de romi sunt angajați doar 7 mediatori (Guvernul-RM, 2016). Numărul de mediatori trebuie să fie sporit iar competențele instituționale și profesionale a acestora consolidate. Implementarea măsurilor de politică publică vor fi mult mai eficiente dacă în realizarea acestora vor fi implicați mediatori comunitari, împuterniciți, competenți și remunerați adecvat.

Concluzii: Dat fiind faptul că majoritatea inegalităților au rămas destul de relevant putem constata că în mare parte răspunsul de politici a fost mai puțin eficient. Noua Strategie de Ocupare a Forței de Muncă recunoaște o parte din inegalitățile de pe piața muncii alături de alte strategii (cum ar fi cea pentru asigurarea egalității de gen, incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități, strategia de dezvoltare a sectorului de tineret, Planul de Acțiuni privind susținerea populației rome) însă acestea nu sunt suficient de *ambițioase* pentru a aborda în mod eficient cauzele structurale ce determină inegalitățile identificate. Multe din reformele structurale ale pieței muncii întârzie să fie adoptate (extinderea creșelor, reforma concediului de îngrijire a copilului), altele se implementează fragmentar (legea cu privire la incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități). Reforma sistemului de pensii a constituit un pas important care poate contribui la creșterea ocupării persoanelor în etate însă fără intervenții complementare aceasta presupune riscuri pentru unele grupuri specifice cum ar fi femeile de vârstă pre pensionare din zonele rurale.

Proiect

Concluzii

Nivel de trai

Ratele sărăciei absolute precum și profunzimea sărăciei absolute pentru grupurile vulnerabile nu sunt mai mari în comparație cu aceiași indicatori pentru populația generală. Tendințele arată că fenomenul sărăciei în rândurile acestor grupuri descrește mai mult în comparație cu tendințele pentru populația generală. Lacunele curente în metodologia de măsurare a sărăciei şi datele pentru sărăcie trebuie considerate cu rezervă, or în anul 2017 BNS va furniza date privitor la sărăcie după metodologia nouă, care vor arată o imagine mai precisă.

Indicatorii *condiții de trai* și *acces la utilități* pot fi considerați ca indicatori *proxy* pentru determinarea bunăstării. Aceștia nu confirmă datele prezentate în sub-capitolul sărăcie, dimpotrivă arată că condițiile de trai sunt mai precare pentru grupurile considerate precum și aceste grupuri au acces mai redus la utilități.

Sectorul de protecție socială depune eforturi de combatere a sărăciei și de reducere a inegalității. Pentru vârstnici plata cu impact este pensia pentru limită de vârstă, pentru persoanele cu dizabilitate – pensia de dizabilitate. Plățile targhetate au, de asemenea, performanță în reducerea sărăciei în rîndurile grupurilor vulnerabile. În același timp, este important de înțeles unde plasează aceste plăți gospodăriile în raport cu pragul sărăciei. Impresia este că ele sunt plasate imediat peste prag, ceia ce înseamnă vulnerabilitate cronică la sărăcie. Aceste aspecte merită a fi investigate în continuare. Vulnerabilitățile sunt în continuă schimbare, astfel și sectorul de asistență socială trebuie să fie unul flexibil, adaptabil, preventiv, în condiții de eficiență maximă.

Sănătate

Tendinţele generale cu privire la percepţia subiectivă populaţiei cu privire la starea sănătăţii reflectă anumite îmbunătăţiri, însă acestea nu sunt semnificative. Diferenţele de percepţie a stării de sănătate dintre populaţia de etnie romă şi non roma în cadrul grupurilor de vârstă sunt semnificative. Percepţia pozitivă a persoanelor cu dizabilităţi şi a persoanelor în etate faţă de propria stare de sănătate rămâne a fi scăzută, astfel încât doar 0,2% din persoanele cu dizabilităţi şi respectiv 3,2% din persoanele în etate îşi apreciază starea de sănătate ca fiind bună sau foarte bună. Deşi în 2016 s-au diminuat discrepanţele de gen comparativ cu anul 2010, acestea persistă, preponderent în rândurile tinerilor.

Cel mai scăzut nivel de adresabilitate la serviciile medicale se atestă la persoanele cu dizabilităţi. Cauzele includ insuficienţa resurseor financiare, bariere de ordin infrastructural şi atitudinal. Persoanele în etate se adresează mai rar la serviciile medicale, comparativ cu populaţia generală. Adresabilitatea bărbaţilor, preponderent a tinerilor, este mai scăzută comparativ cu a femeilor. Rata scăzută de adresabilitate la serviciile medicale a persoanelor cu dizablităţi pare fi generată de mai mulţi factori inclusiv (i) sistemul opac de determinare dizabilităţii, (ii) barierele de accesibilitate; (iii) barierele de ordin atitudinal.

Plăţile informale pentru serviciile medicale constitie un fenomen în ascendenţă. Acestea afectează disproporţionat femeile, persoanele cu dizabilităţi, persoanele în etate, tinerii, populaţia de etnie romă. Eliminarea acestui flagel nu trebuie să se limiteze doar la intervenţii de promovare a integrităţii în sistemul de sănătate. Sunt necesare abordări complementare, inclusiv eforturi educaţionale pentru diminuarea consumului iraţional de medicamente, extinderea listei de medicamente compensate şi mărirea procentului de compensare pentru a reduce plăţile informale.

Peste 58% dintre roma sunt în afara sistemului de asigurări medicale, proporţia acestora fiind de peste două ori mai mare faţă de populaţia non roma. Peste jumătate din respondenţii care nu deţin poliţă de

Proiect

asigurare în medicină sunt bărbaţi, fapt cauzat de ponderea mai mare a bărbaţilor în economia neformală. Aproximativ o treime din cei care nu deţin poliţă de asigurare în medicină sunt tineri. Ponderea persoanelor care nu dispun de asigurare de la CNAM din cauza că nu sunt angajate s-a diminuat considerabil, constituind 9,7% în 2016 comparativ cu aproximativ 33% în anul 2010, peste 53% din acestea sunt femei. Măsuri polizitive orientate spre aceste grupuri, inclusiv funcţionalitatea instituţiei mediatorului comunitar rom sunt cruciale pentru a asigura relaizarea efectivă a dreptului la cel mai înalt nivel de sănătate pentru toţi.

Piața Muncii

În ceea ce privește ocuparea, inegalitățile au rămas neschimbate în ultimii cinci ani. În mare parte inegalitățile de ocupare se explică prin ocuparea bărbaților și a femeilor determinată de rolurile tradiționale de gen. Ocuparea femeilor în general este redusă de imposibilitatea acestora de a combina eficient viața profesională cu cea de familie – acest lucru determină și inegalitățile de ocupare dintre persoanele din grupurile de tineri și adulți. Pensionarea precoce a femeilor din cauza vârstelor statutare de diferite de pensioare determină diferența de ocupare dintre persoanele ocupate adulte și persoanele în etate ocupate. Inegalitățile de ocupare dintre persoanele cu dizabilități și persoanele fără dizabilități sunt destul de semnificative însă este atestată o tendință de ușoară atenuare a acestora. Inegalitățile de ocupare pentru persoanele de etnie romă sunt cele mai semnificative și cel mai puțin studiate.

Calitatea ocupării s-a deteriorat în 2016 comparativ cu anul 2010 pe fondul creșterii ocupării a tinerilor, bărbaților și vârstnicilor în agricultura de subzistență și munca informală. Majoritatea persoanelor cu dizabilități și a persoanelor de etnie romă sunt ocupate în agricultură.

Populația ocupată tinde să fie cu un nivel crescând al studiilor, iar cea ocupată în agricultură și munca informală nivelul general de studii este mult mai inferior. Tinerii și femeile sunt cele mai instruite grupuri de referință iar bărbații din mediul rural și vârstnicii sunt grupurile cu nivelul de studii cel mai inferior.

Dat fiind faptul că majoritatea inegalităților au rămas destul de relevant putem constatat că în mare parte răspunsul de politici a fost mai puțin eficient. Noua Strategie de Ocupare a Forței de Muncă recunoaște o parte din inegalitățile de pe piața muncii alături de alte strategii (cum ar fi cea pentru asigurarea egalității de gen, incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități, strategia de dezvoltare a sectorului de tineret, Planul de Acțiuni privind susținerea populației rome) însă acestea nu sunt suficient de *ambițioase* pentru a aborda în mod eficient cauzele structurale ce determină inegalitățile identificate. Multe din reformele structurale ale pieții muncii întârzie să fie adoptate (extinderea creșelor, reforma concediului de îngrijire a copilului), altele se implementează fragmentar (legea cu privire la incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități). Reforma sistemului de pensii a constituit un pas important care poate contribui la creșterea ocupării persoanelor în etate însă fără intervenții complementare aceasta presupune riscuri pentru unele grupuri specifice cum ar fi femeile de vârstă pre pensionare din zonele rurale.

Project

Bibliografie

ANOFM. (2016). *Raportul anual de activitate al ANOFM.*

BNS. (2015). *Tranziţia de la şcoală la muncă.*

BNS. (2017). *Accesul populaţiei la serviciile de sănătate: rezultatele studiului în gospodării în anul 2016.* Preluat de pe http://www.statistica.md/public/files/publicatii_electronice/acces_servicii_sanatate/Acces_servicii_sanatate_2016.pdf

CISR. (2016). *Analiza situaţională a problemelor cu care se confruntă femeile şi fetele cu dizabilităţi ale aparatului locomotor din Republica Moldova în exercitarea drepturilor sexuale şi reproductive, p.*

CPEDAE. (2017). *Decizia 514/16.*

CPPEDAE. (2017). *Decizia nr. 008/17.*

Guvernul-RM. (2016). *Raport-Studiu de evaluare a Planului de actiuni privind susţinerea populaţiei de etnie romă din Republica Moldova pentru anii 2011-2015.*

Ministerul Economiei. (2015). *Nota privind sărăcia în Republica Moldova.* GRM.

MMPSF. (2015). *Raportul social.*

ONU. (2013). *Romii din Republica Moldova în comunităţile locuite preponderent de romi.* UN Moldova.

ONU. (2016). *Raportorul Special ONU cu privire la drepturile persoanelor cu dizabilităţi. Raportul în urma misiunii în Republica Moldova.*

Ravallion, D. a. (1991). Quantifying absolute poverty in the developing world. *Review of Income and Wealth*, 349-360.

WB. (2015). *saracia si inegalitaea.* WDC: WB.

WHO. (2014). *Framework for addressing out-of-pocket and informal payments for health services in the Republic of Moldova. .*

World Bank. (2014). *Into the Poverty.* http://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview.

World Bank. (2016). *Moldova Poverty Assessment 2016 : A Jobs Diagnostic for Moldova - 10 Key Facts.* Washington, DC: World Bank.

World Bank Group. (2016). *Poverty Reduction and Shared Prosperity in Moldova: Progress and Prospects.* Chisinau: Poverty and Equity Global Practice World Bank Group.

Project