

Studiu asupra Sistemului de Protecție Socială și Incluziunea Socială în Republica Moldova

SUMAR EXECUTIV

Introducere

Scopul acestui raport este de a evidenția cele mai importante evoluții și caracteristici ale sistemului de protecție socială și sănătate din Republica Moldova, în special prin analiza impactului politicilor publice asupra categoriilor vulnerabile și marginalizate ale populației. Raportul prezintă o descriere succintă a tendințelor în domeniul macroeconomic, fiscal, demografic, în sfera educației și pieței de muncă și face o analiză minuțioasă a sistemului protecției sociale, sărăciei, sistemului de pensii și de ocrotire a sănătății. La baza analizei respective a fost Metoda Deschisă de Coordonare (Open Method of Coordination) a UE care reprezintă la nivel european fundamentul pentru o strategie comprehensivă destinată pentru atingerea creșterii economice durabile, incluziunii pe piața forței de muncă și coeziunii sociale. Raportul respectiv este prima încercare de a aborda nivelul de armonizare a politicilor și datelor statistice din Republica Moldova cu cele din UE, precum și cu alte țări din regiune.

Fiind parte a Uniunii Sovietice timp de o jumătate de secol, când s-a bucurat de subvenții semnificative și de dezvoltarea atât a industriei, cât și a agriculturii, fapt care a asigurat un venit decent pentru întreaga populație, în momentul destrămării Uniunii Sovietice Republica Moldova s-a pomenit la o răscruce de drumuri. Tranziția Republicii Moldova spre o economie de piață este un proces lent și însoțit de numeroase provocări, precum și de un șir de eșecuri, printre care se numără reforma funciară, privatizarea nereușită a întreprinderilor de stat și prăbușirea sectorului industrial. O lovitură puternică pentru țară a fost lipsa totală de resurse energetice, precum și separarea teritorială a țării prin auto-proclamarea Transnistriei (care asigura a treia parte din producția industrială a republicii și aproape întreaga producție energetică) drept stat independent. Lipsa unor reforme economice și sociale eficiente, pe lângă instabilitatea politică caracteristică primei etape de tranziție, a condus la recesiune economică și extinderea sărăciei, astfel calificând Republica Moldova drept cea mai săracă țară din Europa.

În ciuda acestor dificultăți, începând cu anul 2000 economia Republicii Moldova a simțit o îmbunătățire în special datorită remitențelor, care în prezent constituie o treime din PIB. Așadar, în perioada 2000-2008 economia țării a înregistrat o creștere cumulativă de 62,9%, ceea ce reprezintă totuși doar 56,6% din totalul producției din 1990. Remitențele au contribuit la creșterea veniturilor populației, sporind cererea agregată și consumul. În prezent consumul este acoperit în special cu bunurile importate, ale căror prețuri și calitate sânt mai competitive, ceea ce sporește dramatic deficitele balanței comerciale și al contului curent. Cu toate că în perioada 2000-2008 salariile și pensiile au crescut cu peste 10% în termeni reali, acest lucru nu a avut un rol semnificativ pentru îmbunătățirea nivelului de trai al populației. Salariul mediu net actual de 165 Euro este cu mult mai mic decât salariul mediu în UE.

Creșterea economică datorată remitențelor a contribuit la reducerea sărăciei, cu toate că migrația în masă a populației a condus la subminarea pieței interne de muncă. Pe durata tranziției populația s-a redus cu peste o cincime, iar emigrarea a aproape unui sfert din populația activă de muncă a afectat piața forței de muncă, cauzând reducerea populației active și a populației ocupate în câmpul muncii (cu aproape o cincime), în timp ce populația inactivă a crescut dramatic. În același timp, rata șomajului descrește treptat, în special datorită emigrării și, într-o oarecare măsură, în rezultatul stimulentei de legalizare a economiei lansate de Guvern în 2007.

Economia tenebră, răspândită în primul deceniu de tranziție, a fost în declin în cea de-a doua etapă. Conform Biroului Național de Statistică (BNS), în 2008 contribuția economiei tenebre în PIB a fost de 20,8% în comparație cu 34,6% în 2000. În ultimii opt ani, ponderea producției gospodăriilor pentru consumul propriu, care constituie o componentă a economiei tenebre, a scăzut de la 18,5% la 6,7% din PIB - aceasta fiind cea mai mare cădere, cauzată de contractarea de trei ori a producției provenite din agricultura de subzistență.

Reformele structurale ineficiente lansate pe parcursul perioadei de tranziție nu numai că au dăunat economiei, dar au și condus la o redistribuire a forței de muncă între sectoare. Numărul angajaților în sectorul agricol a scăzut considerabil – de la 50,6% din numărul total de angajați în 2000 la 29,8% în 2008. Ajustările structurale, migrația și strămutarea angajaților de la un sector la altul au contribuit în ultimii trei ani la dublarea câștigurilor din activitățile ne-agricole și la scăderea veniturilor obținute din activitățile agricole – în total cu aproximativ o cincime. Cu toate că unii s-au angajat în alte sectoare ale economiei, în special în construcții, majoritatea au emigrat. Spre deosebire de sectorul agricol, industria, care de asemenea nu a fost capabilă să-și revină în perioada de tranziție, totuși a absorbit o parte din forța de muncă din sectorul agricol (în special în sub-sectorul construcțiilor).

În perioada tranziției Republicii Moldova la economia de piață a fost dereglat și sistemul educațional, afectând atât calitatea procesului educațional, cât și accesibilitatea serviciilor educaționale. Cu toate că pentru educație se alocă din ce în ce mai multe resurse, acestea atingând 8,7% din PIB în 2008 în comparație cu 5,7% în 2000, distribuția inter- și intra-sectorială a cheltuielilor nu este adecvată. Există o diferență mare între mijloacele financiare distribuite la diferite nivele de învățământ - aproape jumătate din fonduri fiind alocate învățământului general obligatoriu, acestea fiind utilizate ineficient. Mai puțin de o zecime din mijloace revin învățământului secundar profesional. Fondurile alocate nu sunt suficiente pentru modernizarea sistemului și pregătirea specialiștilor pentru piața forței de muncă. Conceptul de învățare continuă în general, și învățare la distanță în special este sub-dezvoltat în Republica Moldova. Aceste probleme din sistemul învățământului, pe lângă provocările economice și sociale cu care se confruntă populația au afectat indicatorii de educație. În ultimii câțiva ani ratele brute de înrolare în învățământul primar și secundar sunt în scădere. Spre deosebire de școlarizarea la aceste trepte de învățământ, ratele brute de înrolare în învățământul preșcolar sporesc, deși instituțiile preșcolare sunt insuficiente, în special în regiunile urbane.

Republica Moldova a fost afectată de îmbătrânirea demografică, cauzată în special de micșorarea ratelor natalității, ceea ce a rezultat într-o descreștere absolută și relativă a populației tinere și o creștere a populației vîrstnice. Atât natalitatea, cât și mortalitatea scad, iar speranța de viață crește. Prognozele demografice nu sunt optimiste. Conform prognozelor ONU, populația Republicii Moldova ar putea descrește cu circa 20% către 2050. Criza demografică va avea un impact negativ pe termen mediu și lung, în special asupra pieței muncii și sistemului de pensii.

Tranziția la economia de piață a cauzat discrepanțe semnificative între capitală și restul țării, între regiunile urbane și rurale și, mai recent, între regiunile de dezvoltare. Cel mai mare decalaj socio-economic este între municipiul Chișinău și alte unități teritoriale administrative. Capitala este centrul nu doar al consumului și veniturilor, dar și al cheltuielilor publice și bunăstării. Spre deosebire de Chișinău, care a suferit mai puțin din cauza prăbușirii sectorului industrial, orașele care depindeau de una sau mai multe întreprinderi industriale au fost afectate mai profund. Începând cu anul 2006 Republica Moldova a fost divizată în șase regiuni de dezvoltare. Trei dintre acestea (Nord, Centru și Sud) se vor bucura pe termen mediu de o mai mare atenție din partea autorităților pentru a micșora discrepanța atât între aceste trei regiuni, cât și între ele și capitala - Chișinău. Între Nord, Centru și Sud, cea mai dezvoltată regiune este cea de Nord, în timp ce cel mai puțin dezvoltată este regiunea de Sud, cu cea mai mică producție industrială pe

cap de locuitor, cel mai mic nivel de investiții în capital fix și cel mai mic număr de întreprinderi active.

Deși a înregistrat o ameliorare treptată în cea de-a doua etapă a tranziției, criza financiară și economică mondială a afectat dezvoltarea economiei moldovenești și nivelul de trai al populației. La începutul anului 2009 dezvoltarea economiei a încetinit, vestind pericolele care urmau să amenințe Republica Moldova pe termen scurt și mediu. În primul trimestru al anului 2009 exporturile, importurile, producția industrială și sectorul transporturilor s-au contractat, în timp ce numărul șomerilor și datoriilor salariale au crescut dramatic. În același timp, veniturile bugetului și rezervele oficiale ale Băncii Naționale a Moldovei (BNM) au înregistrat o scădere continuă, în timp ce cheltuielile bugetului au crescut. Scăderea veniturilor bugetului din cauza contractării cererii agregate, precum și reducerea remitențelor cu o treime, vor afecta nu doar categoriile vulnerabile ale populației, dar și afacerile active. Economia, cel mai probabil, nu va fi capabilă să absoarbă forța de muncă internă sau emigranții reîntorși în Republica Moldova.

Criza politică din țară declanșată după alegerile parlamentare din aprilie 2009 și cheltuielile bugetare asociate, reprezintă un pericol pentru economie, care se află într-un declin puternic, împiedicând implementarea adecvată a politicilor anti-criză menite să susțină sectorul privat și grupurile vulnerabile. Reacția la criza economică a fost întârziată și incompletă, în special din cauza situației politice. Or, cele mai eficiente măsuri fiscale propuse nu pot fi adoptate fără un parlament funcțional. Chiar dacă aceste măsuri ar fi implementate, prognozele indică că în 2009 economia Republicii Moldova se va contracta cu cel puțin 5%, iar rata șomajului va atinge 10%, cu o perspectivă slabă de recuperare pe termen mediu.

Accesul la protecția socială

În ceea ce privește sistemul protecției sociale, câteva transformări s-au produs începând cu anul 1998. Sistemul actual de protecție socială în Republica Moldova este divizat în două categorii - asigurări sociale de stat și asistența socială, cea din urmă fiind introdusă după obținerea independenței. În ciuda numeroaselor reforme instituționale, sistemul actual de protecție socială este unul centralizat atât din punct de vedere politic, cât și din punct de vedere administrativ, în timp ce capacitățile analitice și de planificare strategică, inclusiv capacitatea de a asimila asistența externă trebuie consolidate. Descentralizarea administrativă fără o descentralizare fiscală subminează capacitatea autorităților publice locale (APL) de a asigura sustenabilitatea serviciilor sociale comunitare. Lipsa resurselor financiare în bugetele unităților administrativ teritoriale nu permite APL să satisfacă cererea pentru serviciile sociale, având drept consecință acordarea unor servicii de îngrijire foarte costisitoare și cu un grad înalt de instituționalizare.

Costurile sistemului de protecție socială sunt în creștere continuă, atingând în 2008 30% din totalul cheltuielilor din bugetul public național, ceea ce reprezintă 12% din PIB. Asistența oferită de donatori pentru protecția socială a fost considerabilă, în special în cel de-al doilea deceniu de tranziție. Asistența externă în valoare de 83 mln. Euro a fost direcționată spre sectorul protecției sociale timp de 8-9 ani. Asistența oferită de Comisia Europeană în domeniul protecției sociale este semnificativă, atingând suma de 27 mln. Euro în perioada 2008-2010 și fiind urmată de asistența tehnică din partea Organizației Internaționale pentru Migrație (OIM), Fondului Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF), Agenției Suedeze Internaționale de Cooperare și Dezvoltare (SIDA) și altor parteneri de dezvoltare ai țării. Gradul de eficacitate a asistenței oferite de donatori variază în dependență de voința politică de a implementa un șir de politici sensibile și calitatea consultanței oferite, precum și de coordonarea asistenței respective care inițial a fost neadecvată, dar s-a îmbunătățit considerabil în rezultatul consolidării cooperării între donatori.

Spre deosebire de bugetul public național, bugetul asigurărilor sociale de stat (BASS) a fost executat în 2008 cu același succes ca și în 2004, înregistrând un excedent bugetar. Cu toate acestea, în rezultatul contractării veniturilor bugetului public național, a întoarcerii a aproximativ 40 mii emigranți, a sporirii șomajului și numărului celor vulnerabili, deficitul bugetului asigurărilor sociale de stat ar putea crește în continuare până la un nivel fără precedent. Criza economică, efectele căreia sunt deja vizibile, pe lângă perturbările demografice și cele de pe piața forței de muncă, vor submina sustenabilitatea BASS, rezultând în încetinirea majorării mărimii prestațiilor sociale, precum și în acumularea datoriilor.

În ceea ce privește rolul prestațiilor de protecție socială pentru categoriile vulnerabile, trebuie de menționat că după salarii, acestea reprezintă o sursă importantă de venit pentru gospodării. Cu toate acestea, impactul prestațiilor de asistență socială asupra reducerii sărăciei este prea nesemnificativ, reprezentând o diferență de 1% în comparație cu 11,9% din prestațiile de asigurări sociale. Mai mult decât atât, gospodăriile ale căror sursă principală de venit sunt prestațiile sociale înregistrează un risc crescut de sărăcie (33,6%). Impactul marginal al prestațiilor de asistență socială asupra nivelului de trai poate fi explicat parțial prin alocarea acestora în bază de categorii. Faptul că familiile care obțin prestații sociale sunt considerate printre cele mai sărace indică totuși asupra faptului că problemă nu rezidă doar în direcționare nereușită, dar și în mărimea mică a prestațiilor.

Cele mai importante și costisitoare prestații de asigurări sociale sunt pensiile, indemnizațiile de șomaj și maternitate, precum și alocațiile pentru îngrijirea copilului. Prestațiile de asigurări sociale înregistrează o majorare continuă și, într-o oarecare măsură, contribuie la evitarea excluziunii sociale. Cu toate acestea, mărimea medie a prestațiilor de asigurări sociale este mică în comparație cu cea din țările membre ale UE.

Schemele de asistență socială includ 18 tipuri de prestații bănești și servicii sociale. Eligibilitatea pentru prestațiile bănești se determină în bază de categorii, prestațiile având un caracter compensator. Doar în cazul a trei tipuri de prestații se aplică testarea veniturilor pentru a determina gradul de eligibilitate a solicitanților (alocațiile pentru îngrijirea copilului de la vârsta de un an și jumătate până la 16 ani, materiale și umanitare, și alocația pentru sărăcie – numită “ajutor social”, introdusă recent).

Cele mai mari prestații de asistență socială în termeni monetari și de acoperire sunt compensațiile pentru plata serviciilor comunale alocate pentru 11 categorii ale populației. În 2004, acesta a fost identificat drept cel mai costisitor program social, cuprinzând circa 47% din totalul transferurilor de asistență socială. Deși compensațiile nominative într-adevăr ajută unele categorii vulnerabile să facă față sărăciei și excluziunii sociale, direcționarea acestora în bază de categorii ale populației fără a ține cont de nivelul de trai al beneficiarilor și de necesitatea lor de asistență socială conduce la anumite eșecuri ale sistemului, compensațiile fiind direcționate atât gospodăriilor sărace, cât și celor cu un nivel de venit care depășește considerabil pragul sărăciei. În 2007, de exemplu, cele mai înstărite două chintile au beneficiat de o treime din compensațiile nominative.

Aceste erori de incluziune au determinat Guvernul să înlocuiască compensațiile nominative cu ajutorul social care se bazează pe testarea veniturilor, dar nu pe categorii, în încercarea de a direcționa alocațiile adecvat spre gospodăriile sărace. Ajutorul social pentru familiile sărace a fost introdus la 1 octombrie 2008 și se estimează în baza venitului global mediu al familiei testat prin aplicarea unui mecanism care utilizează un șir de măsuri pentru a asigura direcționarea adecvată a ajutorului social. Prima etapă a reformei prevede co-existența ajutorului social cu compensațiile nominative, fără a înregistra noi beneficiari pentru cele din urmă, mărimea lor fiind înghețată. Ulterior compensațiile nominative urmează să fie eliminate. Acest lucru s-ar

putea întâmpla către sfârșitul anului 2009, în dependență de evoluția crizei politice și economice din Republica Moldova.

În ceea ce privește serviciile sociale, cele mai importante tipuri de servicii asigurate de stat sunt îngrijirea rezidențială, îngrijirea la domiciliu și cantinele sociale. Pe lângă aceste servicii Guvernul oferă servicii de reabilitare și asigură tratamentul spa și sanatorial al persoanelor cu dizabilitate, servicii de protezare și ortopedice, precum și dispozitive locomotoare invalizilor de război și participanților la război. Există și servicii comunitare, majoritatea fiind prestate din 2003 când autoritățile publice locale au demarat parteneriate cu societatea civilă și donatorii. Aceste parteneriate în general se concentrează pe prestarea serviciilor sociale sau pe oferirea unor oportunități de a utiliza gratis mijloacele fixe și mai puțin pe strategiile de dezvoltare economică și socială a comunității.

Calitatea serviciilor oferite variază în dependență de prestatori. În lipsa unui cadru regulatoriu privind serviciile sociale, prestatorii se confruntă cu regulamente depășite care constrâng prestarea serviciilor și, în majoritatea cazurilor, cu necesitatea de a se conforma cu cerințele impuse de donatori. Monitorizarea serviciilor sociale se realizează de către autoritățile publice doar în bază de produse (prin numărarea serviciilor și beneficiarilor), fără a evalua rezultatele (costurile și efectele sociale asupra grupurilor de risc). Lipsa unei evaluări adecvate împiedică dezvoltarea mecanismului de acreditare concentrat asupra satisfacerii condițiilor de calitate și eficiență.

În conformitate cu Legea privind asistența socială, copiii, familiile cu mulți copii sau copii cu dizabilități, persoanele cu dizabilități și vârstnicii, în special oamenii singuri, sunt considerate cele mai vulnerabile categorii ale populației. Romii, de asemenea, pot fi incluși în acest grup deoarece, dat fiind stilul lor de viață, aceștia sunt mai des excluși de pe piața forței de muncă, din sistemul de învățământ și de protecție a sănătății decât alte etnii. Aceste categorii, într-o oarecare măsură, se suprapun cu categoriile vulnerabile identificate de către Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice (CBGC).

Cu toate acestea, există anumite grupuri de populație cărora Guvernul nu le acordă suficientă atenție. Așadar, deși programele de protecție socială includ un număr semnificativ de beneficiari și prestații, acestea nu conțin măsuri de protecție a adulților care se află în situații de risc. Din aceste grupuri excluse fac parte tinerii care au părăsit instituțiile rezidențiale. Având un nivel educațional scăzut, abilități slabe de a duce un trai independent și fiind lipsiți de anumite abilități profesionale, aceștia nu pot să se integreze pe piața forței de muncă. Fără un loc de trai și resurse pentru a supraviețui și din cauza pasivității autorităților locale, ei sunt nevoiți să caute mijloace de supraviețuire, care nu întotdeauna sunt legale. Din alt grup considerat exclus fac parte persoanele eliberate din locurile de detenție. La eliberare, instituțiile sociale asigură deținuților o indemnizație unică pentru a se încadra în câmpul muncii, și, la fel ca în cazul tinerilor care părăsesc instituțiile rezidențiale, acestora nu li se asigură în continuare susținere. Abordarea acestor grupuri vulnerabile și prevenirea transformării crizei economice în criză socială sunt de o importanță majoră pe termen scurt și mediu.

Sărăcie și incluziune socială

Creșterea economică în timpul celui de-al doilea deceniu de tranziție a fost însoțită de o anumită reducere a sărăciei. Rata absolută a sărăciei, evaluată în baza datelor oferite de CBGC, a înregistrat o tendință descrescătoare, în 2006 cu incidența sărăciei reprezentând 30% din totalul populației în comparație cu 25,8% în 2007. Incidența sărăciei în contextul Obiectivelor de Dezvoltare a Mileniului (ODM) în Republica Moldova cunoaște aceeași tendință. Ponderea

populației cu consum mai mic decât pragul sărăciei stabilit în contextul ODM s-a redus în 2006 și 2007, constituind 34,5% și respectiv 29,8% din totalul populației.

Reducerea sărăciei a fost însoțită de reducerea inegalității. În 2007, coeficientul Gini a scăzut în comparație cu 2006, atingând valoarea cea mai mică cercetată în acea perioadă (0,298), indicând o micșorare a diferenței de cheltuieli pentru consum dintre cei înstăriți și săraci. Diminuarea inegalității este de asemenea confirmată de distribuția 90/10 a mediei cheltuielilor de consum pe un adult echivalent, care a înregistrat valori de 7,0 și 6,1 în 2006 și respectiv 2007.

În ceea ce privește distribuția teritorială a sărăciei, în conformitate cu datele CBGC pentru 2006 și 2007 cele mai înalte rate ale sărăciei de 34,1% și respectiv 31,3% au fost înregistrate în regiunile rurale. Aceste rate se datorează ponderii mari a populației încadrate în agricultură, chiar dacă aceasta s-a redus considerabil în cel de-al doilea deceniu de tranziție. Riscul sărăciei absolute este, de asemenea, relativ înalt în orașele mici, constituind 30,1% în 2006 și 23,8% în 2007. Sub-dezvoltarea serviciilor și infrastructurii au împiedicat atragerea investițiilor și reabilitarea multor orașe mici, conducând la un nivel înalt al sărăciei. Lipsa terenurilor, care ar fi putut asigura cel puțin consumul alimentar minim necesar, a înrăutățit în consecință calitatea vieții populației din orașele mici.

Conform CBGC, cele mai vulnerabile grupuri ale populației din Republica Moldova sunt gospodăriile cu copii îngrijiți de alte persoane decât părinții, familiile cu mulți copii, persoanele încadrate în sectorul agricol, vârstnicii, persoanele cu dizabilități, șomerii și persoanele fără educație și abilități profesionale. Educația rămâne unul din principalii factori care determină nivelul de vulnerabilitate a gospodăriilor. Mai exact, riscul sărăciei depinde de nivelul de educație a capului gospodăriei, reducându-se substanțial odată cu sporirea nivelului de educație a acestuia.

Câștigurile din remitențe au un impact semnificativ asupra nivelului de trai al populației. Gospodăriile a căror sursă principală de venit sunt remitențele se confruntă cu cel mai mic nivel al riscului de sărăcie (16,7%) spre deosebire de gospodăriile a căror sursă de venit sunt activitățile agricole și prestațiile sociale. Migrația este considerată drept una din opțiunile persoanelor sărace de a scăpa de sărăcie, iar probabilitatea ca membrii gospodăriei care se consideră săraci să plece la muncă peste hotare este mai mare decât în cazul gospodăriilor care depășesc pragul sărăciei. Emigrarea pare să contribuie semnificativ la ameliorarea nivelului de trai al persoanelor sărace.

În ultimii câțiva ani majoritatea politicilor naționale s-au orientat spre dezvoltarea economică și reducerea sărăciei. Obiectivele de reducere a sărăciei s-au concentrat asupra sporirii accesului grupurilor sărace ale populației la educație, sănătate, protecție socială și piața forței de muncă, toate reprezentând domenii cheie în care nivelul incluziunii sociale și inegalității poate fi măsurat.

Sistemul de pensii

Sistemul de pensii a suferit un șir de transformări începând cu 1998 - anul în care a fost lansată reforma sistemului de pensii. Reforma, pe lângă alte măsuri, a avut o acoperire extinsă, introducând modificări ale mărimii prestațiilor, efectuând mărirea contribuțiilor de pensionare, modificări ale vârstei de pensionare și perioadei de contribuție și aplicând formule de pensionare extrem de sofisticate. Rezultatul este, probabil inevitabil, un sistem foarte complex și puțin înțeles care nici pe departe nu este transparent, inerent complicând modalitate de explicare noilor generații de muncitori și pensionari cum funcționează sistemul "acestora". Deficiențele sistemului actual de pensii țin de caracterul inadecvat al prestațiilor pentru pensionare, al

conformării și colectării, și nu oferă stimulente suficiente pentru a participa și contribui la sistem.

În particular, un șir de factori continuă să compromită sistemul de pensii din țară. În primul rând, în timp ce sustenabilitatea fiscală s-a ameliorat, sistemul de pensii nu este încă pregătit pe deplin pentru îmbătrânirea inevitabilă a populației și migrația în masă. În al doilea rând, legătura între contribuții și beneficii a fost consolidată, iar sistemul de pensii corespunde mai bine condițiilor de piață. Cu toate acestea, alocarea pensiilor preferențiale și redistribuirea prestațiilor într-o măsură extinsă angajaților din sectorul agricol creează discrepanțe. În al treilea rând, rata înlocuirii venitului este în general neadecvată pentru categoriile obișnuite de pensionari și constituie mai puțin de o treime din salariul mediu net actual, în timp ce pensia minimă atinge o valoare excepțional de înaltă - de 70% din pensia medie, reflectând eforturile de a proteja nivelul de trai al persoanelor cu venit redus (inclusiv persoanele încadrate oficial în câmpul muncii cu întreruperi sau cele încadrate permanent cu salarii mici). Pe lângă toate acestea, echitatea pensiilor este compromisă, deoarece diferite categorii de pensionari nu sunt tratați egal în ceea ce privește pensionarea lor.

Pentru a consolida sistemul de pensii, mai întâi de toate trebuie abordate problemele structurale. Reintroducerea valorizării câștigurilor anterioare în formula de pensii, însoțită de o rată de acumulare mai mică, aceasta fiind de 1,4% din salariul brut până la 30 ani de muncă și 2% pentru peste 30 ani de muncă, ar asigura niște rate de înlocuire sustenabile de lungă durată și ar reduce diferențele între grupurile de pensionari. Consolidarea stimulentei în sistemul actual de pensii prin asigurarea unei legături mai strânse între contribuții și prestații, evitând anularea contribuțiilor și ajustând nivelele minime de pensii și contribuții pentru angajații pe cont propriu și agricultori, ar consolida mijloacele financiare alocate sistemului și ar oferi spațiu fiscal adițional pentru majorarea prestațiilor, reducerea ratei de contribuție, și/sau introducerea pilonului secundar la momentul potrivit. Reformele ulterioare menite să soluționeze problema îmbătrânirii populației trebuie să se concentreze asupra extinderii încadrării vârstnicilor în câmpul de muncă pentru a evita micșorarea prestațiilor care poate să submineze caracterul adecvat și ratele foarte înalte de contribuție, și să descurajeze încadrarea oficială în câmpul muncii.

Măsurile de ameliorare a sistemului de pensii au fost abordate recent de către Guvern, care a examinat posibilitatea continuării reformelor din 1998 în cadrul unor opțiuni mai largi de reformare a sistemului de pensii și care încearcă să studieze efectele posibile ale introducerii celui de-al doilea pilon de pensii finanțat în totalitate. Cu toate acestea, un pilon bazat pe contribuții obligatorii necesită un prim pilon durabil, piețe de capital, un cadru funcțional și capacitate administrativă adecvată. Acesta, de asemenea, necesită o bază macroeconomică solidă și stabilă, diametral opusă celei care s-a creat în rezultatul recesiunii globale actuale. Toate aceste condiții însă nu au fost realizate în Republica Moldova și nu au perspective de realizare pe termen scurt și mediu din cauza crizei economice care erodează bugetul și veniturile populației și duc la perturbarea temporară a reformelor.

Sistemul de sănătate

Abordând subiectul protecției sănătății, modelul Semashko a eșuat în scurt timp după obținerea independenței Republicii Moldova din cauza incapacității de a utiliza eficient resursele disponibile. Această incapacitate a fost exprimată în neajunsuri financiare, înrăutățirea calității serviciilor de sănătate și în apariția din ce în ce mai multor bariere la sistemul de ocrotire a sănătății pentru cetățenii țării. În consecință, căutarea de profituri a prosperat. Către anul 2000 aproape o jumătate din cheltuielile pentru protecția sănătății au fost efectuate din banii proprii ai pacienților, deși situația s-a ameliorat ușor în următoarea perioadă. După cum menționează mai multe surse, plățile neoficiale care au creat o punte de legătură între prestatorii și beneficiarii de

servicii medicale rămân în continuare o piedică importantă pentru populație în accesarea serviciilor de protecție a sănătății.

În consecința perturbărilor sociale și economice pe perioada de tranziție și incapacității sistemului de ocrotire a sănătății de a aborda riscurile existente și cele noi ce țin de sănătate, starea de sănătate a populației s-a înrăutățit considerabil. Deși administrarea procesului de prevenire și tratare a tuberculozei (TB) s-a ameliorat în ultimii cinci ani, cea din urmă încă reprezintă un pericol pentru societate. Incidența din ce în ce mai mare de cazuri de infectare cu HIV/SIDA prin contacte heterosexuale (anterior în majoritatea cazurilor în rândul utilizatorilor de droguri prin injectare), împreună cu incidența înaltă de infecții transmise pe cale sexuală (ITS) necesită atenție imediată.

Determinanții de sănătate, precum modul de viață și condițiile de trai, influențează puternic morbiditatea și mortalitatea. Tendințele alarmante ce țin de consumul de alcool și creșterea numărului de fumători nu au fost oprite și, împreună cu poluarea surselor de apă și accesibilitatea limitată la apă și canalizare, constituie cauza unui nivel înalt de morbiditate și mortalitate în Republica Moldova. Mai mult decât atât, Republica Moldova rămâne o zonă endemică de hepatită. Cu toate că reformele implementate în ultimul deceniu au oprit micșorarea speranței de viață în Republica Moldova, aceasta rămâne încă cu mult în urmă față de vecinii săi și UE.

Un set de reforme, care se consideră că ar fi schimbat sistemul de ocrotire a sănătății, a fost lansat în 1996. Acesta a introdus pachetul de bază de servicii de sănătate gratuite și o listă de prețuri pentru serviciile gratuite până în 1998, reducerea considerabilă a capacității treptei secundare spitalicești (1996-2006), consolidarea medicinei primare și a serviciului de urgență al țării și introducerea asigurărilor medicale obligatorii (2004). Deși aceste reforme au ameliorat finanțarea și gestionarea sectorului sănătății, actualmente accesul universal la serviciile de sănătate este încă compromis de puternicele diferențe regionale și inegalități în accesul la servicii medicale între regiunile urbane și rurale. Mai mult decât atât, de spitalizare și îngrijirea ambulatorie beneficiază la un nivel mai înalt populația din regiunile urbane.

Asigurările medicale obligatorii garantează accesul la serviciile de sănătate în limitele pachetelor de servicii aprobate anual doar pentru trei pătrimi din populație, excluzând unele grupuri vulnerabile din sistem. Introducerea asigurărilor medicale a vestit accesul universal la medicina primară și de urgență; cu toate acestea, volumul universal accesibil de servicii disponibile pentru persoanele ne-asigurate este cu mult mai mic decât în cazul persoanelor asigurate. Regiunile rurale au cel mai limitat acces la asigurările medicale obligatorii. Deși copiii au fost incluși drept categorie vulnerabilă în lista categoriilor care beneficiază de asigurare medicală gratuită, volumul serviciilor incluse și medicamentelor compensate continuă să necesite plăți suplimentare efectuate din contul pacienților. Mai mult decât atât costurile medicamentelor reprezintă pentru populație o barieră puternică în accesarea tuturor tipurilor de îngrijire. Atât persoanele asigurate, cât și cele neasigurate deseori trebuie să plătească pentru majoritatea medicamentelor atât la nivel primar, cât și la cel ambulator, și uneori chiar și în instituții spitalicești.

Serviciile de protecție a sănătății oferite populației nu sunt susținute de mecanisme puternice de control al calității. Mecanismele de implementare a prevederilor legilor care reglementează obligațiile personalului medical și drepturile pacienților sunt încă în proces de elaborare. Se iau măsuri proactive în vederea elaborării unor ghiduri și protocoale clinice moderne. Cu toate acestea, implementarea clinică a protocoalelor elaborate în practica clinică este lentă.

În mai multe surse este invocat faptul că aspectul tehnologic al sectorului de protecție a sănătății este depășit. Echipamentul depășit, defectat și, în multe cazuri, chiar lipsa acestuia la toate nivelele de medicină încetinesc pasul implementării tehnologiilor de telemedicină în practica clinică, sporind discrepanța între calitatea protecției sănătății în Republica Moldova și alte țări europene. Nivelul scăzut al instruirii și motivării personalului de îngrijire ridică întrebări în ceea ce privește capacitatea sectorului sănătății de a asigura un număr adecvat de specialiști bine instituții și dedicați în domeniul medical. Problema exodului specialiștilor din sectorul medical este evidentă și necesită redresare.

Îngrijirea pe termen mediu în Republica Moldova nu a fost definită oficial și reprezintă un șir de servicii sociale și de sănătate oferite de diferite organe de stat și organizații non-guvernamentale. Cea mai mare parte din îngrijirea pe termen lung este asigurată de rețelele familiale. Capacitatea existentă a statului nu satisface nici cererea, și nici standardele de calitate pentru o îngrijire adecvată. Un număr limitat de standarde au fost stabilite până în prezent datorită lobby-ului puternic din partea sectorului non-guvernamental și a comunității donatorilor.

În condițiile actuale este dificil de evaluat impactul crizei financiare asupra protecției sănătății, deoarece totul va depinde în mare măsură de reacția Guvernului în vederea abordării situației create și de momentul implementării. Lipsa unei asemenea strategii indică faptul că cei ce gestionează domeniul ocrotirii sănătății nu sunt pregătiți să facă față impactului actual și viitor al crizei financiare. O posibilă reducere a finanțării sectorului de sănătate datorată contractării colectării asigurărilor medicale obligatorii și scăderii veniturilor la bugetul public național pot duce la înrăutățirea situației financiare în instituțiile medicale și compromite sustenabilitatea sectorului. Neajunsurile financiare posibile pot compromite aprovizionarea cu medicamente a instituțiilor spitalicești și disponibilitatea medicamentelor rambursate în instituțiile medicinei primare. Persistența interesului financiar în rândul personalului medical și incapacitatea de a continua modernizarea sectorului de sănătate pot limita accesibilitatea și calitatea serviciilor de sănătate.