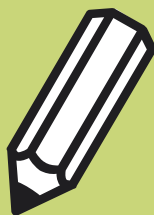




Al treilea Raport cu privire la Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului. Republica Moldova



ERADICAREA SĂRĂCIEI
EXTREME ȘI A FOAMEI



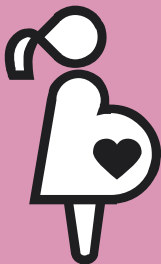
REALIZAREA ACCESULUI
UNIVERSAL LA
ÎNVĂȚĂMÂNT GIMNAZIAL



PROMOVAREA
EGALITĂȚII GENURILOR
ȘI ABILITAREA FEMEII



REDUCEREA
MORTALITĂȚII COPIILOR



ÎMBUNĂȚĂȚIREA
SĂNĂȚĂȚII MATERNE



COMBATAREA HIV/SIDA
A TUBERCULOZEI
ȘI MALARIEI



ASIGURAREA UNUI
MEDIU DURABIL



CREAREA UNUI
PARTENERIAT GLOBAL
PENTRU DEZVOLTARE



Al treilea

Raport cu privire la Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului.

Republica Moldova

Chișinău, 2013

Prezentul raport a fost elaborat de Guvernul Republicii Moldova cu asistența agențiilor ONU în Moldova. Opiniile exprimate în această publicație nu reflectă necesar politicile sau viziunile oficiale ale ONU.



MULȚUMIRI

Autorii Raportului sunt Valeriu Prohnițchi (ODM 1 și ODM 8), Valentina Bodrug-Lungu (ODM 2 și ODM 3), Arcadie Astrahan (ODM 4, ODM 5 și ODM 6) și Valentin Ciubotaru (ODM 7). Valeriu Prohnițchi a asigurat și coordonarea generală la etapele inițiale ale procesului, fiind succedat de Adrian Lupușor. Elaborarea Raportului a beneficiat de suportul acordat de multe autorități și agenții publice din Republica Moldova, inclusiv Cancelaria de Stat, Biroul Național de Statistică, Banca Națională a Moldovei, Ministerul Dezvoltării Regionale și Construcțiilor, Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, Ministerul Educației, Comisia Națională a Pieței Financiare, Ministerul Finanțelor, Ministerul Sănătății, Agenția Națională pentru Reglementare în Comunicații Electronice și Tehnologia Informației, Departamentul Poliției de Frontieră, Ministerul Economiei și Ministerul Mediului. O serie de comentarii relevante și utile au fost primite de la membrii celor patru grupuri tematice de lucru, care au fost create pentru a asigura o participare largă la elaborarea acestui raport („Sărăcie”, „Educație și gender”, „Sănătate” și „Mediu”) și de la staff-ul PNUD-Moldova. În particular, Raportul a beneficiat de sugestii valoroase oferite de Alexandru Oprunenco și Dumitru Vasilescu (PNUD-Moldova), Ghenadie Crețu (Organizația Internațională pentru Migrație), Silviu Ciobanu, Larisa Boderscova (OMS Moldova), Elena Laur, Angela Capcelea, Larisa Țirsoș și Ludmila Lefter (UNICEF-Moldova), Oxana Lipcanu (Organizația Internațională a Muncii), prof. Petru Stratulat și conf. Stelian Hodoroșca (Institutul Mamei și Copilului), Liliana Caraulan (PAS), Marcela Țârdea, Rodica Scutelnic (Ministerul Sănătății), Stela Gheorghiu și Anatolie Melnic (CNSP), Liliana Domete (Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”), Lilia Pascal și Diana Doroș (Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei), Galina Gavriță (Ministerul Educației), Alexandru Curașov (Inițiativa Pozitivă), Valeriu Sava (SDC), Ala Negruță, Elena Vutcarău (Biroul Național

de Statistică), Maria Nagornii, Veronica Lopotenco Tatiana Pleșco (Ministerul Mediului), Vladimir Gîrneț (Agenția Ecologică Cahul), prof. Nicolae Opopol (Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, CNSP), Alexandru Coronovschi (Agenția „Apele Moldovei”), Tatiana Țugui (Guvernarea deșeurilor în cadrul Instrumentului European de Vecinătate și Parteneriat – IEVP East), Rodica Iordanov (AO EcoContact), Andrei Isac (consultant independent, expert în politicile de mediu), Alexei Andreev, (AO „BIOTICA”), Elena Bivol (AO BIOS), Mihai Mustea (Centrul Național de Mediu), Victor Cimpoeș (AO Cutezătorul), Valentin Sașcov (Federația Națională a Fermierilor din Moldova), Valentina Gak (AP „Asociația Teritorială a primarilor din raionul Hîncești”), Alexandru Leșan, (primar s. Coșnița, r-l Dubăsari), Nicolae Rusu (Asociația Utilizatorilor de Apă pentru Irigare „Coșnița”, r-l Dubăsari), Arcadie Barbăroșie (Institutul de Politici Publice), Eugenia Ganea (Fondul Provocările Mileniului Moldova), Catinca Mardarovici (Clubul Politic al Femeilor 50/50), Olga Nicolenco (expertă în materie de gen), Ludmila Ceaglic (Primară, s. Calfa), Mhitarean Cristina (Gender-Centru), Mariana Ianachevici, (Asociația pentru Abilitarea Copilului și Familiei “AVE Copiii”), Galina Lavraniuc (Directoare, Gimnaziu, s.Volovița), Vera Bivol (pensionară, s. Costești, r-l Ialoveni), Timofei Bivol (fermier, s. Costești, r-l Ialoveni).

Autorii aduc sincere mulțumiri tuturor celor care au oferit informații și comentarii constructive la elaborarea acestui Raport, menționând, totodată, faptul că responsabilitatea pentru interpretarea datelor, analiză, concluzii și recomandările din Raport le aparține integral.

Prezentul raport a fost elaborat de Guvernul Republicii Moldova cu asistența agențiilor ONU în Moldova. Opiniile exprimate în această publicație nu reflectă necesar politicile sau viziunile oficiale ale ONU.



CUPRINS

LISTA ABREVIERILOR.....	5
PREFAȚĂ	6
SUMAR EXECUTIV	8
O PRIVIRE ASUPRA ODM-URILOR ȘI SFIDĂRILOR DE DEZVOLTARE DINCOLO DE ACESTE.....	13
INTRODUCERE	25
CONTEXTUL NAȚIONAL: TURBULENȚE GLOBALE ȘI PROVOCĂRI INTERNE	26
ODM 1 „Reducerea sărăciei extreme și a foamei”: o izbândă mică și încă nesigură	30
ODM 2 „Asigurarea accesului la învățământul general obligatoriu”: probleme cu accesul și calitatea.....	34
ODM 3 „Promovarea egalității de gen și abilitarea femeilor”: o șansă reală pentru accelerarea dezvoltării	40
ODM 4 „Reducerea mortalității infantile”: progres important care trebuie menținut	46
ODM 5 „Îmbunătățirea sănătății materne”: evoluție sinuoasă, perspective incerte	52
ODM 6 „Combaterea HIV/SIDA, tuberculozei și altor maladii”: un obiectiv foarte problematic	58
ODM 7 „Asigurarea durabilității mediului”: este necesar un echilibru mai bun între societate și natură	64
ODM 8 „Crearea parteneriatului global pentru dezvoltare”: spre o integrare mai avantajoasă în economia globală	70
ODM: O agendă finalizată sau încă nu?	74
AGENDA DE DEZVOLTARE POST-2015.....	78
LISTA REFERINȚELOR ȘI SURSELOR	81
ANEXA A: Indicatori de monitorizare a ODM.....	83
ANEXA B: Ponderea femeilor angajate în economie pe tipuri de activități economice, %	88
ANEXA C: Vegetația pădurilor Republicii Moldova.....	89
ANEXA D: Ponderea suprafeței acoperite cu păduri în diferite țări din Europa	90

Lista TABELOR:

Tabelul 1.	Evoluția indicatorilor ODM 1, perioada 2006-2012 și țintele intermediare și finale	19
Tabelul 2.	Indicatori de cuprindere în învățământ a copiilor, % din total, perioada 2003-2012	24
Tabelul 3.	Femei în poziții decizionale la nivel local, % din total deținători de poziții	29
Tabelul 4.	Femei în poziții decizionale la nivel central, % din total deținători de poziții	29
Tabelul 5.	Dezagregarea pe gen a funcționarilor publici după nivele administrative și tipuri de funcție deținută, 1 ianuarie 2013	30
Tabelul 6.	Evoluția câștigurilor salariale în funcție de gen.....	31
Tabelul 7.	Evoluția incidenței HIV/sida, cazuri la 100,000 de persoane, perioada 2000-2012 și țintele intermediare și finale.....	47
Tabelul 8.	Evoluția indicatorilor ODM 7, perioada 2006-2011 și țintele intermediare și finale	53
Tabelul 9.	Fezabilitatea realizării țintelor intermediare (2010) și finale (2015) ale ODM-urilor	64

Lista FIGURILOR:

Figura 1.	Rata brută de cuprindere a copiilor cu vârsta de 3-6 ani în instituții preșcolare, 2003-2012,	23
Figura 2.	Rata mortalității infantile (RMI) și mortalității copiilor până la 5 ani la 1000 de născuți vii	35
Figura 3.	Ponderea copiilor de 2 ani vaccinați împotriva rujeolei	37
Figura 4.	Rata mortalității materne la 100 000 de copii născuți vii (ODM 5 ținta 1).....	42
Figura 5.	Rata avorturilor per 1000 de femei de vârstă reproductivă.....	43
Figura 6.	Distribuția cazurilor noi de infecție HIV după calea probabilă de transmitere în Republica Moldova 1995-2011	48
Figura 7.	Evoluția indicatorului ODM 6 pentru TB, perioada 2006-2011 și țintele intermediare și finale.....	49
Figura 8.	Statutul persoanelor cu TB, 2012, % din incidența globală	50
Figura 9.	Proporția locuitorilor cu acces permanent la surse îmbunătățite de apă, %.....	54
Figura 10.	Proporția locuitorilor cu acces la canalizare îmbunătățită, %	54
Figura 11.	Dezvoltarea durabilă: Compensarea cercului vicios de către cercul virtuos	55

Lista BOXELOR:

Boxa 1.	Emigranții moldoveni își construiesc viitorul acasă.....	21
Boxa 2.	Lecții de învățat pentru sistemul moldovenesc de învățământ	27
Boxa 3.	Promovarea femeilor în funcții decizionale și politice – vocea unei primare.....	32
Boxa 4.	Modernizarea sistemului de ocrotire a sănătății salvează vieți omenești	39
Boxa 5.	Despre importanța monitorizării adecvate a sarcinilor	45
Boxa 6.	Sărăcia și tuberculoza	51
Boxa 7.	Bătrânețea și apa de la robinet.....	57
Boxa 8.	Așteptările migranților privind perspectivele de dezvoltare a Moldovei	61



LISTA ABREVIERILOR

ANRCETI	– Agenția Națională pentru Reglementări în Comunicații Electronice și Tehnologia Informației
AAC	– Aprovizionarea cu Apă și Canalizare
ANRCETI	– Agenția Națională pentru Reglementări în Comunicații Electronice și Tehnologia Informației
BNM	– Banca Națională a Moldovei
BNS	– Biroul Național de Statistică
CBGS	– Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice
CIMC	– Conduita Integrată a Maladiilor la Copii
CNSP	– Centrul Național de Sănătate Publică
CNPF	– Comisia Națională pentru Piețe Financiare
DOTS	– tratament direct observat, curs scurt – strategie recomandată de OMS
FGSTM	– Fondul Global de combatere a SIDA, TB și Malariei
HIV	– Virusul Imunodeficienței Umane
IBBS	– Integrated Bio Behavioural Survey
ITS	– Infecții Sexual Transmisibile
KAP	– HIV Knowledge, Attitude, Practice (<i>Cunoștințele, Atitudinile și Practicile referitoare la HIV</i>)
Mec	– Ministerul Economiei
MFin	– Ministerul Finanțelor
MM	– Ministerul Mediului
ODM	– Obiectiv de Dezvoltare al Mileniului;
OMS	– Organizația Mondială a Sănătății
ONG	– Organizație nonguvernamentală
Strategia AAC	– Strategia de Aprovizionare cu Apă și Canalizare
SIBC	– Studiu Integrat Bio Comportamental
SIDA	– Sindromul Imunodeficienței Dobândite
TB	– Tuberculoză
UNGASS	– Declarația de Angajament a Sesiunii Speciale a Adunării Generale a Națiunilor Unite pentru HIV/SIDA



PREFAȚĂ



Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului definesc standardele minime care urmează a fi atinse de către fiecare stat în vederea asigurării unui trai decent pentru toată populația. Odată cu aderarea, alături de alte 189 de țări, la Declarația adoptată de Summit-ul Mileniului din 2000, Guvernul Republicii Moldova s-a angajat să depună eforturi conjugate pentru a asigura o dezvoltare cât mai inclusivă și durabilă. Capacitatea de a crea condițiile necesare pentru ca fiecare cetățean să se poată afirma pe deplin ca personalitate și profesionist în domeniile în care activează determină la rândul său și în mare măsură competitivitatea pe termen lung a țării. Însă atingerea acestui deziderat este imposibilă fără asigurarea unui acces larg la bunuri și servicii de bază: apă potabilă de calitate și sistem de canalizare adecvat, servicii de sănătate calitative, un mediu ambiant curat, infrastructură rutieră modernă și oportunități egale indiferent de gen. Aceste elemente sunt cuprinse în cele opt Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului, care în ultima instanță definesc calitatea vieții și servesc piloni de bază pentru modernizarea țării.

Cel de-al treilea raport național privind realizarea ODM constituie o analiză obiectivă a progresului înregistrat de Republica Moldova în realizarea obiectivelor prestabilite pentru perioada 2010-2013, dar și o continuare firească a eforturilor naționale de măsurare a progreselor pe agenda ODM. Republica Moldova a realizat succese palpabile la capitolele reducerii sărăciei, a ratei mortalității infantile, precum și asigurării accesului la învățământul general obligatoriu. Astfel, în perioada 2006-2012 rata sărăciei a scăzut de la 30,2% la 16,6%, rata mortalității infantile a scăzut de la 11,8 la 9,8, iar gradul de încadrare a copiilor în instituțiile preșcolare a crescut de la 90,3% la 93,5%. Acești indicatori sugerează îmbunătățirea nivelului de trai al cetățenilor și este un rezultat al reformelor începute în domeniile respective. În același timp, Guvernul conștientizează problema discrepanței de dezvoltare dintre mediile urban și rural, marginalizarea localităților mici în ceea ce privește oportunitățile economice, precum și de accesul la apă potabilă, servicii medicale și de învățământ de calitate. Prin urmare, soluționarea acestei probleme este prioritatea mai multor documente de planificare strategică, cum ar

fi Strategia de Decentralizare adoptată în 2012, precum și Strategia de Dezvoltare a Agriculturii și Mediului Rural care urmează să fie implementată începând cu 2014.

Utilitatea Raportului este relevantă de punctarea domeniilor unde Guvernul urmează să-și consolideze eforturile pentru a obține schimbări mai rapide și mai calitative. În particular, progresele înregistrate la capitolul combaterii tuberculozei sunt foarte modeste, în timp ce incidența HIV/SIDA a crescut, devenind o problemă stringentă în localitățile rurale și, în special, în regiunea Transnistreană unde prevalența totală a infecției HIV este de aproape 3 ori mai mare față de cea din dreapta Nistrului. Sănătatea maternă rămâne o problemă pregnantă, fiind înrădăcinată în calitatea insuficientă a serviciilor medicale, dar și nivelul de sărăcie care afectează și accesul limitat la aceste servicii pentru populația de la sate. Rămâne încă multe de făcut în ceea ce privește promovarea egalității de gen, prin asigurarea femeilor cu oportunități egale de afirmare în plan social, profesional și politic, cu cele ale bărbaților. Nu în ultimul rând, problema calității mediului ambiant rămâne actuală, iar în acest sens urmează să sporim suprafețele împădurite și să continuăm asigurarea accesului unui număr cât mai mare a populației rurale la sisteme de canalizare și apă de calitate.

Pe parcursul ultimilor ani, Guvernul Republicii Moldova s-a angajat într-o serie de reforme sistemice menite să modernizeze țara și să sporească calitatea vieții fiecărui cetățean. Conștientizăm faptul că avem de urmat încă o cale lungă și deloc ușoară, iar Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului ne servesc drept călăuză în acest parcurs ambițios. În această ordine de idei, rămânem parteneri siguri în implementarea ODM-urilor și recunoaștem importanța implicării întregii societăți în acest proces, precum și necesitatea dialogului și comunicării deschise în procesul de realizare. Totodată, mizăm mult pe sprijinul prietenilor și partenerilor din comunitatea internațională, care au un aport indispensabil în procesul de transformare a țării dintr-un stat în tranziție în unul prosper, dinamic și cu perspective europene clare. Totodată, pentru a asigura succesul în atingerea obiectivelor propuse, urmează să facilităm o implicare activă a tuturor autorităților și instituțiilor de resort, atât de nivel central, cât și regional. Nu în ultimul rând, o dezvoltare care să servească intereselor tuturor oamenilor nu

poate fi realizată fără implicarea activă a acestora în procesul de transformări prin care trece țara în această perioadă. Prin urmare, ne angajăm să atragem un număr cât mai mare de persoane în procesele consultative și decizionale, deoarece, în ultima instanță, Obiectivele de Dezvoltare a Mileniului se rezumă la asigurarea unui trai decent pentru toți cetățenii acestei țări. În acest sens, urmează să cream condiții facile și pentru populația din localitățile rurale, inclusiv și cele din stânga Nistrului, unde discrepanțele de dezvoltare sunt considerabile.

Cu siguranță până în 2015 este imposibil de eliminat absolut toate sfidările de dezvoltare a Republicii Moldova. Pornind de la premisa principală că cetățenii acestei țări merită un trai mai decent, politicile urmă-

rite de Guvern privesc dincolo de acest orizont. Astfel, cu eforturi comune, urmează să avansăm în direcția implementării Strategiei Naționale de Dezvoltare „Moldova 2020”, precum și a altor strategii sectoriale elaborate recent. Cheia succesului în procesul de reformare și modernizare a țării este la noi acasă, ori doar prin implicarea tuturor actorilor relevanți putem beneficia din plin de oportunitățile existente și depăși sfidările conturate de acest Raport.



Iurie LEANCĂ,
Prim-ministru al Republicii Moldova



SUMAR EXECUTIV

Importanța ODM-urilor pentru dezvoltare. Odată cu aderarea la Declarația adoptată de Summit-ul Mileniului din anul 2000, autoritățile de la Chișinău, împreună cu alte 189 de țări, s-au angajat într-un amplu proces de reforme, menite să diminueze nivelul sărăciei, să asigure pacea și securitatea, precum și respectarea drepturilor omului și a principiilor democratice. Importanța ODM-urilor este incontestabilă, deoarece acestea servesc drept instrumente utile pentru definirea priorităților de politici, pentru monitorizarea impactului reformelor implementate de fiecare din țările semnatare ale Declarației, precum și pentru mobilizarea resurselor suplimentare atât interne, cât și externe, pentru implementarea agendei de măsuri. Astfel, acestea contribuie și la responsabilizarea autorităților publice, iar comparabilitatea cu alte state permite comunității internaționale și a donatorilor să țintească mai exact programele sale cu necesitățile locale. Per ansamblu, monitorizarea progresului în implementarea ODM-urilor în cadrul prezentului raport relevă principalele succese, dar și sfidări de dezvoltare care urmează a fi înlăturate în anii următori prin reforme sistemice. Principala carență de dezvoltare, care se observă în fiecare din cele 8 domenii analizate, ține de discrepanțele semnificative dintre nivelul de trai din mediul rural și urban, care au crescut pe parcursul ultimilor ani. Astfel, în pofida unui progres remarcabil la capitolul reducerii sărăciei, populația de la sate continuă să aibă acces limitat la o serie de bunuri și servicii de bază, cum ar fi apă și canalizare, servicii de sănătate și educație. În așa mod, sărăcia monetară a populației din sate este amplificată de o infrastructură economică și socială deficientă și chiar insuficientă, care, împreună cu lipsa oportunităților economice viabile, determină populația să emigreze. Discrepanțele dintre mediul urban și rural sunt reflectate și în inechitățile sociale vizibile care implică și excluziunea socială a populației sărace. Astfel, copiii din familiile mai puțin asigurate financiar frecventează mai puțin grădinițele, iar persoanele sărace se confruntă cu un acces limitat la servicii medicale, apă și canalizare de calitate.

O altă problemă importantă ține de diferențele majore de oportunități dintre femei și bărbați. Astfel, raportul accentuează participarea mai modestă a femeilor în procesul decizional, în special la nivelele superioare ale puterii, precum și posibilități economice mai puține pentru femei în raport cu bărbații. Perpetuarea acestor carențe de dezvoltare ar putea amplifica tendințele emigraționiste în viitorul apropiat care, în pofida avantajelor pe termen scurt, implică un

risc fundamental pe termen lung: irosirea capitalului uman, atât sub aspect calitativ, cât și cantitativ.

Cadrul național de dezvoltare. După ce în anul 2012 economia moldovenească a stagnat, reflectând efectul mixt al crizei economice europene și al secetei severe care a afectat sectorul agricol, începutul anului economic 2013 arată destul de promițător. Agricultură rămâne, în continuare, sectorul cel mai vulnerabil, dar și cu un potențial imens de creștere a cifrei de afaceri, veniturilor fermierilor și bunăstării comunităților rurale. Modernizarea economică, deopotrivă cu asigurarea ireversibilității cursului de integrare europeană, crearea locurilor de muncă și combaterea corupției, sunt prioritățile principale asumate de către Guvern pentru a asigura faptul că dezvoltarea se produce pentru și prin intermediul oamenilor. Constrângerile-cheie ce restrâng marja de manevră a Guvernului pentru catalizarea proceselor de dezvoltare țin de utilizarea ineficientă a resurselor financiare publice, capacitățile de politici încă insuficient dezvoltate și deficitul de resurse umane calificate în serviciul public. Aceste constrângeri și-au lăsat amprenta asupra modului în care țara a progresat pe calea realizării Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului (ODM).

ODM 1. Reducerea sărăciei extreme și a foamei. Pentru ODM 1, Republica Moldova a obținut progrese remarcabile, în anul 2012 fiind atinse deja țintele finale stabilite pentru anul 2015. Incidența sărăciei la pragul internațional de 4,3 dolari per zi a scăzut de la 34,5% în 2006 la 20,8% în 2012 (ținta finală – 23,0%). Ponderea populației aflate sub pragul sărăciei absolute a scăzut de la 30,2% la 16,6% (ținta finală – 20,0%), iar cea a populației care suferă de foame – de la 4,5% la 0,6% (ținta finală – 3,5%). Creșterea economică, majorarea veniturilor remise de emigranți și ajutorul social acordat de Guvern după o formulă care permite alocarea mult mai precisă a resurselor pentru a ajuta familiile cu adevărat sărace – aceștia sunt principalii factori care au favorizat progresul. În pofida acestor succese, o îngrijorare esențială este legată de inerția mai pronunțată a sărăciei rurale: dacă în orașele mari rata sărăciei absolute a scăzut între anii 2008 și 2012 de mai bine de două ori (de la 10,9% la 4,3%), atunci în sate aceasta s-a redus mai lent (de la 34,6% la 22,8%). Prin urmare, se observă o creștere a discrepanțelor dintre nivelele de trai de la sate și orașe: dacă în 2006, 75,7% din populația săracă locuia la sate, în 2012 această pondere a fost de 79,1%. Cauzele principale ale sărăciei rurale sunt vulnerabilitatea sectorului agricol, insuficiența de alternative ocupaționale în alte sectoare economice

și, respectiv, emigrarea populației și irosirea capitalului uman. Acestea, la rândul său creează un cerc vicios al sărăciei în care rămân prinse marea majoritate a satelor moldovenești. Totodată își spune cuvântul și faptul că încă nu a fost finalizat procesul de tranziție la alocarea ajutorului social pe baza testării veniturilor. Resursele statului, dacă ar fi alocate integral pe baza principiului de venituri testate, ar fi suficiente pentru eradicarea practic completă a fenomenului sărăciei din societate. Totuși, pe lângă sărăcia monetară, populația de la sate se confruntă cu alte forme de sărăcie, care țin de accesul limitat la o serie de servicii și produse de bază (apă și canalizare, servicii de sănătate și învățământ), din cauza infrastructurii deficiente și insuficiente. În acest sens, Guvernul recunoaște că pentru menținerea și fortificarea pe termen lung a progresului atins în combaterea tuturor formelor sărăciei este indispensabil un model de creștere economică mai durabil din punct de vedere ecologic și mai incluziv sub aspect geografic și social și strategiile naționale și de sector elaborate în ultimii patru ani ținesc anume acest deziderat.

ODM 2. Asigurarea accesului la învățământul general obligatoriu. Reducerea sărăciei monetare reflectată în ODM1 a corelat și cu sporirea accesului la învățământ, însă discrepanțele dintre mediul rural și urban, precum și problemele legate de excluderea socială continuă să persiste. Astfel, deși ținta pentru 2015, privind cuprinderea în educația preșcolară, a fost îndeplinită încă în 2011, o bună parte din copiii din sate rămân marginalizați, iar circa 30% din aceștia nu frecventează grădinițele. Este puțin probabilă reducerea esențială a disparităților de acces la educația preșcolară între mediul urban și cel rural și pe grupuri de venituri. Totodată, disparitățile pe medii de reședință, privind accesul la educație, determină în mod semnificativ și discrepanțele dintre ratele de sărăcie dintre mediile urban și rural, condiționându-se reciproc. Evoluțiile la capitolul învățământului obligatoriu, la fel, sunt mixte. În timp ce o serie de cercetări relevă atingerea țintei pentru 2015 a ratei brute de cuprindere în învățământul obligatoriu, persistă o insatisfacție generală față de calitatea educației formale, fapt confirmat de rezultatele examenelor de bacalaureat din sesiunea anului 2013. Principalele cauze sunt asociate cu dotarea precară cu materiale și cadre didactice, problema fiind în special acută la sate, care mai curând resping decât atrag învățătorii, în special cei tineri. Cu siguranță, perpetuarea acestei situații creează riscuri ce amenință înrolarea în educația generală obligatorie. Printre alte constrângeri-cheie menționăm: diferențele demografice semnificative între mediul rural și cel urban; dificultățile de comunicare pe marginea reformelor; discrepanțele la nivelul datelor statistice; accesul redus la educație al copiilor cu dizabilități și copiilor

romi, inclusiv la educația preșcolară. Reieșind din aceste carențe, prioritățile principale țin de utilizarea eficientă a bazei tehnico-materiale și a resurselor financiare alocate sistemului educațional, reevaluarea și reconceptualizarea politicii de cadre în învățământ și ameliorarea calității instruirii. Guvernul abordează educația calitativă și accesibilă ca pe un element indispensabil pentru combaterea sărăciei într-o manieră durabilă. Respectiv, asigurarea unei educații pre-școlare, primare și secundare de calitate pentru toți copiii se prezintă drept obiectiv strategic.

ODM 3. Promovarea egalității de gen și abilitarea femeilor. Dacă la capitolul accesului la educație preșcolară și obligatorie generală nu există disparități esențiale de gen, acestea încep să apară odată cu integrarea pe piața muncii și participarea în viața economică și politică. Astfel, printre primarii aleși, ponderea femeilor s-a menținut la un nivel infim și constant, majorându-se neesențial de la 18,15% în 2007 la doar 18,51% în 2011; la nivelul consilierilor raionali, aceasta a crescut de la 16,48% în 2007 la 18,39% în 2011. Totodată, majorarea ratei femeilor pe listele candidaților la funcția deputaților în Parlament nu a influențat ponderea femeilor printre deputați, aceasta menținându-se la nivelul de 19,8% în noiembrie 2010 și 2011. Astfel, în pofida progreselor realizate, perspectiva este mai puțin certă în ceea ce privește realizarea țintei finale, privind promovarea femeilor în poziții-cheie. Lipsa acțiunilor afirmative (a cotelor) în cadrul legal-normativ, persistența stereotipurilor de gen – toate acestea reduc semnificativ oportunitățile de participare a femeilor în procesul decizional. Ajustarea legislației, inițiate de Guvern (responsabilizarea partidelor politice și a altor structuri pentru respectarea echilibrului de gen prin aplicarea cotelor), creează premise pentru abilitarea politică mai fermă a femeilor. Implementarea unor programe de educație de gen a tinerilor, inițiate în sistemul de învățământ general și universitar, ar facilita transformarea rolurilor de gen ale femeilor și bărbaților în societate și în familie. Însă pe lângă diferențele de gen atestate la capitolul participării în procesul decizional, femeile sunt vădit dezavantajate și pe piața muncii. Deși cadrul legal-normativ național stipulează prevederi de asigurare a unei plăți egale pentru o muncă de valoare egală, se atestă unele discrepanțe de gen în salarizare. Totodată, rata de ocupare și rata de activitate a femeilor este în mod constant mai mică în raport cu cea a bărbaților, fapt ce denotă existența unor bariere majore privind integrarea femeilor pe piața muncii. Asigurarea condițiilor pentru abilitarea politică a femeilor (prin acțiuni afirmative și programe de instruire) și pentru cea economică (prin programe de antreprenoriat și de instruire), se prezintă, deci, ca priorități relevante pentru perioada post-2015.

ODM 4. Reducerea mortalității infantile. Ținta finală stabilită pentru anul 2015 privind mortalitatea infantilă și cea până la 5 ani au fost atinse precoce, fiind unul din domeniile unde au fost înregistrate cele mai mari progrese. Totuși, problemele de excluziune socială și-au lăsat amprenta și la acest capitol. Astfel, este atestată o inechitate pronunțată a mortalității infantile, care defavorizează copiii săraci și, în special, cei de etnie romă, ceea ce încă o dată denotă discrepanțele dintre bogați și săraci și carențe privind echitatea socială. Mai mult decât atât, uneori sunt depistate situații de neglijare a copiilor, care pot duce la neacordarea în mod operativ a asistenței necesare. O altă provocare ține de realizarea până în 2015 a țintei privind rata de imunizări împotriva rujeolei, care este încă incertă, din cauza scăderii din diferite motive, în ultimii ani, a numărului de copii vaccinați. Problema respectivă este, în special, acută în mediul rural și, iarăși, în rândul copiilor de etnie romă, din cauza nivelului mai scăzut de cunoștințe privind beneficiile vaccinurilor. Ministerul Sănătății conștientizează problema în cauză și promovează activ, inclusiv cu suportul partenerilor de dezvoltare, sănătatea mamei și a copilului, precum și implementează un șir de măsuri considerabile pentru a obține succese în acest domeniu. Acoperirea cu pachet gratuit și cuprinzător de asistență medicală și preparate necesare, odată cu introducerea sistemului de asigurări obligatorii în sănătate, a fost un element crucial în combaterea mortalității infantile și materne. Politicile de sănătate și programele naționale specifice pun accentul pe sănătatea mamei și a copilului. Dezvoltarea sistemului regionalizat de asistență perinatală, fortificarea urgenței pediatrie și secțiilor regionale de reanimare și terapie intensivă și ridicarea nivelului de cunoștințe prin instruirea medicală continuă a personalului sunt, de asemenea, exemple de eforturi majore și cu impact deja vizibil. Implementarea Conduitei Integrate a Maladiilor la Copii (CIMC) și sistemului de evaluare individuală a cazurilor de mortalitate neonatală permite colectarea unor date relevante pentru elaborarea de intervenții efective. Deși se depun eforturi pentru a implementa un mecanism de colaborare intersectorială în domeniul medico-social, asistența socială defectuoasă încă este unul dintre factorii majori pentru cazurile de decese infantile. Acoperirea cu servicii de supraveghere a dezvoltării neurologice a copiilor din grupurile cu risc înalt (îndeosebi nou-născuți extrem de prematuri) pentru dizabilități neurologice, intervenție timpurie și recuperare individualizată, ar putea fi mai eficientă în cazul regionalizării serviciului pentru creșterea accesului populației vulnerabile, fapt care ar reduce dizabilitatea acestor copii. Lucrul în comun cu partenerii de dezvoltare și continuarea eforturilor începute sunt premisele principale pentru a asigura sustenabilitatea și amplificarea succeselor obținute.

ODM 5. Îmbunătățirea sănătății materne. În ultimii ani se menține la un nivel înalt accesul la servicii de sănătate perinatală, lucru caracteristic, de asemenea, pentru accesul la serviciile medicale, ceea ce a permis ca rata nașterilor asistate medical să rămână înaltă. În același timp, există inegalități ce țin de acces și calitatea serviciilor prestate, inegalități care se manifestă între populația rurală și urbană, asigurați și ne-asigurați, populația generală și grupuri marginalizate (femei de origine romă, persoane cu dizabilități, migranți). Rata mortalității materne are o evoluție sinuoasă, cu o ușoară tendință de înrăutățire, reflectând o multitudine de factori structurali din sectorul de sănătate și socio-economici. Evident, numărul mic de cazuri de decese determină variații semnificative și imprecizabile, atunci când sunt raportate la 100000 de nașteri vii. Este foarte important însă faptul că în ultimii ani au fost implementate instrumente efective de identificare a cauzelor reale și de elaborare a măsurilor cost-eficiente de redresare a situației. În acest context, este îngrijorătoare accentuarea factorilor indirecti (nelegați de sarcină) ai mortalității materne, indicând carențe în supravegherea antenatală și în calitatea serviciilor de sănătate acordate. Cu toate că a fost implementat cu succes un sistem regionalizat de referire a serviciilor perinatale, profesionalismul și operativitatea intervențiilor, îndeosebi în stările de urgență, ar putea beneficia de îmbunătățiri considerabile. Implementarea metodelor didactice moderne bazate pe simularea stărilor de urgență în echipa multidisciplinară de specialiști din maternitate este crucială. Nivelul de cunoștințe și educație al femeilor privind necesitatea și importanța supravegherii medicale precoce în cazul sarcinii este un factor foarte important care poate reduce esențial incidența complicațiilor și deceselor. Îmbunătățirea accesului grupurilor vulnerabile și ridicarea calității serviciilor de planificare a familiei pentru aceste grupuri sunt, de asemenea, esențiale pentru atingerea țintelor ODM 5. Autoritățile au întreprins acțiuni ferme, iar angajamentele de a continua investițiile în domeniul dat conferă optimism pentru evoluția situației în viitor, fără riscuri majore. Totodată, Guvernul recunoaște că este imposibil de asigurat faptul ca absolut toate nașterile să fie asistate de personal medical, iar rata mortalității materne să scadă la zero, deoarece există cauze care nu depind de autorități.

ODM 6. Combaterea HIV/SIDA, tuberculozei și altor maladii. Niciuna dintre țintele pentru anul 2010 nu a fost atinsă, iar îndeplinirea lor pentru anul 2015, cu certitudine, nu mai este posibilă. Lupta cu maladiile infecțioase social-condiționate – prioritate majoră în politica de sănătate – nu a adus încă rezultate semnificative, iar viitorul apropiat, luând în considerație constrângerile financiare cauzate de revizuirea mecanismelor de finanțare și a condițiilor de

eligibilitate a țărilor, impuse de Fondul Global pentru combaterea SIDA, Tuberculozei și Malariei (GFATM), va aduce noi provocări. Infecția HIV/SIDA, deși încă concentrată în grupurile-cheie – consumatorii de droguri injectabile, lucrători ai sexului comercial și bărbați care fac sex cu bărbați – are tendințe clare de extindere prin partenerii lor. Ruta de transmitere s-a schimbat esențial, principala fiind cea sexuală. Infecția s-a feminizat, și tinde să se răspândească spre mediul rural. Regiunea transnistreană și cele mai mari municipii sunt lideri în prevalența HIV, deși resursele GFATM pentru măsurile de profilaxie și tratament sunt asigurate pe tot teritoriul țării. În acest sens Guvernul colectează și datele relevante pentru ODM 6 de pe ambele maluri ale Nistrului, inclusiv Transnistria, asigurând raportarea de progres UNGASS pe țară. Mortalitatea prin tuberculoză tinde spre stabilizare în ultimii ani, determinând o descreștere cu 29% către 2012 față de 2007, o scădere a ratei de abandon la tratamentul DOTS (Tratament Direct Observat) până la 8,5% și o creștere a ratei de succes până la 62,2% față de anii precedenți, când cifrele nu depășeau 58%. Succesul tratamentului depinde nu doar de factorii clinici, dar și de cei economici și de nivelul de cunoștințe al pacienților cu privire la tuberculoză și tratament. Infecția TB continuă să afecteze preponderent grupurile vulnerabile din punct de vedere social – persoane neangajate, persoane cu dizabilități, persoane fără adăpost și persoane ce suferă de alcoolism. Principalele probleme identificate în combaterea HIV și TB este rigiditatea și neatractivitatea serviciilor acordate pacienților, prestarea acestora doar în orașele mari, incapacitatea sistemului de a aborda multilateral necesitățile persoanelor bolnave, stigmatizarea și discriminarea. Drept sursă de optimism servește existența unui răspuns consolidat și participativ din partea actorilor din societatea civilă, autorităților, specialiștilor și partenerilor de dezvoltare. Mecanismul de țară de coordonare a programelor naționale (Consiliul Național de Coordonare) are la dispoziție date foarte calitative și cuprinzătoare pentru elaborarea politicilor eficiente bazate pe dovezi epidemiologice relevante.

ODM 7. Asigurarea durabilității mediului. Țara a atins unele progrese în realizarea indicatorilor ODM 7, însă sunt necesare eforturi suplimentare la toate capitolele. Astfel, deși ținta finală privind ariile naturale protejate de stat (4,65%) a fost atinsă în 2006, nu sunt alocate resurse suficiente pentru elaborarea sistemului de management, asigurarea întreținerii și respectării regimului de protecție a acestora. Suprafața zonelor împădurite a crescut cu numai 0,2% și ținta intermediară (stabilită la nivelul de 12,1% din suprafața țării) nu a fost atinsă. Ponderea populației cu acces la canalizare îmbunătățită a

crescut de la 43,3% în 2006 la 56,6% în 2012 și a depășit ținta intermediară (50,3%), dar mai mult de jumătate din sisteme sunt în stare nesatisfăcătoare. Ponderea populației cu acces permanent la surse îmbunătățite de apă a crescut, dar ținta intermediară a fost ratată. Multe sisteme de alimentare cu apă nu sunt funcționale. Evoluțiile datelor sugerează că țintele finale pentru anul 2015 par greu de atins pentru toți indicatorii, cu excepția ariilor naturale protejate de stat și accesul permanent al populației la surse îmbunătățite de apă, iar în privința calității sunt restante la toți indicatorii. În contextul ODM 7, cei mai vulnerabili sunt locuitorii comunelor rurale, care nu au infrastructură sanitară și nu au acces la sisteme îmbunătățite de alimentare cu apă și canalizare. Principalele riscuri legate de aceste eșecuri sunt poluarea mediului, înrăutățirea sănătății populației, degradarea terenurilor, reducerea recoltelor culturilor agricole și a veniturilor fermierilor. Principalele oportunități care ar putea servi la accelerarea atingerii ODM 7 ar fi cooperarea mai bună între entitățile ce activează pentru dezvoltarea durabilă, promovarea și aprofundarea participării active a întregii populații la protecția mediului, stimularea economiei verzi, utilizarea experienței UE de integrare a cerințelor de mediu în activitatea de dezvoltare economică.

ODM 8. Crearea parteneriatului global pentru dezvoltare. Progresul atins de Republica Moldova este unul satisfăcător, deși nu toți indicatorii relevanți au înregistrat tendințe îmbucurătoare. De partea pozitivă Republica Moldova a atins progrese foarte bune în edificarea unei societăți informaționale (Ținta 6). Astfel, rata de penetrare a telefoniei mobile a atins în 2012 nivelul de 114,6%, comparativ cu 37,8% în 2006, ținta finală fiind stabilită la nivelul de 75,6%. Computerele personale demonstau în 2012 o rată de penetrare cu 65% mai înaltă decât în 2006, iar internetul – cu 75% mai înaltă, existând șanse reale de atingere a țintei stabilite pentru anul 2015. Este asigurat controlul și managementul prudent al datoriei externe (Ținta 3). Rata șomajului în rândul tinerilor cu vârsta între 15-24 ani rămâne o problemă (13,8%), dar atingerea țintei finale (10,0%) este posibilă odată cu materializarea eforturilor de îmbunătățire a climatului investițional. Pe balanța negativă Ținta nr.1 „Dezvoltarea unui sistem comercial și financiar transparent, bazat pe reguli, previzibil și non-discriminatoriu, prin promovarea exporturilor și atragerea investițiilor” a suferit o anumită recesiune ca urmare a șocurilor economice externe și problemelor interne cu care se confruntă mediul de afaceri. Guvernul este dedicat să aloce mai multe eforturi și resurse pentru atragerea unor investitori strategici în ramurile economice cu potențial de generare a locurilor de muncă și de extindere a lanțurilor de furnizori locali și pentru a valorifica pe deplin noile oportunități oferite

de Zona de Liber Schimb Aprofundat și Cuprinzător ce urmează a fi instituită ca parte a Acordului de Asociere semnat cu Uniunea Europeană.

ODM: o agendă finalizată sau încă nu? Republica Moldova a realizat cu succes câteva dintre obiectivele stabilite la intrarea în noul mileniu: sărăcia absolută și extremă au bățut în retragere, s-a îmbunătățit accesul la educația preșcolară, au fost atinse succese în reprezentarea politică a femeilor la nivelul administrației publice locale. Starea sănătății infantile și a copiilor cu vârsta sub 5 ani s-a îmbunătățit esențial. Câteva studii recente sugerează că nici la capitolul înrolării în educația obligatorie Republica Moldova nu mai stă atât de prost după cum se credea anterior. Pe de altă parte, nu putem afirma nici pe departe că eforturile de dezvoltare și-au atins scopurile, deoarece rămân o serie de restanțe critice unde trebuie intensificate eforturile de politici și acordate mai multe resurse. Acestea includ, în mod special, domeniul sănătății, inclusiv sănătatea maternă, combaterea HIV/SIDA și tuberculozei și obiectivele care țin de asigurarea durabilității mediului. Rămân încă multe de făcut pentru a abilita economic și politic femeile. Totuși, inegalitatea rural-urban este acea linie roșie care trece prin toate cele opt domenii în care Republica Moldova și-a stabilit obiective de dezvoltare și reprezintă provocarea generală pentru politicile de dezvoltare pentru perioada post-2015.

O privire prospectivă asupra agendei de dezvoltare post-2015: Așteptările oamenilor privind dez-

voltarea țării pe termen lung, identificate în cadrul campaniei naționale de consultări post-2015 „Viitorul pe care și-l dorește Moldova” (susținute de ONU Moldova), țin de următoarele domenii: 1) dezvoltarea economică (educație, locuri de muncă, creștere economică durabilă), 2) dezvoltarea socială (având în vedere o societate mai incluzivă, tolerantă și solidară) și 3) ecologie și sănătate. Buna guvernare și drepturile omului au fost identificate de participanții la consultări ca reprezentând o prioritate-pivot care, într-un fel, concatenează cele trei domenii specifice menționate. Totodată, reducerea discrepanțelor rural-urban – discrepanțe care se manifestă prin inegalitatea veniturilor, șanselor și oportunităților, prin lacune de performanțe educaționale, lacune în atitudini și valori – s-a cristalizat ca cea de-a cincea prioritate majoră de dezvoltare. Așteptările oamenilor se reflectă în mod fidel în viziunea oficială de dezvoltare pe termen lung exprimată în Strategia Națională de Dezvoltare „Moldova 2020: Șapte soluții pentru creșterea economică și reducerea sărăciei”. Cele șapte soluții identificate sunt: 1) studii relevante pentru carieră (cu accent pe educația vocațională și tehnică); 2) drumuri bune oriunde; 3) finanțe accesibile și ieftine; 4) business cu reguli clare de joc; 5) sistem de pensii echitabil și sustenabil; 6) energie furnizată sigur și utilizată eficient; 7) justiție responsabilă și incoruptibilă. Acestea reprezintă priorități de intervenție orizontală, de care în egală măsură vor beneficia toate sectoarele economice, toate grupurile sociale și fiecare om în parte.



O PRIVIRE ASUPRA ODM-URILOR ȘI SFIDĂRILOR DE DEZVOLTARE DINCOLO DE ACESTEA

PRINCIPALELE PERFORMANȚE ȘI RESTANȚE ÎN ATINGEREA OBIECTIVELOR DE DEZVOLTARE A MILENIULUI



#1

#2

#3

PRINCIPALELE **3 DOMENII** UNDE AU
FOST OBTINUTE **CELE MAI BUNE PERFORMANȚE**

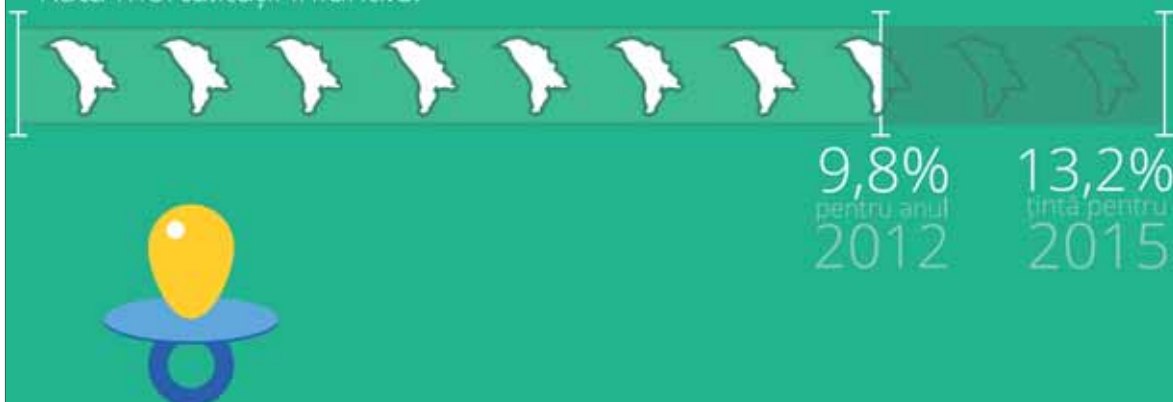
#1 Reducerea sărăciei extreme și a foamei

Reducerea sărăciei extreme:



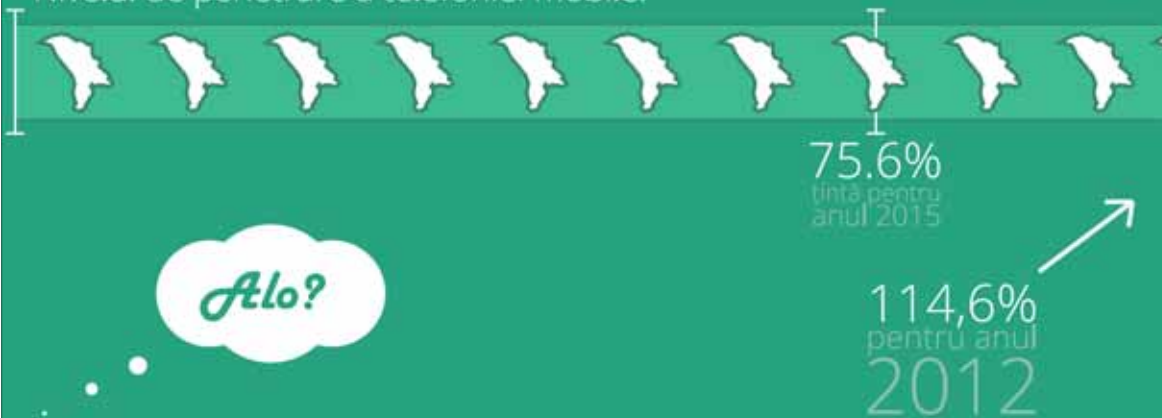
#2 Reducerea mortalității infantile

Rata mortalității infantile:



#3 Crearea parteneriatului global pentru dezvoltare. Spre o integrare mai avantajoasă în economia globală.

Nivelul de penetrare a telefoniei mobile:



#4 Rata brută de înmatriculare în învățământul general obligatoriu

Rata mortalității infantile:



#5 Gradul de împădurire

Gradul de împădurire:



Proporția locuitorilor cu acces permanent la surse îmbunătățite de apă:



CELE MAI MARI RESTANTE
AU FOST ÎNREGISTRATE ÎN URMĂTOARELE 3 DOMENII

#6 Combaterea HIV/SIDA, tuberculozei și altor maladii

Incidența HIV/SIDA:

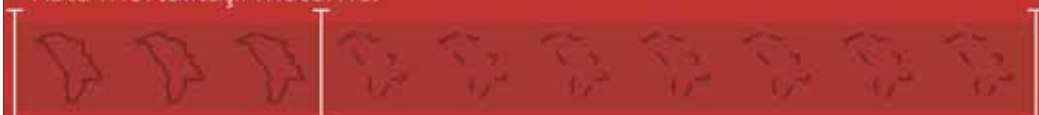


8
cazuri
înregistrate
în anul 2015

18,5
cazuri
la 100.000 locuitori
pentru anul 2012

#7 Îmbunătățirea sănătății materne

Rata mortalității materne:



30,4 cazuri
la 100.000 locuitori
pentru anul 2012

13,3
tintă pentru
anul 2015



#8 Promovarea egalității de gen și împuternicirea femeilor

Reprezentarea femeilor în Parlament:



19,8%
pentru anul 2012

30%
tintă pentru
anul 2015

DOUĂ REALITĂȚI PARALELE:



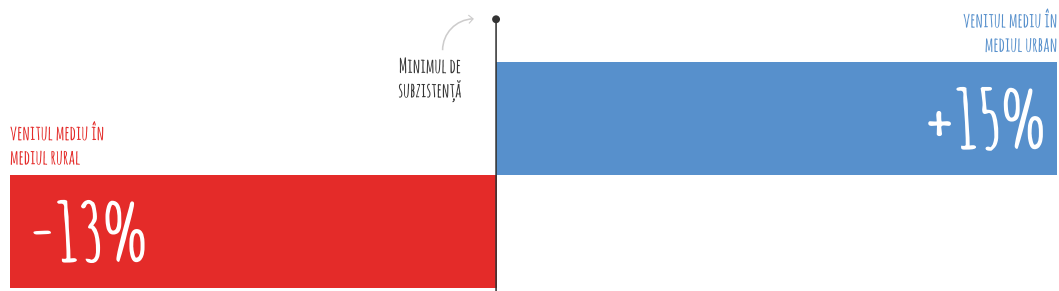
VIATA DE LA SATE

VIATA DE LA ORASE



ȘI

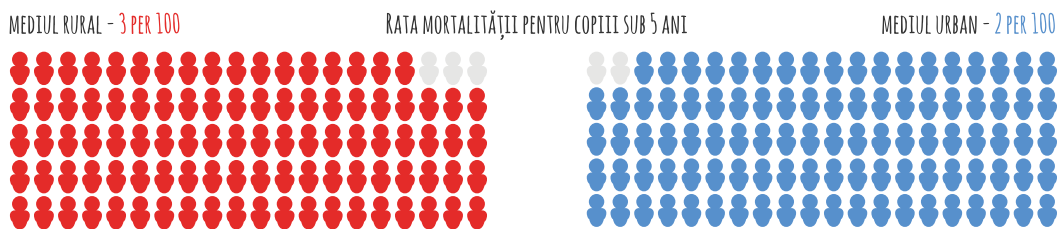
POPULAȚIA DIN MEDIUL RURAL ESTE **MULT** MAI EXPUSĂ SĂRĂCIEI, FAȚĂ DE CEA DIN MEDIUL URBAN.



ÎN POFIDA REDUCERII RATEI SĂRĂCIEI ABSOLUTE, DISCREPANȚELE DINTRE MEDIUL RURAL ȘI URBAN **AU CRESCUT**.

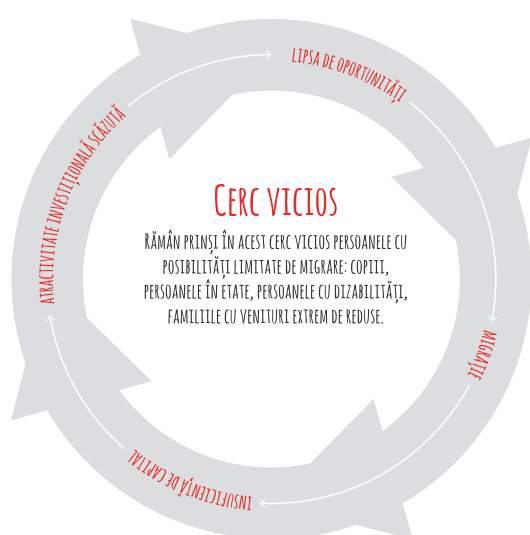


ACCESUL LA SERVICIILE DE SĂNĂTATE ESTE **MULT MAI LIMITAT** ÎN MEDIUL RURAL.

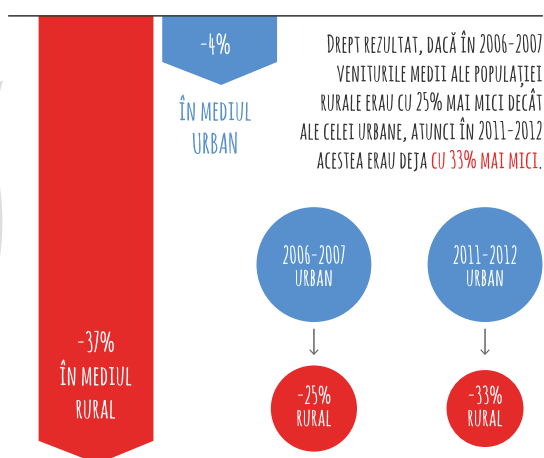


LOCUITORII DIN MEDIUL RURAL REPREZINTĂ AL DOILEA DUPĂ IMPORTANȚĂ GRUP VULNERABIL, CU O PONDERE DE 44,1% DIN RATA DE INCIDENȚĂ GLOBALĂ CU TUBERCULOZĂ ÎN 2010.

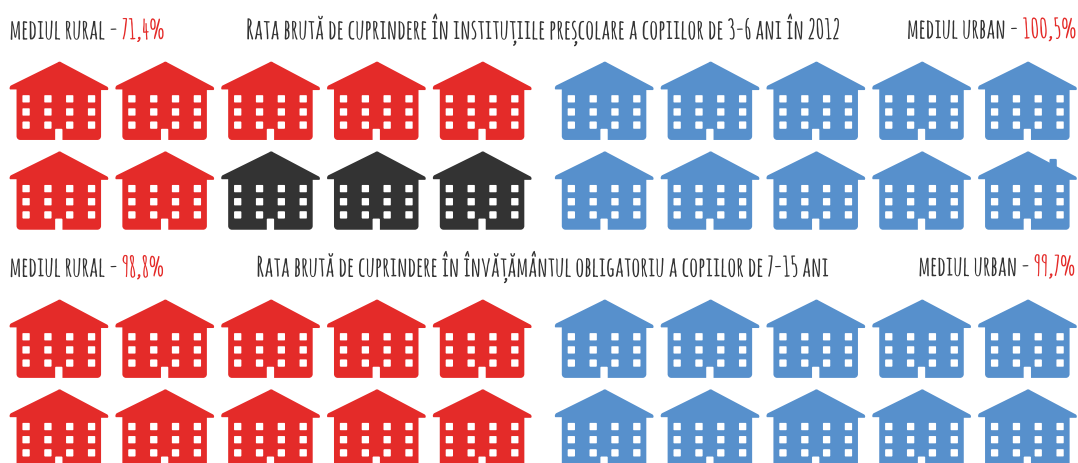
NEANGAJAȚI	76,7%
LOCUITORI RURALI	44,1%
MIGRANȚI	17%
ALCOOLICI	11%
PERSOANE CU DIZABILITĂȚI	10,7%
PENSIONARI	8,6
PERSOANE FĂRĂ ADĂPOST	7,2%

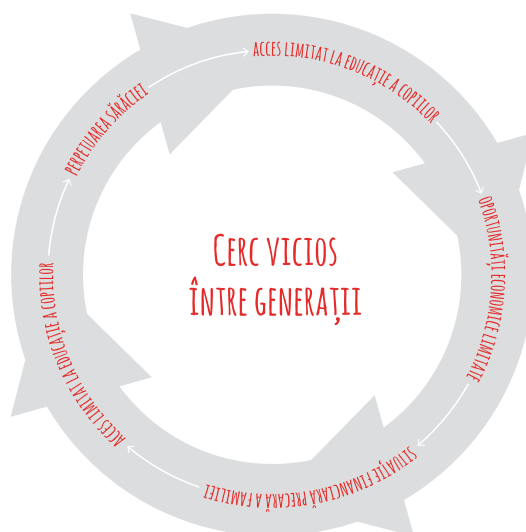


ÎN PERIOADA 2000 - 2012, RATA POPULAȚIEI OCUPATE A SCĂZUT CU:

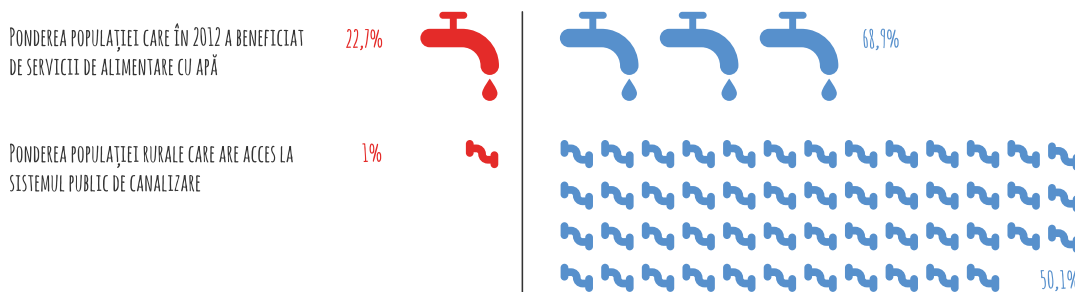


ACCESUL LA EDUCAȚIE ESTE MAI LIMITAT ÎN MEDIUL RURAL: GRĂDINIȚELE ȘI ȘCOLILE SUNT FRECVENTATE MAI PUȚIN DE COPIII DIN SATE, DECÂT DIN ORAȘE.





POPULAȚIA DIN LOCALITĂȚILE RURALE DISPUNE DE UN **ACCES MULT MAI LIMITAT LA APĂ ȘI CANALIZARE**, FAPT CE INFLUENȚEAZĂ NEGATIV SĂNĂTATEA POPULAȚIEI



SITUAȚIA DEMOGRAFICĂ DIFICILĂ LA NIVEL DE ȚARĂ ESTE CAUZATĂ DE SPORUL NATURAL NEGATIV DIN MEDIUL RURAL, ÎN TIMP CE ÎN LOCALITĂȚILE URBANE SPORUL A FOST POZITIV

RATA MEDIE A NATALITĂȚII PENTRU 2008-2012 (PROMIE)



RATA MEDIE A MORTALITĂȚII PENTRU 2008-2012



FENOMENUL EMIGRĂRII ESTE MULT MAI RĂSPÂNDIT ÎN SATE DECÂT ÎN ORAȘE, FAPT CE CREEAZĂ PRESIUNI DEMOGRAFICE SUPPLEMENTARE ÎN MEDIUL RURAL.

PONDEREA POPULAȚIEI PLECAȚE PESTE HOTARE ÎN NUMĂRUL POPULAȚIEI STABILE CU VÂRSTA DE 15 ANI ȘI MAI MULT ÎN ANUL 2012



EMIGRAREA

UN FENOMEN CU DOUĂ FAȚETE

FAȚETA LUMINOASĂ:

Reducerea sărăciei monetare

Rata sărăciei absolute



Rata sărăciei absolute s-a diminuat de la 30,2% în 2006 la 16,6% în 2012

Rata sărăciei extreme



Rata sărăciei extreme s-a diminuat de la 4,5% în 2006 la 0,6% în 2012

Creșterea consumului în special a produselor de bază



Dezvoltarea sectorului financiar-bancar și facilitarea investițiilor

Ponderea creditelor bancare în PIB



Atenuarea presiunilor asupra pieței muncii

Rata șomajului s-a diminuat



Riscul mortalității materne

Rata mortalității materne la 100 mii copii născuți vii



Femeile din vârsta reproductivă cu situația financiară precară și care lucrează peste hotare în condiții dificile sunt expuse riscului mortalității materne

FAȚETA ÎNTUNECATĂ:

Depopularea multor localități rurale



Creșterea unei generații de tineri nesupravegheate în mod corespunzător de părinți

Incidența HIV/SIDA la 100 mii persoane cu vârsta 15-24 ani



Rata avorturilor per 1000 femei cu vârsta reproductivă

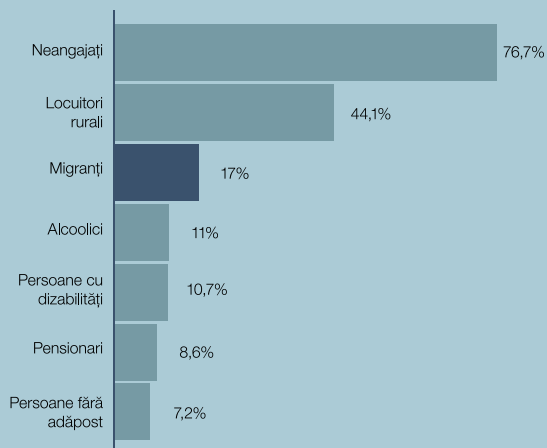


Irosirea capitalului uman



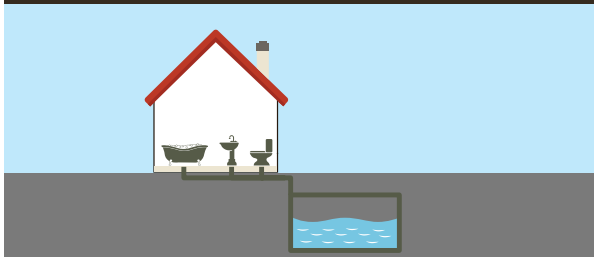
Expunerea largă a migrantilor la tuberculoză

Ponderea din incidența globală în 2010:



Migranții constituie a treia după importanță grup de persoane după incidența globală prin tuberculoză, după neangajați și locuitori rurali.

TEHNOLOGIILE – principalul motor al schimbărilor

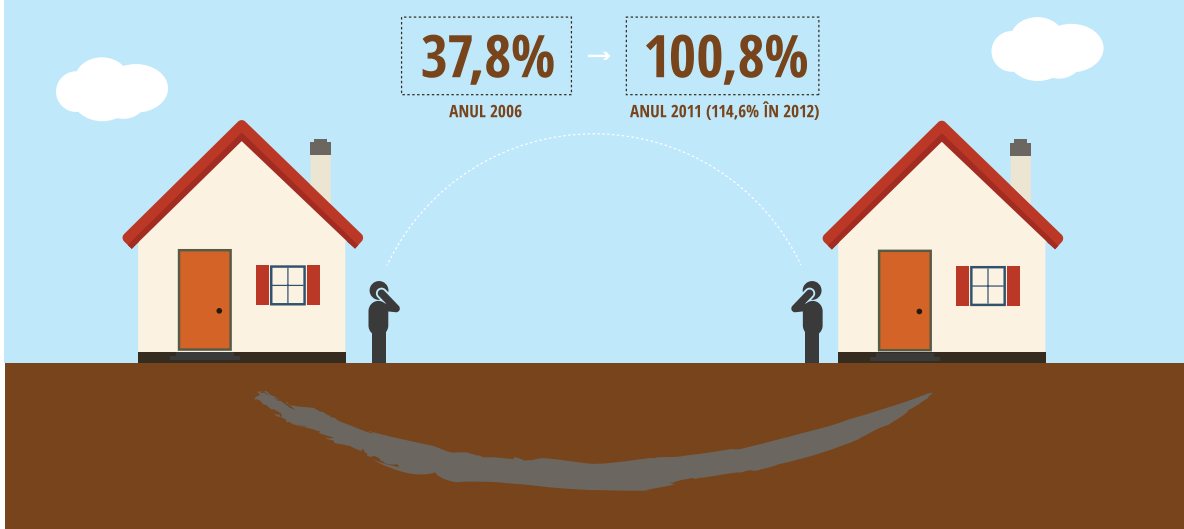


ÎN TIMP CE DOAR 1% DIN POPULAȚIA RURALĂ
ARE ACCES LA SISTEMUL PUBLIC DE CANALIZARE,
DIN LOCUITORII DE LA SATE
ȘI-AU CONSTRUIT SISTEME
PROPRII DE CANALIZARE.

33,2%

CONSTRÂNGERILE LEGATE DE CALITATEA INFRASTRUCTURII RUTIERE PENTRU INTER CONECTIVITATE
AU FOST COMPENSATE DE SPORIREA PENETRĂRII TELEFONIEI MOBILE

NIVELUL DE PENETRARE A TELEFONIEI MOBILE LA 100 LOCUITORI A FOST DE:



PONDEREA INVESTIȚIILOR ÎN SECTORUL DE
TRANSPORTURI ÎN TOTAL INVESTIȚII PUBLICE A FOST DE:

19,5%

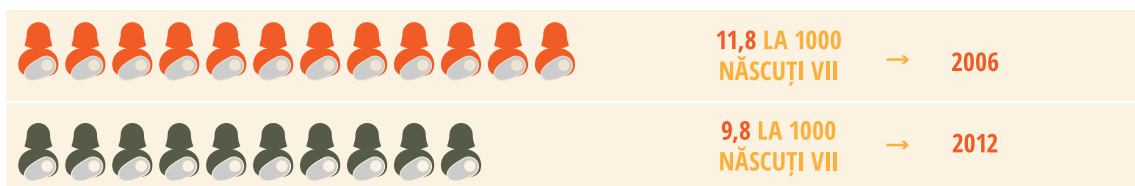
→ 10,7%

ANUL 2006

ANUL 2011

IMPLEMENTAREA TEHNOLOGIILOR NOI AU SPORIT CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE:

RATA MORTALITĂȚII INFANTILE A DIMINUAT DE LA:



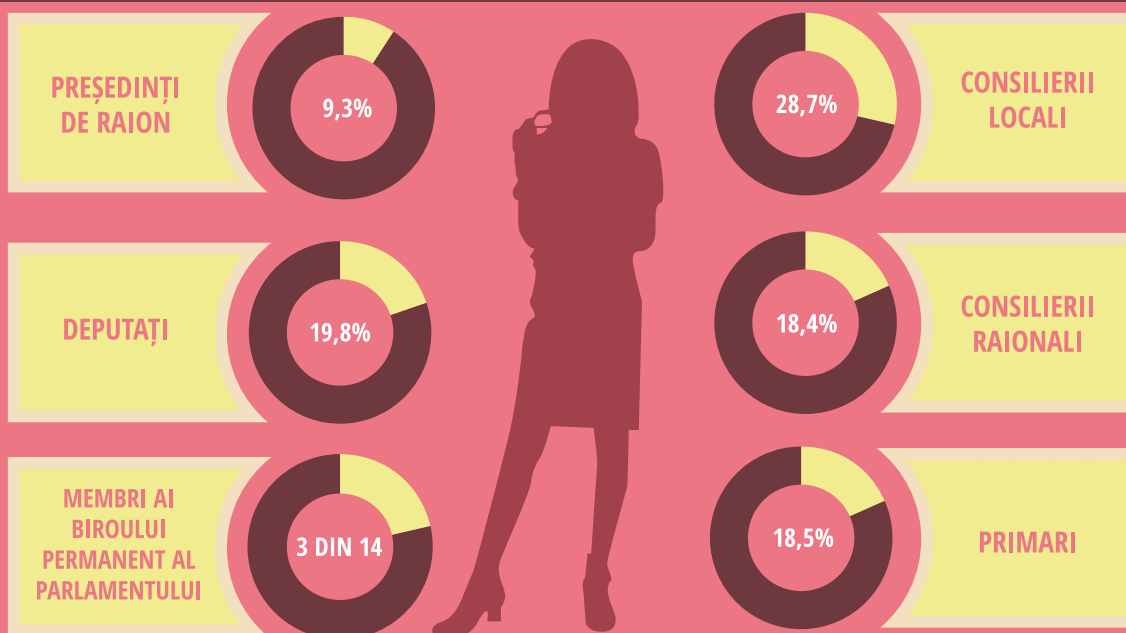


DE LA SOCIETATEA PATRIARHALĂ LA UNA MODERNĂ:

DIFERENȚELE DE OPORTUNITĂȚI ÎN FUNCȚIE DE GEN

Nu există diferențe de gen în accesarea educației și a nivelului de alfabetizare. Totuși, diferențele apar în perioada productivă: în momentul angajării, activității antreprenoriale și a participării în procesul decizional

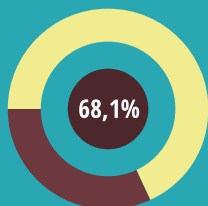
PARTICIPARE MAI MODESTĂ A FEMEILOR ÎN PROCESUL DECIZIONAL, ÎN RAPORT CU BĂRBAȚII, ÎN SPECIAL LA NIVELELE SUPERIOARE ALE PUTERII (2011)



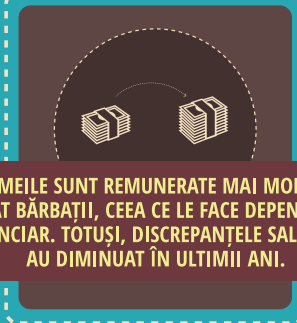
DOAR 30% DIN FUNCȚII PUBLICE DE CONDUCERE DE NIVEL SUPERIOR CONSTITUIE FEMEILE

DOAR 25,4% DIN FUNCȚIONARI PUBLICI CU FUNCȚIE DE DEMNITATE PUBLICĂ CONSTITUIE FEMEILE

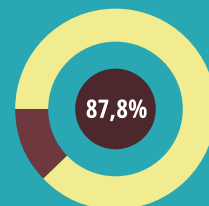




ÎN 2006: SALARIUL MEDIU AL FEMEILOR A CONSTITUIT 68,1% DIN CEL AL BĂRBAȚILOR



FEMEILE SUNT REMUNERATE MAI MODEST DECÂT BĂRBAȚII, CEEA CE LE FACE DEPENDENTE FINANCIAR. TOTUȘI, DISCREPANȚELE SALARIALE AU DIMINUAT ÎN ULTIMII ANI.



ÎN 2011: SALARIUL MEDIU AL FEMEILOR A CRESCUT LA 87,8% DIN CEL AL BĂRBAȚILOR

FEMEILE DISPUN DE OPORTUNITĂȚI ECONOMICE MAI LIMITATE DECÂT BĂRBAȚII, FIIND ÎNCADRATE MAI MULT TIMP ÎN ÎNGRIJIREA GOSPODĂRIEI ȘI A FAMILIEI ȘI MAI PUȚIN OCUPĂRII PROFESIONALE



BĂRBAȚII



FEMEILE

TIMP ALOCAT PE ZI, ÎN MEDIU, ÎNGRIJIRII GOSPODĂRIEI ȘI A FAMILIEI (2011-2012)



BĂRBAȚII



FEMEILE

TIMP ALOCAT PE ZI, ÎN MEDIU, OCUPĂRII PROFESIONALE (2011-2012)

DOAR 27,5% DIN NUMĂRUL TOTAL DE ANTREPRENORI SUNT FEMEI





INTRODUCERE

În anul 2000, alături de alte 189 de țări, Republica Moldova a aderat la Declarația adoptată de Summit-ul Mileniului din New York, angajându-se astfel să contribuie la realizarea a opt Obiective de Dezvoltare ale Mileniului (ODM). Cele opt obiective revizuite și adaptate la prioritățile de dezvoltare naționale sunt:

- *Eradicarea sărăciei și foamei;*
- *Asigurarea accesului la învățământul general obligatoriu;*
- *Promovarea egalității genurilor și abilitarea femeilor;*
- *Reducerea mortalității copiilor;*
- *Îmbunătățirea sănătății materne;*
- *Combaterea HIV/SIDA și tuberculozei;*
- *Asigurarea durabilității mediului;*
- *Crearea parteneriatului global pentru dezvoltare.*

În anul 2004 a fost elaborat primul Raport Național privind realizarea ODM. Trei ani mai târziu, în 2007, după efectuarea analizei progresului și a unei serii de consultări cu societatea civilă și partenerii de dezvoltare ai țării, o mare parte dintre obiective a fost revizuită. În anul 2010 a fost elaborat cel de-al doilea Raport Național pe marginea ODM. Prezentul document este cel de-al treilea Raport Național prin care Guvernul Republicii Moldova dorește să comunice, într-o manieră onestă și obiectivă, progresul obținut de Republica Moldova în realizarea Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului în perioada 2010-2013, să identifice problemele cu care se confruntă țara pe această cale și să schițeze eventualele soluții și opțiuni pe care le are la dispoziție pentru a accelera evoluțiile pozitive și a le ranversa pe cele negative. Totodată, al treilea Raport Național își mai propune să arunce o privire dincolo de orizontul anului 2015, pentru a identifica prioritățile care vor rămâne pe agenda de dezvoltare națională pe termen lung.

Urmărind scopul de a promova ODM-urile și a informa o audiență națională și internațională cât mai largă, Raportul adoptă o structură simplă și prietenoasă pentru cititor. În primul capitol Raportul constată care sunt cei mai importanți factori interni și globali care influențează politicile și procesele de dezvoltare naționale.

Urmează opt capitole în care pentru fiecare ODM sunt trasate tendințele principale în perioada recentă, este apreciată calitatea progresului realizat, sunt identificate principalele constrângeri și oportunități care ar putea servi la „accelerarea „ODM-ului.

Capitolul zece ține de „agenda neterminată”, realizând o scurtă analiză a fezabilității ODM-urilor până în anul 2015 și identificând cauzele de nivel sistemic ce trebuie înlăturate pentru a menține dezvoltarea. Clarificând interconexiunea dintre ODM-uri, acest capitol arată cum pot fi rupte cercurile vicioase ale subdezvoltării și cum pot fi evitate capcanele unei sărăcii multidimensionale.

Ultimul capitol al acestui Raport încearcă să răspundă la întrebarea „ce va urma după 2015?”, elucidând rezultatele principale ale consultărilor naționale post-2015 „Viitorul pe care și-l dorește Moldova”, realizate cu sprijinul Programului Națiunilor Unite pentru Dezvoltare în Moldova, și coroborând aceste rezultate cu viziunile Guvernului Republicii Moldova privind dezvoltarea pe termen lung a țării.

Din cauza lipsei datelor statistice și a problemelor de comparabilitate a datelor existente privind viața socială și economică din regiunea Transnistreană, autorii au analizat în mare parte evoluțiile din regiunile Republicii Moldova din dreapta Nistrului. Totodată, majoritatea ODM-urilor au fost definite fără regiunea Transnistreană și, prin urmare, monitorizarea realizării acestora în regiune nu este relevantă. Excepție face ODM 6, unde datele cuprind situația de pe ambele maluri ale Nistrului¹.

¹ Monitorizarea evoluțiilor din regiunea Transnistreană, anume la acest capitol, este motivată de existența datelor comparabile, grație cooperării dintre instituțiile de la Chișinău și Tiraspol, precum și a externalităților pe care le presupune HIV/SIDA și tuberculoza asupra populației de pe ambele maluri ale Nistrului. În același timp, accentuăm faptul că dinamica indicatorilor monitorizați în cadrul ODM 6 nu poate fi utilizată la aprecierea performanței privind realizarea ODM-urilor în regiunea Transnistreană.



CONTEXTUL NAȚIONAL: TURBULENȚE GLOBALE ȘI PROVOCĂRI INTERNE

Cadrul politic

Integrarea europeană este opțiunea strategică aleasă în mod conștient de Republica Moldova care este singura opțiune compatibilă cu prioritățile de dezvoltare economică, socială și democratică pe termen lung. Astfel, aceasta urmează să asigure un nivel de trai mai înalt pentru toți cetățenii, prin modernizarea infrastructurii, îmbunătățirea serviciilor publice și sporirea oportunităților economice, atât în mediul urban, cât și cel rural. Integrarea europeană mai profundă și racordarea unor aspecte esențiale ale legislației naționale la rigorile europene au generat deja rezultate vizibile. Astfel, în economia moldovenească au apărut ramuri economice noi, formate în urma investițiilor realizate de companii europene cu renume. În domeniul drepturilor omului au fost adoptate acte legislative fundamentale, menite să asigure principiile de non-discriminare, toleranță și respect reciproc.

Conflictul transnistrean nesoluționat este un factor esențial care încetinește dezvoltarea, atât pe malul drept, cât și pe malul stâng al Nistrului. Conflictul împiedică contactele inter-umane și economice, amplifică esențial riscurile de țară și costurile de finanțare externă, reduce atractivitatea Moldovei ca destinație pentru investiții și ca loc de trai pentru oamenii din alte țări și creează un fundal de stres permanent care împiedică autoritățile să se concentreze asupra agendei de dezvoltare pe termen lung. Totodată, regiunea transnistreană reprezintă o zonă de risc sporit sub aspectul câtorva ținte și obiective de dezvoltare, inclusiv în ceea ce privește HIV / SIDA.

Guvernare

În comparație cu anul 2000, când au fost adoptate ODM-urile ca elemente care au ghidat politicile, **actuala agendă de guvernare demonstrează viziuni mult mai largi și cuprinzătoare** asupra priorităților de dezvoltare. Astfel, Programul de activitate al Guvernului Republicii Moldova „In-

tegrarea Europeană: LIBERTATE, DEMOCRAȚIE, BUNĂSTARE 2013-2014” țintește trei obiective esențiale: asigurarea unui caracter ireversibil al procesului de integrare europeană, crearea de noi locuri de muncă bine plătite și prevenirea și combaterea corupției.

Viziunea de dezvoltare pe termen lung este exprimată în Strategia Națională de Dezvoltare „Moldova 2020: Șapte soluții pentru creșterea economică și reducerea sărăciei”² care a servit drept bază pentru Programul de activitate al Guvernului și o serie de strategii sectoriale. Cele șapte soluții identificate în „Moldova 2020” reprezintă, de fapt, priorități de intervenție orizontală, de care vor beneficia în egală măsură toate sectoarele economice, toate grupurile sociale și fiecare om în parte. Acestea includ: 1) studii relevante pentru carieră (cu accent pe educația vocațională și tehnică); 2) drumuri bune oriunde; 3) finanțe accesibile și ieftine; 4) business cu reguli clare de joc; 5) sistem de pensii echitabil și sustenabil; 6) energie furnizată sigur și utilizată eficient; 7) justiție responsabilă și incoruptibilă. Nivelul redus de venituri generat de economie are drept rezultat și un **volum destul de restrâns de resurse publice** de care dispune Guvernul pentru implementarea variatelor politici și proiecte de dezvoltare. Slăbiciunea dată este amplificată și de nivelul extins al economiei informale, în care veniturile și consumul nu sunt taxate. Conform unor estimări, cota economiei informale este de circa 45% din cea oficială (Schneider, Buehn and Montenegro, 2010), determinând o dependență înaltă a bugetului public de suportul extern.

Factori sociali și demografici

După mai bine de un deceniu de **spor natural negativ**, în 2011-2012 Republica Moldova a înregistrat un spor natural nul, determinat de creșterea ratei natalității și de reducerea mortalității. Indicatorul dezagregat atestă însă o situație mult mai proastă în mediul rural decât în cel urban: în 2008-2012 rata medie a natalității în mediul ur-

² Aprobata prin legea nr. 166 din 11 iulie 2012.

ban a fost de 9,96 promile, la o rată a mortalității de 8,84 promile; în aceeași perioadă o rată mai înaltă a natalității în mediul rural (12,02 promile) a fost însoțită de o mortalitate și mai înaltă (13,54 promile). Diferențele de atitudine față de sănătate, de stil de viață și alimentație, dar și inegalitatea de acces la serviciile de protecție a sănătății sunt principalele cauze ale acestui decalaj rural-urban în creștere.

Situația demografică alarmantă în mediul rural este și mai mult înrăutățită de **fenomenul emigrării**, care pentru sate este un adevărat exod al populației. Datele Biroului Național de Statistică sugerează că, în anul 2012, circa 7% din populația stabilă cu vârsta de 15 ani și mai mult din mediul urban era plecată la muncă peste hotare; pentru mediul rural, indicatorul era exact dublu, 14%.

Emigrarea intensă a forței de muncă este o **constrângere-cheie pentru dezvoltarea regiunilor și comunităților locale**. Deși emigrarea contribuie, pe termen scurt, la reducerea sărăciei, pe termen lung aceasta erodează resursa principală – capitalul uman – care poate să contribuie la dezvoltarea durabilă a comunităților și regiunilor moldovenești și astfel – a țării în ansamblu (UN-Moldova, 2013). Emigrarea a cauzat depopularea în masă a multor comunități rurale, generând provocări de politici inedite pentru Republica Moldova.

Situația economică

În perioada 2010-2012 **creșterea economică** a Republicii Moldova a fost destul de rapidă, rata medie anuală de creștere a PIB-ului fiind de 4,6%. Reflectând vulnerabilitatea economiei la șocurile externe și climaterice, această creștere a fost volatilă și lipsită de multiplicarea locurilor de muncă. Datele statistice oficiale arată că numărul populației ocupate în economia moldovenească în anul 2012 era cu 25% mai mică decât în 2000. Din nou se atestă un dezechilibru rural-urban foarte înalt: dacă în perioada menționată populația ocupată în mediul urban scăzuse cu 4%, atunci în mediul rural – cu 37%, deocamdată fără niciun semn de redresare.

Această **inegalitate rural-urban** în oportunitățile de ocupare se reflectă într-o inegalitate acută și în creșterea veniturilor. Dacă în anii 2006-2007 veniturile medii ale populației rurale erau cu 25% mai mici decât ale celei urbane, atunci în 2011-2012 acestea erau deja cu 33% mai mici. Această

inegalitate reflectă și diferențe vizibile în calitatea vieții: dacă în mediul urban venitul depășește cu 15% nivelul minim de subzistență calculat, atunci în sate venitul mediu este cu circa 13% sub nivelul mediu de subzistență.

Factorul-cheie care explică decalajul în creștere în ceea ce privește oportunitățile de angajare este **nivelul de dezvoltare al sectorului privat**. Satul moldovenesc a rămas în mare măsură dependent de activitatea agricolă (care angajează jumătate din populația rurală), principala alternativă a angajării în sectorul agricol fiind angajarea în sectorul public (21%). Sectorul agricol însă este extrem de plătând: dacă în 2000-2012 valoarea adăugată brută (VAB) generată de sectorul agricol a crescut în medie cu numai 2,6% anual, atunci VAB generată de sectorul economic non-agricol a crescut cu 5%³. În aceeași perioadă volatilitatea producției agricole a fost de zece ori mai mare decât cea a producției non-agricole⁴.

Factori globali

Schimbarea climei este un factor-cheie care reduce impactul politicilor anti-sărăcie ale Guvernului, în special în mediul rural. Secetele tot mai frecvente sunt o consecință a încălzirii globale și pot genera probleme privind accesibilitatea produselor alimentare și a nutrețurilor pentru animale, după cum, fără echivoc, a demonstrat-o seceta din 2007. Circa 90% din teritoriul țării și 80% din populația rurală dependentă de agricultură au fost afectate de recolta mică. Economii și veniturile populației rurale au fost pierdute, pierderile totale ajungând la 1 miliard de dolari SUA, conform estimărilor oficiale (PNUD-Moldova, 2009, p.85). Alături de scăderea remitențelor, seceta a fost o cauză majoră a creșterii sărăciei în anul 2007 (MEC, 2009). În 2012 țara din nou a trecut printr-o secetă severă, însoțită de reducerea dramatică a productivității agricole. Din nou, producătorii mici și medii sunt grupul care a suferit cel mai mult de pe urma acestei secete (MAIA, August 2012, p.24).

Criza economică globală din 2009 a revelat vulnerabilitatea extremă a țării și fragilitatea modelului de creștere bazat pe emigrare. Ca efect imediat, criza a cauzat scăderea exporturilor, remitențelor și investițiilor străine directe. Dacă exporturile și remitențele au recuperat pierderile suferite în 2009-2010, investițiile străine încă nu au revenit la nivelul anterior crizei. În absența unor puternice „motoare interne” de creștere, Moldova va rămâne

³ În acest raport sectorul economic non-agricol a fost definit ca suma tuturor activităților economice identificate în Clasificatorul Activităților Economiei Naționale cu codurile de la C (industria extractivă) până la K (tranzacții imobiliare, închirieri și activități de servicii prestate întreprinderilor) și nu include administrația și serviciile publice (codurile L-O).

⁴ Măsurată ca abaterea medie standard a ratelor de creștere a VAB.

în viitorul previzibil dependentă de evoluțiile economice la scară europeană și globală.

La mijlocul anului 2008 întreaga lume fost lovită de o **creștere excepțională a prețurilor la produsele alimentare**. Creșterea sărăciei extreme din mediul rural care s-a făcut observată în anul 2008 poate fi atribuită în mare parte scumpirii alimentelor (chiar dacă este greu de separat acest impact de impactul crizei economice și cel al secetei). În 2012 prețurile globale la produse alimentare au crescut din nou. Deși în 2013 prețurile au înregistrat o anumită scădere, acestea rămân aproape de maximele istorice atinse în august 2012. În situația în care 41% dintre cheltuielile familiilor urbane și 46% dintre cheltuielile celor rurale sunt pentru produse alimentare, gradul de expunere a țării la o eventuală nouă escaladare a crizei alimentare globale rămâne destul de înalt.

Criza energetică, manifestată prin creșterea globală a prețurilor pentru energie, a avut un impact direct și asupra Republicii Moldova, care este un importator net de energie. Față de anul 2007, prețurile de import ale resurselor energetice în anul 2011 erau cu 53% mai mari, continuând să crească moderat și în 2012. Conform datelor statistice, în 2011 resurselor energetice tradiționale (energie electrică, gaz natural, cărbune) le-au revenit circa 8,8% dintre cheltuielile de consum ale gospodăriilor casnice din mediul urban și 8,3% din cel rural (BNS, 2012, pp.92-94), existând unele date îngrijorătoare că chintilele mai sărace cheltuiesc pentru energie mai mult decât cele mai prospere.

Bilanțul național rezerve-consum de apă din Republica Moldova este adecvat în raport cu resursele disponibile. În pofida acestui echilibru, anumite regiuni ale țării se confruntă cu un **deficit de apă**, care ar putea să se acutizeze odată cu creșterea economiei, diversificarea necesităților sociale și accentuarea încălzirii globale (UNDP-Moldova, 2009, p.55). Aceasta va avea un impact major asupra sectoarelor economice (agricultura, industria alimentară) și comunităților locale vulnerabile (în special, în zona de Sud a țării).

Impactul asupra ODM-urilor

Factorii de influență prezentați mai sus explică în mare măsură **balanța succeselor și eșecurilor** țării în atingerea ODM-urilor. Fenomenul emigrării și remitențele asociate au ajutat multe familii moldovenești să evadeze din sărăcie, astfel încât ODM 1 (Eradicarea sărăciei și foamei) are șanse

clare de realizare. Însă realitățile economice rurale deprimante explică de ce sărăcia în sate este mult mai inertă și de ce rezultatele atinse nu sunt deocamdată durabile.

Educația este un determinant critic al bunăstării la nivel de gospodărie casnică (MEC, 2012). **Astfel, ODM 2 (Realizarea accesului la învățământ gimnazial) are un impact major asupra ODM 1 (Eradicarea sărăciei și foamei)**. Faptul că în mediul rural accesul la educație reprezintă o constrângere structurală adânc înrădăcinată sugerează că și combaterea sărăciei rurale va fi mult mai complicată decât în mediul urban, unde accesul îmbunătățit este complementat de un spectru ceva mai larg de opțiuni. Totuși, rezultatele examenelor de bacalaureat din anul 2013 sugerează că problema calității studiilor este una majoră, atât în mediul rural, cât și în cel urban.

ODM 8 (Crearea unui parteneriat global pentru dezvoltare) are un impact major și direct asupra ODM 1 (Eradicarea sărăciei și foamei), dar în mod indirect, influențează toate celelalte ODM-uri. Or, nivelul de integrare în economia globală, gradul de penetrare al sistemului bancar în economia reală, nivelul de informatizare a societății și ocuparea tinerilor în câmpul muncii sunt factori economici și sociali critici care determină, în ultimă instanță, nivelul de venituri în bugetele publice și, implicit, capacitățile de finanțare ale statului pentru atingerea unor asemenea obiective precum informarea mai bună a femeilor gravide despre riscurile legate de sarcină (ODM 4 Reducerea mortalității copiilor), îmbunătățirea condițiilor în maternități (ODM 5 Îmbunătățirea sănătății materne), asigurarea condițiilor necesare pentru tratament și îngrijire paliativă (ODM 6 Combaterea HIV/SIDA și tuberculozei), precum și alocarea mai multor resurse pentru extinderea acoperirii țării cu sisteme de acces la resurse sigure de apă, extinderea gradului de împădurire (ODM 7 Asigurarea unui mediu durabil). Investițiile realizate în aceste domenii, până în prezent, în Republica Moldova au fost, în mare măsură, finanțate de donatori globali, iar resursele alocate nu s-au dovedit suficiente pentru a atinge un progres ireversibil și calitativ.

Șomajul, veniturile mici și sărăcia populației rurale (ODM 1), împreună cu scumpirea resurselor energetice, au avut drept consecință creșterea considerabilă a tăierilor ilicite și a braconajului (ODM 7).

Republica Moldova încă nu a reușit să atingă progrese remarcabile nici în promovarea egalității genurilor și abilitarea femeilor (ODM 3). Aceste

probleme au implicații majore asupra altor ODM-uri, or, literatura contemporană demonstrează o **legătură strânsă între, de exemplu, abilitarea femeilor și dezvoltarea economică** (Duflo, 2012). Un nivel de dezvoltare economică mai înalt este asociat cu scăderea inegalităților de venituri între bărbați și femei, dar, pe de altă parte, abilitarea mai fermă a femeilor este un factor esențial

de care poate beneficia dezvoltarea economică. Însă acest cerc virtuos este prea slab pentru a se autoîntreține, motiv pentru care Moldova are nevoie de acțiuni și programe mai dedicate și mai bine țintite asupra abilitării politice și economice a femeilor și consolidarea legăturilor pozitive între abilitarea femeilor și dezvoltare.



**„Reducerea sărăciei extreme
și a foamei”: o izbândă mică
și încă nesigură**

ODM 1

Tendențe-cheie

În anii 2010-2012 Republica Moldova a înregistrat un progres foarte bun în realizarea indicatorilor aferenți ODM 1. Astfel, în 2012 ponderea populației cu un consum sub 4,3 USD pe zi a atins nivelul de 20,8%, față de 34,5% în anul 2006, primul an când a fost calculat acest indicator. După cum arată Tabelul 1, această evoluție este perfect compatibilă cu țintele intermediare și finale stabilite. A fost atinsă, cu mult înainte de termen, și ținta care se referă la populația aflată sub pragul național al sărăciei absolute. Acest indicator a scăzut de la 30,2% în anul 2006 la 21,9% în anul 2010, iar în 2012 indicatorul a atins 16,6%. Țara a atins un progres impresionant și în combaterea sărăciei extreme, incidența căreia a scăzut la 0,6% în anul 2012. O importantă schimbare de tendință care s-a atestat în anii 2010-2011 este scăderea puțin mai accentuată decât în trecut a sărăciei în mediul rural, perioadă în care au fost scoși din sărăcie circa 226 de mii de oameni (MEC, 2012, p.5).

jumătate de milion de cetățeni încă se califică ca săraci. Populația rurală este de 3 ori mai expusă riscurilor de sărăcie decât cea urbană și fiecare al patrulea sătean trăiește sub pragul național al sărăciei. Copiii, în ansamblu, rămân mai vulnerabili la sărăcie: în 2011 rata sărăciei în rândul copiilor era de 19,6% (cu 2,1 puncte procentuale peste media națională). Fenomenul malnutriției, deși în retragere continuă, încă afectează fiecare al 10-lea copil cu vârsta sub 5 ani.

ODM 1 este strâns interdependent de evoluția altor ODM-uri. Astfel, educația (ODM 2) este unul dintre cei mai puternici factori determinanți ai sărăciei. Persoanele care au studii superioare se confruntă cu un risc al sărăciei de 6 ori mai mic decât cele cu studii medii generale și 10 ori mai mic decât cele cu studii medii primare sau fără studii (MEC, 2012). La rândul lor, copiii care cresc în familii sărace au acces mai limitat la serviciile de educație decât alți copii, ceea ce generează un cerc vicios al sărăciei cronice și multigeneraționale. Totodată, nivelul de sărăcie, în special în rândul populației

Tabelul 1. Evoluția indicatorilor ODM 1, perioada 2006-2012 și țintele intermediare și finale

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Ținta 2010	Ținta 2015
Ponderea populației cu un consum sub 4,3 dolari pe zi	34,5	29,8	30,4	29,5	26,8	23,4	20,8	29,0	23,0
Ponderea populației sub pragul sărăciei absolute	30,2	25,8	26,4	26,3	21,9	17,5	16,6	25,0	20,0
Ponderea populației sub pragul sărăciei extreme	4,5	2,8	3,2	2,1	1,4	0,9	0,6	4,0	3,5

Sursa: MEC, 2012, pp. 11-15 și informația oferită pentru Raport de MEC pentru anul 2012;

O serie de factori au favorizat acest progres. Creșterea economică, reflectată și în veniturile populației, a fost una dintre principalele surse ale scăderii nivelului de sărăcie la nivel agregat. Transferurile remise de emigranți au fost un alt factor important al reducerii sărăciei. Totodată, noile programe sociale promovate de către Guvern, în special ajutorul social alocat după o formulă mult mai precisă și echitabilă, au demonstrat un impact major asupra reducerii inegalității veniturilor și a incidenței sărăciei. În 2010-2012 creșterea prețurilor la produsele agricole a avut un impact net pozitiv asupra consumului în mediul rural, dar pare să fi moderat mult ritmurile de creștere a consumului în mediul urban.

În pofda scăderii remarcabile a incidenței sărăciei, este regretabil faptul că mai mult de

rurale, este în mare parte influențat de accesul limitat la resursele financiare pentru finanțarea investițiilor în agricultură (ODM 8). După cum este arătat în acest Raport, în capitolul pe ODM 6, sărăcia, ca sursă a altor tipuri de vulnerabilități și cauză a marginalizării sociale, este unul dintre factorii-cheie ai mortalității materne.

Constrângerile critice

Reducerea sărăciei rămâne una dintre prioritățile-cheie ale Guvernului Republicii Moldova. Astfel, Strategia de Dezvoltare Națională „Moldova 2020” își propune ca până în anul 2020 încă cel puțin 150 mii de oameni să fie scoși din sărăcie. Totuși, persistă o serie de factori care ridică anumite semne de întrebare asupra faptului dacă succesul deja atins este durabil și dacă oamenii

au atins nivelul de abilitare și deprinderi necesare pentru a nu cădea din nou în capcana sărăciei.

Premisa critică pentru rezolvarea durabilă a problemei sărăciei este crearea locurilor de muncă decente. După un deceniu de pierdere continuă a forței de muncă și scădere a ratei ocupării (de la 60% în anul 2000 la 38,5% în anul 2012), este clar că recuperarea este posibilă doar printr-o îmbunătățire cardinală a mediului de afaceri moldovenesc. Acesta suferă, la moment, din cauza unor probleme regulatorii în asemenea domenii precum administrarea fiscală și vamală, licențierea și autorizarea companiilor, concurența, accesul la finanțare, protecția drepturilor de proprietate (Banca Mondială, 2013). Aceasta subminează performanța companiilor și, respectiv, capacitatea acestora de a oferi salarii bune, condiții confortabile de lucru și oportunități de dezvoltare pentru angajații lor.

O constrângere esențială care reduce impactul politicilor este lipsa de suport din partea tuturor formațiunilor politice pentru programele anti-sărăcie definite de Guvern. Astfel, reforma politicii de asistență socială, prin introducerea ajutorului social, nu a primit încă susținerea tuturor partidelor politice importante și aceasta în pofida impactului major și vizibil pe care l-a avut noua politică în reducerea sărăciei.

Persistă o serie de constrângeri rigide și probleme structurale care limitează progresul. De exemplu, dispersarea populației rurale într-un număr mare de comunități mici, cu inter-conectivitate defectuoasă, reduce accesul producătorilor agricoli la piețele de desfacere și inhibă mobilitatea forței de muncă. Redresarea acestui factor implică un volum mare de investiții de capital din surse publice. Vulnerabilitatea climaterică a sectorului agricol este un alt factor care în viitorul previzibil va limita eficiența politicilor și resurselor alocate pentru reducerea sărăciei. În sfârșit, populația rurală demonstrează un anumit scepticism în ceea ce privește adoptarea unor noi tehnologii și metode agricole moderne care ar valorifica mai bine resursele agricole și ar stabiliza nivelul de venituri al populației rurale.

Factorii de natură globală își lasă amprenta asupra progresului înregistrat de Moldova în cadrul ODM 1. Astfel, consecințele locale ale fenomenului de încălzire globală au amplificat vulnerabilitatea economică, și așa destul de înaltă, a sectorului agricol (MAIA, 2012). Criza financiară din 2008-2009, soldată cu o recesiune economică în Europa și cu o răcire esențială a creșterii în Rusia și alte țări CSI, a însemnat un șoc major pentru economia

moldovenească și a demonstrat cât de vulnerabilă rămâne țara în fața unor asemenea calamități economice. Indicatorii macroeconomici-cheie (deficitul contului curent, deficitul structural al bugetului) din 2012 arată că acest nivel de vulnerabilitate încă nu a fost redus, ceea ce va cauza o presiune asupra bugetelor private și public.

Posibile oportunități și factori de succes

Criza economică din Uniunea Europeană, alături de provocări, creează, cât de paradoxal nu ar părea la prima vedere, și unele oportunități pentru reducerea sărăciei în Moldova. Aflate în căutarea unor locații mai competitive, multe firme europene privesc spre țările din răsăritul Europei ca la potențiale țări-gazdă ale unor investiții în extinderea capacităților de producție. În urma unor asemenea relocări, în economia moldovenească au apărut deja ramuri industriale care nu existau încă acum câțiva ani și care sunt intensive în utilizarea forței de muncă. Astfel, Moldova are șansa să valorifice interesul investitorilor europeni pentru destinații avantajoase ale investițiilor și să ofere platformele și condițiile necesare pentru venirea noilor investitori, ceea ce va aduce cu sine crearea noilor locuri de muncă și reducerea sărăciei, la prima rundă, în mediul urban, iar ulterior, odată cu îmbunătățirea mobilității forței de muncă – și în cel rural.

Statul dispune de mijloace financiare suficiente pentru a elimina practic integral sărăcia, dar acestea nu sunt alocate în modul cel mai eficient și mai just. Studiile efectuate sugerează că prestația alocată în cadrul programului de ajutor social scade esențial incidența sărăciei în rândul beneficiarilor (Sandu și Sînchetru, 2011, p.18). Datele recente arată că profunzimea sărăciei este de numai 3,2%. La actualul prag al sărăciei, eliminarea integrală a sărăciei ar solicita circa 250 milioane lei anual. În realitate, în cadrul programului de ajutor social, în anul 2012 au fost cheltuiți peste 382 milioane lei. Astfel, Republica Moldova dispune de suficiente resurse pentru a reduce la zero sărăcia definită la pragul național, dar aceasta cere o distribuție și mai precisă a resurselor alocate în cadrul ajutorului social: în prezent 17% dintre resurse ajung, deși nu ar fi trebuit, la beneficiari cu venituri relativ mari.

Un impact și mai mare asupra sărăciei l-ar putea avea eliminarea compensațiilor nominative⁵. Finalizarea procesului de tranziție ar contribui la utilizarea mai eficientă a resurselor financiare

ale statului cu destinație socială și la eradicarea sărăciei din rândul populației. Resursele astfel eliberate ar putea fi canalizate spre majorarea beneficiilor acordate în cadrul ajutorului social. Însă abolirea completă a programului de compensații nominative nu se prezintă fezabilă din punct de vedere politic, ținând cont de nivelul foarte înalt de nepopularitate a acestei măsuri. Astfel, decizia de a nu mai admite noi beneficiari în cadrul programului de compensații nominative și eliminarea graduală a acestuia se prezintă ca cea mai oportună soluție.

Combinat cu mijloacele financiare necesare pentru a investi în afaceri durabile, educația și instruirea sunt ingrediente esențiale pentru ca moldovenii să poată „evada” definitiv din sărăcie. Emigranții moldoveni reveniți acasă oferă țării nu doar șansa de a scăpa de sărăcie pe termen scurt, dar și de a eradică în mod definitiv acest fenomen. O serie de istorii de succes ale emigranților reveniți și ale familiilor acestora (vedeți Boxa 1) demonstrează că noile cunoștințe, deprinderi și tehnologii învățate și economiile acumulate peste hotare pot contribui în mod cardinal la ameliorarea situației emigranților reveniți

acasă, dar și crea noi locuri de muncă în comunitate. În acest sens este important ca statul să ofere suportul necesar pentru ca emigranții „să prindă din nou rădăcini” și ca abilitățile și resursele financiare pe care le-au acumulat peste hotare să poată fi valorificate din plin.

Totodată, pentru eradicarea durabilă a sărăciei, pe lângă instrumentele de redistribuire a veniturilor, sunt necesare programe complexe de reabilitare economică rurală. Deși resursele naționale sunt destul de limitate, există oportunități de finanțare externă, în particular, oferite de UE. Pentru valorificarea acestor resurse este necesară fortificarea capacităților autorităților publice locale (PNUD-Moldova, 2012), care ar trebui văzute ca principalii agenți ai schimbării la nivel local. Instrumentele, influențele și impactul acestora se vor consolida odată cu reforma descentralizării, pe care și-a asumat-o Guvernul. Totodată, programele de reabilitare economică rurală implică existența unui „campion național”, care ar promova în mod activ politicile de dezvoltare economică rurală. Potențiali candidați pentru acest rol sunt Ministerul Agriculturii și Industriei Alimentare, Ministerul Economiei și Ministerul Dezvoltării Regionale și Construcțiilor.

Boxa 1. Emigranții moldoveni își construiesc viitorul acasă

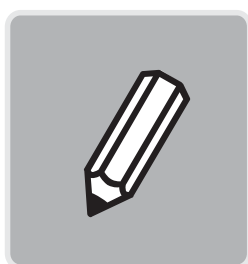
Vasile Gonciar din satul Hoginești, Călărași, a muncit peste hotare timp de 12 ani, inclusiv în Italia, unde a muncit mai bine de cinci ani împreună cu soția, la câteva fabrici de ceramică. Atunci când a adunat suficienți bani pentru a-și deschide propria afacere, a revenit în Moldova. Vasile Gonciar a deschis o fabrică de ceramică în satul de baștină. „Deocamdată produc ceramică utilitară, dar am utilaj și pentru a produce ceramică pentru construcții care, de regulă, se importă. Noi avem lut bun, avem forță de muncă și capacități – de ce să nu producem ceramica noastră?!” se întreabă olarul, care până în prezent a creat 20 de locuri noi de muncă și intenționează să deschidă în curând încă 30.

După opt ani de muncă în Spania, Eugen Scurtu s-a întors în Moldova, la soție și la cei trei copii ai lor, iar împreună au lansat o afacere în domeniul energiei regenerabile. Împreună cu soția sa, Rodica Scurtu, au creat o întreprindere pentru producerea peleților din biomasă: paie, resturi de floarea-soarelui, crengi de copaci, rumeguș. „Moldova dispune de multă materie primă, biomasă care poate fi utilizată mai rațional”, este convinsă Rodica Scurtu, soția lui Eugen și cea care-l susține în toate. La moment sunt create cinci locuri de muncă noi, dar familia Scurtu planifică să extindă capacitatea de producere a utilajului achiziționat și numărul locurilor de muncă create.

Antreprenorii din ambele cazuri au beneficiat de suport financiar din partea statului pentru lansarea afacerilor în cadrul Programului PARE 1+1.

„Bombonici” este unul dintre cele mai renumite branduri moldovenești de haine pentru copii, de la nou-născuți până la vârsta de 4 ani. Ceea ce este cu adevărat surprinzător este faptul că societatea se află nu în Chișinău, dar într-un sat relativ îndepărtat, Sadaclia, raionul Basarabeasca (100 km de Chișinău). Directorul companiei este Silvia Lazu, o femeie tânără de numai 35 de ani. Silvia a studiat design vestimentar, iar ideea a apărut în 2004, după ce a născut primul ei copil. Afacerea este una de familie, în care este implicat și soțul ei, director de vânzări, dar și rudele sale apropiate care la etapele inițiale au contribuit cu resurse financiare pentru a lansa afacerea. Pe lângă fabrica din sat, compania a deschis un magazin și în capitală. Începând cu numai 6 angajați, în prezent compania are 52 de muncitori. Compania deservește nu doar piața națională, dar a început să exporte produsele sale și în România.

Sursa: După materialele din reportajul „Emigranții” moldoveni vin să-și construiască viitorul acasă, Cotidianul „Timpul”, ediția din 10 februarie 2012 și reportajul „Familia model! A făcut bani peste hotare și a deschis o fabrică de confecții în Moldova”, Publika TV, 25 martie 2012.



„Asigurarea accesului la învățământul general obligatoriu”: probleme cu accesul și calitatea.

ODM 2

Tendențe-cheie

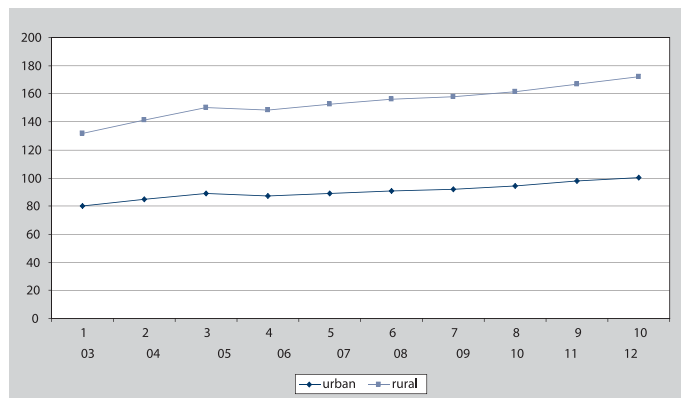
În anii 2010-2012 Republica Moldova a înregistrat unele progrese în realizarea indicatorilor aferenți ODM 2. Cuprinderea în educația preșcolară s-a îmbunătățit continuu⁶. În ultimii 5 ani numărul instituțiilor de învățământ preșcolar a fost în creștere cu 5,1%. Conform datelor oficiale, rata brută de cuprindere în învățământul preșcolar a copiilor cu vârsta de 3-6 ani a constituit 82,1% în 2012, în creștere ușoară față de 2011 (79,6%), dar mult mai semnificativă față de anul 2003 (61,1%). Nivelul actual al ratei de cuprindere depășește, astfel, ținta ODM de 78% prevăzută pentru anul 2015. Tendențe pozitive sunt înregistrate atât în mediul urban, cât și în cel rural, însă discrepanțele dintre mediile de reședință rămân semnificative. Dacă în mediul urban rata brută de cuprindere preșcolară a copiilor cu vârsta de 3-6 ani este de 100,5%, atunci în mediul rural aproape 30% dintre copii nu frecventează grădinița, diferența constituind 19 p.p., reducerea disparităților fiind puțin probabilă către 2015 (Figura 1). Rata de cuprindere a copiilor cu vârsta de 6-7 ani în educație este în creștere, constituind în 2012 circa 93,5%, comparativ cu 92,2% în 2003 (Tabelul 2). Astfel, există anumite îngrijorări în ceea ce privește realizarea țintei ODM de 98% stabilite pentru 2015.

Nu există diferențe de gen în accesarea educației preșcolare. Totodată, experții menționează unele grupuri de copii, care au rate de înscriere considerabil mai mici în educația preșcolară: copiii de origine romă, copiii din familiile cu venituri mici (inclusiv gospodăriile cu copii mulți și familiile monoparentale) și copiii cu dizabilități (UNICEF-Moldova, 2011). În medie, copiii din familii mai puțin asigurate frecventează grădinițele în proporție de 63 la sută, pe când cei din familiile înstărite sunt înrolați în proporție de 92 la sută (UN-Women, UNICEF-Moldova, 2013). Conform datelor statistice, numărul copiilor cu deficiențe în dezvoltarea intelectuală sau fizică, care frecventează instituțiile specializate, este în scădere, de la 4,0 mii elevi în anul de studii 2007/2008 până la 2,3 mii în 2012/2013 (BNS, 2013). Situația este determinată de acțiunile de incluziune a copiilor cu necesități speciale în învățământul general.

Nivelul de alfabetizare al populației pe parcursul ultimilor ani a înregistrat o relativă stabilitate, constituind 99,4% în anul 2012. Cifra menționată

corespunde practic țintei ODM – 99,5%. Diferențele de gen sunt ne semnificative, menținându-se la nivel de 1,2% în favoarea bărbatilor.

Figura 1. Rata brută de cuprindere a copiilor cu vârsta de 3-6 ani în instituții preșcolare, 2003-2012,



Sursa: Biroul Național de Statistică

Deși unele date oficiale atestă o scădere graduală a cuprinderii în învățământul obligatoriu pe parcursul ultimului deceniu, alte date mai recente contrazic această concluzie. Astfel, rata brută de cuprindere în învățământul obligatoriu în 2012 a constituit, conform BNS, circa 89,7%, menținându-se practic la nivelul anului 2010 (90,3%) (Tabelul 2). În același timp, alte studii (vedeți BNS, 2010) relevă un grad de cuprindere de 99,1% pentru copiii de 7-15 ani, fiind mai mare în mediul urban față de mediul rural (99,7% și respectiv 98,8%). Acest nivel înalt de înmatriculare este sugerat și de rezultatele preliminare ale studiului MICS: rata netă de cuprindere în învățământul primar – 98,7%, în învățământul gimnazial – 96,3% (CNSP, MS, UNICEF, 2013). Totodată, dacă luăm în considerație datele Anchetei Forței de Muncă (sunt cercetate gospodăriile care sunt prezente în țară) pentru anul 2012, rata brută în învățământul primar este de 99,1%, iar în cel gimnazial – de 102%; rata netă în învățământul primar – 92,1%, în cel gimnazial – 93,3%. Astfel, bazându-ne pe cele mai recente studii, ținta pentru 2015 este îndeplinită.

Totodată, din perspectiva accesului la educație, copiii cu dizabilități, copiii de etnie romă, tinerii din localitățile rurale se înscriu printre grupurile cele mai vulnerabile. Astfel, conform studiilor recente, copiii cu dizabilități frecventează școala doar în proporție de 31% din cei chestionați (Brighidin A., 2012).

⁶ Țintele ODM au fost revizuite în 2007 și indicatorii de monitorizare au fost schimbați de la măsurarea ratei nete a înscrierilor la rata brută a înscrierilor, care reflectă numărul de înscrieri indiferent de vârstă. Trebuie menționat faptul că valorile indicatorilor, care în 2007 au fost considerați drept referințe pentru stabilirea scopurilor pentru 2010 și 2015, nu coincid cu datele oferite de către BNS (Guvernul Republicii Moldova, 2010). Totodată, experții internaționali recomandă revenirea la rata netă de cuprindere a copiilor în învățământ.

Tablelul 2. Indicatori de cuprindere în învățământ a copiilor, % din total, perioada 2003-2012

Indicator	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Ținta 2010	Ținta 2015
Rata brută de cuprindere în învățământul obligatoriu	95,1	94,6	94,4	92,0	91,6	90,9	90,7	90,3	90,1	89,7	95,0	98,0
Rata brută de cuprindere în învățământul preșcolar a copiilor cu vârsta între 3-6 ani	61,1	66,1	70,7	70,1	72,6	74,4	75,5	77,1	79,6	82,1	75,0	78,0
Rata brută de cuprindere a copiilor cu vârsta între 3-6 ani în Mediul urban	80,4	84,8	89,2	87,2	88,8	90,8	91,9	94,5	98,0	100,5		
Rata brută de cuprindere a copiilor cu vârsta între 3-6 ani în Mediul rural	51,3	56,4	61,0	61,0	63,6	65,2	66,1	67,1	69,0	71,4		
Rata de cuprindere a copiilor cu vârsta de 6-7 ani în instituții de învățământ	92,2	87,0	89,0	90,3	91,0	91,1	93,8	93,1	92,8	93,5	95,0	98,0
Ponderea copiilor înscriși în clasa întâi, după învățământul preșcolar*	78,8	69,1	75,6	81,7	n,a	n,a	91,5	97,7	97,5	97,5	-	-

Note: * - Datele prezentate nu includ datele de pe malul stâng al Nistrului și mun. Bender; diferența până la 100% ține de ponderea copiilor înscriși în clasa întâi, care nu au absolvit învățământul preșcolar;

Sursa: 2003-2006 – ME, 2009-2012 – BNS;

Chiar dacă admitem, așa cum sugerează anumite date, că Republica Moldova are deja o rată de cuprindere înaltă în învățământul gimnazial, trebuie de recunoscut faptul că situația învățământului este una complicată. Pe de o parte, în ultimii ani au fost întreprinse eforturi semnificative de îmbunătățire a calității educației: modernizarea curriculumului, asigurarea didactico-metodică cu materiale și manuale, îmbunătățirea bazei tehnico-materiale a instituțiilor de învățământ, perfecționarea cadrelor didactice etc. Pe de altă parte, persistă o insatisfacție generală față de calitatea educației formale, iar rezultatele examenelor de bacalaureat din sesiunea anului 2013, reflectând problemele de sistem care s-au acumulat pe parcursul anilor, confirmă, o dată în plus, această constatare. Constatarea este susținută și de datele că 50% dintre elevii noștri nu au reușit să treacă testul PISA în anul 2009. Menținerea, pe parcursul a aproape un deceniu, a cheltuielilor pentru educație în Republica Moldova la un nivel înalt din PIB (8-9%) nu a adus, deocamdată, un impact economic și social major (Guvernul Republicii Moldova, 2012). Dotarea materială este neomogenă, problemele fiind deosebit de grave, în special în mediul rural (BNS, 2012).

O serie de factori au determinat această situație. Situația demografică nefavorabilă pe țară (scăderea de pe parcursul ultimilor ani⁷ a ratei natalității, îmbătrânirea populației, exodul populației apte de muncă/ migrația) are drept consecință scăderea numărului elevilor și a eficienței utilizării rețelei școlare și infrastructurii serviciilor. Pe parcursul ultimului deceniu populația din grupa de vârstă 3-23 cuprinsă în procesul de educație s-a redus cu 12,6% (BNS, 2012). Astăzi structura rețelei de instituții de învățământ nu mai corespunde realității demografice a localităților, în special a celor rurale. Încă nu a fost înlăturat definitiv *factorul politic* din procesul de alocare a resurselor în educație și politica de cadre. Totodată, păreriile specialiștilor sunt împărțite în ceea ce privește *metodologia de calculare a alocărilor per capita*, aceasta necesitând, în viziunea multor actori, o abordare mai realistă.

Discrepanțele semnificative dintre mediile de reședință cu referire la rata brută de cuprindere preșcolară a copiilor cu vârstă între 3-6 ani sunt determinate în mare parte și de faptul că unii copii din satele adiacente frecventează *grădinițele din urbe, la fel și de nivelul de angajare mai înalt al femeilor din mediul urban* etc. (UNWomen, UNICEF-Moldova,

⁷ Cu excepția anului 2012, când natalitatea a crescut cu 253 persoane față de anul precedent.

2013). Totodată, disparitățile pe medii de reședință privind accesul la educație determină semnificativ și discrepanțele dintre ratele de sărăcie dintre mediile urban și rural, condiționându-se reciproc. Dacă nu se prevede o reducere esențială a acestor disparități, aceasta are implicații și asupra ratei de sărăcie. În general avem un cerc vicios: accesul mai limitat la educație în mediul rural predispune populația la sărăcie, care, la rândul său creează bariere pentru accesul la educație (e.g. pentru a supraviețui și a întreține familia, copiii lucrează în câmp în loc să meargă la școală).

Școlarizarea redusă a copiilor de etnie romă este condiționată de *factorul financiar*, de schimbul locului de trai, de refuzul părinților, la fel de *persistența unor atitudini discriminatorii* din partea colegilor și chiar a profesorilor, factori ce diminuează dorința acestor copii de a frecventa școala. *Frecvența redusă a școlilor de către copiii cu dizabilități* este determinată de mai multe cauze: *insuficiența veniturilor financiare; lipsa facilităților și condițiilor adecvate copiilor cu dizabilități în cadrul școlii; lipsa mijloacelor de transport specializat și a căilor de acces, adaptate în mod corespunzător* (Brighidin A., 2012)

Un alt factor îl constituie **flexibilitatea scăzută a sistemului educațional**, care este slab corelat cu realitățile economice și sociale. Situația ține și de o colaborare insuficientă sau chiar inexistentă dintre școli și agenți economici.

ODM 2 este strâns interdependent de evoluția altor ODM-uri. Astfel, starea economică (ODM 1) are un impact semnificativ, limitând accesul copiilor din familiile sărace la servicii educaționale, favorizând exodul forței de muncă (a cadrelor didactice tinere, a părinților cu copii elevi), fapt ce generează un cerc vicios al sărăciei cauzate de educația insuficientă. Părinții cu un nivel de educație mai mic au tendința să fie, în general, mai săraci și, prin urmare, să poată mai puțin investi în educația copiilor lor. La fel, calitatea educației este în relație directă cu sănătatea persoanelor (ODM 5, 6, vedeți Lutz, 2013), aceasta determinând în mare măsură calitatea vieții. În acest sens, educația se prezintă drept instrument important în cultivarea modului sănătos de viață a tinerilor, care ar preveni pe viitor sarcini nedorite, abuzul de droguri și alcool, comportamente antisociale. Totodată, accesul redus la servicii de bază (cum este asigurarea cu apă, canalizare, căldură), la cele de sănătate (ODM 7 și 5, 6) în majoritatea localităților rurale, afectează sănătatea și motivarea copiilor pentru

studii, confortul lor psiho-social. Lipsa infrastructurii corespunzătoare reduce din atractivitatea serviciilor educaționale, condiționând exodul specialiștilor tineri din domeniu.

Menționăm că lipsa sau insuficiența de locuri în instituțiile preșcolare afectează încadrarea femeilor în câmpul muncii, respectiv și bunăstarea acestora (ODM 3, vedeți UN-Women, 2011).

Constrângerile critice

Sistemul de învățământ se află într-un proces continuu de reformare și transformare. Pe parcursul ultimelor două decenii s-a atestat lipsa continuității pe unele segmente în politicile și reformele educaționale; imperfecțiunea mecanismelor de conducere strategică și operațională a învățământului general. În acest context, o bună parte a populației denotă un anumit grad de scepticism cu referire la posibilitatea eficientizării sistemului.

O altă constrângere ține de **fragmentarea teritorial-administrativă pe multe localități** de dimensiuni foarte mici, care complică administrarea școlilor la nivel local și creează importante costuri fixe legate de întreținerea blocurilor și a personalului administrativ. Aceasta creează presiuni majore asupra bugetului și nu permite alocarea resurselor financiare suplimentare pentru îmbunătățirea bazei tehnico-materiale și dezvoltarea cadrelor didactice.

Reforma de optimizare a rețelei de școli în regiuni nu a fost consultată suficient de bine cu comunitățile locale. Prin urmare, necesitatea reformei nu este înțeleasă la justa valoare, iar Ministerul Educației se confruntă cu o rezistență majoră la nivel local în acest sens.

Persistă mai mulți factori de ordin structural care limitează progresul. Astfel, mediul de reședință este unul semnificativ care determină accesul la studii, copiii din localitățile rurale fiind mai dezavantajați (în special, cei din localitățile mici și îndepărtate). La fel, persistă unele *elemente de segregare* a celor ce învață pe criterii etnice, limba de instruire, apartenența religioasă, starea fizică și mentală⁸. Insuficiența infrastructurii și a mijloacelor de transport corespunzătoare necesităților copiilor cu dizabilități limitează accesul acestora la studii.

Factorul economico-financiar, exprimat prin salarii și venituri joase, condiționat de insuficiența locu-

⁸ Acestea au fost elucidate inclusiv în rapoartele vizitelor de documentare ale consilierului în drepturile omului, a coordonatorului rezident ONU în Republica Moldova Claude Cahn, 2012-2013. La fel, a se vedea: Promovarea educației incluzive în Republica Moldova. Strategie de Comunicare www.edu.gov.md; Mobilizarea comunității în scopul abilitării femeilor și bărbaților vulnerabili. Programul Comun Dezvoltare Locală Integrată, Moldova, 2012. Guvernul Republicii Moldova, PNUD, UNWomen, Guvernul Suediei.

rilor de muncă și atractivitatea lor joasă, afectează accesul copiilor la studii, în special a celor din grupurile vulnerabile. Mai mult decât atât, din cauza lipsei infrastructurii de bază și a nivelului de trai scăzut din mediul rural, cadrele didactice, în special cele tinere, nu manifestă interes pentru școlile din sate, ceea ce accentuează problema calității educației din mediul rural.

Diferențele dintre datele statistice, datele obținute din surse diferite, determinate de metodologia diferită, insuficiența indicatorilor de evaluare a performanțelor fiecărui elev, învățător și instituție, dezagregarea insuficientă a indicatorilor utilizați în prezent – toate acestea creează obstacole serioase pentru eficientizarea managementului educației. Insuficiența de date cu referire la accesul la educație a copiilor de etnie romă, a copiilor cu necesități educaționale speciale limitează relevanța intervențiilor.

Posibile oportunități și factori de succes

Guvernul abordează educația calitativă și accesibilă ca pe un element indispensabil în asigurarea unei dezvoltări umane durabile. Respectiv, asigurarea unei educații preșcolare, primare și secundare de calitate pentru toți copiii prin dezvoltarea unor școli prietenoase copilului și extinderea practicilor educației incluzive se prezintă drept obiectiv strategic (Guvernul Republicii Moldova, Ministerul Educației, 2010). Voința politică a Guvernului în acest sens reprezintă un factor de eventual succes.

Implementarea diferitor proiecte și inițiative susținute de donatori (cum sunt Parteneriatul Global pentru Educație, Educația de calitate în mediul rural din Moldova ș.a.) au drept finalitate modernizarea sistemului educațional din Republica Moldova și pot contribui la asigurarea accesului la studii de calitate la toate nivelurile de învățământ pentru toți copiii. De exemplu, noua inițiativă a Ministerului Educației, care promovează instruirea asistată de calculator în școli „Conectează-te! Tehnologii informaționale pentru succes în învățare” este un instrument de impact pentru a spori calitatea și relevanța procesului educațional. Or, în secolul al XXI-lea economia unei țări nu mai poate fi competitivă fără utilizarea tehnologiilor informaționale.

Statul alocă mijloace financiare semnificative în educație (7,4% PIB în 2013), dar acestea nu sunt utilizate în modul cel mai eficient și adecvat. Utilizarea eficientă a bazei tehnico-materiale și a

resurselor financiare alocatesistemului educațional poate contribui la ameliorarea calității instruirii, fără a mări necesarul de finanțare. Totodată, asigurarea școlilor din mediul rural cu condiții minime de igienă și confort (apă potabilă, apă caldă, agent termic, grupuri sanitare etc.), spații cultural-sportive constituie oportunitatea pentru majorarea atractivității serviciilor educaționale.

Descentralizarea, inclusiv în educație, este văzută ca o oportunitate pentru dezvoltarea unor servicii calitative centrate pe necesitățile / interesele copilului, extinderea mandatului de management al resurselor financiare, materiale, umane. Astfel, Guvernul preconizează acțiuni strategice și complexe de asigurare a oportunităților de dezvoltare socio-economice durabile pentru grupurile vulnerabile prin intermediul politicilor locale adecvate, bazate pe drepturile omului și sensibile la dimensiunea de gen.

Reforma de optimizare a rețelei de școli în regiuni prevede eficientizarea utilizării alocațiilor financiare (prin aplicarea formulei de finanțare per-elev la nivel național). Realizarea acesteia, în proces de consultare cu populația și în parteneriat cu APL, societatea civilă, poate crea realmente mai multe oportunități pentru asigurarea accesului pentru toți copiii la educație de calitate. De exemplu, eforturile Guvernului și APL de reabilitare a drumurilor creează condițiile necesare pentru transportarea copiilor la școlile de circumscripție.

Drept condiție importantă în eficientizarea sistemului educațional se prezintă **reevaluarea și reconceptualizarea politicii de cadre în învățământ**. Ameliorarea problemei menționate ar reduce și unele disparități de gen existente la nivel de cadre didactice. În același timp, se impune formarea cadrelor didactice având în vizor problemele educaționale specifice și asigurarea incluziunii tuturor categoriilor de copii cu cerințe educaționale speciale.

Statul depune eforturi în ajustarea legislației din domeniul educațional la standardele internaționale în vederea asigurării unei funcționalități eficiente și dezvoltării sistemice a învățământului. Ajustarea actelor normative cu referire la sistemul de evidență a copiilor de vârstă școlară, stabilirea responsabilităților părinților, cadrelor didactice, conducătorilor instituțiilor de învățământ, organelor administrației publice locale vizând școlarizarea copiilor, pot contribui la ameliorarea situației.

Guvernul a adoptat Planul de acțiuni pentru susținerea populației de etnie romă pentru anii 2012-

2015, care stipulează măsuri de cuprindere a copiilor de etnie romă în învățământ. MMPSF a inițiat instituirea mediatorilor comunitari în localitățile populate de romi. Implementarea consecventă a acestora poate contribui la majorarea accesului copiilor menționați la studii.

Implementarea Programului de dezvoltare a educației incluzive pentru anii 2011-2020 oferă oportunități copiilor cu dizabilități/cerințe educaționale speciale, pentru ca aceștia să fie reintegrați în familie și să continue instruirea în instituțiile de învățământ la nivel comunitar.

Conform concluziilor mai multor studii din domeniul politicilor educaționale, principalele cauze ale ratelor de înrolare reduse în învățământul primar și cel gimnazial printre anumite grupuri sociale sunt sărăcia și plecarea mai multor părinți în alte țări în scopul căutării unui loc de muncă (vedeți Guvernul Republicii Moldova, Ministerul Educației, 2010). **Eforturile statului în combaterea sărăciei, crearea locurilor de muncă atractive reprezintă o condiție importantă în crearea posibilităților de acces la educație a tuturor copiilor.**

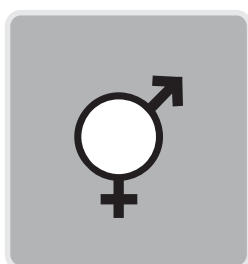
Boxa 2. Lecții de învățat pentru sistemul moldovenesc de învățământ

Victoria, 17 ani, absolventa programului FLEX (schimb de experiență a grupurilor de elevi în SUA):

„Participarea la astfel de programe este extrem de pozitivă și necesară. Ce aș prelua pentru învățământul nostru: atitudinea binevoitoare/nonviolentă a învățătorilor față de elevi; posibilitatea de a-ți alege disciplinele preferate, unde poți să-ți încerci interesele și capacitățile; asigurarea școlii cu tehnologii informaționale (acces la Internet, literatura de ultimă oră, fiecare clasă asigurată cu proiector, laptop etc.); dezvoltarea responsabilității personale la evaluare, neacceptarea copierii. În școlile americane profesorii încurajează elevii să învețe, au o atitudine prietenoasă, oferindu-le mai multe șanse. M-a impresionat faptul că în școală elevii sunt asistați și pregătiți pentru studii postșcolare (cum selectează instituția, cum aplică, pregătirea CV-lui, eseurilor etc.)”.

Programul FLEX (The Future Leaders Exchange Program) oferă burse pentru elevii de liceu (vârsta 15-17 ani) din Eurasia pentru a petrece un an academic în Statele Unite, care trăiesc într-o familie și învață la un liceu american. Programul este finanțat de Guvernul SUA. Programul contribuie la schimbul de experiență între țări și oferă copiilor oportunități pentru dezvoltarea personală și socială.

Sursa: Interviu cu o absolventă a Programului FLEX.



„Promovarea egalității de gen și abilitarea femeilor”: o șansă reală pentru accelerarea dezvoltării.

ODM 3

Tendențe-cheie

În anii 2010-2011 Republica Moldova a înregistrat unele progrese în realizarea indicatorilor aferenți ODM 3, reprezentarea femeilor în procesul de luare a deciziilor la nivel local fiind în creștere. Astfel, se atestă o tendință de majorare treptată a numărului femeilor în poziții decizionale la nivel local: printre primarii aleși – de la 18,15% în 2007 la 18,51% în 2011, printre consilierii locali – de la 26,5% la 28,71%, iar la nivelul consilierilor raionali – de la 16,48% la 18,39% (Tabelul 3).

În ceea ce privește reprezentarea femeilor în funcțiile de decizie la nivelul executivului central, s-a reliefat următoarea tendință: chiar dacă la nivelul ministerelor și altor autorități ale administrației centrale există un echilibru de gen în distribuția salariaților și a pozițiilor de decizie, pe măsură ce se înaintează pe scara ierarhică, prezența femeilor scade. La nivel de Guvern promovarea femeilor rămâne neuniformă, constituind pe parcursul anilor în jur de 6% printre miniștri, cu mici excepții (Tabelul 4). Totodată, în iunie 2013, după remanierea politică, 4 (25%) dintre cele 16

Tabelul 3. Femei în poziții decizionale la nivel local, % din total deținători de poziții

Poziția	2003	2007	2011	Ținta 2015
Președinte de raion	3,1%	3,1%	9,3%	-
Primar	15,37%	18,15%	18,51%	25%
Consilier raional	10%	16,48%	18,39%	25%
Consilier local	-	26,5%	28,71%	40%

Sursa: Comisia Electorală Centrală

La nivelul puterii legislative se atestă unele tendințe pozitive. A crescut prezența femeilor pe listele candidaților la funcția de deputat în Parla-

poziții de miniștri au revenit femeilor, iar o femeie a ocupat funcția de viceprim-ministru pe problemele din domeniul social.

Tabelul 4. Femei în poziții decizionale la nivel central, % din total deținători de poziții

Poziția	2005	2009	2010	2012
Deputat în Parlament	22%	24,7%	19,8%	19,2%
Ministru	6,7%	6,2%	6,2%	6,2%

Sursa: Comisia Electorală Centrală, BNS

ment de la 15,7% (1998) la 29% (2005), la 30,4% în iulie 2009 și la 28,5% (2010). Reprezentarea efectivă a femeilor în Parlament este însă mai puțin îmbucurătoare: după majorarea ratei femeilor pe listele deputaților în Parlament de la 22% în 2005 la 24,7% în iulie 2009, în urma alegerilor din noiembrie 2010 femeile reprezentau numai 19,8% dintre deputați⁹ (Tabelul 4), (ținta 2015 fiind de 30%). Conducerea Parlamentului include în componența sa 1 femeie (din 4 persoane), trei femei fac parte din Biroul Permanent al Parlamentului (compus din 14 membri). Din cele patru fracțiuni parlamentare doar una este condusă de o femeie. Actualul Parlament deține zece comisii permanente, trei dintre care sunt conduse de femei. În pofida episoadelor pozitive, acest nivel de reprezentativitate al femeilor nu este, astfel, suficient pentru realizarea țăintelor ODM.

Analiza prin prisma de gen a numărului funcționarilor publici demonstrează că în 2012 ponderea bărbaților a constituit 51,5%, iar a femeilor – 48,5% din numărul total al funcționarilor publici (Tabelul 5). Ponderea femeilor în „administrația publică” în ansamblu constituie 43,1%. Deși situația se prezintă, la prima vedere, favorabilă femeilor, acestea sunt subreprezentate în funcțiile de demnitate publică (25,4%), funcțiile publice de conducere de nivel superior (30%), precum și în funcțiile publice cu statut special (15,8%), cifrele fiind în descreștere ușoară comparativ cu 2010. Astfel, un număr mai mic de femei participă la luarea efectivă a deciziilor. Pe de altă parte, femeile dețin ponderea majoritară în funcțiile publice de execuție (73,2%).

O serie de factori au favorizat progresele, la nivele unde acestea au fost obținute. Asumarea

⁹ Conform cifrelor, Republica Moldova se plasează pe locul 64 printre 188 de țări cu referire la randamentul femeilor în parlament, la data de 1 ianuarie 2012.

Tabelul 5. Dezagregarea pe gen a funcționarilor publici după nivele administrative și tipuri de funcție deținută, 1 ianuarie 2013

	Funcționari publici, total		Administrația publică centrală		Administrația publică locală	
	femei	bărbați	femei	bărbați	femei	bărbați
Total	48,5	51,5	42,4	57,6	64,3	35,7
inclusiv: Funcție de demnitate publică	25,4	74,6	31,2	68,8	18,2	81,8
Funcție publică de conducere de nivel superior	30,0	70,0	30,0	70,0	-	-
Funcție publică de conducere	64,8	35,2	61,5	38,5	69,4	30,6
Funcție publică de execuție	73,2	26,8	73,5	26,5	72,8	27,2
Funcție publică cu statut special	15,8	84,2	15,8	84,2	-	-

Sursa: BNS;

angajamentelor în contextul tratatelor internaționale cu privire la egalitatea de gen, inclusiv a recomandărilor Comitetului ONU pentru Eliminarea Discriminării împotriva Femeilor, cu referire la promovarea femeilor în poziții decizionale, a motivat Guvernul să consolideze eforturile prin includerea dimensiunii de gen în elaborarea, implementarea, monitorizarea și evaluarea politicilor publice. Adoptarea cadrului legal-normativ în domeniul egalității de gen¹⁰, sporirea nivelului de familiarizare a diferitor categorii de populație cu privire la egalitatea de gen în cadrul proiectelor ONG-ilor cu suportul organizațiilor internaționale, pledoaria reprezentanților organizațiilor de femei, stabilirea dialogului dintre Guvern și OSC sunt exemplele unor acțiuni consecvente în domeniu.

În pofida progreselor menționate, **femeile continuă să fie subreprezentate atât în procesul electoral, cât și în cel politic și decizional**, or cifrele menționate sunt departe de a reflecta structura demografică a populației, unde femeile reprezintă 51,9% și bărbații – 48,1% din populație.

Cadrul legal-normativ național stipulează prevederi expres cu referire la asigurarea unei plăți egale pentru o muncă de valoare egală. Ținând cont de datele disponibile, bărbații și femeile aflați în situații comparabile pe piața muncii din Republica Moldova sunt plătiți egal pentru exercitarea aceleiași funcții. Totodată, potrivit statisticilor, se atestă discrepanțe de gen în salarizare, salariul femeilor reprezentând în medie pe țară 76,1% din salariul bărbaților în anul 2010 și 87,8% în 2011

(Tabelul 6). Menționăm faptul că, începând cu 2011, BNS folosește o nouă metodologie de calcul, care denotă o situație mai favorabilă în domeniu, dar nu permite compararea datelor în timp¹¹.

Disproporțiile identificate pe parcursul anilor se datorează faptului că bărbații ocupă, tradițional, funcții ierarhic mai superioare și mai bine plătite și predomină în sectoarele economiei unde salariile sunt mai înalte, în timp ce femeile constituie majoritatea în sectorul social, unde nivelul salariilor este redus. Astfel, în 2012, 69,6% dintre femeile angajate activează în învățământ, sănătate și asistența socială, unde salariile sunt mai mici comparativ cu celelalte sectoare (de exemplu, în învățământ, unde activează fiecare a cincea femeie salariat, remunerarea medie constituie în jur de 80% din câștigul salarial mediu nominal brut pe economie). Rata șomajului este mai mică la femei decât la bărbați (4,3% comparativ cu 6,8%), însă rata de ocupare și rata de activitate a bărbaților fiind mai mare comparativ cu cea a femeilor (40,6% și 43,5% comparativ cu 36,5% și 38,2%).

Menționăm faptul că femeile au o pondere mai mică în viața publică, antreprenoriat și unele domenii de muncă din motiv că acestea alocă mai mult timp treburilor casnice și educării copiilor, în special în mediul rural, unde concepțiile tradiționaliste privind rolul femeii în societate sunt mai puternic înrădăcinate și unde acestea sunt transmise tinerelor generații. Conform datelor studiilor, femeile se dedică cu 2 ore pe zi mai mult activităților și grijilor gospodărești/casnice¹².

¹⁰ Legea nr.5-XVI cu privire la asigurarea de șanse egale între femei și bărbați (2006), Programul Național de Asigurare a Egalității de Gen pentru anii 2010-2015 și a.

¹¹ În 2011 au fost introduse o serie de modificări metodologice, care nu permit compararea datelor în timp. Dacă în 2003 – 2010 datele se refereau doar la luna septembrie a fiecărui an, în 2011 – 2012 datele se referă la întregul an (calendaristic) de raportare. Schimbări importante s-au produs și la aspectul cuprinderii: datele pentru 2003 – 2010 cuprind unitățile raportoare cu 20 și mai mulți salariați, pe când începând cu 2011 – toate unitățile raportoare cu 1 și mai mulți salariați.

¹² Utilizarea timpului în Republica Moldova <http://www.statistica.md/newview.php?l=ro&idc=168&id=4055>.

ODM 3 este strâns interdependent de evoluția altor ODM-uri. Astfel, egalitatea dintre femei și bărbați este percepută în calitate de premisă și indicator al dezvoltării durabile axate pe oameni (ODM 1)¹³. Realizarea "de facto" a egalității de gen duce la diminuarea discriminării femeilor și violenței în familie, oferind posibilitatea reorientării resurselor spre programe de dezvoltare. Totodată, studiile demonstrează accesul mai scăzut la resursele de apă potabilă a familiilor din mediul rural, în care femeia este capul familiei (ODM 7), vulnerabilitatea mai sporită a femeilor comparativ cu bărbații din perspectiva accesului la servicii de sănătate (ODM 6)¹⁴. La fel, educația (ODM 2) este unul dintre cei mai puternici factori de sensibilizare / conștientizare a egalității de gen de către diferitele categorii de populație. Totodată, lipsa sau insuficiența locurilor în instituțiile preșcolare afectează încadrarea femeilor cu copii de vârstă preșcolară în câmpul muncii (UN-Women, 2011).

Constrângerile critice

Republica Moldova dispune de un cadru legal-normativ solid privind egalitatea de gen, dar cu mai multe puncte slabe la capitolul asigurării implementării acestuia (cum ar fi caracterul declarativ, deficiențe în mecanismul de monitorizare și soluționare a cazurilor de discriminare în bază de gen etc.). **Lipsa acțiunilor afirmative (co-telor)** în legislația națională limitează asigurarea și menținerea stabilității în abilitarea politică a femeilor. Astfel, în pofida creșterii relative a reprezentării femeilor în consiliile raionale și locale, precum și în Parlament, **progresul atins nu este neapărat unul esențial și durabil**. Promovarea și aflarea femeilor în structurile decizionale nu poate fi anticipată, depinzând în mare măsură de contextul politic, dar și de liderii fiecărui partid.

Persistența stereotipurilor de gen, confirmată prin diverse studii și analize¹⁵, afectează atât implicarea femeilor în activitatea politică (inclusiv practicile de înaintare a candidaților în cadrul partidelor), cât și decizia populației de a vota în favoarea femeilor. În pofida dorinței femeilor de a-și asuma roluri decizionale (de șef, politician, primar), viziunea generală care persistă conferă femeilor responsabilitatea pentru treburile casnice și îngrijirea copiilor (Brighidin, 2012).

Factorii de natură globală își lasă amprenta asupra progresului înregistrat de Moldova în cadrul ODM 3. Astfel, criza economică globală, prin impactul său direct asupra economiei Republicii Moldova, a condus la reducerea continuă a locurilor de muncă. Aceste tendințe, dar și atractivitatea scăzută a locurilor de muncă, insuficiența acestora, în special la nivel rural, condiționează decizia femeilor în favoarea muncii **în domeniul social, pe locuri bugetare, mai puțin plătite, dar relativ stabile**.

Femeile sunt mai puțin angajate în activitatea de antreprenariat. Conform datelor statistice, ponderea femeilor antreprenoare din numărul total de antreprenori constituie 27,5%, cu o prevalență în mediul urban. Deficiențele în sistemul de îngrijire a copiilor, dependența financiară a femeilor, persistența stereotipurilor sunt factorii care limitează implicarea acestora în domeniul antreprenoriatului. Potrivit experților, întreprinderile deținute și conduse de femei sunt mai limitate în resurse și au posibilități mai reduse de creștere¹⁶.

Posibile oportunități și factori de succes

Țintele ODM 3 reprezintă indicatori strategici ai politicilor Guvernului în domeniul asigurării egalității de gen¹⁷. Este important ca tendințele

Tabelul 6. Evoluția câștigurilor salariale în funcție de gen

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bărbați, lei	2162,6	2489,9	2910,1	3144,0	3439,5	3252,8
Femei, lei	1472,7	1808,6	2134,0	2403,0	2619,0	2856,3
Salariul femeilor în raport cu salariul bărbaților, %	68,09	72,6	73,3	76,4	76,1	87,8

Sursa: BNS

¹³ Policy responses: Now & Beyond 2014. UNECE Regional Report. UNECE Regional Conference, Geneva, 1-2 July 2013.

¹⁴ Brighidin A., Raport privind Studiul sociologic asupra accesului femeilor și bărbaților, reprezentanți ai grupurilor vulnerabile, la servicii și procesul decizional la nivel local. UNDP, UNWomen, Moldova, 2012.

¹⁵ Participarea femeilor și bărbaților din Republica Moldova în procesul decizional. Rezultatele sondajului de opinie. CPD. Chișinău, 2012; Women's Needs Assessment. UN Women, Chișinău, 2011.

¹⁶ Aculaș E. Condițiile de creare și dezvoltare a întreprinderilor: analiză prin prisma de gen. BNS, UNWomen, UNDP. Chișinău, 2009, p.89 www.statistica.md

¹⁷ Programul de activitate al Guvernului „Integrarea Europeană: Libertate, Democrație, Bunăstare” pentru perioada 2011-2014; Programul Național de Asigurare a Egalității de Gen pentru anii 2010-2015.

de creștere a numărului de femei antrenate în activitatea politică să fie susținute și consolidate. În acest sens, asigurarea condițiilor pentru abilitarea politică și economică a femeilor reprezintă priorități relevante pentru guvernare. **Prezența voinței politice a Guvernului de realizare a angajamentelor internaționale și naționale în domeniul egalității de gen**¹⁸, în special în contextul parcursului european, se prezintă drept potențial factor de succes în promovarea femeilor în poziții decizionale.

Eforturile Guvernului, APL și ONG-ilor în vederea eliminării stereotipurilor de gen și a barierelor structurale cum sunt dezvoltarea de servicii adresate îngrijirii copiilor preșcolari, persoanelor cu dizabilități / bătrânilor; dezvoltarea programelor axate pe concilierea vieții profesionale cu cea de familie și sporirea numărului de bărbați care iau concediu pentru îngrijirea copiilor –toate acestea oferă perspectiva pentru implicarea mai activă a femeilor în viața politică și publică. **Implementarea unor module / programe de educație de gen a tinerilor**, inițiate în sistemul de învățământ general și universitar, pot facilita transformarea rolurilor de gen ale femeilor și bărbaților în societate și în familie.

Ajustarea legislației (responsabilizarea partidelor și altor structuri pentru respectarea echilibrului de gen prin aplicarea cotelor), inițiată de Guvern, creează premise de facilitare a abilitării femeilor. Studiile confirmă importanța numărului femeilor în Parlament: cu cât este mai mare numărul acestora, cu atât crește mai mult probabilitatea

abordării problemelor femeilor și schimbării dinamicii de gen în legislativ (Ballington, 2008). În acest context menționăm inițiativa de mobilizare a partidelor politice pentru promovarea femeilor pe listele electorale prin aplicarea mecanismelor de finanțare și anume – alocarea resurselor din fondurile publice formațiunilor care promovează femei pe liste de candidați în alegeri parlamentare și locale. Respectiv, se vor deschide oportunități reale pentru promovarea femeilor în poziții decizionale.

Dezvoltarea societății este puternic afectată de fenomenul migrației, care are atât efecte negative, cât și pozitive. Or, abordarea femeilor migrante ca agenți ai co-dezvoltării (Council of Europe, 2010), acumularea de către acestea a experiențelor pozitive cu referire la statutul femeilor în țările europene și a resurselor financiare, pot facilita deciziile femeilor de a se implica în mediul antreprenorial, în viața politică și publică.

Statul acordă prioritate majoră și alocă resurse dezvoltării sectorului antreprenorial¹⁹. **Dezvoltarea programelor de antreprenariat**, în special pentru femei și tineri, vor îmbunătăți situația socio-economică a acestora și vor stimula implicarea lor în procesul decizional.

Stabilirea dialogului dintre structurile de stat, APL și ONG-le active în domeniul egalității de gen, suportul acordat de structurile internaționale prin programe dedicate promovării egalității de gen și abilitării femeilor (UNWomen, PNUD, OSCE, UNFPA și altele) creează premise pozitive pentru consolidarea domeniului.

Boxa 3. Promovarea femeilor în funcții decizionale și politice – vocea unei primare

„Legislația națională stipulează drepturi egale pentru femei și bărbați de participare la procesul decizional. În realitate femeilor le este mai complicat să participe la alegeri și să ocupe poziții de conducere.

Soarta femeilor, în acest sens, depinde în mare parte de voința conducerii partidului politic. Persistența stereotipurilor tradiționale limitează implicarea activă a femeilor în viața politică.

La nivel rural, în condiții socio-economice dificile, femeilor le este greu să se implice și să depășească greutățile legate de activitatea politică și publică. Deseori femeile sunt puse în fața unei dileme: ori familia, ori lucrul. Eu am trăit o experiență tristă, fiind supusă violenței în familie, care s-a acutizat când am devenit primar. Eram învinuită că sunt mai presus decât bărbatul, că mi-am luat nasul la purtare și altele. Eram gata să plec din funcție. Dar alte femei din partid și ONG m-au susținut, m-au ajutat să înțeleg că resemnarea nu va rezolva problema. Am învățat multe lucruri la seminarele dedicate femeilor, inclusiv în cadrul Programului „Femeile pot reuși”. Proiectul “Protecția și abilitarea victimelor traficului de ființe umane și ale violenței în familie în Moldova” ne-a fost de mare ajutor. Cu greu, dar am rezistat și am reușit. Astăzi eu ajut alte femei cum să supraviețuiască și să reușească.

Femeile trebuie să fie mai insistente, solidare. Dar și introducerea cotelor ar responsabiliza partidele să promoveze femeile, ar facilita implicarea acestora în politică.”

Primară, localitate rurală

Sursa: *Interviu*

¹⁸ A se vedea Programul Național de Asigurare a Egalității de Gen pentru anii 2010-2015; Programul de Activitate al Guvernului Republicii Moldova – Integrarea europeană: Libertate, Democrație, Bunăstare, 2011-2014.

¹⁹ A se vedea Strategia de dezvoltare a sectorului întreprinderilor mici și mijlocii pentru anii 2012-2020, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.685 din 13.09.2012.



**„Reducerea mortalității infantile”:
progres important care trebuie
menținut.**

ODM 4

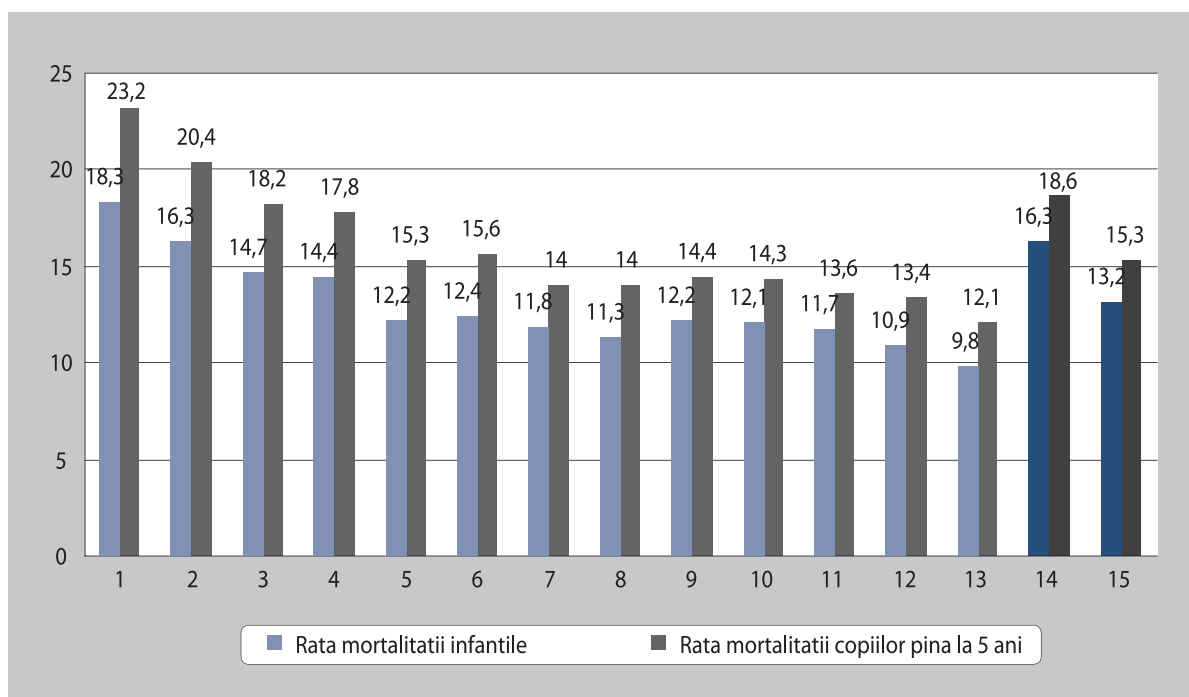
Tendențe-cheie

Țintele intermediare și finale în ceea ce privește reducerea ratei mortalității infantile (RMI) și a copiilor cu vârsta sub 5 ani (RMS5) au fost atinse.

În pofida faptului că în 2008 definiția „copil născut viu” a fost ajustată prevederilor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), incluzând noi-născuții mai grei de 500 g, rata mortalității infantile a crescut doar pentru un an, după ce a revenit pe tendința de scădere, atingând în 2012, pentru prima dată în istoria Republicii Moldova, o valoare mai mică de 10 (mai exact, 9,8, ținta pentru 2015 fiind de 13,2). Mortalitatea copiilor până la 5 ani, de asemenea, a scăzut stabil din 2009 încoace, atingând în anul 2012 nivelul de 12,1 la 1000 de născuți vii (Figura 2). Totuși, în pofida faptului că „tema pentru acasă” este făcută în ceea ce privește ODM 4, acești indicatori nu sunt nici pe departe similari cu cei ai statelor Uniunii Europene (4,3 în 2011)²⁰.

Medicală Primară. Programul Național de Perinatologie, implementat în republică în 3 faze mari: fortificare (1998-2002), optimizare a funcționării (2003-2007) și modernizare (2006-2014) a sistemului de perinatologie, a contribuit în mod considerabil la reducerea mortalității infantile pe contul celei neonatale precoce (cu 50 la sută). Acest succes a fost posibil pe contul regionalizării serviciului de perinatologie/neonatalogie în 3 nivele, echipării cu dispozitive medicale esențiale a maternităților de toate nivelele și cu echipamente sofisticate a centrelor perinatale de nivelele II și III, precum și implementării intervențiilor esențiale pentru mame și nou-născuți și a tehnologiilor moderne necesare pentru îngrijirea și creșterea ratei de supraviețuire a copiilor extrem de prematuri. Cu toate aceste realizări, decesele infantile rămân să fie cauzate de cele neonatale pe contul prematurității (60%), precum și a copiilor din primele 3 luni de viață (30%), îndeosebi pe contul

Figura 2. Rata mortalității infantile (RMI) și mortalității copiilor până la 5 ani la 1000 de născuți vii



Sursa: Ministerul Sănătății al Republicii Moldova;

Mai mulți factori, pe parcursul ultimilor 12 ani, au contribuit la acest succes, mai cu seamă introducerea în 2004 a Asigurărilor Obligatorii de Sănătate, garantând, astfel, un pachet de servicii și medicamente gratuite pentru copii și gravide.

Un anumit impact l-a avut și implementarea prevederilor documentelor principale de politici în sănătate, precum Reforma Sistemului de Asistență

malformațiilor congenitale. Eforturi susținute sunt necesare pentru acordarea calitativă a serviciilor prestate în maternități, care au corespuns standardelor în medie în 80% dintre cazuri, și în spitalele pediatrice²¹.

Republica Moldova a fost printre primele țări din Regiunea Europeană a OMS care, începând cu

²⁰ Baza de date Eurostat.

²¹ Sursa, „Raport asupra studiului de evaluare a necesităților sănătății mamei și copilului”, Chișinău, 2013.

anul 1998, au implementat inițiativa de Conduită Integrată a Maladiilor la Copii (CIMC) ca cea mai eficientă strategie de îmbunătățire a sănătății mamei și copilului. La acea etapă mortalitatea la domiciliu se ridica mai sus de 20 per 1000 de copii născuți vii. Copiii din Moldova sufereau de malnutriție și insuficiență de vitamina D. În jumătate dintre decesele survenite până la 5 ani cauza principală era patologia respiratorie, inclusiv jumătate dintre acestea putând fi prevenite. Programul CIMC în Republica Moldova și-a propus să abordeze principalele cauze de deces ale copiilor prin îmbunătățirea abilităților personalului medical în managementul cazului, a performanței sistemului de sănătate și a practicilor de îngrijire în familii și la nivel de comunitate. Scopul proiectului a fost să sprijine realizarea Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului în Moldova de reducere a ratei mortalității infantile și a mortalității copiilor cu vârsta sub cinci ani. UNICEF, în parteneriat cu Centrul PAS, a apreciat impactul CIMC ca fiind unul crucial în micșorarea acestui indicator (UNICEF, PAS, 2011).

Mortalitatea până la vârsta de 5 ani la domiciliu s-a micșorat pe parcursul acestor ani de 2 ori, la fel ca și mortalitatea infantilă la domiciliu (în 2010 indicatorii erau de 3,0 și, respectiv, 2,3). Băieții au un risc mai mare decât fetele de mortalitate până la vârsta de 5 ani, diferența mărindu-se considerabil din 2007 (în 2010 – 16 băieți și 11 fete). Mortalitatea la domiciliu s-a micșorat inclusiv datorită accesului îmbunătățit la serviciile de asistență primară, programului unic garantat, dar și activității de informare realizate cu părinții și îngrijitorii copiilor referitor la semnele de pericol și adresabilitatea în cazul acestora. Un aport considerabil la micșorarea acestui indicator l-au avut Campaniile naționale de educație familială și mobilizare comunitară realizate în cadrul proiectului Regionalizarea Serviciilor Pediatriche de Urgență și Terapie Intensivă din Republica Moldova” (REPEMOL) și Programului de Perinatologie. Totodată, la reducerea mortalității infantile la domiciliu a contribuit intervenția echipelor multidisciplinare medico-sociale create local în baza HG Nr. 1182 din 22.12.2010, pentru aprobarea Regulamentului privind mecanismul de colaborare intersectorială în domeniul medico-social în vederea prevenirii și reducerii ratei mortalității infantile și a copiilor cu vârsta de până la 5 ani la domiciliu. Cauzele principale ale mortalității sub 5 ani au rămas aceleași – patologia respiratorie, traumele și intoxicațiile, infecțiile virale acute și bolile diareice acute.

Studiul Demografic și de Sănătate din 2005 a înregistrat disparități față de valoarea medie a RMI naționale de 13 decese la 1.000: 23 în mediul rural, 31 în regiunea de sud și 20 în prima chintilă. Pentru RMS 5, copiii din mediul rural sunt afectați de rate mai mari (30 per 1,000) decât copiii din mediul urban (20 per 1000), copiii din chintila inferioară (29 per 1,000) – mai mari decât copiii din chintila superioară (17 la 1.000). Copiii din regiunea de sud a țării au cea mai mare rată a mortalității sub 5 ani (38 per 1,000), iar copiii din Chișinău au cele mai mari șanse de supraviețuire în primii cinci ani de viață. Deși nu există date dezagregate stratificate despre RMI pe criteriul etnic, studiul PNUD din 2007 susține că RMI în grupul de etnie romă este de două ori mai mare comparativ cu non-romii (29 față de 17 la 1.000). Studiul prezintă o curbă de concentrare care demonstrează o inechitate pronunțată a mortalității infantile care defavorizează copiii săraci (Centrul PAS, 2010). Conform studiilor recente, nivelul de vaccinare a copiilor de etnie romă nu este semnificativ mai mic, ei prezentând mai mult probleme de migrație, evidență târzie și nașteri timpurii. Aceasta se confirmă într-un studiu recent realizat de UNICEF „Imunizarea copiilor mici, cunoștințe și aptitudini” (2012). Acoperirea familiilor rome cu polițe de asigurare obligatorie este net mai mică. Astfel, doar circa 35% din populația de etnie romă dispun de polițe de asigurare medicală individuală, comparativ cu 71,2% în alte grupuri etnice (UNICEF, 2012).

Există, astfel, câteva grupuri deosebit de vulnerabile. Raportul de evaluare a Inițiativei de Conduită Integrată a Maladiilor la Copii în Republica Moldova în anii 2000-2010 a identificat că vulnerabilitatea, așa cum este percepută de către managerii de sănătate și de lucrătorii din domeniul sănătății, este mult mai frecvent asociată cu următoarele categorii de populație: mame singure sau familiile cu mulți copii, familii sărace, părinți șomeri, părinți tineri, deținuți, pacienți PTH și TB, mamele cu „comportament imoral”, populația de etnie romă, adeptii unor grupuri religioase (din cauza reticenței de a accesa servicii medicale și respingerea intervențiilor medicale). O tendință recentă și omniprezentă este reprezentată de mamele emigrante și populațiile mobile. Aceleași tendințe de inechitate legate de familiile vulnerabile se atestă și în alte studii recente (Centrul PAS, 2009).

Mortalitatea infantilă și cea până la 5 ani a scăzut și în Transnistria, înregistrând în 2009 valoarea de 8 per 1000 de copii născuți vii și, respectiv, 10 per 1000²². Ratele generale de imuni-

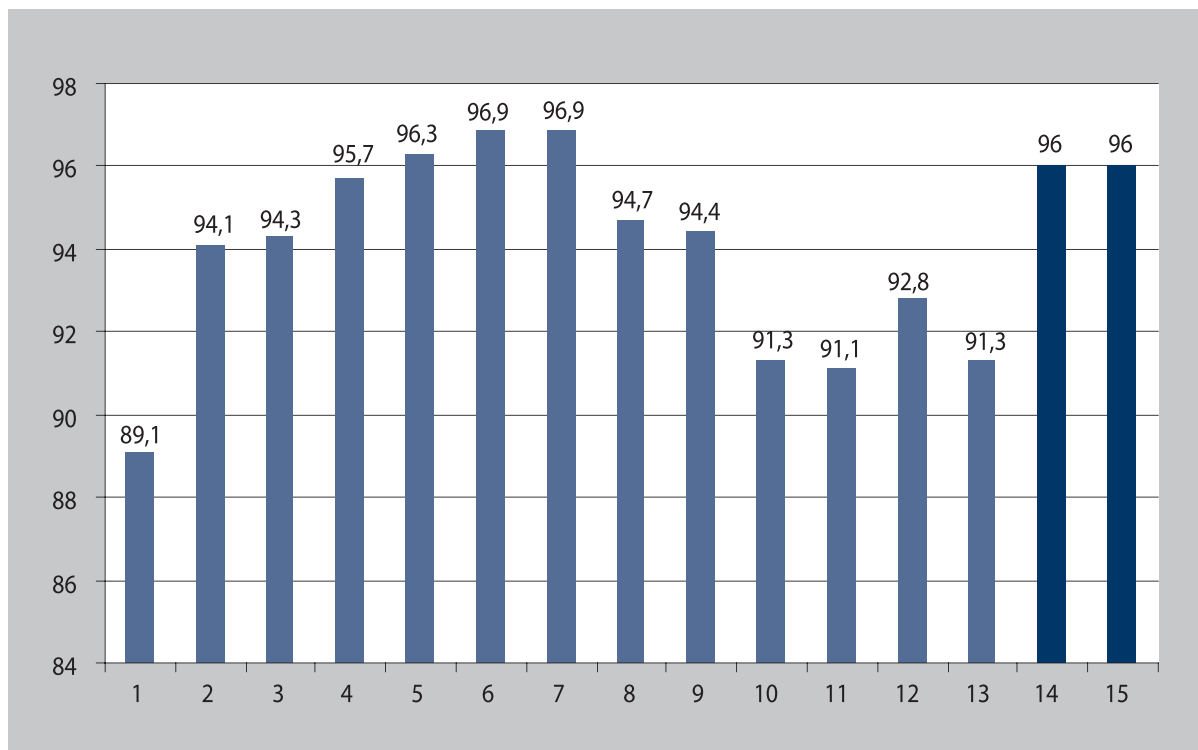
²² Conform datelor prezentate de autoritățile regiunii.

zare sunt raportate că ar fi atins circa 80%, ceea ce trebuie să fie considerat ca fiind un nivel scăzut. Nivelurile de imunizare pentru copii sunt, totuși, de peste 90% și se extind la antigene noi, cum ar fi hepatita B, rubeola, Haemophilus gripal de tip B. Imunizarea universală împotriva rota-virusului a început în mai 2012, iar în 2013 va fi introdusă vaccinarea împotriva Pneumococului (raportul expertului superior în drepturile omului T. Hammarberg, 2013).

După 4 ani de declin între 2006 și 2010, rata vaccinării copiilor până la 2 ani rămâne semnificativ sub nivelul țintă (91.3% în 2012) (Figura 2). Ministerul Sănătății a consolidat considerabil strategia de comunicare referitoare la beneficiul

Studierea atitudinilor părinților față de vaccinare a atestat că marea majoritate (95%) a respondenților consideră că vaccinurile au o acțiune benefică asupra sănătății copilului, iar circa 98,4% au indicat faptul că copilul lor este vaccinat. Respondenții din mediul rural, cu un nivel mai mic de instruire, și cei din chintila de jos au un nivel mai scăzut de cunoștințe privind beneficiile vaccinurilor²³. Date adăugătoare vor fi generate din studiul MICS 2012. Conform specialiștilor în sănătate publică (Melnic A., Gheorghiu S.), refuzurile părinților sunt principalele cauze ale scăderii ratei vaccinării. Cauza preponderentă este informarea cu concluzii eronate din surse de internet, mesaje pătinoare sau incorecte în mass media, apartenența la diferite confesiuni religioase. Contraindicațiile medicale

Figura 3. Ponderea copiilor de 2 ani vaccinați împotriva rujeolei



Sursa: Centrul Național de Sănătate Publică;

vaccinării și a întreprins câteva campanii active majore de promovare a imunizării, inclusiv conform Programului Național de Imunizări 2011-2015. Vaccinul ROR se administrează gratuit la 1 și 6-7 ani. După mai muți ani de lipsă, în 2011 au fost înregistrate câteva cazuri de îmbolnăviri la copiii nevaccinați de origine romă. Indicatorii regiunii din stânga Nistrului și în municipii sunt substanțial mai alterați la acest capitol (în 2012, în raioanele de Est – 79,7% contra 92,2% pe malul drept; 85,9% total pe municipii contra 95,3% total pe raioane).

din partea unor specialiști precum neurologii, oncologii, chirurgii, care nu întotdeauna sunt argumentate științific-medical par, de asemenea, să contribuie în ultimul timp la mărirea numărului de nevaccinări prin omisiune medicală imediată (aceeași sursă). În planul de lucru al MS și CNSP este preconizată activitatea de informare a părinților, slujitorilor cultelor, specialiștilor din medicina primară și catedrelor de formare medicală continuă ale universității de medicină, pentru a

²³ Studiul Național „Cunoștințele, Atitudinile și Practicile Familiilor în Domeniul Îngrijirii și Dezvoltării Timurii a Copiilor”, 2009. Raport Sumar.

asigura o calitate bună a informării despre beneficiile vaccinării.

Constrângerile critice

O constrângere importantă pentru un rezultat și mai bun în a reduce mortalitatea infantilă este nivelul de educație și informare a îngrijitorilor (părinților). O evaluare a cazurilor de deces la domiciliu și în primele ore după spitalizare a relevat că în jumătate dintre aceste cazuri copiii manifestau semne de boală în ziua precedentă, dar părinții nu au solicitat ajutor, invocând lipsa de cunoștințe, lipsa telefonului, distanța mare până la instituția medicală și teama de spitalizare. Familiile sunt sărace și mai există și semne de neglijență față de copii. Studiul concluzionează, de asemenea, că lipsa asistenței sociale și implicării autorităților locale figurează, la fel, ca factori ce determină nivelul mortalității.²⁴

Accesul redus la servicii de sănătate a grupurilor vulnerabile, inclusiv în mediile rurale, este o constrângere, impunând acțiuni generale de îmbunătățire a accesului la servicii de sănătate pentru toate grupurile. Aceasta ar trebui să includă îmbunătățirea atitudinilor lucrătorilor medicali pentru a oferi servicii de sănătate atractive pentru toți.

Integrarea în societate și creșterea calității vieții copiilor cu dizabilități neuro-motorii nu sunt la nivelul cuvenit și depind de implementarea eficientă a sistemului integrat de intervenție timpurie și recuperare individualizată.

Capacitatea redusă de monitorizare și evaluare – deși mijloace eficiente de monitorizare a mortalității perinatale/neonatale precoces se implementează în sistemul sanitar, aceste instrumente pentru monitoringul și evaluarea mortalității post-neonatale, precum și capacitățile manageriale ale specialiștilor din asistența medicală primară, au efecte limitate.

Posibile oportunități și factori de succes

În august 2012 Guvernul și Ministerul Sănătății și-au reconfirmat eforturile, semnând „Angaja-

mentul global pentru supraviețuirea copiilor: Promisiune reînnoită”, care este o inițiativă globală UNICEF privind continuarea eforturilor în vederea salvării vieții copiilor mici.

Existența donatorilor și partenerilor importanți care lucrează în domeniul protecției sănătății mamei și a copilului asigură un suport important Guvernului în eforturile sale²⁵.

Existența serviciului regionalizat în perinatologie, a sistemului național de diagnostic și supraveghere a nou-născutului, elaborarea și aprobarea mecanismului de colaborare intersectorială în domeniul medico-social în vederea prevenirii și reducerii ratei mortalității infantile și a copiilor cu vârsta de până la 5 ani la domiciliu, consolidarea bazei tehnico-materiale și implementarea tehnologiilor noi (ambulanțe specializate și echiparea secțiilor regionale de reanimare și terapie intensivă) și centrele de pregătire continuă a pediatriilor în terapia intensivă și de urgență – **toți aceștia sunt factorii care conferă optimism în privința durabilității succesului și chiar speranță de îmbunătățire în perioada post 2015**²⁶.

Sunt în derulare proiecte importante comune cu parteneri de dezvoltare care vor avea impact pozitiv asupra calității serviciilor perinatale și pediatrie. În particular, este vorba despre două proiecte moldo-elvețiene foarte importante: „Modernizarea sistemului de perinatologie”, aflat în cea de-a treia fază de implementare, și „Regionalizarea serviciilor Pediatrie de Urgență și Terapie Intensivă (REPEMOL)”, faza a II-a. Mai multe subdiviziuni în cadrul instituțiilor medicale specializate au fost deschise sau fortificate: Secția Primire Urgentă din cadrul Institutului Mamei și Copilului, sunt finalizate lucrările în Secția Reanimare și Terapie Intensivă mixtă din cadrul Spitalului Raional Cahul, în Institutul Mamei și Copilului a fost instituit și dotat cu echipamente Centrul Informațional de Toxicologie. În paralel se lucrează la actualizarea protocoalelor și standardelor în domeniu și la instruirea personalului relevant. Se petrec campanii de comunicare și educație, inclusiv la nivel național, în cadrul proiectului REPEMOL și de perinatologie și cu alți parteneri internaționali de dezvoltare – UNICEF, OMS și UNFPA.

²⁴ Ministerul Sănătății, Ministerul Protecției Sociale și a Familiei și Fundația Lumos.

²⁵ Guvernul Elveției, Japoniei, Banca Europeană de Reconstrucție și Dezvoltare, UNICEF, PNUD, Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC), Banca Mondială.

²⁶ A se vedea adăugător referitor la cadrul instituțional și campaniile de informare referitoare la sănătatea mamei și a copilului în continuare, în descrierea ODM 5.

Boxa 4. Modernizarea sistemului de ocrotire a sănătății salvează vieți omenești

„Supraviețuirea Luliei a fost un miracol...”²⁷

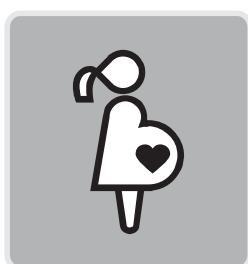
O sută treizeci de dosare sunt stocate în baza de date a pacienților de la Centrul de diagnostic și monitorizare neurologică al Institutului Mamei și Copilului din Chișinău. Fișierul Luliei poate fi găsit printre ele. S-a născut prematur în octombrie 2007, cu o greutate de numai 1100 de grame. Mama copilului, Eugenia Guilă, de 29 de ani, care anterior pierduse un copil, își amintește: „Supraviețuirea Luliei a fost un miracol care s-a produs, datorită competenței și atenției personalului, și, la fel de important, datorită unor aparate sofisticate de care nu mai văzusem până atunci”.

Specialistul Centrului de diagnostic a comentat astfel: „Aplicarea unui program integral de diagnostic și monitorizare, care include măsuri speciale de reabilitare pe o perioadă de doi ani, înregistrează rezultate foarte bune la copiii prematuri. Metodologia aplicată asigură depistarea la timp a afecțiunilor neurologice la nou-născuți și reabilitarea ulterioară a acestora. Așa se explică faptul că Lulia este un copil sănătos și inteligent.”

Proiectul „Modernizarea sistemului moldovenesc de perinatologie”, implementat din 2006 cu sprijinul SDC, a contribuit la regionalizarea serviciilor de îngrijire perinatală și la îmbunătățirea sistemului de referire între maternități. Proiectul a consolidat capacitatea secțiilor neonatale de terapie intensivă de a salva nou-născuții prematuri cu o greutate mică și foarte mică la naștere. Cu scopul reducerii riscului de invaliditate a nou-născuților prematuri, Centrul de diagnostic și monitorizare neurologică, creat în Chișinău, oferă servicii de monitorizare neurologică și de dezvoltare.

Sursa: *Interviu*

²⁷ http://www.swiss-cooperation.admin.ch/moldova/ro/home/Studii_de_caz.



**„Îmbunătățirea
sănătății materne”: evoluție
sinuoasă, perspective incerte.**

ODM 5

Tendențe-cheie

Îmbunătățirea sănătății materne rămâne o prioritate strategică a Republicii Moldova. Pe parcursul ultimelor două decenii situația s-a îmbunătățit considerabil, iar valorile principalului indicator – rata mortalității materne – s-au apropiat, conform mediei glisante²⁸, către media pe întregul continent european (care este de 11,57 în 2012). În același timp, rata mortalității materne rămâne aproximativ de 3 ori mai mare decât media pe țările UE²⁹ (15.31³⁰ față de 5,8).

Moldova a implementat politici esențiale pentru a asigura servicii perinatale calitative. Odată cu introducerea sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală în 2004, Guvernul și-a asumat calitatea de asigurat, pentru a oferi acces necondiționat și gratuit la servicii de calitate și medicamente total compensate unui șir de grupuri vulnerabile, inclusiv copiilor, femeilor gravide și mamelor cu 4 și mai mulți copii, persoanelor cu dizabilități. Prin Programul Național de Perinatologie, susținut de reprezentanța UNICEF, guvernele Elveției și Japoniei, și cu asistența tehnică a OMS, a fost implementat sistemul regionalizat de asistență perinatală în trei niveluri, ce oferă intervenții de bază și comprehensive pentru asigurarea unei sarcini și maternități în condiții de securitate. Autoritățile publice locale au renovat capital 12 și parțial 18 din cele 38 de maternități din republică. Guvernul a adoptat Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova pentru anii 2007-2021 și Strategia de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate pentru anii 2008 – 2017, ambele punând accent pe sănătatea mamei, a copilului la început de viață și a tinerilor. Strategia Națională a sănătății reproducerii pentru anii 2005-2015 a pus accentele pe planificarea familiei, maternitatea fără risc, sănătatea sexual-reproductivă a adolescenților și tinerilor, sănătatea sexual-reproductivă a bărbaților, avortul și serviciile de întrerupere a sarcinii. Toți acești factori contribuie în mod direct la îmbunătățirea sănătății materne. De asemenea, a fost implementat Conceptul „Maternitate Prietenoasă Familiei” prin aplicarea unor tehnologii noi și cost-eficiente³¹.

Toate acestea au permis să fie păstrată rata nașterilor asistate de personal medical calificat la un nivel foarte bun (media 99,4 pentru deceniul 2002-2011). Ținta pentru 2010 a fost atinsă, conferind un optimism rezonabil că ținta finală pentru 2015 va fi, de asemenea, atinsă. Totodată, viziunea Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) asupra țintei a doua din ODM 5 este mai largă și nu se limitează doar la rata nașterilor asistate de către personalul medical calificat, așa cum se estimează în Republica Moldova. Conform OMS, asistența calificată pentru fiecare naștere înseamnă prezența moașei calificate, prezența altor lucrători profesioniști, prezența condițiilor necesare, inclusiv acces la preparate medicamentoase, transport, la serviciile obstetricale de urgență, asistența nou-născutului. Este important să fie menținut nivelul înalt de acces la serviciile medicale, reducând, în același timp, diferențele de acces general la servicii medicale între populația rurală și urbană (ponderea persoanelor care au beneficiat de servicii medicale în ultimele 4 săptămâni este 16,8% în mediul rural și 22,9% - în cel urban), precum și diferențele dintre persoane asigurate și cele fără de asigurare medicală (23% și 9%, respectiv, vedeți BNS, 2012 (c)).

Rata mortalității materne este unul dintre cei mai sensibili și reprezentativi indicatori care oglindesc situația statului atât din punct de vedere al sistemului de sănătate, cât și socio-economic. Succesul în atingerea țintei intermediare pentru 2006 a încurajat Guvernul să revizuiască în anul 2007 ținta pentru 2010, micșorând-o de la 21 la 15 cazuri. Valoarea indicatorului pentru ținta finală a rămas cea inițială – 13.3 cazuri – din motivul că angajamentele chiar ușor mai ambițioase în acest sens ar necesita investiții colosale de care Republica Moldova nu dispune la moment. Însă ținta stabilită pentru anul 2010 nu a fost atinsă nici la nivelul planificat inițial (21 de cazuri), valoarea indicatorului situându-se, de fapt, la un maxim istoric de 44,5 pentru ultimul deceniu (Figura 4).

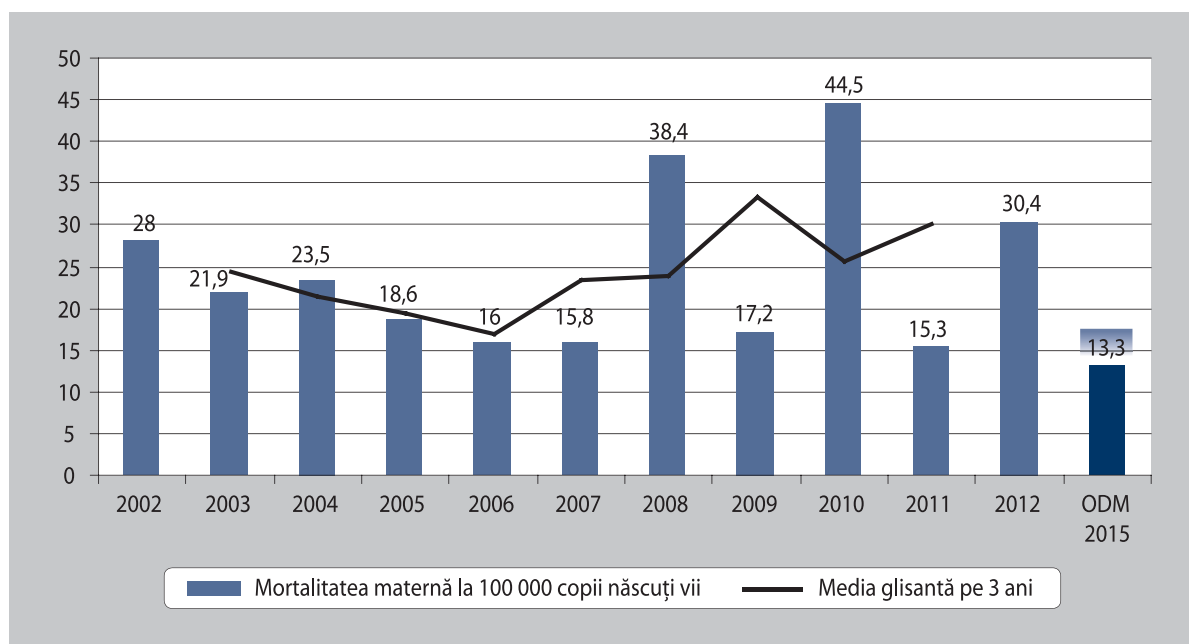
²⁸ A se vedea descrierea specificului interpretării indicatorului în continuare

²⁹ European Health for All Database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://data.euro.who.int/hfadb>).

³⁰ Conform mediei glisante.

³¹ Aprobabil prin Ordinul MS nr.327 din 04.10.2005.

Figura 4. Rata mortalității materne la 100 000 de copii născuți vii (ODM 5 ținta 1)



Sursa: Ministerul Sănătății al Republicii Moldova;

Este necesar de specificat că indicatorul dat generează o anumită incertitudine în monitorizare din cauza că structura sa, raportată la 100000 de copii născuți vii, poate înșela în valori aparent semnificative din punct de vedere statistic. Acest indicator este elaborat pentru o evaluare mai concludentă în țările în care rata este mai mare de 100. Pentru țări ca Republica Moldova este bine să fie utilizate valorile în cifre absolute și media glisantă pentru ultimii 3 ani pentru evaluarea mai relevantă a tendinței (Greenwell, 2011). Astfel, în perioada 2002-2012, numărul absolut de cazuri a variat între 6 (2006, 2007, 2011) și 18 (2010) decese pe an. Media glisantă pe 3 ani ne permite să apreciem tendința în mod linear și aceasta, începând cu 2007, oferă motive de îngrijorare.

Un pas important a fost introducerea în 2005 a Conceptului de audit confidențial al fiecărui caz de proximitate de mortalitate maternă, mortalitate perinatală³² și a Anchetei Confidențiale de analiză a cazurilor de deces matern la nivel național³³. Aceste instrumente permit autorităților să identifice cauzele reale ale deceselor materne, cauze care pot fi medicale și ne-medicale (sociale, familiale etc.), să evalueze științific cazurile de deces matern, să identifice factorii de îngrijiri sub-stand-

dard la nivel de comunitate și la nivel de instituții medicale, să formuleze recomandări realiste, de creștere a calității îngrijirilor femeilor gravide, parturientelor și lăuzelor în Republica Moldova, să monitorizeze implementarea recomandărilor și să asigure participarea intersectorială la implementarea recomandărilor Anchetei Confidențiale. Un aport important în implementarea Anchetei confidențiale a decesului perinatal la nivel național îi revine Inițiativei „Salvarea Mamelor și Nou-născuților” a Federației Internaționale de Obstetrică și Ginecologie (FIGO), care a susținut în perioada 2006-2010 proiectul „În urma cifrelor – implementarea unei abordări noi de analiză a deceselor perinatale”. Principala reușită a proiectului a fost reducerea cu 11% a ponderii nou-născuților la termen în mortalitatea neonatală în perioada 2006-2011³⁴.

Revizuirea individuală a cazurilor permite să explicăm, astfel, maximul indicatorului ratei mortalității materne în 2010. Gripa pandemică H1N1 a fost cauza decesului a 7 dintre 13 femei care au decedat din cauze indirecte, nelegate de sarcină. Aceași situație nefastă a fost comună pentru un șir de alte state din Europa de Est (WHO, 2013, p.19). În general, creșterea substanțială a

³² Aprobate prin Ordinul MS nr.330 din 04.10.2005 (ordinul este abrogat prin Ordinul MS nr.343 din 12 octombrie 2009, care reglementează în prezent această activitate) și Ordinul MS nr.248 din 16.06.2006

³³ Ordinul Ministerului Sănătății și a Protecției Sociale din RM Nr. 330, 4 octombrie 2005.

³⁴ STRATULAT, P.; GARDOSI, J.; CURTEANU, A.; CARAUS, T.; PETROV, V. Improving quality of perinatal care through Confidential Enquiries in Moldova. *Entre Nous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health. Statistics and stories: Improving the Quality of Maternal and Neonatal Health in Europe.* No. 70-2010, ISSN 1014-18485; Andre Lalonde, Rachel Grelier. FIGO Savin Mothers and Newborns Initiative 2006-2011. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 119 (2012) 518-521.

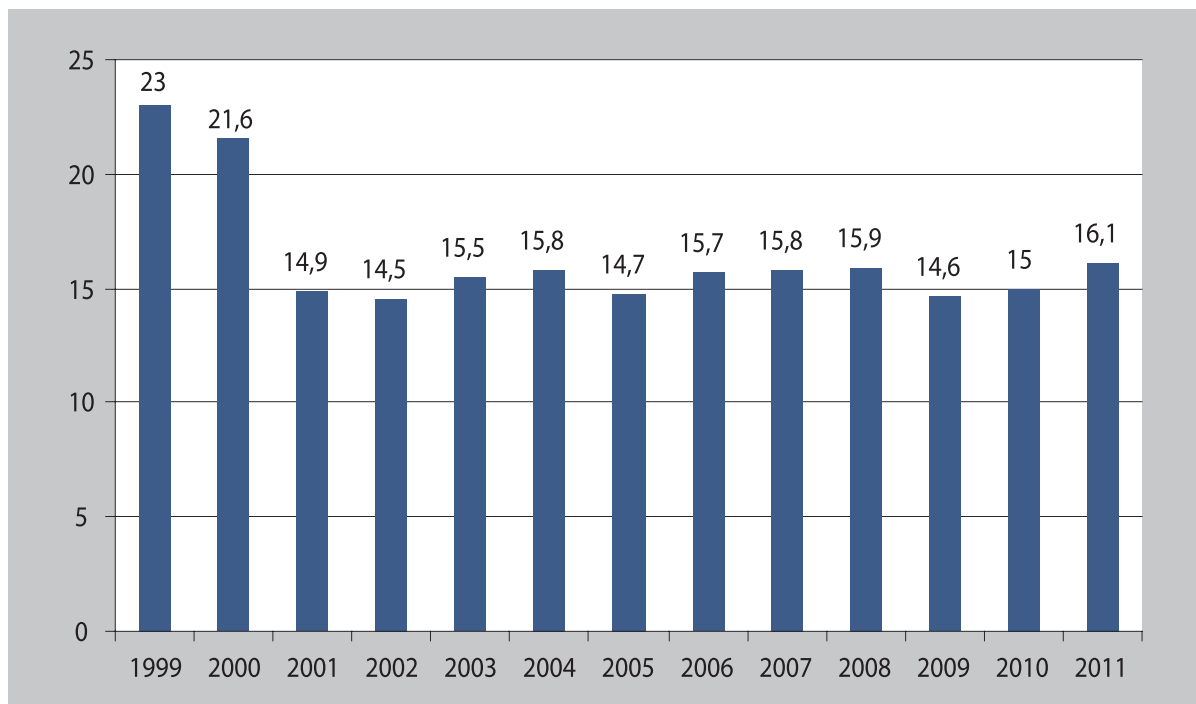
cazurilor de deces din cauze indirecte, de la 12% din total în 2003 la 50% în 2011, este o tendință alarmantă. Această dinamică atestă un șir de curențe la diferite etape de acordare a serviciilor medicale, identifică o rată mare de maladii extragenitale ale femeilor de vârstă fertilă și atenționează despre necesitatea de îmbunătățire a asistenței medicale de urgență multiprofil în cazurile de proximități de deces matern.

Dintre cauzele obstetricale directe ale deceselor materne cea mai frecventă este hemoragia (fiecare a treia femeie între 2009-2011). Preeclampsia și eclampsia³⁵ sunt pe locul doi printre cauzele directe. În cadrul proiectului moldo-elvețian de modernizare a serviciului perinatal au început să fie implementate abordări moderne de creștere a calității asistenței medicale de urgență obstetricală (instruire în bază de simulare, consultarea cazurilor grave la distanță, instruire la distanță). Un lucru pozitiv este faptul că a scăzut semnificativ rata avorturilor extra-spitalicești (de la 3,34 la 0,83), iar în 2011 nu a fost înregistrat niciun caz de deces în urma complicațiilor de avort. Guvernul a întreprins, conform Strategiei Naționale a Sănătății Reproductive, pași concreți, inclusiv la nivel normativ, pentru a reduce rata avortului ca metodă de contracepție. Rata avorturilor este menținută

în ultimii ani la nivelul țintei stabilite în Strategie (15 la 1000 de femei de vârstă reproductivă, Figura 5). Dar mai sunt necesare eforturi susținute pentru colectarea datelor specifice și elaborarea măsurilor pentru abordarea problemelor de calitate a informării și a consimțământului informat pentru proceduri de sterilizare (CNȘPMP și ORC Macro, 2005). Acest lucru este valabil și pentru indicatorii incluși în 2007 în sistemul de monitorizare – rata prevalenței contraceptivelor, rata nașterilor la adolescente, cuprinderea cu asistență antenatală, cererea neacoperită a planificării familiale (Guvernul Republicii Moldova, 2010).

Sărăcia este unul dintre principalii factori ai deceselor materne. Conform datelor evaluării aspectelor sociale pentru anii 2006-2008, putem ajunge la concluzia că sărăcia este factorul principal care a contribuit la survenirea deceselor materne: aproape 2/3 din femeile decedate (19 la număr) erau din păturile social-vulnerabile, inclusiv 16 au declarat venituri sub minimumul de existență, 12 erau necăsătorite sau trăiau în concubinaj, 8 femei făceau abuz de alcool sau utilizau droguri, 5 au raportat că au fost abuzate. Din numărul total de femei decedate 19 au fost din mediul rural, alte 4 – din centre raionale și numai 6 erau din orașe (Friptu et al., 2010). Datele din 2011 relevă faptul

Figura 5. Rata avorturilor per 1000 de femei de vârstă reproductivă



Sursa: Ministerul Sănătății al Republicii Moldova;

³⁵ Cunoscută și ca toxemia gravidică, preecclampsia este o afecțiune care apare la femeile însărcinate. Este caracterizată printr-o valoare crescută a presiunii arteriale, însoțită de un nivel proteic urinar crescut. Eclampsia reprezintă faza finală și cea mai gravă a preecclampsiei și apare când preecclampsia este lăsată netratată. Eclampsia poate cauza coma sau chiar decesul mamei și al copilului și poate apărea înainte, în timpul sau după naștere.

că cel mai frecvent decedează femeile tinere cu vârsta între 20–30 ani (4 cazuri sau 67% din total), dintre care 3 din sectorul rural și doar un caz din sectorul urban (centrul raional).

Migrația, combinată cu alți factori sociali nefavorabili, este un risc pentru mortalitatea maternă.

În 2011 o femeie a decedat la două zile după ce s-a întors de la muncă de peste hotarele țării, din cauza unui accident vascular cerebral. Condițiile de muncă nefavorabile în care lucrează femeile însărcinate, atât în Moldova, cât și peste hotare, pot servi ca factori de risc pentru mortalitatea maternă. Un studiu recent arată că accesul la servicii de sănătate pentru emigranți și familiile lor în Republica Moldova este influențat negativ de factorul financiar (lipsa poliței – 44,9% din total) și de formalitățile de tipul îndreptărilor de la medicul de familie (24,2%). Ansamblul de obstacole în accesarea serviciilor medicale pentru emigranții noștri în străinătate este unul diferit față de Republica Moldova (Ministerul Sănătății, 2010).

Nu există date concludente referitor la echitatea și accesul la servicii de calitate pentru anumite grupuri marginalizate (cum ar fi femeile de origine romă sau femeile cu dizabilități mintale și intelectuale din instituții sociale și din comunități). Există rapoarte în urma vizitelor de monitorizare care atestă o insuficiență majoră de metode de contracepție contemporană și informare la aceste grupuri (Doina Ioana Străisteanu, 2012). Elucidarea acestora este posibilă însă la o asigurare calitativă a anchetării individuale confidențiale.

Constrângerile critice

Informarea insuficientă este o constrângere esențială în reducerea riscurilor pentru sănătatea maternă. Nivelul înalt de accesibilitate la servicii (acces la personal medical calificat pentru naștere asistată) sugerează probleme privind nivelul de informare a populației generale și a femeilor despre importanța luării la evidență, inclusiv cu scopul evaluării și excluderii factorilor de risc legați de sarcină și a cauzelor extragenitale grave. Educația și informarea femeilor este foarte importantă pentru a asigura un nivel mai înalt de adresabilitate a acestora la servicii. Folosirea, dar și eficiența serviciilor de planificare familială este redusă, în special pentru familiile din mediul rural, și aceasta în pofida existenței unei rețele de 47 de cabinete de planificare familială. Accesul la contraceptive gratuite este aproape nul.

Există, de asemenea, carențe la nivel de sistem medical. Deși sistemul regionalizat de asistență medicală perinatală este bine pus la punct, în unele cazuri grave nici nivelul terțiar – Institutul Mamei și Copilului – nu are capacitatea tehnică și specializată necesară pentru a face față patologiilor multiple grave. O colaborare cu alte centre de excelență medicală disponibile ar fi binevenită, lucru sugerat și de practica internațională. Din cele 14 cazuri grave de proximitate de deces matern asistate în 2011 în cadrul Spitalului Clinic Republican („near miss cases”), doar un caz s-a soldat cu deces matern, cauzat de transferul tardiv. Evaluarea cazurilor din 2011, relevă faptul că în 85% dintre cazuri au fost condiționate evitabile la o anumită etapă de intervenție.

Rezervă principală în reducerea nivelului mortalității materne este asigurarea și promovarea măsurilor de profilaxie a deceselor materne.

Pentru obținerea rezultatelor stabile în prevenirea mortalității materne, rolul primordial revine și în continuare asistenței medicale primare, care trebuie să asigure un monitoring total și adecvat al gravidelor, având un sistem eficient și bine organizat, care garantează referirea și accesarea serviciilor medicale, inclusiv a celor specializate, indiferent de locul de trai și statutul social al gravidei. Eșecul în luarea la evidență în mod activ, precoce și conform standardelor existente poate fi, de asemenea, o constrângere critică. Astfel, în 2011 cele mai vulnerabile din punct de vedere al accesului la servicii de sănătate calificate rămăneau femeile din localitățile rurale, cu 5 cazuri de decese materne din totalul de 6 cazuri. Dintre acestea, 4 au fost femei care aveau deja copii și erau informate despre necesitatea supravegherii, iar 2 din ele aveau un statut social satisfăcător.

Supravegherea continuă de către medicii specialiști la etapa acordării asistenței medicale specializate de ambulatoriu și spitalicești în cazurile determinate de maladii extragenitale necesită îmbunătățire considerabilă.

Posibile oportunități și factori de succes

Cu toate că determinanții sociali ai sănătății materne sunt cruciali, există unii factori care pot fi modificați pentru a duce la o micșorare a ratei mortalității materne. Autoritățile depun eforturi considerabile pentru a îmbunătăți continuu sănătatea maternă și colaborează activ cu parte-

neri de dezvoltare, specialiști și societatea civilă. Pentru proiecte reușite comune realizate în trecut cu autoritățile moldovenești, Moldova a fost selectată de către Organizația Mondială a Sănătății ca unica țară-pilot din Europa pentru implementarea Strategiei Internaționale „Graviditate fără risc”, direcționată spre sporirea calității serviciilor femeilor gravide și nou-născuților, pentru atingerea scopului „Un început sănătos de viață” fiecărui copil născut. Inițiativa OMS „Graviditate Fără Risc” în R. Moldova a contribuit la promovarea asistenței perinatale bazate pe dovezi științifice, planificarea și implementarea tehnologiilor oportune în asistența perinatală, fortificarea institutului de

moașe, pregătirea capacităților naționale pentru studii operaționale cu impact direct în sănătatea mamei și nou-născutului.

Problema sănătății materne se află permanent în atenția Colegiului Ministerului Sănătății. Aceasta a elucidat, în iulie 2012, un șir de probleme atât de ordin medical, cât și de ordin social, și a determinat măsuri în toate cele 4 arii de intervenții: dirijare, finanțare, consolidarea capacităților și prestare de servicii. Totodată, în luna decembrie 2012 a fost inițiat procesul de elaborare a raportului de analiză a cazurilor de deces matern în baza anchetei confidențiale de către Comitetul Național de Anchetă Confidențială a Deceselor Materne.

Boxa 5. Despre importanța monitorizării adecvate a sarcinilor

Nina, 34 de ani, care trăia în concubinaj cu partenerul său fără adăpost, neavând surse de existență, migrează din sat în sat. Autoritățile publice locale din satele în care se oprea Nina nu aveau nicio informație despre ea. Situația era aceeași și când aceasta a rămas însărcinată. Familia pierduse demult contactul cu autoritățile și instituțiile medicale. Nu s-a adresat și nu a stat la evidență pentru a urmări sarcina. A născut într-o casă părăsită, unde, întâmplător, la lumina unei lămpi improvizate, a fost găsită de vecini. Cu toate că serviciile operative au reacționat prompt, din cauza hemoragiei masive și a timpului pierdut, Nina a decedat în spitalul din Orhei. Din păcate, nici copilul născut prematur, cu patologii severe, nu a putut fi salvat.

Sursa: Raport de investigare a cazului de către comisia de specialitate a MS



**„Combaterea HIV/SIDA,
tuberculozei și altor maladii”:
un obiectiv foarte problematic³⁶.**

ODM 6

³⁶ În acest capitol, datele cuprind situația de pe ambele maluri ale Nistrului.

Tendențe-cheie

În pofida tuturor eforturilor depuse, nu a fost posibil să fie stopată creșterea incidenței HIV/SIDA și a mortalității asociate cu tuberculoza. Niciuna dintre țintele obiectivului nu a fost atinsă pentru anul 2010, în pofida revizuirii semnificative a acestora în 2007 și a eforturilor concentrate ale actorilor implicați. Maladiile social condiționate continuă să fie o provocare majoră pentru autorități și societate, iar țintele finale 2015 pentru indicatorii stabiliți nu vor fi îndeplinite. Atât infecția HIV, cât și tuberculoza, au fost combătute pe parcursul ultimilor ani conform programelor naționale specifice, cu suportul financiar substanțial din partea Fondului Global de combatere a SIDA, Tuberculozei și Malariei (GFATM). Micșorarea treptată a volumului finanțării și impunerea unor condiții noi pentru finanțarea din exterior după 2015 impune dificultăți adiționale și face imperativă adoptarea unor decizii ferme pentru eficientizarea intervențiilor.

Deși incidența HIV/SIDA atât în rândul populației generale, cât și printre persoanele tinere (între 15 și 24 de ani) a rămas relativ stabilă în 2009 și 2010, indicatorii sunt departe de cei preconizați, iar din 2011 încep să crească din nou (Tabelul 7). Astfel, după o creștere substanțială din 2000 până în 2008 (de la 4 cazuri la 100000 de persoane – la 19,4), incidența HIV/SIDA în rândul populației generale atinge 18,5 la 100000 de persoane în 2012 (CNSP, 2012). Ambele ținte stabilite pentru 2010 privind infecția HIV/SIDA au fost ratate semnificativ (incidența generală – 17,1 în loc de 9,6 și incidența printre tineri – 21,6 în loc de 11,2).

Conform datelor de la instituția care coordonează tratamentul, în jumătate dintre cazuri depistarea se face la o etapă tardivă (SDMC – Spitalul de dermatologie și maladii comunicabile), iar conform SPECTRUM³⁷, primesc tratament doar 30% din numărul estimat de persoane care îl necesită.

La toți indicatorii, cele mai afectate regiuni au rămas a fi municipiile Bălți, mai multe orașe din stânga Nistrului (inclusiv Tiraspolul) și municipiul Chișinău – cu prevalența de 764.07, 474.87 și 114.87 respectiv. Prevalența este substanțial ridicată pe malul stâng al Nistrului. Astfel, către finele anului 2012 prevalența totală a infecției HIV a constituit 142,38 de cazuri la 100 mii de persoane, inclusiv pe malul drept – 115,43, iar în teritoriile de est – 320,31 (CNSP, 2012). Aceasta se înregistrează în pofida faptului că toate cheltuielile pentru tratament și prevenire se asigură totalmente conform activităților din Programul Național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA/ITS din fondurile GFATM, fără bariere, pentru teritoriul de pe ambele maluri ale Nistrului.

Pe parcursul ultimilor ani epidemia HIV/SIDA s-a modificat considerabil. Aceasta încă rămâne a fi una concentrată în grupurile de risc, afectând în special grupul consumatorilor de droguri, lucrătoarele sexului comercial, bărbații care practică sexul cu bărbații, dar și grupul persoanelor din penitenciare (amplasate pe malul drept al Nistrului)³⁸. Însă structura cazurilor noi raportate la eventualele căi de transmitere ne vorbește despre creșterea vulnerabilității femeilor la infectare (52,29% în 2011 comparativ cu 16% la începutul epidemiei în Republica Moldova). Calea principală

Tabelul 7. Evoluția incidenței HIV/sida, cazuri la 100,000 de persoane, perioada 2000-2012 și țintele intermediare și finale

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Ținta 2010	Ținta 2015
Populație generală	4,0	5,5	4,7	6,2	8,4	12,5	14,7	17,4	19,4	17,1	17,1	17,6	18,5	9,6	8,0
Populație cu vârsta între 15-24 de ani*	10,4	10,5	9,0	9,8	13,4	20,1	18,8	21,2	16,1	19,6	21,6	18,4	18,5	11,2	11,0

Notă: * - inclusiv partea stângă a Nistrului;

Sursa: Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Biroul Național de Statistică;

Conform estimărilor, numărul real al persoanelor infectate cu HIV este de cel puțin două ori mai mare (Raport despre progresele înregistrate în combaterea infecției HIV/SIDA UNGASS 2010 - 2011).

de transmitere este cea sexuală (86,26% în 2011), în timp ce transmiterea prin utilizarea drogurilor injectabile s-a micșorat considerabil, ceea ce

³⁷ EPP și Spectrum sunt programe epidemiologice pentru estimarea tendințelor prevalenței și incidenței în timp.

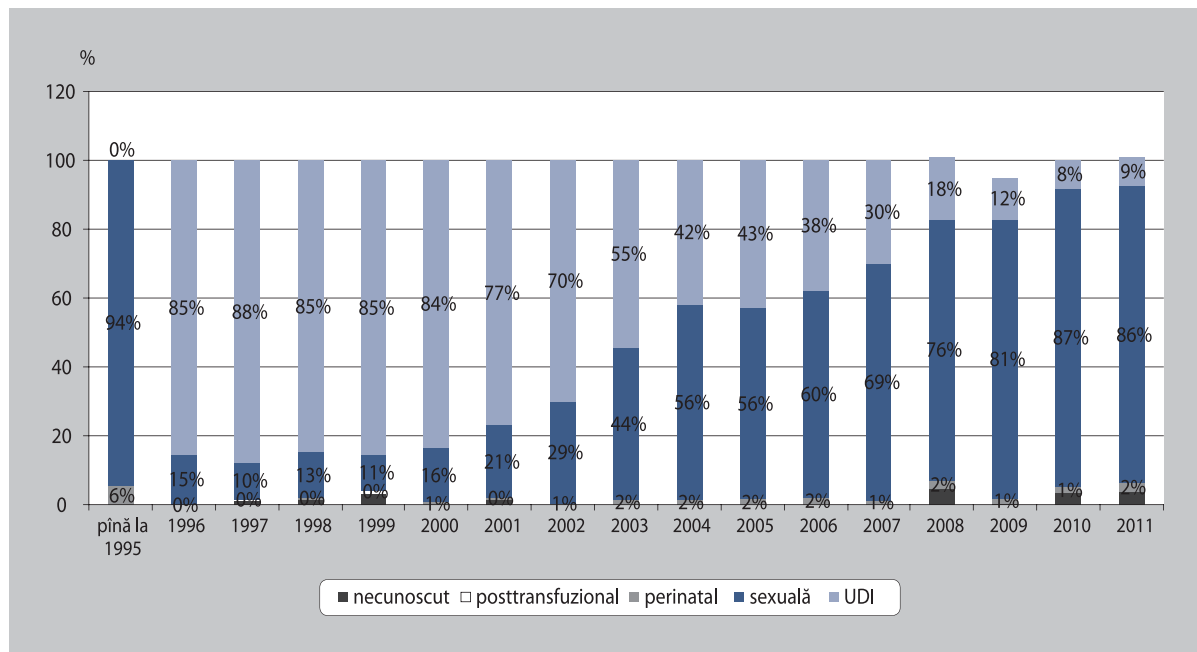
³⁸ Conform datelor DIP la 01.01.2013, prevalența este de 1,6% din populația totală din locurile de detenție și 1,9% conform BSS în rândul deținuților, noiembrie 2012.

mișcă epidemia în grupul partenerilor grupurilor-cheie. Preponderent, infecția HIV se înregistrează în rândul persoanelor tinere apte de muncă, de vârstă reproductivă. Se observă, de asemenea, o tendință de mărire a numărului persoanelor afectate din mediul rural.

îngrijire și susținere persoanelor care trăiesc cu HIV și membrilor populațiilor-cheie, realizarea sinergiei cu alte părți ale sectorului de sănătate.

Testarea și consilierea voluntară la HIV este asigurată în toată țara, cu cifre impresionante

Figura 6. Distribuția cazurilor noi de infecție HIV după calea probabilă de transmitere în Republica Moldova 1995-2011



Sursa: Ministerul Sănătății al Republicii Moldova;

Consiliul Național de Coordonare a programelor naționale de profilaxie și control al infecției HIV/SIDA infecțiilor cu transmitere sexuală și de control al Tuberculozei (CNC TB/SIDA), care constă din autorități centrale, organizații ale societății civile, comunității afectate de HIV și din grupuri vulnerabile, parteneri de dezvoltare și alți actori relevanți, a întreprins acțiuni semnificative pentru a colecta date calitative și cantitative relevante pentru elaborarea politicilor eficiente. Au fost realizate în mod regulat studii, inclusiv biocomportamentale (IBBS), de evaluare a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor (KAP) în rândul populațiilor-cheie, populației generale și în rândul tinerilor, diferite cercetări sociologice și altele. Evaluarea efectuată de către experții internaționali în 2011 a programului național de prevenire și control al HIV/SIDA/ITS a identificat rezerve și posibilități de îmbunătățire a managementului programului. A fost recomandată sporirea folosirii adecvate a datelor colectate, concentrarea eforturilor eficiente în prevenire și lucrul focusat cu grupurile-cheie, reducerea impactului negativ al epidemiei, în special, oferind tratament,

pentru femeile gravide. Serviciul urmează a fi îmbunătățit conform analizelor și recomandărilor recente pentru a exclude testarea masivă ineficientă în rândul populației generale (în total, aproximativ trei sute de mii de persoane testate anual), a aduce serviciul mai aproape de beneficiar și a-l face mai atractiv pentru grupurile-țintă, inclusiv prin utilizarea testelor rapide în cadrul serviciilor VCT prin ONG.

Prevenirea transmiterii HIV de la mamă la făt. În 2011, în comparație cu anul 2010, s-a înregistrat o diminuare a numărului de cazuri cu infecția HIV în rândul gravidelor (80 versus 87). Cu toate acestea, proporția femeilor gravide HIV pozitive, care au beneficiat de tratament ARV scade semnificativ – 74,5% (versus 87,2% în 2010) (Raport despre progresele înregistrate în combaterea infecției HIV/SIDA UNGASS 2010-2011). Sunt necesare eforturi suplimentare, pentru a asigura inițierea cât mai precoce a tratamentului ARV a femeii gravide HIV pozitive, pentru a diminua riscul transmiterii infecției de la mamă la făt.

Studierea statutului socio-economic al perso-

nei cu HIV relevă că marea majoritate a persoanelor cu HIV trăiește la limita sărăciei: veniturile nu le ajung respondenților nici pentru strictul necesar sau le ajung doar pentru strictul necesar (Malcoci, 2012). Aceste persoane încearcă singure să soluționeze problemele financiare cu care se confruntă sau sunt ajutate de către familiile lor. Doar unele persoane au menționat în interviu că au beneficiat de suport din partea statului sau a ONG-urilor la tratarea bolilor asociate, procurarea rechizitelor școlare, suplimentelor sau produselor alimentare.

Fiecare a opta femeie este supusă violenței sexuale în familie, ceea ce mărește vulnerabilitatea acestora la HIV ca urmare a comportamentului partenerilor lor sexuali (MS, MMPSF și CNMS, 2010). Femeile tinere se confruntă cu mai multă violență sexuală, comparativ cu femeile mai în vârstă. Femeile din mediul rural îndură toate forme de violență în proporții semnificativ mai mari comparativ cu femeile din mediul urban. Deși noua legislație cu privire la violența bazată pe gen a fost promulgată, femeile încă nu caută ajutor din afară în astfel de situații. Situația este similară pentru femeile de pe ambele maluri ale Nistrului (Scutelnic, Cantarji et al., 2011).

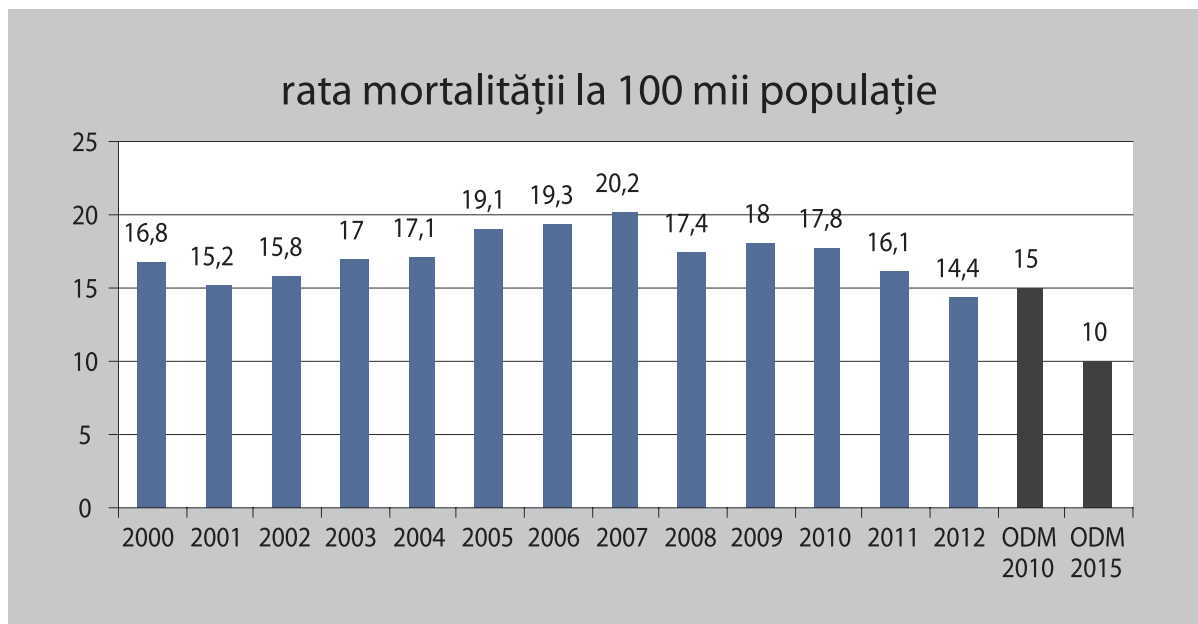
Indicatorul integrat al cunoștințelor tinerilor despre transmiterea HIV are valoarea de 38,2% - proporția celor care răspund corect la 4 întrebări de bază referitor la transmiterea HIV. Marea ma-

ioritate a adolescenților intervievați cunosc căile de transmitere HIV. Totuși, în timpul unui studiu sociologic calitativ, în toate discuțiile de grup a existat cel puțin o persoană care avea cunoștințe foarte vagi sau nu știa nimic despre HIV/SIDA. Aceștia sunt cu precădere băieți care afirmă că în instituțiile de învățământ unde își fac/și-au făcut studiile nu a fost abordat acest subiect³⁹.

Tuberculoza rămâne o problemă majoră de sănătate publică. Mortalitatea prin tuberculoză tinde spre descreștere, apropiindu-se de ținta prestabilită, înregistrând o scădere de până la 14,4 către finele anului 2012. Cu toate acestea, analizând tendințele de evoluție a epidemiei (Figura 7), nu se poate spune cert dacă obiectivul final va fi atins.

Incidența globală prin tuberculoză (TB) a scăzut de la maximul istoric de 133,9 în 2005 la 114,9 în 2012. Cea mai răspândită, mai contagioasă și cu o importanță majoră din punct de vedere epidemiologic formă a tuberculozei este cea pulmonară, ce constituie 89,6% dintre cazurile noi înregistrate. Îngrijorător rămâne a fi faptul că mai mult de o treime dintre formele de tuberculoză pulmonară revin celor bacilare – 38% și distructive – 37%. Cu toate că riscul de îmbolnăvire cu tuberculoză persistă în societate, incidența prin tuberculoză la copii este în descreștere, astfel înregistrându-se către finele anului 2012 – 23,8 la 100 de mii de locuitori (198 de copii), cu 28% mai puțin decât în anul 2007 (275 de copii).

Figura 7. Evoluția indicatorului ODM 6 pentru TB, perioada 2006-2011 și țintele intermediare și finale



Sursa: Ministerul Sănătății al Republicii Moldova;

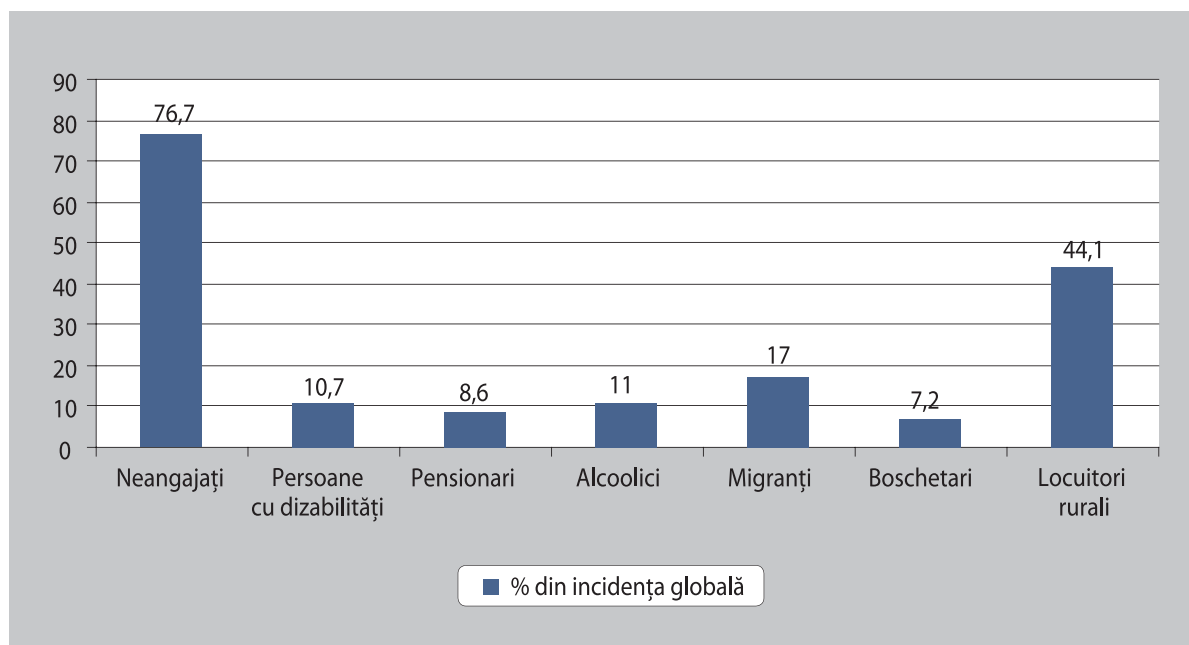
³⁹ Raport studiu sociologic calitativ. OPINII, PERCEPȚII, ATITUDINI ȘI EXPERIENȚE ALE ADOLESCENȚILOR PRIVIND CONSILIEREA ȘI TESTAREA VOLUNTARĂ LA HIV, Chișinău 2012, EU, UNICEF, TDV.

La un nivel înalt se mențin formele cu rezistență multiplă la medicamente (MDR TB) printre cazurile noi, acestea atingând către finele anului 2012 – 23,7% (301 pacienți), cauza de bază fiind răspândirea tuberculozei în societate și întreruperile de tratament.

Rezultatele la tratament tind spre ameliorare. Către finele anului 2012, 62,2% dintre pacienții cu tuberculoză pulmonară cu forme bacilare care au

Determinanta socială a infecției cu tuberculoză este foarte pronunțată. Lipsa condițiilor sanitare de bază și nerespectarea standardelor minime de calitate a alimentației favorizează îmbolnăvirea. În structura persoanelor cu TB se evidențiază semnificativ astfel de grupuri vulnerabile precum neangajații, locuitorii din mediul rural, emigranții, persoanele ce suferă de alcoolism, persoanele cu dizabilități, persoanele fără adăpost (Figura 8).

Figura 8. Statutul persoanelor cu TB, 2012, % din incidența globală



Notă: suma nu este egală cu 100%, deoarece o persoană poate întruni mai multe caracteristici;

Sursa: SIME TB (Sistem informațional de monitorizare și evaluare a cazurilor de tuberculoză);

inițiat tratamentul antituberculos în anul precedent au finalizat tratamentul cu succes, spre deosebire de nivelul de sub 58% înregistrat în ultimii ani și numai 8,5% l-au abandonat, față de nivelul de 11-12% înregistrat în anii precedenți. Evaluarea rezultatelor de tratament printre pacienții care suferă de tuberculoză multidrorezistentă și care au inițiat tratamentul în 2009 după DOTS Plus (tratament mai complex și de lungă durată, de până la 2 ani) a atins valoarea de 52% față de 48% pentru tratamentul 2008.

Acest fapt se datorează în mare măsură activității Centrelor comunitare pentru suportul pacienților cu tuberculoză care și-au început activitatea din 2011 și care sunt axate preponderent pe informare, educare, acordarea suportului psihologic și material pacienților cu tuberculoză în scopul îmbunătățirii complianței la tratament.

Constrângerile critice

Atât persoanele cu TB, cât și cele cu HIV/SIDA, sunt foarte stigmatizate și discriminate. În studii extensive a fost arătat nivelul de stigmatizare și discriminare a persoanelor care trăiesc cu HIV și/sau TB. Astfel, în percepția populației Moldovei, persoanele cu HIV sunt pe locul trei din grupurile cele mai discriminate, după persoanele cu dizabilități și persoanele sărace (Malcoci, 2010). Până la 75% dintre persoanele care trăiesc cu HIV mai mult de 15 ani și 34,9% dintre cei care trăiesc cu HIV până la 4 ani au experiența de divulgare involuntară a statutului lor de către lucrătorii medicali⁴⁰. Mai bine de 2/3 dintre cei care s-au simțit discriminați în ultimul an au menționat că au fost discriminați de către reprezentanții instituțiilor medicale⁴¹. Nerespectarea drepturilor omului duce la reticența persoanelor față de sistemul medical și are drept

⁴⁰ Stigma index a persoanelor care trăiesc cu HIV. 2012. League of People Living with HIV of Moldova

⁴¹ Malcoci Ludmila, „Statutul socio-economic al persoanelor cu HIV: Studiu sociologic”, Fundația Soros - Moldova, 2012.

consecință respingerea testărilor și tratamentului, perpetuând epidemia. De asemenea, există puține alternative de tratament în comunitate pentru persoane cu TB, având în vedere unele date despre transmiterea nozocomială (intra-hospitalicească) a infecției TB. Deținuții în penitenciare încă nu primesc îngrijiri medicale la aceleași nivel ca și în sistemul public din motive sistemice (inclusiv de acreditare și ajustare a serviciilor medicale), fiind un grup de risc sporit atât pentru TB, cât și pentru HIV.

O altă constrângere majoră evidențiată este incapacitatea de abordare complexă a necesităților persoanelor care trăiesc cu HIV sau/și TB. Lipsesc mecanismele intersectoriale, clar stipulate la nivel normativ, de evaluare și asistență complexă bazată pe necesitățile și vulnerabilitățile specifice ale persoanelor care suferă sau au riscul de a contracta HIV sau TB. Mecanismul de coordonare de țară a politicilor în combaterea HIV și TB (CNC TB/SIDA) încă nu valorifică din plin în acțiunile sale toate instrumentele pe care le are la dispoziție, cea mai mare parte a lucrului fiind realizată de Ministerul Sănătății, partenerii de dezvoltare, recipienții și subrecipienții Fondului Global, mai puțin fiind implicate alte autorități centrale și locale. În managementul și implementarea Programului Național nu sunt folosite toate datele disponibile cu privire la monitorizare și evaluare (M&E) pentru a coordona și modela răspunsul național la HIV astfel încât să corespundă modelului epidemic⁴². Multe dintre aspectele sociale implicate în asistența complexă individuală țin de responsabilitatea autorităților publice locale, care nu au nici capacitatea tehnică, nici resursele financiare necesare pentru a le face față.

Retragerea finanțării majore ale Fondului Global în 2015 este evidențiată ca una dintre provocările cruciale ale sistemului. Aceasta va impune reduceri selective din volumul de activități din programele naționale, va cere eficientizarea răspunsului și mobilizarea resurselor naționale disponibile. Criza și reducerile de fonduri la nivelul donatorilor regionali și internaționali are, de asemenea, un impact negativ asupra unor acti-

vități complementare în răspunsul național HIV și TB, deși statul s-a angajat să aloce mai mulți bani acestor programe, fapt stipulat în cadrul de cheltuieli pe termen mediu 2014-2016.

Posibile oportunități și factori de succes

În 2012 a fost modificată legea privind controlul și profilaxia HIV, cu introducerea și consolidarea normelor de **combatere a discriminării** pe bază de statut HIV, garanții adiționale pentru asigurarea confidențialității informației personale despre sănătate (statut). Mai multe acte normative modificate au aliniat legislația Moldovei la standardele europene și internaționale în respectarea drepturilor persoanelor care trăiesc cu HIV, servind drept o bună practică la nivel regional. Un șir de măsuri și instruirii ale personalului medical întreprinse deja par să dea rezultate pozitive în acest sens. Sunt în proces de actualizare protocoalele naționale clinice privind conduita tuberculozei la adulți și la copii, la fel ca și cele pentru tratamentul infecției HIV la adulți și copii.

Au fost deschise **4 Centre Regionale de Asistență Socială** pentru persoanele care trăiesc cu HIV și **10 Centre Comunitare** pentru asistența persoanelor cu TB, planificate să fie preluate și susținute din resursele naționale.

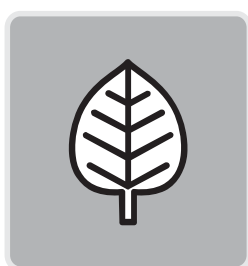
Autoritățile implicate, societatea civilă și organizațiile persoanelor cu HIV au fost instruite, având la moment un **potențial enorm de dezvoltare**. Implicarea lor, inclusiv în prestarea de servicii orientate spre necesitățile reale ale grupurilor-cheie și partenerii lor, poate deveni un sprijin esențial în lupta cu epidemia.

Existența informației extensive epidemiologice – probabil domeniul HIV și TB este cel mai bine studiat din sectorul sănătății publice – conferă optimism în succesul viitoarelor eforturi pentru o politică eficientă de combatere a infecțiilor HIV și TB. Împreună cu partenerii de dezvoltare autoritățile au identificat provocările curente și au elaborat instrumente efective de abordare cost-eficientă a acestora

Boxa 6. Sărăcia și tuberculoza

Petru, 27 ani, a început tratamentul pentru tuberculoză pentru prima dată în 2006. De fiecare dată însă nu a reușit să-l ducă efectiv până la capăt – avea de asigurat traiul a 3 copii minori. În localitatea sa nu avea posibilitate să se angajeze, iar asistența socială nu avea mecanisme să-i susțină decent pe perioadele de spitalizare. De aceea, după 4 luni de la debutul tratamentului Petru a fost nevoit să plece pentru a lucra în Moscova în calitate de hamal. Ultima dată a fost adus la spital în stare extrem de gravă, direct de la gara de tren. Maladia era într-atât de avansată încât Petru nu a mai putut fi salvat.

⁴² Raport de Evaluare Comună și anexe PROGRAMUL NAȚIONAL DE PREVENIRE ȘI CONTROL HIV/SIDA ȘI IST PENTRU 2011-2015. 26 iulie 2011.



**„Asigurarea durabilității mediului”:
este necesar un echilibru mai bun
între societate și natură.**

ODM 7

Tendențe-cheie

Republica Moldova a realizat succese în atingerea unor indicatori ODM 7, însă în aspect calitativ și de durabilitate sunt necesare încă eforturi mari (Tabelul 8). Astfel, ținta finală privind ariile naturale protejate de stat a fost atinsă încă în 2006, dar nu sunt alocate resurse financiare și umane suficiente pentru elaborarea sistemului de management, asigurarea întreținerii și respectării regimului lor de protecție. Suprafața zonelor împădurite a crescut doar cu 0,2% față de 2006 și ținta intermediară n-a fost atinsă (Anexa 1). Comparativ cu alte țări, Republica Moldova denotă indici foarte mici specifici resurselor forestiere. Ponderea suprafeței acoperite cu păduri este una dintre cele mai mici în Europa (Anexa 2). Totodată, circa 40% dintre arboreturi nu corespund condițiilor de creștere (Capcelea et al., 2012, p. 9), adică speciile plantate nu sunt prețioase pentru ecosistemele locale. Conform Strategiei de Aprovizionare cu Apă și Canalizare, în țară există circa 2000 de sisteme de alimentare cu apă înregistrate, dintre care 50% sunt considerate ca fiind în stare tehnică satisfăcătoare (dar de cele mai multe ori sunt în stare precară), 44% necesită reabilitare completă, 1% trebuie abandonate, iar pentru 5% dintre sisteme nu există date disponibile. Ponderea populației cu acces permanent la surse îmbunătățite de apă a crescut în 2012 cu 16% față de 2006, dar ținta intermediară n-a fost atinsă. Ponderea populației cu acces la canalizare îmbunătățită a crescut cu circa 13% față de 2006, ceea ce a permis atingerea țintei intermediare. În prezent, doar 25% dintre

sistemele de canalizare sunt în stare satisfăcătoare (Strategia AAC, p. 38). Stațiile de purificare a apelor uzate în sistemul de protecție a resurselor acvatice ocupă unul dintre cele mai importante locuri. Majoritatea stațiilor lucrează la indici foarte reduși și necesită reconstrucție cu modernizare tehnologică a treptelor de epurare. În anul 2011, dintre 198 de stații de purificare doar 34 de unități dispuneau de normativele deversării limitat admisibile, iar 17 funcționau cu epurare normativă. S-au încadrat în normativul autorizației de folosință specială a apelor doar apele evacuate de la stațiile de epurare a ÎM „Regie Apă-Canal” Bălți, Fabricii de zahăr Glodeni și S.A. „Servicii Comunale, Florești” (Anuarul Inspectoratului Ecologic de Stat, 2011, p. 55-56). Această evoluție sugerează faptul că ținta finală pentru 2015 va fi atinsă doar de indicatorii privind ariile protejate pentru conservarea diversității biologice și accesul permanent a populației la surse îmbunătățite de apă. Volumul emisiilor substanțelor poluante de la sursele staționare s-a diminuat semnificativ față de 2006 (cu 24,5%), dar sunt la nivelul anului 2001, deci sunt în corelare cu volumul producției, fiind utilizate echipamente și tehnologii vechi. Volumul emisiilor substanțelor poluante de la transportul auto s-a majorat cu 33,5% față de 2002, cauzele fiind creșterea constantă a numărului de mașini și termenul mare de exploatare a vehiculelor. Astfel, circa 76% dintre autovehiculele aflate în inventarul agenților economici de toate tipurile de activitate economică, din numărul lor total înregistrat la sfârșitul anului 2009, avea termenul de exploatare de peste 10 ani (MM, 2011, p. 46).

Tabelul 8. Evoluția indicatorilor ODM 7, perioada 2006-2011 și Țintele intermediare și finale

	Sursa	2006	2007	2008	2009	2010	Ținta 2010	2011	2012	Ținta 2015
Gradul de împădurire, %	BNS ⁴³ ,	10,7	10,7	10,9	10,9	10,9	12,1	10,9	10,9	13,2
Arii naturale protejate pentru conservarea diversității biologice, %	MM ⁴⁴ , BNS	4,65	4,76	4,76	4,76	4,76	4,65	4,76	4,76	4,65
Proporția locuitorilor cu acces permanent la surse îmbunătățite de apă, %	CNSP ⁴⁵	46	47	53	55,0	57*	59	59*	62*	65
Populația cu acces la canalizare îmbunătățită, %	BNS	43,3	43,9	45,7	47,9*	50,7*	50,3	54,6*	56,6*	65
PIB la un kg combustibil convențional consumat, lei, prețuri curente	MM, BNS	13,8	17,29	20,09	20,42	22,77	-	22,45		-
Emisiile de bioxid de carbon de la sursele staționare și transportul auto, tone per capita		0,03	0,04	0,05	0,03	0,03	-	0,04	0,04	-

⁴³ Biroul Național de Statistică

⁴⁴ Ministerul Mediului

⁴⁵ Centrul Național de Sănătate Publică.

Rezultatele pozitive înregistrate au fost condiționate de un șir de factori: susținerea proiectelor în domeniul protecției mediului de către partenerii de dezvoltare a țării, includerea unor acțiuni de protecție a mediului în Programul de Guvernană 2009-2012, realizarea proiectelor de mediu de către agențiile guvernamentale, sectorul academic și organizațiile neguvernamentale etc. Realizările ar putea fi și mai mari dacă acești factori ar fi valorificați în măsură deplină.

Accesul la apă și canalizare de calitate are efect direct asupra sănătății oamenilor, însă doar o parte a populației dispune de aceste servicii. Conform informației furnizate de către unitățile și întreprinderile care dispun de sisteme de alimen-

tare cu apă aflate în gestiune și care livrează apă menajeră și industrială, în 2012 circa 68,9% din populația urbană și 22,7% din cea rurală a beneficiat de servicii de alimentare cu apă. Se constată o inegalitate în aspect geografic în accesul la aceste servicii esențiale. Astfel, cea mai mare pondere a populației deservite de sistemul public de alimentare cu apă în 2012 se înregistrează în Unitatea Teritorial Administrativă Găgăuzia – 66,6% și mun. Chișinău – 66,4%, urmată de regiunea Sud – 48,8%, Nord – 30,5% și Centru – 27,4%. Conform cercetării bugetelor gospodăriilor casnice (CBGC) de către BNS, în 2012 accesul populației la surse îmbunătățite de apă se înregistrează în ordine descrescândă după cum urmează: mun. Chișinău – 95,7%, regiunea Sud – 74%, Centru – 48,8% și Nord – 39,8% (Figura 9).

Figura 9. Proporția locuitorilor cu acces permanent la surse îmbunătățite de apă, %

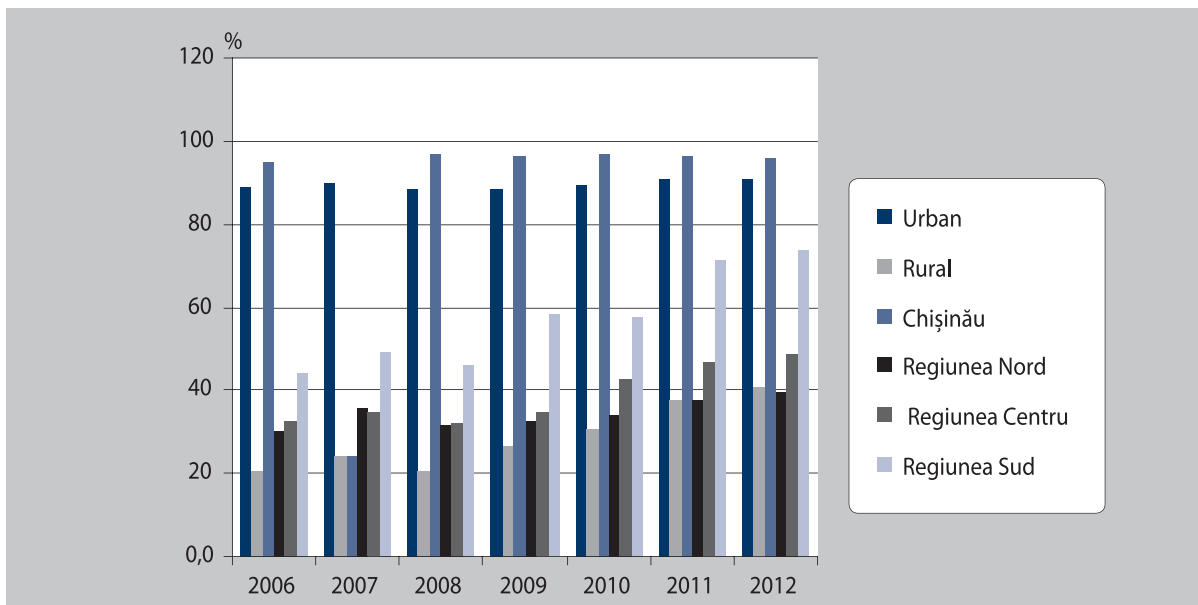
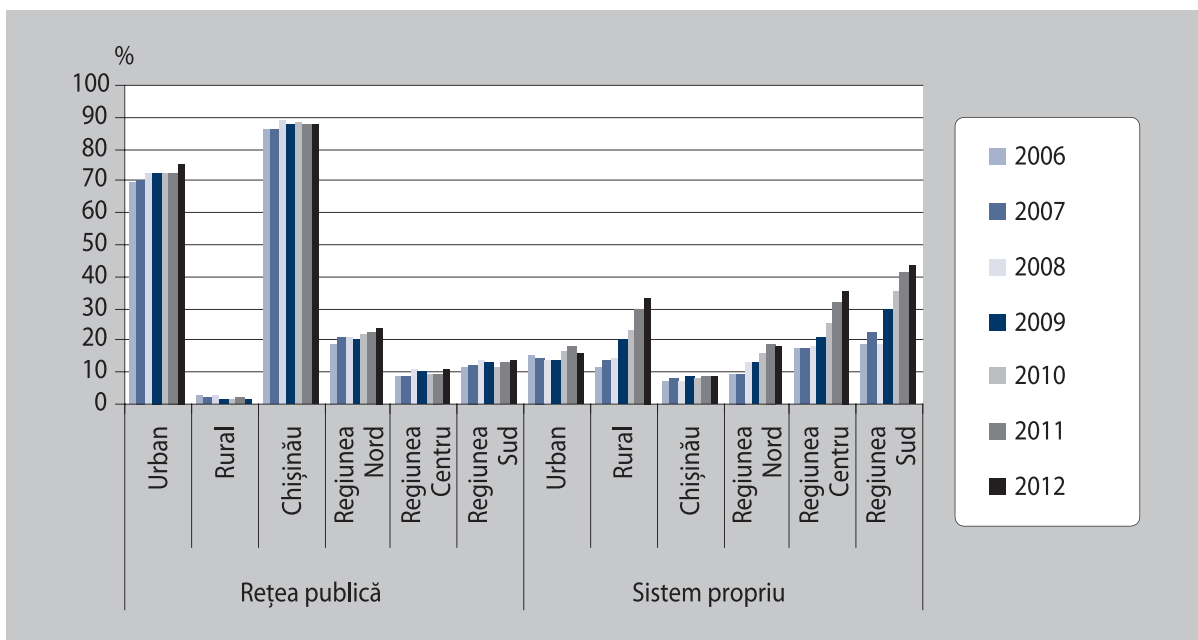


Figura 10. Proporția locuitorilor cu acces la canalizare îmbunătățită, %



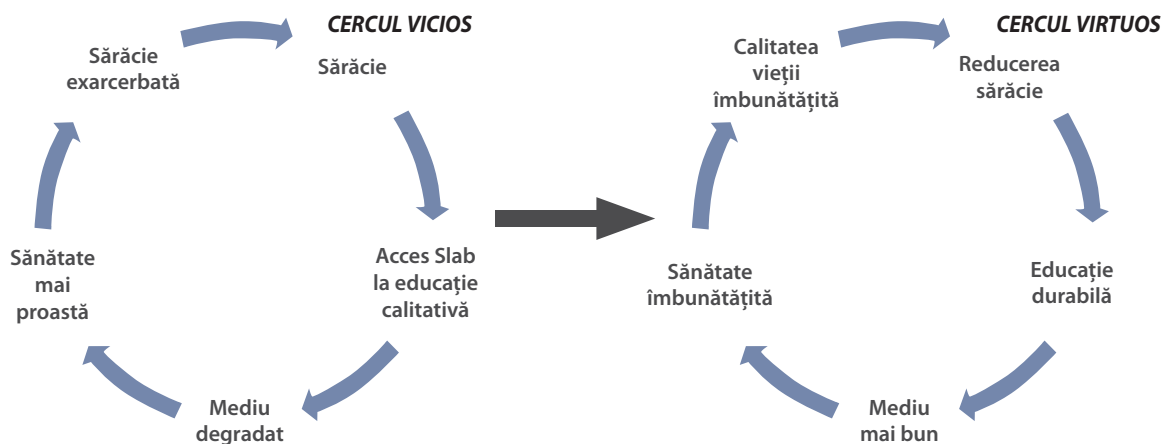
În multe cazuri apeductele se construiesc fără sisteme de canalizare, ceea ce cauzează poluarea mediului și creează riscuri mari pentru sănătatea populației. CBGC evidențiază unele momente la care trebuie să fie atrasă o atenție deosebită. (Figura 10)

Dacă în mediul urban continuă să se dezvolte rețelele publice ale serviciilor, atunci în mediul rural se dezvoltă sistemele proprii. Astfel, în 2012 accesul populației la rețelele publice de canalizare a constituit la oraș 75,4%, iar la sat – 1,6%. Cei care își pot permite (33,2%), și-au construit sisteme proprii de canalizare, deci păturile vulnerabile nu au acces la aceste servicii. Pe de altă parte, sistemul propriu de canalizare se realizează de obicei fără a ține cont de cerințele de mediu și de sănătate, ceea ce nu asigură siguranța lui. Sursele de poluare a apei de suprafață și subterane provin în principal din sistemele de sanitație individuale ale gospodăriilor casnice, deversările de apă uzată municipală insuficient tratată sau netratată, precum și infiltrațiile din locațiile de management inadecvat a deșeurilor solide și deversările de la stațiile electrice și întreprinderile industriale. Ponderea probelor de apă cu abateri de la normele sanitare în sursele centralizate de apă s-a majorat până în 2012 cu 15% față de 2006. Cea mai nefavorabilă situație privind calitatea apei din sursele subterane folosite în scopuri potabile s-a creat în raioanele Călărași, Ceadâr-Lunga, Glodeni, Strășeni și Ștefan Vodă (MM, 2011, p. 79-80).

Problemele de mediu sunt dependente de evoluția altor ODM-uri. Șomajul și sărăcia populației (ODM 1), împreună cu scumpirea energiei, a avut drept consecință creșterea tăierilor ilicite și a braconajului. O situație alarmantă se constată la consumul real de lemn de foc în Republica Moldova, care, practic este egal cu creșterea medie totală a pădurilor Moldovei (Capcelea et al., 2012, p. 36).

Accesul limitat la serviciile publice, inclusiv infrastructura de aprovizionare cu apă și canalizare, este o componentă a ratei înalte a sărăciei în mediul rural. Gospodăria casnică medie în Moldova cheltuie actualmente 5% din venitul lunar disponibil pentru serviciile AAC. Analiza micro-accesibilității gospodăriilor casnice grupate după decile, în conformitate cu metodologia BNS, confirmă, că cele mai sărace decile ar trebui să cheltuiască 15% din venitul disponibil pentru a-și permite servicii AAC de standard minim. Acesta este un cost prea înalt pentru gospodăriile casnice vizate. Conform evaluării, doar patru dintre decilele gospodăriilor casnice cu cel mai înalt venit își pot permite să achite serviciile AAC. Ca rezultat, în prezent, peste 50% din populația țării consumă apă necalitativă. Apa potabilă de calitate proastă cauzează până la 15-20% dintre îmbolnăvirile de boală diareică acută și hepatită de tip A, 22-25% dintre maladiile gastrointestinale și 100% dintre cazurile de fluoroză dentară (ODM 6) (MM, 2011, p. 29). Anemiile și malformațiile congenitale sunt condiționate în mare parte de conținutul ridicat de nitrați în apa de băut (Șalaru, 2012). Într-o țară care se află la etapa inițială de dezvoltare socio-economică, investițiile în AAC pot avea un impact socio-economic enorm. Aproximativ 10% din povara globală a maladiilor din lumea întreagă ar putea fi prevenite cu îmbunătățiri efectuate în privința apei, sanitației, igienei și gestionării mai bune a apei în toată lumea. Povara maladiilor legate de apă cade în mod neproportional asupra țărilor în curs de dezvoltare, și în special asupra copiilor cu vârsta mai mică de 5 ani, 30% dintre decesele în această categorie fiind atribuite accesului inadecvat la apă și sanitație (OECD, 2011, p. 3). Populația rurală este expusă mai mult acestor factori decât cea urbană. Educația (ODM 2) ecologică contribuie la schimbarea atitudinii față de resursele naturale și de mediu. Aceste aspecte sunt legate de drepturile

Figura 11. Dezvoltarea durabilă: COMPENSAREA CERCULUI VICIOS DE CĂTRE CERCUL VIRTUOS



omului, întrucât viața oamenilor este dependentă de un mediu sănătos și durabil. Astfel, avem un cerc vicios care ar putea fi compensat de unul virtuos numai cu anumite eforturi și sprijin din partea Guvernului (Figura 11).

Constrângerile critice

Integrarea slabă a problemelor ecologice în politicile și programele țării. Direcțiile principale ale politicii ecologice a Republicii Moldova sunt formulate în multiple legi adoptate, convenții internaționale ratificate, decizii și hotărâri guvernamentale, strategii, concepții de mediu, programe și planuri de mediu. Totuși, Republica Moldova nu are o politică comprehensivă și integrată de mediu și principiile de dezvoltare durabilă nu sunt încadrate în politicile și programele naționale. Acest lucru lipsește și în Strategia de Dezvoltare Națională „Moldova 2020”. Strategia prevede că protecția mediului va fi corelată în funcție de acumulările bugetare în urma obținerii rezultatului preconizat. Instituțiile de ramură soluționează în mod izolat problemele economice, ecologice sau sociale fără asigurarea sinergiei activităților. Documentele de politică ale Guvernului Republicii Moldova în sectorul apelor nu sunt coerente, nu sunt coordonate, iar instituțiile din sectorul apelor nu asigură schimbul de informație (OECD, 2011). În virtutea priorităților identificate în cadrul negocierilor noului Acord de Asociere Republica Moldova – Uniunea Europeană, Republica Moldova urmează să-și reformeze politica de mediu în concordanță cu reglementările Uniunii Europene (Ministerul Justiției, 2010). Unul dintre cele mai importante aspecte ale sistemului de alimentare cu apă și canalizare (AAC) este delegarea prestării serviciilor: acestea pot fi furnizate direct de către autoritățile publice sau pot fi delegate de către autorități altor instituții (de exemplu, instituții publice sau private). În scopul asigurării serviciilor durabile de înaltă calitate și de încredere, este necesar să se asigure o finanțare suficientă pentru operațiunile de AAC. Aceasta se referă atât la necesitățile de investiții, cât și la acoperirea tuturor costurilor necesare pentru întreținerea și exploatarea sistemului (energie, muncă, întreținere a infrastructurii etc) (OECD, 2013, p. 6).

Lipsa de continuitate a strategiilor și politicilor de mediu afectează calitatea mediului. Atunci când odată cu schimbarea guvernului are loc și revizuirea priorităților și modificarea componenței cadrelor ce gestionează și monitorizează realizarea acestor politici și strategii, calitatea activităților se reduce substanțial. Situația politică instabilă și lipsa de cooperare și coordonare între reprezentanții

diferitor partide din cadrul aceleiași instituții guvernamentale afectează calitatea documentelor strategice. Astfel, unele strategii naționale și de sector au omis includerea cuprinzătoare a ODM-urilor. Conform Strategiei AAC, instituțiile actuale care activează în sectorul de aprovizionare cu apă și canalizare sunt fragmentate, au politici inadecvate și personal insuficient, fiind incapabile să administreze problemele curente ale sectorului. Cooperarea și coordonarea slabă dintre agențiile guvernamentale, precum și cu societatea civilă, acutizează această problemă.

Există provocări legate de gestionarea resurselor naturale. Astfel, cererea la apă este în creștere, iar alocarea resurselor de apă limitate între ramurile economiei naționale și cerințele de mediu necesită integrarea deplină a considerentelor de aprovizionare, cerere, calitate a apei și starea ecologică. Deși în unele documente de strategie și politici sectoriale (Strategia AAC, Strategia energetică a Republicii Moldova, Strategia de Dezvoltare Durabilă a Agriculturii) există prevederi optimiste, acestea sunt slab realizate din diverse motive, inclusiv lipsa acoperirii financiare, lipsa specialiștilor în ramurile conexe domeniului apă și canalizare, lipsa instrumentelor motivaționale, corupție etc.

Impactul schimbărilor climatice, deșertificării este în creștere, dar strategiile existente în domeniu nu au caracter practic. Conform estimărilor, resursele de apă de suprafață disponibile se vor diminua cu 16-20% până în anul 2020. Aceasta înseamnă că siguranța aprovizionării cu apă pentru toți utilizatorii va fi periclitată în anul 2020, când intensitatea utilizării apei va atinge 100% (PNUD, 2010, p. 74). Dezvoltarea urbană în zonele geografice cu deficit de apă poate impune necesitatea gestionării minuțioase din perspectiva accesului limitat la aprovizionarea cu apă în viitor. Lipsa programelor reale de adaptare, atenuare și combatere pe termen scurt, mediu și lung cu stimularea investițiilor și activităților, precum și a mecanismelor clare de realizare reduce substanțial eficiența acțiunilor întreprinse întru diminuarea impactului calamităților naturale. Numărul sporit de evenimente climatice extreme (inundații, furtuni, secete etc.) necesită atât strategii practice de atenuare, reabilitare, cât și construirea infrastructurii necesare și capacități sporite de reacție.

Posibile oportunități și factori de succes

Cooperarea mai bună între entitățile ce activează pentru mediu ar duce la rezultate mai bune. Deși o cooperare formală există și este promovată

de Ministerul Mediului sub formă de întruniri cu ONG-urile de mediu, consultări cu populația asupra aspectelor legislative, audieri publice, nu există deocamdată mecanisme clare de susținere a inițiativelor locale. Documentele strategice ce reglementează domeniul aprovizionării cu apă și canalizare definesc o serie de obiective comune ce pot fi realizate prin implementarea parteneriatelor public-privat (Expert-Grup, 2010, pag. 73). Transparența mai înaltă în alocarea banilor din Fondul Ecologic Național și cele locale, precum și implicarea activă a societății civile în elaborarea și realizarea proiectelor gestionate de guvern ar conduce la rezultate vizibile și palpabile în atingerea indicatorilor de mediu.

Promovarea și punerea în practică a economiei verzi și-a dovedit utilitatea în alte state. Principiile economiei verzi sunt simple și nu necesită cheltuieli mari. Suplimentar, mecanismele de motivare a economiei verzi în Republica Moldova ar permite realizarea investițiilor și implicarea sectorului privat în protecția mediului.

Promovarea și creșterea gradului de participare activă a întregii populații la protecția mediului este calea esențială de soluționare a problemelor de mediu. Participarea populației la elaborarea și implementarea activităților de protecție a mediului ar reduce substanțial necesitățile de cheltuieli publice și intervenții ale autorităților centrale și locale. Pentru a crește gradul de participare sunt necesare activități susținute de educație și sprijinul inițiativelor creative de mobilizare a resurselor locale și motivare a participării.

Susținerea păturilor vulnerabile pentru a asigura accesul acestora la serviciile publice de aprovizionare cu apă, canalizare și salubritate.

Întrucât o întreprindere comunală nu este obligată să presteze servicii sociale și să absoarbă pierderile de la gospodăriile casnice care nu-și pot permite serviciile date, implementarea eficientă a infrastructurii AAC în toată țara trebuie să fie însoțită de o schemă socială pentru a subvenționa achitarea datorată de gospodăriile casnice sărace întreprinderilor comunale, permițându-le să-și recupereze costurile.

Experiența Uniunii Europene de integrare a cerințelor de mediu în orice activitate de dezvoltare economică este o resursă utilă pentru Republica Moldova. În prezent are loc armonizarea legislației la cea a UE. O atenție deosebită necesită elaborarea mecanismelor clare de implementare a obligativității respectării spiritului și literii noii legislații.

Ministerul Mediului, Inspectoratul Ecologic de Stat, CNSP, Agențiile de Dezvoltare Regională, ONG-urile ar putea deveni lideri reali și agenți ai schimbării și asigurării transparenței și lichidării corupției în domeniul mediului. Pentru aceasta este necesară o voință politică nestrămutată întru conservarea naturii, promovarea incorporării politicilor de mediu în toate sectoarele economiei naționale, eliminarea oricăror tendințe de izolare și „concurrentă” în abordarea problemelor de mediu, proliferarea pe larg a informației de mediu în rândul populației, motivarea tuturor cetățenilor și organizațiilor în respectarea legislației ecologice și realizarea activităților necesare

Boxa 7. Bătrânețea și apa de la robinet

“Toată viața am cărat apă de la fântâna din drum pentru a pregăti mâncare, a adăpa animalele și pentru spălat. Mergeam cu două căldări grele, uneori cădeam pe gheață și le răsturnam, fiind nevoită să merg încă o dată. Mă spălam cum puteam, într-un lighean în bucătărie, când ceilalți nu erau acasă. Apoi ni s-a spus că apa din fântâna noastră nu e bună de băut și că se fac pietre la fiere dacă vom bea. Dar ce puteam face – celelalte fântâni erau departe, dar și apa nu era mai bună,” – spune Vera Bivol, pensionară, 82 de ani, din satul Costești, raionul Ialoveni.

Cu doi ani în urmă, în mahalaua „Mogilă” a fost construit un apeduct, sursa de apă provenind dintr-o fântână arteziană cu apă de calitate. Familia Bivol, fiind alcătuită din 3 adulți și 2 adolescenți, a contribuit cu 2000 de lei la costul conductei din gospodăria lor, restul fondurilor provenind de la un antreprenor din localitate. „Îi spuneam mamei că degrabă vom construi și o baie și se va putea spăla în cadă, iar când va avea nevoie de apă, doar va deschide robinetul. Dar ea nu credea. Spunea că nu va mai ajunge să o vadă și pe asta”, – spune Timofei Bivol, feciorul mai mic, de 46 de ani. “Sunt bucuroasă că avem apă în casă și cât de bine e să te speli în baie fără grabă. Îți dă sănătate. Acum mă simt și eu mai de folos că pot spăla vesela și face mâncare când feciorul și nora sunt plecați în câmp”, adaugă Vera Bivol.



**„Crearea parteneriatului global
pentru dezvoltare”**: spre o integrare
mai avantajoasă în economia globală

ODM 8

Tendențe-cheie

Particularitatea esențială a ODM 8 constă în faptul că acesta include atât aspecte care țin de integrarea țării în procesele și sistemele economice globale, cât și aspecte care țin de coeziunea socială internă.

În ceea ce privește „Dezvoltarea în continuare a unui sistem comercial și financiar transparent, bazat pe reguli, previzibil și non-discriminativ, prin promovarea exporturilor și atragerea investițiilor” (Ținta 1), progresul nu este univoc.

În perioada 2004-2009 ponderea exporturilor de bunuri și servicii în PIB a scăzut de la 51% la 37%, o ușoară recuperare urmând în anii 2010-2012 (media de 43%). Creșterea rapidă a deficitului comercial (de la 25% în medie în 2000-2002 la 50% în 2006-2008, cu ușoară redresare la 40% în 2010-2012) atestă, la nivel fundamental, înrăutățirea competitivității economiei naționale. Sistemul bancar demonstrează o expansiune, lentă, dar fermă, ponderea creditului bancar acordat economiei crescând de la 14,3% din PIB la 40,9% din PIB în 2012. Ponderea în PIB a investițiile străine directe nete a crescut de la 3,7% în 2003 la un maxim istoric de 11,4% în 2008, după care acestea au suferit drastic, reflectând consecințele crizei financiare globale. În general, riscurile externe și dezechilibrele economice persistă, fiind în mare parte amplificate de modelul bazat pe consum pe care s-a sprijinit economia moldovenească în ultimul deceniu. Republica Moldova depune eforturi pentru a deveni mai atractivă ca destinație pentru investițiile străine și pentru a valorifica mai bine avantajele oferite de poziția sa geografică și cadrul comercial în deplină liberalizare.

Problema închiderii terestre încă nu și-a găsit o soluție fermă prin modernizarea infrastructurii de transport și vamale (Ținta 2). Investițiile publice în infrastructura de transport au crescut esențial în 2009-2012, fiind în mare parte finanțate de donatori, dar impactul acestora se va materializa abia pe termen mediu. Autoritățile sunt de părere că odată cu redresarea infrastructurii transporturilor, Republica Moldova poate deveni un nod comercial al transportului din regiune. Pe parcursul ultimilor 4 ani Guvernul a întreprins anumite măsuri cu intenția de a schimba situația spre bine. Spre exemplu, în 2009 a fost deschis portul de la Giurgiulești și astfel producătorii naționali au obținut ieșire la Marea Neagră. Totuși, capacitatea redusă a portului nu poate rezolva problema

în totalitate, urmând a fi alocate eforturi pentru dezvoltarea infrastructurii de transport terestru și aerian.

În pofida tuturor vicisitudinilor economice și financiare externe și interne, datoria externă a rămas în limite menajabile (Ținta 3). Ponderea datoriei externe în PIB a scăzut de la media de 119% în 2000-2002 la 74,3% în 2007-2009, crescând din nou la 81,5% în 2010-2012. Datoria de stat externă a urmat o traiectorie similară, scăzând de la 53,5% în medie în 2000-2002 la 17,7% în 2010-2012. Această scădere a presiunii datoriei a fost posibilă grație creșterii economice. Totodată, Guvernul, susținut și de principalii săi parteneri de dezvoltare, a depus toate eforturile pentru contractarea unor credite externe în condiții cât mai avantajoase.

Șomajul în rândul tinerilor rămâne o problemă gravă, cu importante implicații economice, sociale și politice (Ținta 4). După ce rata șomajului printre tinerii cu vârsta între 15-24 ani a atins un minimum istoric de 11,2% în anul 2008, presiunile au început din nou să crească (17,8% în 2010). Emigrarea, mai mult chiar decât generarea noilor locuri de muncă în economie, a fost supapa principală care a permis reducerea ratei șomajului tinerilor la 13,1% în 2012. În 2012 femeile tinere, în special cele din mediul urban, păreau puțin mai predispușe șomajului decât bărbații tineri.

Ținta 5 „Asigurarea accesului populației la medicamente esențiale” este greu de monitorizat, deoarece nu a fost asigurată colectarea datelor statistice relevante. Indicatorul monitorizat este numărul localităților în care există instituții medico-sanitare primare, dar nu există asistență farmaceutică, conform căruia există peste 60 de asemenea localități – toate rurale.

Moldova a atins progrese remarcabile în ceea ce privește Ținta 6 „Edificarea societății informaționale”. Nivelul de penetrare al telefoniei fixe s-a dublat, crescând de la 16,6 la 100 de locuitori în anul 2000 la 33,9 în anul 2012. Telefonie mobilă a demonstrat o evoluție de-a dreptul spectaculoasă, nivelul de penetrare crescând de la 10% în 2003 la 78% în 2009 și la 114,6% în 2012. Dacă în 2007, 20,8 dintre 100 de gospodării aveau acces la computer personal, în 2012 nivelul era deja de 58,0 dintre 100 de gospodării. În paralel cu aceasta, a crescut și accesul la internet, rata de penetrare a acestuia crescând de la 23,4 per 100 de locuitori în 2007 la 57,0 per 100 de locuitori în 2012.

Constrângerile critice

În mediul de afaceri persistă probleme care limitează accesul exportatorilor la piețele de desfacere. Unele dintre aceste probleme sunt cu caracter regulator. În alte cazuri este vorba despre instituții de stat care încă nu și-au asumat pe deplin rolul de facilitare a comerțului. Au fost insuficiente eforturile pentru atragerea unor investitori strategici în ramurile economice cu potențial de generare a locurilor de muncă și lanțurilor de furnizori locali. De asemenea, se manifestă presiunile externe exercitate asupra Republicii Moldova din partea unor țări în vederea renunțării la obiectivul de liberalizare a relațiilor comerciale cu UE, ceea ce ar putea avea un impact dezastruos asupra potențialului de export al țării.

Deși o serie de donatori acordă țării resursele necesare pentru finanțarea unor mari proiecte de reabilitare a infrastructurii rutiere, deficitul resurselor publice impune amânarea proiectelor de reabilitare a drumurilor locale și regionale. Aceasta duce la limitarea accesului fermierilor la piețele de aprovizionare cu inputuri agricole și la piețele de desfacere. Mai mult decât atât, calitatea proastă a drumurilor locale și regionale are impact și asupra prețurilor la care sunt comercializate bunurile la nivel local, inclusiv produsele alimentare, medicamentele etc. Își spun cuvântul și capacitățile reduse de valorificare eficientă a resurselor alocate de către donatori.

Reforma lentă a sistemului justiției este o altă constrângere critică. Aceasta a afectat și sistemul bancar, care chiar dacă și-a extins prezența în economie, finanțele nu au devenit mai accesibile, în special pentru grupurile vulnerabile. Una dintre cauze este de origine sistemică și ține de încrederea redusă a publicului față de sistemul bancar. La rândul său, aceasta este determinată de lipsa de transparență a relațiilor de proprietate în sistem.

Șomajul tinerilor este în mare parte rezultatul eșecului sistemului de învățământ de a presta servicii educaționale de calitate și conforme cerințelor pieței muncii. Deși în toate țările șomajul în rândul tinerilor este mai înalt decât în rândul populației generale, în Republica Moldova există o problemă gravă cu relevanța și calitatea studiilor primite de tineri în educația profesională, ceea ce complică integrarea acestora pe piața muncii. Problema respectivă este și mai relevantă pentru sistemul de educație vocațională din cauza sistemului deficient de prognozarea a necesităților pieței muncii pe termen mediu și lung și a comunicării anemice dintre școlile profesionale și mediul de afaceri. Mai mult decât atât, rata redusă

de creare a noilor întreprinderi mici și mijlocii, în special în mediul rural, și nivelul redus de educare economică și abilități antreprenoriale ale tinerilor complică și mai mult inserțiunea acestora pe piața muncii.

Chiar dacă țara a atins progrese cantitative impresionante în edificarea unei societăți digitale, agenda de dezvoltarea rămâne plină. Serviciile de telefonie mobilă, computerele și internetul încă nu sunt accesibile celor mai sărace categorii ale populației. Tehnologiile încă nu sunt utilizate suficient de larg în școli, ceea ce întârzie alfabetizarea digitală a tinerilor.

Posibile oportunități și factori de succes

Crearea unei Zone de Liber Schimb Aprofundat și Cuprinzător între UE și Republica Moldova, care ar putea fi legiferată prin semnarea în 2014 a Acordului de Asociere între cele două părți, este o oportunitate extraordinară pentru dezvoltarea relațiilor comerciale ale țării. Republica Moldova poate continua eforturile sale de liberalizare comercială și cu alte țări care reprezintă un interes major (SUA, Canada, țările din Orientul Apropiat, China) și, totodată, să mențină relațiile comerciale favorabile cu țările CSI.

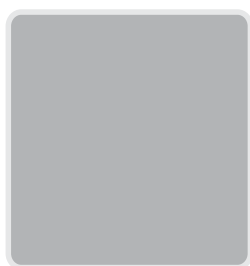
În mod inevitabil, Moldova va trebui și în viitor să depindă de finanțarea oferită de partenerii săi externi, pentru a-și reabilita infrastructura transportului rutier. Reabilitarea rețelei de transport este foarte costisitoare, iar odată cu trecerea timpului, devine și mai costisitoare. În acest context este extrem de important să fie asigurată o valorificare judicioasă și transparentă a resurselor alocate (Expert-Grup, 2012).

Republica Moldova a inițiat o ambițioasă reformă a educației vocațional-tehnice, care va îmbunătăți esențial calitatea instruirii și va asigura studenților deprinderi relevante și căutate pe piața muncii. În 2012 a fost elaborată Strategia pentru dezvoltarea educației vocaționale / tehnice pentru perioada 2013-2020, care presupune intervenții sistemice și profunde pe termen scurt, mediu și lung. Strategia a fost salutăată de către angajatori, sindicate și partenerii externi de dezvoltare, aceasta răspunzând celor mai stringente priorități pe piața muncii. Totodată, Guvernul intenționează să instituie un sistem de validare a studiilor non-formale și informare, ceea ce ar putea spori integrarea pe piața muncii a migranților și a altor persoane care au obținut studii în afara sistemului oficial de învățământ moldovenesc.

Boxa 8. Așteptările migranților privind perspectivele de dezvoltare a Moldovei

Elena și Marin Hâncu se află la muncă în Spania de 6 ani și își vizitează rudele, inclusiv fiul Sorin, în mediu de 2 ori pe an. De când au plecat soții au reușit să întorcă datoriile, să amenajeze și să mobilizeze întreaga gospodărie, precum și să facă anumite economii pentru studiile fiului și să deschidă o potențială afacere de familie în domeniul tâmplăriei. Elena și Marin ar dori să revină în țară, însă, „lipsa de încredere în ziua de mâine, drumurile dezastruoase, birocrația înaltă și serviciile medicale de proastă calitate” îi împiedică să facă acest lucru la moment. Soții au afirmat că nu vor reveni în țară până când nu se va îmbunătăți situația ce ține de serviciile publice și infrastructura de bază necesară unui trai confortabil, iar pentru anul viitor planifică să-și aducă fiul în Spania, pentru a-și continua studiile universitare. Familia Hâncu a afirmat că cunoaște mai mulți moldoveni care împărtășesc dorința ca pe viitor să revină în țară, însă așteaptă anumite schimbări de substanță la nivelul infrastructurii sociale și economice, a serviciilor publice și a calității vieții în general. În pofida situației economice dificile din Spania, Elena și Marin, la fel ca mulți alți moldoveni, preferă să nu revină deocamdată și chiar să accepte condiții mai modeste de salarizare, afirmând că situația în Moldova este și mai proastă

Sursa: *Interviu*



O agendă finalizată
sau încă nu?

ODM

Radiografia și fezabilitatea realizării Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului

☺ **ODM 1 Eradicarea sărăciei și a foamei.** Toate cele trei ținte intermediare și finale definite pentru ODM 1 au fost deja atinse. Provocarea majoră constă în menținerea progresului, în special ținând cont de riscurile economice și presiunile sociale în mediul rural. Totodată, Republica Moldova trebuie să mențină eforturile de majorare a veniturilor populației la nivele comparabile cu țările din Europa Centrală și de Est.

☺ **ODM 2 Asigurarea accesului la învățământul general obligatoriu.** În linii mari, se poate afirma că pentru ODM 2 Republica Moldova a realizat unele progrese, dar cu impact contradictoriu. Îngrijirea principală ține de utilizarea eficientă a bazei tehnico-materiale și a resurselor financiare alocate sistemului educațional și ameliorarea calității instruirii. Educația calitativă și accesibilă trebuie abordată în calitate de element indispensabil pentru a combate sărăcia într-o manieră durabilă.

☺ **ODM 3 Promovarea egalității de gen și abilitarea femeilor.** Ținta 1 intermediară privind reprezentarea femeilor la nivel decizional în consiliile locale, în consiliile raionale, în funcția de primar a fost atinsă, totuși perspectiva este mai puțin certă în ceea ce privește realizarea țintei finale. Ținta intermediară privind reprezentarea femeilor în Parlament este realizabilă, totuși perspectiva este mai puțin certă în ceea ce privește realizarea țintei finale. Noile date statistice atestă o diminuare a discrepanțelor de gen în domeniul salarizării. Asigurarea condițiilor pentru abilitarea economică și politică a femeilor este relevantă pentru prioritățile de guvernare.

☺ **ODM 4 Reducerea mortalității infantile.** Țintele obiectivului privind mortalitatea infantilă și cea până la 5 ani au fost atinse precoce. Realizarea, în 2015, a țintei ratei de imunizări contra rujeolei încă este incertă, din cauza scăderii, din diferite motive, în ultimii ani a numărului de copii vaccinați. Campaniile de informare sunt cele mai efective instrumente. Ministerul Sănătății promovează activ, inclusiv cu partenerii de dezvoltare sănătatea maternă și a copilului. În același timp nivelul mortalității încă nu a fost redus la nivelul țărilor din Uniunea Europeană.

☹ **ODM 5 Îmbunătățirea sănătății materne.** Specificul calculării ratei mortalității materne și numărul mic de cazuri contribuie la incertitudinea atingerii țintei pentru 2015. Acesta depinde într-o măsură foarte mare de constrângeri și factorii structurali greu de schimbat. Cât privește rata nașterilor asistate de personal medical, cu menținerea investițiilor existente, a accesului la servicii de sănătate reproductivă și, în general, la servicii de sănătate la un nivel bun, atingerea țintei finale este posibilă.

☹ **ODM 6 Combaterea HIV/SIDA, tuberculozei și altor maladii.** Toți cei trei indicatori – incidența HIV/SIDA în rândul populației totale, incidența HIV/SIDA printre persoanele de 15-24 de ani și rata mortalității asociate cu tuberculoza – nu se înscriu pe o traiectorie favorabilă. Este practic imposibilă atingerea țintelor stabile pentru anul 2015.

☹ **ODM 7 Asigurarea durabilității mediului.** Ținta finală este atinsă doar în ceea ce privește ariile naturale protejate de stat. Este puțin probabil că vor fi atinse țintele finale pentru ceilalți indicatori, cu excepția accesului populației la surse sigure de apă, iar în privința calității sunt restante majore pentru toți indicatorii ODM 7. Totodată, este necesar să fie precizate definițiile indicatorilor și să fie armonizată metodologia națională de calculare a accesului populației la surse îmbunătățite de apă și canalizare cu cea internațională, astfel ca datele să fie comparabile la nivel internațional. Totodată, aceste date trebuie să fie dezagregate după gen atât în localitățile urbane, cât și în cele rurale.

☹ **ODM 8 Crearea unui parteneriat durabil pentru dezvoltare.** Evaluarea fermă a progresului pentru ODM 8 este dificilă din cauza faptului că au fost definite valori-țintă finale doar pentru 2 din cele 6 ținte. Realizarea țintei finale pentru rata șomajului tinerilor este posibilă, dar va depinde de capacitatea țării de a asigura un climat atractiv pentru crearea și dezvoltarea întreprinderilor. Ținta 6 pentru edificarea unei societăți informaționale a fost deja atinsă, cu excepția indicatorului penetrării telefoniei fixe, care este deja nerelevant; or, telefonia fixă cedează tot mai mult teren în fața celei mobile, penetrarea căreia a depășit nivelul de 100%.

O evaluare telegrafică a progresului la nivel de ținte, pentru fiecare ODM este realizată în Tabelul 9. Anexa 1 include mai multe detalii privind evoluția istorică a principalilor indicatori de monitorizare a progresului..

Tabelul 9. Fezabilitatea realizării țintelor intermediare (2010) și finale (2015) ale ODM-urilor

Obiectivul / ținta	Fezabilitate țintelor	
	2010	2015
ODM 1. Reducerea sărăciei extreme și a foamei	😊	😊
Ținta 1. Reducerea ratei populației cu un consum sub 4,3 dolari pe zi/persoană (la PPC) de la 34,5% în 2006 până la 29% în 2010 și până la 23% în 2015	😊	😊
Ținta 2. Micșorarea ponderii populației sub pragul absolut al sărăciei de la 30,2% în 2006 până la 25% în 2010 și până la 20% în 2015	😊	😊
Ținta 3. Micșorarea ponderii populației sub pragul sărăciei extreme de la 4,5% în 2006 până la 4% în 2010 și până la 3,5% în 2015	😊	😊
ODM 2. Realizarea accesului universal la învățământul gimnazial obligatoriu	😊	😊
Ținta 1. Asigurarea accesului pentru toți copiii la învățământul general obligatoriu. Majorarea ratei brute de înmatriculare în învățământul general obligatoriu de la 94,1% în 2002, până la 95% în 2010 și până la 98% în 2015	😞	😊
Ținta 2. Menținerea ratei de alfabetizare în grupul de persoane cu vârsta cuprinsă între 15-24 ani la nivelul de 99,5%	😊	😞
Ținta 3. Majorarea ratei de înrolare în programele preșcolare pentru copiii de 3-6 ani de la 41,3% în 2002 până la 75% în 2010 și 78% în 2015, iar pentru copiii de 6-7 ani – de la 66,5% în 2002 până la 95% în 2010 și 98% în 2015, precum și reducerea cu cel puțin 5% a discrepanțelor dintre regiunile rurale și urbane, dintre grupurile dezavantajate și cele cu venituri medii.	😞	😊
ODM 3. Promovarea egalității de gen și abilitarea femeilor	😊	😊
Ținta 1. Majorarea gradului de reprezentare a femeilor în funcții decizionale: creșterea gradului de reprezentare a femeilor la nivelul de luare a deciziilor (de la 26,5% în consiliile locale în 2007 la 40% în 2015, de la 13,2% în consiliile raionale în 2007 la 25% în 2015, de la 18% femei primari în 2007 la 25% în 2015 și de la 22% femei deputați în Parlament în 2005 la 30% în 2015)	😞	😞
Ținta 2. Reducerea inegalității între sexe pe piața muncii: prin micșorarea discrepanței dintre salariile femeilor și bărbaților cu cel puțin 10% din 2006 până în 2015 (salariul mediu al femeilor constituind 68,1% din cel al bărbaților în 2006).	😊	😊
ODM 4. Reducerea mortalității copiilor	😊	😊
Ținta 1. Reducerea ratei mortalității infantile de la 18,5 (la 1.000 de nou-născuți vii) în 2006 până la 16,3 în 2010 și până la 13,3 în 2015.	😊	😊
Ținta 2. Diminuarea ratei mortalității copiilor cu vârste până la 5 ani de la 20,7 (la 1.000 de nou-născuți vii) în 2006 până la 18,6 în 2010 și până la 15,3 în 2015.	😊	😊
Ținta 3. Menținerea ponderii copiilor cu vârste până la 2 ani vaccinați împotriva rujeolei către anii 2010 și 2015 la nivel de cel puțin 96%.	😊	😞
ODM 5. Îmbunătățirea sănătății materne	😊	😊
Ținta 1. Micșorarea ratei mortalității materne de la 16 (la 1.000 de nou-născuți vii) în 2006 până la 15,5 în 2010 și până la 13,3 în 2015.	😊	😊
Ținta 2. Menținerea numărului nașterilor asistate de personal medical calificat în perioada anilor 2010 și 2015 la nivelul de 99%.	😊	😊
ODM 6. Combaterea HIV/SIDA, a tuberculozei și altor boli	😞	😞
Ținta 1. Stabilizarea răspândirii infecției HIV/SIDA către anul 2015. Reducerea incidenței HIV/SIDA la 100.000 de locuitori de la 10 cazuri în 2006 până la 9,6 cazuri către anul 2010 și 8 cazuri către anul 2015.	😞	😞
Ținta 2. Reducerea incidenței HIV/SIDA la 100.000 de locuitori cu vârste între 15-24 ani de la 13,3 cazuri în 2006 până la 11,2 cazuri către anul 2010 și 11 cazuri către anul 2015.	😞	😞
Ținta 3. Stoparea răspândirii și derularea procesului de reducere a tuberculozei către anul 2015. Reducerea ratei mortalității asociate cu tuberculoza de la 15,9 la 100.000 de locuitori în 2002 până la 15,0 în 2010 și până la 10,0 în 2015	😞	😊
ODM 7. Asigurarea durabilității mediului	😞	😞
Ținta 1. Integrarea principiilor dezvoltării durabile în politicile și programele țării și reducerea degradării resurselor naturale, creșterea gradului de împădurire de la 10,3% în 2002 până la 12,1% în 2010 și până la 13,2% în 2015.	😞	😞
Ținta 2. Creșterea proporției ariilor protejate pentru conservarea diversității biologice de la 1,96 în 2002, la 4,65 % în 2010 și până la 4,65 % în 2015.	😊	😊
Ținta 3. Majorarea ponderii populației cu acces la surse sigure de apă de la 38,5% în 2002 până la 59% în 2010 și până la 65% în 2015.	😞	😊
Ținta 4. Majorarea ponderii populației cu acces la canalizare îmbunătățită de la 31,3% în 2002 până la 50,3% în 2010 și 65% în 2015.	😊	😞
ODM 8. Crearea unui parteneriat durabil pentru dezvoltare	😊	😊
Ținta 1. Dezvoltarea unui sistem comercial și financiar transparent, bazat pe reguli, previzibil și non-discriminatoriu, prin promovarea exporturilor și atragerea investițiilor.	😊	😊
Ținta 2. Soluționarea problemei închiderii terestre a Republicii Moldova, prin modernizarea infrastructurii de transport și vamale	😊	😊
Ținta 3. Monitorizarea problemei datoriei externe	😊	😊
Ținta 4. Elaborarea și implementarea strategiilor pentru tineri. Reducerea ratei șomajului în rândul tinerilor până la 15% în anul 2010 și până la 10% în anul 2015.	😊	😊
Ținta 5. Asigurarea accesului populației la medicamentele esențiale	😊	😊
Ținta 6. Edificarea societății informaționale. Dublarea către anul 2015 a numărului de abonați ai telefoniei fixe și mobile față de anul 2006 și creșterea numărului de calculatoare personale și celui al utilizatorilor de Internet cu o rată de cel puțin 15% anual.	😊	😊

Sursa: evaluările autorilor raportului;

Analiza principalelor cauze ale eșecului în realizarea ODM-urilor

În general, după cum ilustrează Tabelul 8, progresul Republicii Moldova în realizarea ODM-urilor este mixt. Cu o mare certitudine, ODM 1 va fi atins. Totuși, riscurile principale care ar putea să ranverzeze progresul țin de vulnerabilitatea înaltă a sectorului agricol, slaba diversificare a oportunităților de ocupare în mediul rural și tranziția nefinalizată a politicilor de asistență socială la principiul de țintire a veniturilor.

Situația este promițătoare și în cazul ODM 4. Guvernul va trebui însă să continue eforturile pentru a asigura și a lărgi accesul general la serviciile medicale de calitate, în special pentru grupurile vulnerabile, care au un risc sporit de mortalitate infantilă. Asistența socială a familiei și educarea îngrijitorilor referitor la semnele de pericol conform CIMC este un factor important. Continuarea asigurării suficiente cu personal medical la toate nivelele pentru identificarea la timp a riscurilor și educarea îngrijitorilor, dezvoltarea în continuare a centrelor perinatale și de intervenție timpurie – acestea sunt ingredientele-cheie pentru a menține și consolida mai departe progresul atins.

Lucrurile sunt mai puțin clare în cazul ODM 2, ODM 3 și ODM 8, unde pe alocuri au fost admise derapaje, iar pe alocuri sunt atinse și progrese importante. ODM 2 se prezintă ca unul central, în acest context, realizarea acestuia fiind o premisă pentru a schimba pe termen lung stereotipurile culturale și de gen (ODM 3) și pentru a spori coeziunea socială și integrarea mai strânsă a țării în procesele globale (ODM 8).

În cazul ODM 5, 6 și 7, situația este mult mai dificilă și este clar că obiectivele stabilite, cel mai probabil, nu vor mai fi atinse. Deși în capitolele respective au fost prezentate problemele existente la nivel de sector, analizele arată că există și o serie de factori sistemici care au împiedicat țara să atingă un progres mai vizibil pe calea sa spre ODM.

- *Una dintre cauzele fundamentale care au determinat eșecurile în atingerea câtorva obiective este faptul că multe autorități nu au „îmbrățișat” de la bun început filosofia de dezvoltare care a stat în spatele ODM-urilor. Astfel, obiectivele naționale de dezvoltare pentru perioada post-2015 trebuie să asigure, de la bun început, participarea autorităților în definirea indicatorilor și țintelor asumate.*
- *Pe parcursul anilor, în multe instituții a fost pierdută „memoria instituțională” (fie din cauza*

reorganizărilor, fie a fluctuației personalului) și a slăbit interesul față de obiectivele care au fost asumate inițial. Fragmentarea și volatilitatea instituțională și-au lăsat amprenta, în particular, asupra sectorului de aprovizionare cu apă și canalizare, unde instituțiile au personal insuficient, iar capacitățile de elaborare de politici și administrare a problemelor curente ale sectorului sunt joase. Această problemă ar putea fi rezolvată printr-o monitorizare mai atentă din partea Guvernului privind continuitatea unor documente majore de politici.

- *A existat o problemă privind coordonarea strategică a politicilor relevante pentru unele domenii acoperite de ODM-uri. De exemplu, au fost implementate proiecte de construcție a apeductelor fără asigurarea sistemului de canalizare și epurare. A existat și o lipsă de cooperare între organizațiile și instituțiile naționale relevante. La următoarele etape va fi necesară o distribuție mai bună a responsabilităților și competențelor și asigurarea unei coordonări strategice de nivel înalt a obiectivelor de dezvoltare, care ar putea avea loc fie la nivel de Guvern, fie de Președinție.*
- *Au existat numeroase probleme privind datele statistice: deși au fost formulate obiective de dezvoltare și anumiți indicatori de monitorizare, nu au fost elaborate metodologii pentru calcularea unor indicatori-cheie. De asemenea, există dubii privind calitatea unor date furnizate. Obiectivele de dezvoltare post-2015 vor trebui să se bazeze pe o evaluare mult mai serioasă a cadrului național de date statistice.*
- *Concentrarea pe aspecte formale, cantitative, fără analiza impactului calitativ al politicilor, a fost o greșeală. De exemplu, în cazul ODM 7 s-a putut observa că majorarea suprafeței pădurilor a fost atinsă prin plantare de specii care nu corespund condițiilor de creștere locale și sunt mai puțin prețioase. Aceasta implică, pentru viitor, alocarea unor resurse umane și financiare mai mari pentru evaluarea calitativă a impactului politicilor și programelor adoptate.*
- *Constrângerile financiare severe și-au lăsat amprenta asupra ODM-urilor. Acest fapt creează provocări și incertitudini majore privind finanțarea ulterioară a proceselor. Această îngrijorare este deosebit de relevantă în cazul ODM 6 și ODM 7. Este clar că avem de a face cu o problemă structurală profundă, care urmează posibil să fie rezolvată pe termen lung numai odată cu consolidarea sectorului privat. Totodată, o prioritate strategică pe care trebuie să și-o asume Guvernul este cea de reducere a ponderii economiei informale, pentru ca baza impozabilă să se extindă cât mai mult și să asigure încasări bugetare necesare pentru implementarea unor obiective de dezvoltare pe termen lung.*



AGENDA

DE DEZVOLTARE POST-2015

Vocea cetățenilor

ODM-urile nu reprezintă stația terminus pentru dezvoltarea internațională, iar, la moment, are loc un dialog intens la nivel global privind constituirea cadrului de dezvoltare post-2015. În acest context, pentru a asigura ca vocea cetățenilor să fie auzită, în perioada noiembrie 2012 – martie 2013, în Republica Moldova a fost desfășurată campania de consultări naționale post-2015 „Viitorul pe care și-l dorește Moldova”. Scopul acestei campanii a fost de a consulta părerea cetățenilor, inclusiv din grupurile vulnerabile și comunitățile deprivate (identificate pe baza Indicelui de Deprivare al Ariilor Mici⁴⁶), referitor la prioritățile de dezvoltare și viitorul pe care aceștia îl văd pentru țară. Consultările propriu-zise au fost precedate de o informare activă a societății despre acest exercițiu, în vederea mobilizării unui număr cât mai mare de participanți la consultări. În rezultat, un număr total de circa 7500 de cetățeni au participat la acest proces, prin intermediul a circa 15 de focus-grupuri, 10 mese rotunde, un sondaj de opinie reprezentativ la scară națională și un sondaj on-line⁴⁷.

Astfel, în cadrul consultărilor naționale au fost identificate cinci subiecte majore care au atras cele mai multe îngrijorări și frustrări din partea celor care au participat la consultările post-2015. Trei dintre cele cinci subiecte sunt „sectoriale”:

- **„Subiectul economic”:** educație, locuri de muncă și dezvoltare economică durabilă. Cele mai importante năzuințe ale oamenilor au fost legate de încurajarea activității antreprenoriale, afirmarea activă a drepturilor la muncă decentă, eradicarea sărăciei, gestionarea mai eficientă a efectelor sociale ale migrației forței de muncă, o educație mai calitativă, o infrastructură mai accesibilă și rezistentă și fortificarea unei economii naționale bazate pe inovație.
- **„Subiectul social”:** societate incluzivă, tolerantă și solidară. La acest subiect cele mai frecvent menționate priorități sunt edificarea unui sistem de pensii just și eficient, politici de protecție socială adresate celor mai vulnerabili, incluziune socială mai largă, o societate mai tolerantă și nediscriminatorie, precum și edificarea unei societăți mai educate (având la bază „cei șapte ani de acasă”, după cum au menționat majoritatea celor intervievați).

- **„Subiectul mediu și sănătate”.** La acest aspect participanții au evidențiat câteva priorități, cum ar fi asigurarea cu apă și sisteme de sanitație adecvate, managementul deșeurilor și utilizarea unor surse de energie regenerabilă.

Adiacentă tuturor celor trei subiecte „sectoriale”, în procesul de consultări a apărut o prioritate orizontală pe care am putea să o numim **„Buna guvernare și drepturile omului”**. Îmbucurător este faptul că tinerii și copiii au menționat în mod deosebit de frecvent această prioritate, ceea ce dă speranțe pentru o societate moldovenească tot mai activă și mai implicată. La acest aspect cele mai importante accente au fost puse asupra unor asemenea imperative ca justiția, statul de drept, combaterea corupției, respectarea drepturilor omului și guvernare deschisă.

Totodată, consultările publice au scos în evidență o particularitate a contextului național de dezvoltare care constă în **discrepanța dintre mediul rural și cel urban**. Reducerea acestei discrepanțe – care se manifestă prin inegalitatea veniturilor, șanselor și oportunităților, lacune de performanță, lacune în atitudini și valori – s-a cristalizat, astfel, ca cea de-a cincea prioritate majoră de dezvoltare.

Guvernul intenționează să utilizeze rezultatele acestor consultări prin două modalități:

- Dând un sens politic vocii oamenilor și aspirațiilor formulate de către aceștia în cadrul strategiilor și programelor de dezvoltare pe care le va adopta pentru orizontul de dezvoltare post-2015 și ajustarea strategiilor existente la rezultatele acestor consultări, și
- Utilizând experiența consultărilor propriu-zise, pentru a consulta viitoarele politici de dezvoltare.
- Asigurând conexiunea dintre preocupările cetățenilor, articulate în cadrul consultărilor și agenda de politici, precum și ajustarea acesteia în caz de necesitate.

Viziunea guvernului

Viziunea oficială de dezvoltare pe termen lung este expusă în Strategia Națională de Dezvoltare „Moldova 2020: Șapte soluții pentru creșterea economică și reducerea sărăciei”. Strategia a fost elaborat într-un cadru larg de participare, im-

⁴⁶ Baza de date IDAM este accesibilă la <http://www.mec.gov.md/deprivarea-localitatilor-rurale/>.

⁴⁷ Informații detaliate despre organizarea procesului de consultări sunt disponibile la <http://www.un.md/2015/>.

plicând societatea civilă, partenerii de dezvoltare, funcționari și oficiali publici de rang înalt. Strategia a fost audiată și dezbătută în Parlamentul Republicii Moldova și aprobată prin lege⁴⁸. „Moldova 2020” menține abordarea inter-sectorială a precedentei Strategii Naționale de Dezvoltare 2008-2011, dar abordează cele mai critice constrângeri care împiedică dezvoltarea durabilă a țării. Aceste constrângeri au fost identificate în rezultatul aplicării unei metodologii de analiză a constrângerilor critice care se bazează pe un fundament științific solid și și-a găsit o aplicare internațională largă. Cele șapte priorități ale „Moldovei 2020” au fost formulate în felul următor:

- 1. Studii relevante pentru carieră;** viziunea de dezvoltare este că corelarea mai bună dintre cererea pieței forței de muncă și oferta educațională va avea un impact considerabil asupra creșterii economice și reducerii sărăciei. Parteneriatul dintre sistemul educațional și beneficiarii serviciilor (angajați, angajatori) va genera o ofertă educațională care va corespunde cantitativ, calitativ și structural necesarului de forță de muncă. Acest fapt va contribui, la rândul său, la reducerea ratei șomajului, inclusiv în rândul tinerilor (răspunzând astfel priorităților asumate în cadrul ODM 8), și a fluxului cetățenilor care pleacă peste hotare, precum și a ratei populației expuse riscului sărăciei sau excluziunii sociale (ODM 1).
- 2. Drumuri bune, oriunde;** această prioritate derivă din constatarea că economia Republicii Moldova este bazată, în mare măsură, pe agricultură și industria produselor agricole, de aceea o infrastructură rutieră solidă, un transport rutier bine funcțional și centrele logistice multimodale vor asigura accesul producătorilor agricoli la piețele de desfacere locale și externe. Reabilitarea drumurilor din țară va asigura diversificarea economiei rurale și va avea un impact social enorm, în particular prin asigurarea accesului oamenilor la serviciile publice.
- 3. Finanțe accesibile și ieftine;** pentru sporirea accesului la finanțare Guvernul mizează pe dezvoltarea intermedierei financiare, optimizarea costurilor resurselor financiare și optimizarea condițiilor de garantare a creditelor și împrumuturilor. Obiectivul autorităților pentru 2020 este să dispună de un sistem financiar care transformă în modul cel mai eficient economiile salariaților, emigranților, firmelor etc. în investiții.

4. Business cu reguli clare de joc; evaluând în mod obiectiv resursele, condițiile și perspectivele economice ale țării, Guvernul își propune să îmbunătățească mediul de afaceri moldovenesc, astfel încât riscurile și costurile afacerii să fie considerabil mai mici decât în țările din regiune. Acest lucru va avea un impact economic și social major, exprimat prin creșterea investițiilor interne și străine, majorarea numărului de întreprinderi fiabile, crearea a noi locuri de muncă atractive, sporirea productivității muncii și ameliorarea competitivității exporturilor moldovenești. În acest context „indicatorul de progres” va fi depășirea de către Republica Moldova a nivelului mediu din regiune, în principalele clasamente economice „Doing Business”, Indicele de „Libertate Economică” și Indicele Competitivității Globale.

5. Sistem de pensii echitabil și sustenabil; această prioritate răspunde năzuinței oamenilor de a se bucura de un sistem de pensii echitabil și sustenabil, care le-ar asigura un trai decent după pensionare. Guvernul vede aceasta ca pe o premisă indispensabilă pentru coeziunea socială. Totodată, reforma sistemului de pensii presupune construirea noilor piloni care ar asigura durabilitatea sistemului, având în vizor dimensiunea de gen. Finanțarea unor eventuale majorări de pensii din mijloace din afara sistemului de pensii reduce șansele de reușită ale altor reforme, inclusiv și cele ale celorlalte priorități de dezvoltare.

6. Energie furnizată sigur, utilizată eficient; viziunea la care aspiră Guvernul Republicii Moldova este ca în anul 2020 să existe un complex energetic competitiv și eficient, care va asigura toți consumatorii cu resurse energetice calitative, în mod accesibil și fiabil. Aceasta va fi, de fapt, baza modelului de dezvoltare durabilă a economiei naționale, unul care va reduce și sărăcia energetică prin sporirea accesibilității economice a resurselor. Guvernul vede ca fiind de maximă prioritate reducerea dependenței de importurile resurselor energetice și consolidarea securității energetice, pentru atingerea căreia vor fi dezvoltate interconexiunile de transportare a resurselor energetice și va fi asigurată integrarea în sistemul energetic european.

7. Justiție responsabilă și incoruptibilă; în consonanță cu opiniile exprimate de cetățenii care au participat la consultările naționale post-2015, Guvernul Republicii Moldova împărtășește viziunea unei justiții aflate în ser-

⁴⁸ Legea nr. 166 din 11 iulie 2012.

viciul cetățeanului. Ca și finalitate a reformei din domeniul justiției, Guvernul anticipează că justițiabili vor fi mulțumiți de o justiție imparțială, calitativă, responsabilă și realizată în termene optime, cu toleranță zero față de corupție, pentru o dezvoltare durabilă a țării, iar sistemul justiției va oferi remedii efective pentru o creștere economică inclusivă, justiție socială și securitate umană.

Care ar fi Obiectivele de Dezvoltare Durabilă post-2015?

Cum ar putea fi armonizate prioritățile de dezvoltare, așa cum sunt văzute de oameni, și cele oficiale? În esență, acestea sunt perfect convergente, doar că perspectivele diferă. În cadrul consultărilor naționale post-2015 „Viitorul pe care și-l dorește Moldova” oamenii au exprimat anumite viziuni de dezvoltare care mai degrabă pot fi calificate ca fiind niște **obiective dezirabile** (de stare, de nivel dorit de dezvoltare). Prioritățile identificate în „Moldova 2020” ar putea fi privite ca niște **obiective catalizatoare** (adică, care abilitază societatea și oamenii să atingă nivelul de dezvoltare dorit). Legând între ele cele două perspective, eventualele Obiective de Dezvoltare Durabilă post-2015 ar putea fi privite ca niște **obiective funcționale** care asigură că toți oamenii vor avea capacitățile necesare pentru a putea valorifica impactul pozitiv adus de „Moldova 2020” și pentru a urmări propriile aspirații de dezvoltare și de bunăstare. Astfel, am putut identifica zece Obiective de Dezvoltare Durabilă post-2015 care țintesc crearea unor condiții care să permită ruperea cercurilor vicioase ale sărăciei și abilitarea funcțională a oamenilor.

1. *Protecția sănătății mamei și copilului;*
2. *Asigurarea cuprinderii universale cu asigurare medicală obligatorie*

3. *Promovarea dezvoltării timpurii și integrării copiilor / persoanelor cu dizabilități în societate*
4. *Reducerea mortalității cauzate de HIV/SIDA, tuberculoză și maladiile non-infecțioase (cardiovasculare, oncologice);*
5. *Îmbunătățirea nutriției și asigurarea cu micronutrienți (I, Fe, acid folic)*
6. *Asigurarea cuprinderii universale a copiilor în învățământul preșcolar și obligatoriu (clasele 1-9);*
7. *Crearea locurilor de muncă decente și ocuparea deplină;*
8. *Edificarea unei societăți inovaționale și creative;*
9. *Dezvoltarea durabilă a comunităților rurale;*
10. *Oraș verde – economie verde – țară fără deșeuri;*
11. *O societate a oportunităților egale pentru femei și bărbați;*
12. *O guvernare calitativă, inclusiv la nivel local;*

Astfel, o parte dintre obiectivele post-2015 vin să asigure continuarea eforturilor pentru realizarea unor Obiective de Dezvoltare ale Mileniului pe care Republica Moldova a eșuat să le realizeze. Altele sunt noi, formulate pentru a răspunde noilor priorități de dezvoltare care au apărut ori s-au accentuat pe parcursul ultimului deceniu. Luate împreună, acestea nu creează o „agendă separată” de dezvoltare, ci doar vin să „umanizeze” obiectivele generale de dezvoltare pe care Republica Moldova și le-a stabilit în cele mai importante strategii naționale și de sector pentru a răspunde noilor provocări în adresa dezvoltării sale durabile.



LISTA REFERINȚELOR ȘI SURSELOR

Adrian Lupușor, Ana Popa, Alex Oprunenco, Petru Bacal, Valeriu Prohnițchi, Prioritățile de politici pentru promovarea Parteneriatului Public-privat în sectorul transporturilor, energiei, apei și managementului deșeurilor pentru 2010-2013, Centrul Analitic Independent Expert-Grup, 2010.

Andre Lalonde, Rachel Grelier. FIGO Saving Mothers and Newborns Initiative 2006-2011. International Journal of Gynecology and Obstetrics 119 (2012) S18-S21.

Arcadie Capcelea, Aurel Lozan, Ion Lupu [et al.], Studiu analitic privind consumul de masă lemnoasă în Republica Moldova, Agenția „Moldsilva”, 2011. – 48 p.

Banca Mondială, „Republica Moldova: priorități de politici pentru dezvoltarea sectorului privat”, Chișinău, iunie, 2013;

Ballington, J. Equality in Politics: A Survey of Women and Men in Parliaments, Inter-Parliamentary Union, Geneva, 2008

Brighidin A., Raport privind Studiul sociologic asupra accesului femeilor și bărbaților, reprezentanți ai grupurilor vulnerabile, la servicii și procesul decizional la nivel local. UNDP, UNWomen, Moldova, 2012

BNS / Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, Munca copiilor în Republica Moldova: rezultatele cercetării statistice din 2009 privind Activitățile copiilor: Sinteză. Chișinău, 2010 <http://www.statistica.md>

BNS / Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, Aspecte privind nivelul de trai al populației în 2011, Chișinău, 2012 (a);

BNS / Biroul Național de Statistică, Educația în Republica Moldova. Publicație statistică 2011/2012, Chișinău, 2012;

BNS / Biroul Național de Statistică, Educația în Republica Moldova. Publicație statistică 2012/2013, Chișinău, 2013;

BNS, Accesul populației la serviciile de sănătate. Rezultatele studiului în gospodării, august-octombrie 2010. Sinteză, Chișinău, 2012 (c);

BNS, Utilizarea timpului în Republica Moldova, 2013 <http://www.statistica.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=4055>

Centrul PAS, Studiul de analiză a echitației în sănătatea mamei și copilului, comandat de UNICEF, 2009;

CNȘPMP / Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă / și ORC Macro, Studiul Demografic și de Sănătate din Republica Moldova, Calverton, Maryland, 2005;

CNSP / Centrul Național pentru Sănătate Publică/, Buletin informațional privind situația epidemiologică în HIV în 2012, 2013;

Centrul Național de Sănătate Publică, MS, UNICEF-Moldova, WHO, Swiss Agency for Development and Cooperation. REPUBLICA MOLDOVA Studiu de indicatori multipli în cuiburi, 2012. Raport preliminar, iunie 2013.

Council of Europe, European Committee on Migration, Committee on Human Rights, National Minorities and International Relations, International Women's Rights Centre „La Strada -Ukraine” Women and Migration, Kyiv, 2010.

Duflo Esther, Women Empowerment and Economic Development, Journal of Economic Literature, 2012, 50(4), 1051-1079;

Elena Aculai, Condițiile de creare și dezvoltare a întreprinderilor: analiză prin prisma de gen. BNS, UNWomen, UNDP. Chișinău, 2009, p.89 www.statistica.md

Friedrich Schneider, Andreas Buehn and Claudio E. Montenegro, Shadow economies all over the world. New estimates for 162 countries from 1999 to 2007, World Bank, Policy Research Working Paper 5356, July 2010;

Guvernul Republicii Moldova, Al Doilea Raport cu privire la Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului Republica Moldova, 2010;

Guvernul Republicii Moldova, Ministerul Educației, Strategia consolidată de dezvoltare a învățământului pentru anii 2011-2015, Aprobată prin Ordinul Ministrului Educației nr. 849 din 29. 11. 2010;

Guvernul Republicii Moldova, Strategia Națională de Dezvoltare Moldova 2020, adoptată prin Legea nr. 166 din 11 iulie 2012;

Greenwell Fern, Improved measurement and monitoring of MDGs in Moldova: targets, indicators, definitions, data sources, progress analysis, Results of technical support missions by specialized statistician expert, June 2011;

Gr. Prisăcaru, V. Țapiș, V. Stîngaci [et al.], Protecția mediului în Republica Moldova: Anuarul IES – 2011, Inspectoratul Ecologic de Stat, Ch. : Continental Grup, 2012. – 248 p.;

Hammarberg Thomas, Expert superior ONU Raport privind Drepturile Omului în Regiunea Transnistreană a Republicii Moldova, Februarie, 2013;

Ion Șalaru, Aspecte privind calitatea apei potabile și riscurile pentru sănătatea populației, Conferința Internațională „Provocările din sectorul apă și canalizare în Republica Moldova, 6 noiembrie 2012. Chișinău;

Iuliana Cantaragiu, Asigurarea unui mediu durabil: Aportul societății civile și al sectorului privat la atingerea țintelor naționale ale ODM 7 în Republica Moldova, Inst. de Politici Publice, Center for Economic Development, Expert-Grup Independent Think-Tank. - Ch. : Inst. de Politici Publice, 2012 (Tipogr. “Almor-plus”). - 53 p. ISBN 978-9975-4415-6-8).

- Ludmila Malcoci, Statutul socio-economic al persoanelor cu HIV: Studiu sociologic, Fundația Soros - Moldova, 2012;
- Lutz Wolfgang, Toward a 21st Century Population Policy Paradigm: Fostering the Human Resource Base for Sustainable Development, presentation for the UNECE Regional Conference, Geneva, 2013;
- MAIA / Ministerul Agriculturii și Industriei Alimentare al Republicii Moldova, Evaluarea comprehensivă pentru aprecierea impactului secetei din 2012 în Moldova, August 2012;
- MEC / Ministerul Economiei al Republicii Moldova, Raport privind sărăcia în Republica Moldova 2011, Chișinău, 2012;
- MEC / Ministerul Economiei al Republicii Moldova, Raport privind sărăcia în Republica Moldova 2008, Chișinău, 2009;
- MEd / Ministerul Educației al Republicii Moldova, Raport de activitate pentru anul 2012, Chișinău, 2013;
- Ministerul Sănătății, Sănătatea migranților moldoveni. Impactul situației social-economice, Chișinău, 2010;
- Ministerul Sănătății et al., Republica Moldova. Raport despre progresele înregistrate în combaterea infecției HIV/SIDA, Ianuarie 2010-decembrie 2011, Chișinău 2012;
- MS, MMPSF și CNMS / Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, Centrul Național de Management în Sănătate/ Vulnerabilitatea femeilor din Republica Moldova la HIV și SIDA, 2010;
- Otilia Scutelnicu, Vasile Cantarji [et al.], Women's vulnerability to HIV/AIDS in Transnistria, 2011;
- PNUD-Moldova, Raportul Național de Dezvoltare Umană 2009-2010, Schimbările climatice în Republica Moldova: impactul socio-economic și opțiunile de politici pentru adaptare, 2009;
- PNUD-Moldova, Raportul Național de Dezvoltare Umană 2012, Aspirațiile europene și dezvoltarea umană a Republicii Moldova, 2012;
- Politica de mediu a Republicii Moldova se orientează spre standardele Uniunii Europene, 2010, <http://www.justice.gov.md/libview.php?idc=7&id=419>
- Policy responses: Now & Beyond 2014. UNECE Regional Report. UNECE Regional Conference, Geneva, 12 July 2013.
- Raportul Național privind Starea Mediului în Republica Moldova, 2007-2010, MM, Academia de Științe și Institutul de Ecologie și Geografie. Tipografia „Nova-Imprim” SRL. – 2011. – 192 p. ISBN 978-9975-4224-4-4
- Raportul Național privind Dezvoltarea Umană intitulat Schimbările Climatice în Republica Moldova: Impactul socio-economic și opțiunile de politici pentru adaptare, PNUD, Centru Analitic Independent Expert-Grup. 2009
- Veronica Sandu și Alexandru Sînchetru, Analiza experienței în implementarea legii privind ajutorul social, Centrul Analitic Independent Expert-Grup, Chișinău, 2011;
- Strategia de Aprovizionare cu Apă și Canalizare a Republicii Moldova (versiune revizuită). Ch., , 2012, 71 p.
- Stratulat, P. si al. Raport asupra studiului de evaluare a necesităților sănătății mamei și copilului, Chișinău, 2013
- Stratulat, P.; Gardosi, J.; Curteanu, A.; Caraus, T.; Petrov, V. Improving quality of perinatal care through Confidential Enquiries in Moldova. *Entre Nous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health. Statistics and stories: Improving the Quality of Maternal and Neonatal Health in Europe.* No. 70-2010, ISSN 1014-18485.
- Valentin Friptu et al., Ancheta Confidențială a Mortalității Materne. Primul raport de analiză confidențială a mortalității materne în Republica Moldova. 2006 – 2008, Chișinău, 2010;
- UN Women, Women's Needs Assessment, Chisinau, 2011;
- UNICEF, Studiu analitic cu privire la situația romilor în comunitățile cu pondere sporită a populației rome, 2012;
- UNICEF, PAS, Evaluarea Inițiativei de Conduită Integrată a Maladiilor la Copii în Republica Moldova Anii 2000-2010. Raport Final, Chișinău, 2011.
- UNICEF-Moldova, Analiza situației copiilor vulnerabili, excluși și discriminați din Moldova, Chișinău, Noiembrie 2011;
- UN-Moldova, „Brief interim report on the National Consultations on the post-2015 Development Agenda “The Future Moldova Wants”, Reporting period: November 2012 – January 2013, 2013, downloadable at http://www.un.md/key_doc_pub/MDGInterimreport_22_02_2013.pdf;
- UNWomen, UNICEF-Moldova, „Cererea și oferta serviciilor de educație timpurie și preșcolară din perspectiva angajării femeii în câmpul muncii”, 2013 (schiza Raportului);
- Viable Business Models for Sanitation in small towns and rural settlements in Moldova. Annual Meeting of the Task Force for the Implementation of the Environmental Action Programme for Eastern Europe, Caucasus and Central Asia (EAP Task Force). Organisation for Economic Co-operation and Development, Tbilisi, Georgia, September 2013.
- WHO, „The European Health Report 2012: charting the way to well-being”, 2013;



Anexa A: INDICATORI DE MONITORIZARE A ODM

Țintele	Indicatorii	Sursa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Obiectivul 1. Reducerea sărăciei extreme și a foamei									
Ținta 1. Reducerea numărului de oameni, al căror consum este mai mic de 4,3 USD pe zi (în termeni de PPC) de la 34,5 % în 2006, până la 29% - în 2010, și 23% - în 2015	Ponderea populației sub pragul de 4,3 dolari pe zi la PPC (cheltuieli de consum pe persoană), %	MEC	34,5	29,9	30,4	29,5	26,8	23,4	20,8
Ținta 2. Reducerea numărului de persoane care trăiesc sub nivelul sărăciei absolute, de la 30,2% în 2006, până la 25% - în 2010, și 20% - în 2015	Ponderea populației sub pragul național absolut al sărăciei (rata sărăciei absolute), %	BNS	30,2	25,8	26,4	26,3	21,9	17,5	16,6
	Indicele profunzimii sărăciei, %	BNS	7,9	5,9	6,4	5,9	4,5	3,2	2,9
	Ponderea celei mai sărace chintile din populație în consumul național, %	BNS, MEC	8,2	8,1	8,3	7,9	8,1	8,7	8,9
Ținta 3. Reducerea numărului de persoane care trăiesc sub limita sărăciei extreme, de la 4,5% în 2006 la 4% în 2010 și 3,5% în 2015	Ponderea populației aflate sub nivelul minim de consum alimentară, exprimat în valoare energetică (2282 kcal/zi) (rata sărăciei extreme), %	BNS	4,5	2,8	3,2	2,1	1,4	0,9	0,6
Obiectivul 2. Asigurarea accesului la învățământul general obligatoriu									
Ținta 1. Garantarea oportunităților pentru toți copiii de a se înscrie în învățământul general obligatoriu. Sporirea ratei brute a înscrierilor în învățământul general obligatoriu de la 94,1% în 2002 la 95% în 2010 și 98% în 2015.	Rata brută de înmatriculare în învățământul general obligatoriu	BNS, MEd	92,0	91,6	90,9	90,7	90,3	90,1	89,7
	Rata abandonului școlar	MEd	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Ponderea copiilor care, fiind înscriși în clasa I, absolvec învățământul general obligatoriu	MEd	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Ținta 2. Menținerea ratei de alfabetizare pentru populația de 15-24 ani la nivelul de 99,5%.	Rata alfabetizării	BNS	99,6	99,6	99,6	99,6	99,6	99,6	99,4
Ținta 3. Sporirea ratei înscrierilor în cadrul programelor preșcolare pentru copiii de 3-6 ani - de la 41,3% în 2002 la 75% în 2010 și 78% în 2015, și pentru copiii de 6-7 ani - de la 66,5% în 2002 până la 95% în 2010 și 98% în 2015, precum și reducerea până sub 5% a discrepanțelor dintre zonele rurale și cele urbane, dintre grupurile dezavantajate și cele cu venituri medii.	Gradul de încadrare a copiilor în instituțiile preșcolare * de 3/6 ani	BNS, MEd	70,1	72,6	74,4	75,5	77,1	79,6	82,1
	Gradul de încadrare a copiilor în instituțiile preșcolare* de 6/7 ani	BNS, MEd	90,3	91,0	91,1	93,8	93,1	92,8	93,5
	Rata copiilor înmatriculați în clasa I care au fost încadrați în programe de educație preșcolară	BNS, MEd	81,7	n.a.	n.a.	91,5	97,7	97,5	97,5
Obiectivul 3: Promovarea egalității de gen și împuternicirea femeilor	Cota mandatelor deținute de femei în Parlament	BNS	21,8	21,8	21,8	24,7	19,8	19,8	19,2

Țintele	Indicatorii	Sursa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ținta 1. Sporirea reprezentării femeilor în posturile de luare a deciziilor. Sporirea reprezentării femeilor la nivelul luării deciziilor de la 26,5% în consiliile locale în 2007 la 40% în 2015, de la 13,2% în consiliile raionale în 2007 la 25% în 2015, de la 18% femei primari în 2007 la 25% în 2015 și de la 22% femei membre ale parlamentului în 2005 la 30% în 2015.	Numărul femeilor alese în autoritățile administrației publice locale* în consilii locale	CEC		26,5	28,7	28,7		28,7	
	Numărul femeilor alese în autoritățile administrației publice locale* în consilii raionale	CEC		16,48	16,9	16,9		18,39	
	Numărul femeilor alese în autoritățile administrației publice locale * printre primari	CEC		18,15	17,4	17,4		18,51	
Ținta 2. Reducerea inegalității genurilor în ocuparea forței de muncă. Reducerea inegalității genurilor pe piața muncii, prin reducerea disparității dintre salariile femeilor și ale bărbaților cu cel puțin 10 la sută până în 2015 (odată ce salariul mediu al femeilor reprezenta 68,1% din salariul mediu al bărbaților în 2006).	Ponderele femeilor angajate în economie, pe tipuri de activități economice ⁴⁹	BNS							
	Cota salariului mediu al femeilor în raport cu salariul mediu al bărbaților	BNS	68,09	72,6	73,3	76,4	76,1	87,8	
Obiectivul 4: Reducerea mortalității infantile									
Ținta 1. Reducerea mortalității infantile de la 18,5 cazuri la 1000 de nașteri vii în 2006 la 16,3 în 2010 și 13,2 în 2015.	IR2. Rata mortalității infantile, la 1000 de născuți vii	BNS, MS	11,8	11,3	12,2	12,1	11,7	10,9	9,8
Ținta 2. Reducerea ratei mortalității copiilor sub 5 ani, de la 20,7 (la 1000 de nașteri vii) în 2006 la 18,6 în 2010 și 15,3 în 2015.	IR1. Rata mortalității copiilor până la 5 ani, la 1000 de născuți vii	MS, BNS	14,0	14,0	14,4	14,3	13,6	13,4	12,1
Ținta 3. Menținerea proporției de copii sub 2 ani, vaccinați împotriva rujeolei, la cel puțin 96% până în 2010 și 2015.	IR3. Ponderea copiilor de 2 ani vaccinați împotriva rujeolei ⁵⁰	CNSP	96,9	94,7	94,4	91,3	91,1	91,3	90,8
Obiectivul 5: Îmbunătățirea sănătății materne									
Ținta 1. Reducerea ratei mortalității materne de la 28 (la 100.000 de nou-născuți vii) în 2002 până la 15,5 în 2010 și până la 13,3 în 2015	IR1. Rata mortalității materne, la 100 000 de născuți vii	MS, BNS	16	15,8	38,4	17,2	44,5	15,3	30,4
Ținta 2. Menținerea numărului nașterilor asistate de personal medical calificat pe parcursul anului 2010 și 2015 la nivel de 99%	IR2. Rata nașterilor asistate de personal medical calificat	MS	99,6	99,5	99,5	99,2	98,9	99,4	

⁴⁹ Anexa B

⁴³ Inclusiv datele din stânga Nistrului.

Țintele	Indicatorii	Sursa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Obiectivul 6: Combaterea HIV/SIDA, tuberculozei și altor maladii									
Ținta 1. Stabilizarea răspândirii infecției HIV/SIDA către anul 2015. Reducerea incidenței HIV/SIDA la 100.000 de persoane de la 10 în 2006 până la 9,6 în anul 2010 și 8 cazuri în anul 2015	IR1. Incidența HIV/SIDA ⁴ , cazuri la 100 000 de locuitori	MS, BNS	14,7	17,4	19,4	17,10	17,1	17,6	18,5
Ținta 2. Reducerea incidenței HIV/SIDA la 100.000 de persoane în grupul cu vârste cuprinse între 15-24 de ani de la 13,3 în 2006 până la 11,2 în 2010 și 11 cazuri în anul 2015	IR2. Incidența HIV/SIDA printre populația în vârstă de 15-24 ani ⁴ , cazuri la 100 000 de locuitori	MS, BNS	18,77	21,21	16,08	19,59	21,01	18,63	21,28
Ținta 3. Stoparea până în anul 2015 a răspândirii tuberculozei și începerea procesului de reducere a maladiei. Reducerea ratei mortalității asociate cu tuberculoza de la 15,9 la 100.000 de locuitori în 2002 până la 15,0 în 2010 și până la 10,0 în 2015	Rata mortalității asociate cu tuberculoza	MS	19,3	20,2	17,4	18,0	17,8	16,1	14,4
Obiectivul 7. Asigurarea durabilității mediului									
Ținta 1. Integrarea principiilor dezvoltării durabile în politicile și programele țării și reducerea degradării resurselor naturale, creșterea gradului de împădurire de la 10,3% în 2002 până la 12,1% în 2010 și până la 13,2% în 2015.	Gradul de împădurire, %	Agencia Mold-silva, BNS,	10,7	10,7	10,9	10,9	10,9	10,9	10,9
Ținta 2. Creșterea proporției ariilor protejate pentru conservarea diversității biologice de la 1,96 în 2002 la 4,65 % în 2010 și până la 4,65 % în 2015.	Arii naturale protejate pentru conservarea diversității biologice, %	MM	4,65	4,76	4,76	4,76	4,76	4,76	4,76
Ținta 3. Majorarea ponderii populației cu acces la surse sigure de apă de la 38,5% în 2002 până la 59% în 2010 și până la 65% în 2015.	Proporția locuitorilor cu acces permanent la surse îmbunătățite de apă, %	BNS, CNMP	46	47	53	55,0	57*	59*	62*
Ținta 4. Majorarea ponderii populației cu acces la canalizare îmbunătățită de la 31,3% în 2002 până la 50,3% în 2010 și 65% în 2015.	Populația cu acces la canalizare îmbunătățită, %	CNSP, BNS	43,3	43,9	45,7	47,9*	50,7*	54,6*	56,6*
	PIB la un kg de combustibil convențional consumat, lei, prețuri curente	MM, BNS	13,8	17,29	20,09	20,42	22,77	22,45	n.a.

Țintele	Indicatorii	Sursa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Emisiile de bioxid de carbon de la sursele staționare și transportul auto, t. per capita	MM, BNS	0,03	0,04	0,05	0,03	0,03	0,04	0,04
Obiectivul 8. Crearea parteneriatului global pentru dezvoltare									
Ținta 1. Dezvoltarea unui sistem comercial și financiar transparent, bazat pe reguli, previzibil și non-discriminatoriu, prin promovarea exporturilor și atragerea investițiilor.	Exporturi de bunuri, % din PIB	Mec, BNS	30,8	30,4	26,3	23,6	26,5	31,6	29,8
	Ponderea tranzacțiilor comerciale internaționale efectuate pe baza acordurilor de liber schimb, % din total	MEc	53,6	37,6	36,8	36,4	35,4	36,0	34,9
	Balanța comerțului cu bunuri, % din PIB	MEc	-48,2	-53,4	-54,6	-36,7	-39,8	-42,4	-42,1
	Credite acordate economiei de băncile comerciale, % din PIB	BNM	30,0	38,1	37,8	31,9	32,0	33,9	39,8
	Prime de asigurare, % din PIB	CNPF	1,25	1,36	1,33	1,35	1,27	1,22	1,24
	Cifra de afaceri a întreprinderilor cu capital străin și mixte cu capital străin, % din totalul cifrei de afaceri pe economie	BNS	28,2	27,9	27,7	26,6	28,1	28,8	29,5
	Investiții străine directe (nete), % din PIB	BNM	7,6	12,3	11,7	2,7	3,4	4,0	2,2
Ținta 2. Soluționarea problemei închiderii terestre a Republicii Moldova, prin modernizarea infrastructurii de transport și vamale	Capacitatea de trafic a arterelor rutiere internaționale, 10 mii de unități pe zi		n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
	Ponderea investițiilor în sectorul de transporturi în totalul investițiilor publice, %	BNS	19,5	6,6	17,6	7,2	16,4	10,7	n.a.
	Ponderea investițiilor în dezvoltarea transportului aerian și naval în totalul investițiilor în transport, %	BNS	28,4	13,8	23,7	27,5	58,7	15,4	n.a.
	Capacitatea de trafic a posturilor vamale, 1000 de unități pe zi		n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Ținta 3. Monitorizarea problemei datoriei externe	Datoria publică externă, % din PIB	MFin	20,7	16,2	12,9	15,7	18,9	16,3	17,1
	Datoria externă, % din PIB	BNM	73,0	75,4	67,4	80,2	82,3	77,7	84,6
	Deservirea datoriei publice externe, % din totalul veniturilor la bugetul de stat	MFin	n.a.	5,2	4,1	6,6	4,9	5,6	4,4
Ținta 4. Elaborarea și implementarea strategiilor pentru tineri. Reducerea ratei șomajului în rândul tinerilor până la 15% în anul 2010 și până la 10% în anul 2015.	Rata șomajului în rândul tinerilor cu vârsta între 15-24 ani, %	BNS	17,1	14,4	11,2	15,4	17,8	14,9	13,1

Țintele	Indicatorii	Sursa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ținta 5. Asigurarea accesului populației la medicamentele esențiale	Numărul localităților unde există instituții medico-sanitare primare, dar nu există asistență farmaceutică	MS, BNS	n.a.	n.a.	75	64	38	107	38
Ținta 6. Edificarea societății informaționale. Dublarea către anul 2015 a numărului de abonați ai telefoniei fixe și mobile față de anul 2006 și creșterea numărului de calculatoare personale și celui al utilizatorilor de Internet cu o rată de cel puțin 15% anual.	Nivelul de penetrare a telefoniei fixe la 100 de locuitori	BNS	28,4	30,3	31,3	31,9	32,6	33,2	33,9
	Nivelul de penetrare a telefoniei mobile la 100 de locuitori	ANRCETI	37,8	52,6	67,9	78,1	85,4	100,8	114,6
	Nivelul de penetrare a computerelor personale la 100 de locuitori	ANRCETI	12,4	15,6	n.a.	20,5	n.a.	n.a.	n.a.
	Nivelul de penetrare a utilizatorilor de Internet la 100 de locuitori	ANRCETI	21,2	23,4	n.a.	37	38	42,3	57

Notă: n.a. – datele nu sunt disponibile.

Sursa: indicate în coloana 3.

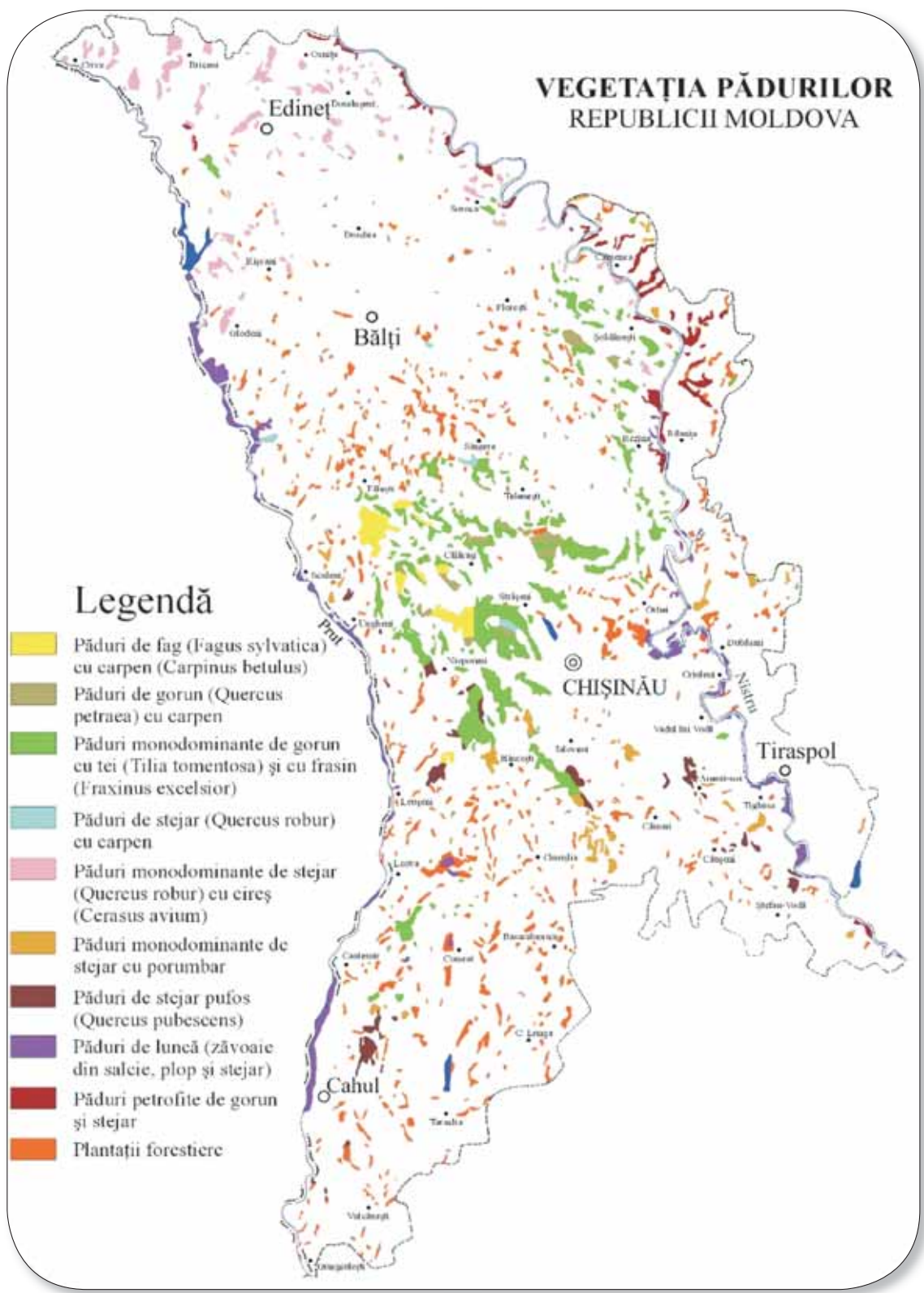
Datele oficiale la indicatorii ODM 3, ținta 1, în special cu referire la numărul femeilor în poziții decizionale la nivel local/ raional, sunt disponibile pentru anul alegerilor locale (2007, 2011), celelalte date fiind colectate adițional



Anexa B: PONDEREA FEMEILOR ANGAJATE ÎN ECONOMIE PE TIPURI DE ACTIVITĂȚI ECONOMICE, %

IR 1. Ponderea femeilor angajate în economie pe tipuri de activități economice, %	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Agricultură, economia vânatului, piscicultură	47,5	46,0	45,5	43,4	44,4	43,4	43,7
Industrie	44,3	44,4	45,8	44,5	44,1	43,0	44,2
Construcții	9,5	9,4	11,5	11,9	8,9	8,4	8,8
Comerț cu ridicata și cu amănuntul; Hoteluri și restaurante	57,6	59,2	58,3	56,9	58,3	57,9	58,7
Transporturi și comunicații	27,9	28,7	25,0	25,7	22,8	23,4	25,8
Administrație publică, Învățământ, Sănătate, Asistență socială	67,7	70,3	69,7	69,2	68,7	69,5	69,6
Alte activități	51,2	53,9	55,2	56,2	56,0	55,8	54,8

Anexa C: VEGETAȚIA PĂDURILOR REPUBLICII MOLDOVA





Anexa D:

PONDEREA SUPRAFETEI ACOPERITE CU PĂDURI ÎN DIFERITE ȚĂRI DIN EUROPA

