



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ
ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”

GALINA GORBUNOV

**ASPECTE MEDICO-SOCIALE
ȘI PSIHOLOGICE
ALE MIGRAȚIEI DE MUNCĂ
ÎN REPUBLICA MOLDOVA**

Monografie

CHIȘINĂU, 2021

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA**



**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ
ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”**

GALINA GORBUNOV

**ASPECTE MEDICO-SOCIALE
ȘI PSIHOLOGICE
ALE MIGRAȚIEI DE MUNCĂ ÎN
REPUBLICA MOLDOVA**

Monografie

CHIȘINĂU

2021

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA**

**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ
ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”**

DEPARTAMENT PEDIATRIE

GALINA GORBUNOV

**ASPECTE MEDICO-SOCIALE
ȘI PSIHOLOGICE
ALE MIGRAȚIEI DE MUNCĂ ÎN
REPUBLICA MOLDOVA**

Monografie

CHIȘINĂU

Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*

2021

CZU 331.556.4(478)+613.86

G 70

Aprobat la ședința Consiliul de Management al Calității
proces-verbal nr. 4 din 20.02.2020

Autor:

Galina Gorbunov – dr. șt. med., conf. univ.

Recenzenți:

Larisa Spinei – dr. hab. șt. med., prof. univ.,

Ala Donos – dr. hab. med., prof. univ.

Svetlana Sârbu, lector

Monografia de față reprezintă o analiză a aspectelor medico-sociale și psihologice ale populației Republicii Moldova, ca urmare a migrației de muncă. Lucrarea include rezultatele evaluării fenomenului migrației economice a populației la nivel global și regional, a stării de sănătate a migranților de muncă și a copiilor marcați de migrația parentală de muncă, precum și efectele pozitive și cele nefaste ale acestora asupra populației.

Prezenta monografie este destinată tuturor celor angajați în prestarea serviciilor la nivelul asistenței medicale (pediatrilor, medicilor de familie) și sociale, rezidenților, studenților, precum și persoanelor care manifestă interes față de acest domeniu.

**DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII
DIN REPUBLICA MOLDOVA**

Gorbunov, Galina.

Aspecte medico-sociale și psihologice ale migrației de muncă în Republica Moldova: Monografie / Galina Gorbunov; Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Departament Pediatrie. – Chișinău: CEP *Medicină*, 2021. – 206 p.: fig., tab.

Referințe bibliogr.: p. 156-184 (307 ti.). – 50 ex.

ISBN 978-9975-82-197-1.

331.556.4(478)+613.86

G 70

ISBN

© CEP *Medicina*, 2021

© Galina Gorbunov, 2021

CUPRINS

| | |
|---|------------|
| PREFAȚĂ..... | 5 |
| LISTA ABREVIERILOR | 9 |
| INTRODUCERE..... | 10 |
| 1. MIGRAȚIA FORȚEI DE MUNCĂ: FENOMENUL ȘI AMPLOAREA EI..... | 14 |
| 1.1. Analiza situației globale în domeniul migrației de muncă..... | 14 |
| 1.2. Etapele procesului migrației forței de muncă în Uniunea Europeană | 22 |
| 2. FLUXURILE ȘI TENDINȚELE GENERALE ALE MIGRAȚIEI DE MUNCĂ A CETĂȚENILOR REPUBLICII MOLDOVA ÎN UNIUNEA EUROPEANĂ | 29 |
| 2.1. Migrația de muncă a cetățenilor Republicii Moldova în Uniunea Europeană: repere istorice..... | 29 |
| 2.2. Tendințele migraționale actuale ale cetățenilor Republicii Moldova | 32 |
| 2.3. Gestionarea migrației în Republica Moldova | 44 |
| 3. FACTORII DETERMINANȚI AI MIGRAȚIEI | 49 |
| 3.1. Factori de împingere și factori de atragere ai migrației | 49 |
| 3.2. Statistica intenției de a pleca din țară..... | 53 |
| 4. IMPACTUL MIGRAȚIEI..... | 59 |
| 4.1. Consecințele economice ale migrației..... | 59 |
| 4.2. Migrația și dezvoltarea social..... | 65 |
| 4.3. Migrația și sistemul ocrotirii sănătății..... | 70 |
| 4.4. Consecințele migrației de muncă asupra sănătății migranților.. | 75 |
| 5. EFECTELE MIGRAȚIEI PARENTALE DE MUNCĂ ASUPRA COPIILOR..... | 96 |
| 5.1. Calitatea vieții copiilor marcați de migrația de muncă a părinților... | 97 |
| 5.2. Problemele de sănătate ale copiilor afectați de migrația parentală de muncă..... | 107 |
| 5.3. Sănătatea reproductivă a adolescenților marcați de migrația parentală de muncă..... | 120 |
| 6. PROBLEMELE PSIHOLOGICE ALE COPIILOR RĂMAȘI TEMPORAR FĂRĂ GRIJA PĂRINTEASCĂ DIN CAUZA MIGRAȚIEI DE MUNCĂ..... | 126 |
| 6.1. Durere, anxietate și depresie..... | 126 |

| | |
|--|------------|
| 6.2. Singurătatea copiilor și efectele separării de părinți..... | 131 |
| 6.3. Sinuciderea..... | 134 |
| 7. EFECTE JURIDICE ASUPRA COPILOR MARCAȚI DE MIGRAȚIA PARENTALĂ DE MUNCĂ | 139 |
| 7.1. Infracționalitatea juvenilă..... | 139 |
| 7.2. Copiii marcați de migrația parentală de muncă – potențiale victime ale traficului de ființe umane..... | 142 |
| ÎNCHEIERE..... | 145 |
| CONCLUZII..... | 148 |
| RECOMANDĂRI PRACTICE..... | 154 |
| BIBLIOGRAFIE..... | 156 |
| REZUMAT..... | 185 |
| ANEXE..... | 188 |
| Anexa 1. Glosar de termeni selectivi în domeniul migrației internaționale..... | 188 |
| Anexa 2. Evoluția migrației temporare a cetățenilor Republicii Moldova în Uniunea Europeană..... | 191 |
| Anexa 3. Tendințele generale ale migrației de muncă a cetățenilor Republicii Moldova în UE..... | 192 |
| Anexa 4. Impactul migrației. Aspecte generale..... | 195 |
| Anexa 5. Impactul migrației parentale de muncă asupra copiilor..... | 198 |
| Anexa 6. Efecte juridice asupra copiilor marcați de migrația parentală de muncă..... | 202 |

PREFAȚĂ

În Republica Moldova, ocrotirea copilului, familiei și maternității de către stat și societate constituie o preocupare politică, socială și economică primordială. Secolul al XX-lea a înregistrat semnificative eforturi și preocupări ale comunității internaționale în unul din cele mai complexe și importante domenii ale drepturilor omului – *Drepturile Copilului*.

În secolul al XXI-lea, tema copilului și a copilăriei este constantă în discursurile politice și în abordările științifice, culturale, educaționale etc. atât la nivel internațional, cât și național. Copilul necesită protecție și ocrotire specială. Conștientizarea faptului respectiv a produs o revoluție în conștințirea drepturilor acestuia prin reglementări internaționale, un remediu, cu regret, tardiv la abuzurile flagrante și persistente împotriva copilului.

La 20 noiembrie 1989, Adunarea Generală a ONU a adoptat în unanimitate *Convenția cu privire la Drepturile Copilului*, încununând, astfel, pledoariile de mai bine de șase decenii ale experților în drepturile omului cu referire la grija și protecția fiecărui copil din cele două miliarde de copii de pe glob. Convenția cu privire la Drepturile Copilului este un document de referință în reglementarea și garantarea drepturilor copilului. Ca act constitutiv al drepturilor copilului, Convenția cuprinde cea mai vastă sferă de drepturi și libertăți și constituie un sistem internațional de protecție a copiilor. Este un document novator, complex, angajant pentru state, orientat spre provocările noului mileniu. Aceasta individualizează copilul în societate, recunoscând vulnerabilitatea și necesitățile speciale de protecție a copilăriei. Convenția este unicul tratat din sistemul ONU care are un veritabil caracter în universalitate, fiind ratificată de 191 de state din cele 193 existente.

Declarația Mondială cu privire la supraviețuirea, protecția și dezvoltarea copiilor a evidențiat realitatea sumbră a copilăriei pentru milioane de copii. Astfel, șefii de state s-au angajat să asigure condiții optime de creștere și dezvoltare pentru copii prin eradicarea foametei și a subnutriției, să salveze milioane de copii de pericolul morții prin înfometare sau, pur și simplu, să garanteze hrana minimă pentru toți cetățenii statului respectiv.

Drepturile și libertățile civile și social-politice ale copilului se axează pe libertatea personală și protecția copilului în relația cu statul. Drepturile civile oferă garantarea minimă a integrității fizice și morale a copiilor și le permit să aibă propriile credințe și libera conștiință [50]. Drepturile politice, la rândul lor, sunt necesare pentru a putea participa la viața societății.

Declarația Universală a Drepturilor Omului conține dreptul la îngrijirea medicală ca fiind inclus în dreptul „la un nivel de viață corespunzător asigurării sănătății sale, bunăstării proprii și a familiei”. Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale prevede (în art. 12)” că statele recunosc dreptul pe care îl are orice persoană de a se bucura de cea mai bună sănătate fizică și mintală pe care o poate atinge”.

Obiectivele principale ale asistenței medicale și îngrijirii sănătății sunt: „să ridice standardul de sănătate al întregii populații prin promovarea unui cadru optim de dezvoltare biologică, psihologică și socială a copiilor și să scadă riscul expunerii la boală și moarte”.

Și în prezent, cea mai dificilă problemă socială, politică și economică, cu care se confruntă Republica Moldova, este migrația forței de muncă. La prima vedere, acest lucru n-ar trebui să mire pe nimeni, întrucât fenomenul respectiv este caracteristic pentru toate țările lumii în faza de trecere la economia de piață. Însă totuși noi nu vom neglija faptul că ponderea și amploarea migrației din țara noastră constituie o problemă ieșită din comun [5, 21, 22, 24, 30, 56].

Migrația este un fenomen la fel de vechi ca și specia umană și, în funcție de responsabilii de această situație alarmantă, ea cauzează fie distrugerea statelor civilizate, fie formarea unor noi structuri sociale [59, 66, 78, 100, 133].

Particularitățile migrațiunii în masă a populației Republicii Moldova formează un stil de viață specific. Migrația și-a pus amprenta pe toate sferele vieții, a schimbat comportamentul, modul de gândire și viziunile oamenilor [24, 66, 152, 154, 156, 165].

Actualmente, Republica Moldova se află în topul țărilor afectate de procesele migraționale. În migrația provizorie cu scopul de a munci sunt antrenate circa 25 % din populația economic activă a țării [30, 166, 167,

171, 174]. Inexistența posibilităților de a avea un venit decent, nivelul redus al condițiilor de trai, infrastructura slab dezvoltată și sărăcia, plecarea unor membri ai familiei spre piețele externe ale muncii și existența din sursele câștigate de aceștia au devenit un mod normal de viață al familiilor cu copii la noi în țară.

În acest context, în Republica Moldova există diferite instituții care cercetează fenomenul migrației și, în special, cel al migrației de muncă. Aceste studii și cercetări cuprind fenomenul migrației doar din aspecte fie sociologice, fie demografice sau geografice, dar însăși cum influențează migrația de muncă asupra sănătății și sistemului de sănătate și în special asupra morbidității populației rămâne a fi insuficient cunoscut [1, 4, 12, 35, 95, 128]. Totodată, amploarea migrației în Republica Moldova relevă tot mai evident consecințele negative ale fenomenului, provocate atât la nivel microsocial, cât și macrosocial, influențând negativ capitalul uman [86, 89, 133, 172, 275, 295].

Efectele pozitive și cele negative ale migrației sunt resimțite de migrații și de societate în ansamblu, inclusiv de populația neimplicată în procesele migraționale, cum ar fi: copiii migraților și persoanele în etate în a căror grijă rămân aceștia. Problema migrației și a efectelor sale continuă a fi în centrul atenției atât a specialiștilor, cât și a societății civile [103, 104, 105, 106, 108, 109, 135, 136, 137, 143, 146, 173, 210].

Lucrarea de față reprezintă o imagine reală, de ansamblu, a fenomenului migrației de muncă și impactul ei asupra populației rămase în țară, evidențiind aspectele medicale, sociale și psihologice.

Totodată, prezenta monografie inserează și unele date statistice elaborate de Centrul Național de Management în Sănătate, de Centrul Național de Sănătate Publică, de instituții subordonate Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, de Compania Națională de Asigurări în Medicină și Biroul Național de Statistică. Adițional, a fost utilizată baza de date a OMS „Sănătatea pentru toți” (Baza de date on-line „Sănătatea pentru toți”, Copenhaga), precum și cea a Biroului regional OMS Europa, și rapoartele studiilor de politici, realizate cu sprijinul partenerilor de dezvoltare.

Scopul lucrării de față este de a informa publicul larg despre particularitățile fenomenului migrației de muncă și impactul ei asupra populației

rămase în țară, despre efectele pozitive și cele negative ale ei, despre aspectele medicale, sociale și psihologice ale populației afectate de migrația economică.

În încheiere, autorul prezentei monografii exprimă mulțumiri colectivului științific al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale – Direcției în domeniul asistenței medicale spitalicești; Direcției politici de protecție a drepturilor copilului și familiilor cu copii; instituțiilor raionale de asistență socială și protecție; instituțiilor medico-sanitare publice ce prestează servicii de asistență medicală primară.

De asemenea, cele mai alese sentimente de grațitudine doamnei Larisa Spinei, doctor habilitat în medicină, profesor universitar; doamnei Ala Donos, doctor habilitat în medicină, profesor universitar; doamnei Mariana Vrabie-Buciuceanu, doctor în științe sociologice, conferențiar cercetător; domnului Petru Martalog, doctor în științe medicale, conferențiar universitar, recenzenți ai prezentei lucrări, pentru sugestiile și recomandările de valoare.

În definitiv, considerăm că subiectele abordate în lucrare vor contribui la elaborarea politicilor și programelor eficiente în domeniul asistenței medicale a copiilor marcați de migrația de muncă parentală.

LISTA ABREVIERILOR

| | |
|---------------|--|
| OAM | - Asigurări Obligatorii de Asistență Medicală |
| AMP | - Asistența Medicală Primară |
| BNS | - Biroul Național de Statistică |
| CCEMM | - Comisia Centrală de Expertiză Medicală a Migranților |
| CNAM | - Compania Națională de Asigurări în Medicină |
| CSI | - Comunitatea Statelor Independente |
| EUBAM | - Misiunea Uniunii Europene de Asistență la Frontieră în Moldova și în Ucraina |
| FRA | - Agenția Uniunii Europene a Drepturilor Fundamentale |
| MSMPS | - Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale |
| PIB | - Produsul intern brut |
| PNUD | - Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare |
| PNS | - Politica Națională de Sănătate |
| OCDE | - Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică |
| OMS | - Organizația Mondială a Sănătății |
| OIM | - Organizația Internațională pentru Migrație |
| ILO | - Organizația Internațională a Muncii |
| IST | - Infecții sexual-transmisibile |
| ONG | - Organizații Neguvernamentale |
| RM | - Republica Moldova |
| RSSM | - Republica Sovietică Socialistă Moldovenească |
| USMF | - Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” |
| ONU | - Organizația Națiunilor Unite |
| MAEIE | - Ministerul Afacerilor Externe și Integrării Europene |
| MO | - Monitorul Oficial |
| MIRPAL | - Rețeaua de învățare a specialiștilor din domeniul migrației și remitențelor |
| IASCI | - Agenția Internațională pentru Informație din Țara de Origine |
| SUA | - Statele Unite ale Americii |
| UE | - Uniunea Europeană |
| USD | - în dolari SUA |
| URSS | - Uniunea Republicilor Sovietice Socialiste |

INTRODUCERE

O populație sănătoasă este condiția necesară pentru un capital uman productiv și, prin urmare, pentru dezvoltarea social-economică a țării. Starea sănătății populației este un indiciu integrat al dezvoltării sociale a țării, o reflectare a bunăstării social-economice și morale a poporului, a condițiilor de trai și consumului de servicii medicale, precum și a gradului de educație adecvată despre factorii de risc și comportamente sănătoase.

Conform declarației Organizației Națiunilor Unite (ONU), sănătatea este una dintre derivatele dreptului fundamental al omului la viață. Sănătatea înseamnă mult mai mult decât lipsa bolii, a anormalității fizice și are un sens mult mai larg, multidimensional, pe mai multe planuri: fizic, psihic și social. Este vorba deci despre un concept superior, cu un larg orizont, care nu poate fi separat de mediul social, de condițiile social-economice în care oamenii trăiesc și muncesc. Numai societatea în care totul este consacrat bunăstării omului poate conferi condițiile optime pentru apărarea și promovarea sănătății.

Speranța de viață a populației, nivelul și dinamica pozitivă a indicatorilor demografici și a morbidității populației sunt indiciile care demonstrează eficiența politicii sociale în medicină, care pot fi menținute la nivelul scontat prin promovarea unor reforme eficiente și de perspectivă.

Reformarea sistemului economic și social al Republicii Moldova pe parcursul ultimelor două decenii, reformarea cardinală a structurilor politice și a celor instituționale, precum și incoerența reformelor inițiate, au cauzat pauperizarea rapidă a unei părți însemnate a populației țării. Situația a fost agravată de existența diferendului transnistrean, care a prejudiciat funcționarea unor mecanisme economice complexe, în special cele ce țin de industria ușoară și de prelucrare. Influențe nefaste au avut și crizele financiare regionale (1998) și mondiale (2008). În plus, perioada lungă de tranziție și tendințele negative ale proceselor demografice au agravat situația generală din țară. Tot mai evidente sunt tendințele de reducere a populației, se intensifică procesul de îmbătrânire a populației, se dezechilibrează coraportul dintre categoriile de vârstă

și, ca rezultat, crește presiunea demografică asupra fondurilor sociale [5, 9, 25, 27, 89].

Potrivit prognozelor efectuate de Academia de Științe din Republica Moldova, aproximativ în anul 2050 populația țării se va reduce cu 20 %, iar cota populației de peste 60 de ani va depăși 35 %. Dacă în prezent presiunea demografică constituie 2:1 (o persoană care lucrează întreține alte două care șomează), în anul 2050 efectele presiunii demografice se vor dubla [123, 184, 207].

Examinată ca fenomen metaeducațional, migrația indivizilor/grupurilor/popoarelor reprezintă o formă de *substituire a locuirii* – de căutare a unui nou spațiu vital și/sau de locuire mai bun decât cel vechi, care, din anumite cauze (naturale, sociale, inclusiv războaie), s-a dovedit a nu mai fi apt să corespundă necesităților vitale și cultural-spirituale ale celor care migrează în alte spații.

Actuala migrație a unor grupuri mari de populații din statele ex-comuniste în Europa Occidentală reprezintă căutarea unui nou spațiu vital și cultural-spiritual, spațiul congenital al popoarelor est-europene fiind deteriorat ideologic, poluat ecologic și jefuit economic. În contextul celor două procese de unificare social-economică și cultural-spirituală a lumii – *globalizarea și europenizarea*, migrația actuală constituie unul dintre aspectele acestor procese.

Cu o pondere importantă a forței de muncă plasată peste hotare, Republica Moldova a devenit o *societate migrantă*. Astăzi putem constata următoarele: populația țării a căpătat o anumită experiență în acest domeniu. S-au format rețele și instituții informale ale migrației, cei aflați peste hotare atrăgând în țările gazdă rudele, prietenii, cunoscuții. Mulți dintre cei care dețin permisiunea oficială pentru muncă și-au luat familiile și, văzându-și viitorul în afara plaiului natal, tind să obțină cetățenia statului respectiv, își încadrează copiii în sistemul de învățământ al acestuia. O altă parte dintre aceștia însă au dubii: și-au soluționat unele probleme financiare (au construit case, au procurat apartamente) și voiesc să se întoarcă acasă, dar nu pot găsi un loc de muncă care le-ar asigura un nivel de trai decent, de aceea rămân peste hotare, își educă acolo copiii, sperând la redresarea situației economice din Moldova. Unii

sunt orientați să muncească provizoriu peste hotare, scopul lor principal fiind de a câștiga bani și de a reveni în țară. Diferite scenarii, diferite strategii familiale, însă evident este faptul că astăzi migrația de muncă are o multitudine de consecințe în diverse planuri: economic, social, demografic, cultural; unele repercusiuni sunt deja sesizabile, altele se vor resimți în viitorul apropiat [19, 27, 213, 217, 222, 226].

Fenomenul migrației are o influență extrem de complexă asupra țării de origine, în special asupra formării tinerei generații, acordându-i un statut inedit. Vulnerabilitatea acestei generații provine din percepțiile, uneori eronate, referitoare la socializarea cu identitatea de gen, fapt datorat lipsei modelelor masculine și feminine, modele oferite de către părinți, care, de cele mai multe ori, sunt plecați peste hotare. Tendințele identităților de gen, atât feminine, cât și masculine, în contextul fenomenului migraționist în Republica Moldova, tind spre uniformizare, spre identitate bimodală, care poate avea efecte atât pozitive (o redistribuire echitabilă a sarcinilor între bărbați și femei), cât și negative din considerentul că ceea ce-l diferențiază pe un individ de altul, aceea îl și atrage, fapt pentru care e bine să se păstreze specificitatea genului [38, 45, 51, 52, 57, 60].

Astăzi, plecarea părinților la muncă peste hotare a devenit o realitate care necesită o analiză minuțioasă. În condițiile economice și sociale actuale, absența părinților din familie, din variate motive, devine tot mai frecventă. Cu toate acestea, părinții trebuie să fie responsabili de viața, de securitatea și educația copilului. Din moment ce au adus pe lume un copil, ei trebuie: să conștientizeze importanța lor în cultivarea calităților de personalitate, să înțeleagă că, de fapt, în mâinile lor este destinul copilului, că primul univers social al acestuia este familia care-i oferă prima experiență de viață, formându-i Eul propriu, prin care el va prelua, va prelucra și estima informația ulterioară și care va servi drept fundament al formării habitusului moral. Primul model comportamental și prima autoritate în relațiile umane, de gen și familiale sunt cele oferite de părinți [61, 63, 65, 69, 74].

Dimensiunea educațională a migrației este complexă, ea incluzând atât fenomene și valori pozitive – evadarea părinților din mizeria ideologică și economică de acasă, familiarizarea cu valorile avansate ale civilizației europene, remunerarea decentă a muncii, relații civilizate de muncă etc., cât

și generând probleme serioase, principală fiind separarea copiilor de părinți, care, în perioada preșcolară, a școlarității mici și celei mijlocii, este una cu repercusiuni grave pentru ambii subiecți: părinți și copii, mai ales pentru copii, aceștia fiind privați de dreptul natural la educație, la alimentație, la îngrijire, la afectivitate, la spiritualitate în sânul familiei.

Necesitatea de a migra îi privează și pe părinți de dreptul natural de a-și educa *deplin* copiii, misiunea lor limitându-se la asigurarea vieții biologice a acestora, celelalte aspecte ale educației fiind preluate fie de terțe persoane (al doilea soț, rude, prieteni), fie asumate de către înșiși copiii (de vârstă medie și mare).

Migrația părinților afectează dezvoltarea personalității copiilor, precum și sănătatea psihică a acestora. Absența părinților le creează copiilor o stare de insecuritate afectivă, care este aprofundată de imposibilitatea comunicării și relaționării nemijlocite cu părinții [75, 79, 87, 102].

1. MIGRAȚIA FORȚEI DE MUNCĂ: FENOMENUL ȘI AMPLOAREA EI

1.1. Analiza situației globale în domeniul migrației de muncă

Globalizarea fluxurilor migraționale de muncă a condiționat opera-rea unor abordări fundamentale noi cu privire la conștientizarea realităților migraționale. În literatura occidentală au apărut concepții care se axează pe cercetarea proceselor migraționale ca fiind o parte a transformărilor sociale globale [31, 47, 213, 221, 224, 226].

Cercetătorii și savanții au început să-și concentreze atenția pe examinarea și studierea tendințelor și profilului proceselor migraționale internaționale, a consecințelor acestor procese atât pentru societățile-gazdă, cât și pentru țările de origine ale fluxurilor de migranți. Astfel, unii savanți occidentali se concentrează pe analiza modelului actual al fluxurilor migraționale care se intersectează și interacționează [228, 232, 237, 240, 249, 271, 273].

Mișcarea în masă a oamenilor pe o distanță considerabilă a reprezentat mereu o particularitate integrantă a dezvoltării istorice și totuși viteza, scopul, complexitatea și volumul migrației actuale la nivel mondial, în contextul de globalizare, nu au precedent. Dacă în 1980 populația migrantă la nivel global, adică persoanele care locuiau în afara țării lor de origine, reprezenta mai puțin de 100 de milioane de persoane sau 2,2 % din populația lumii, atunci în anul 2005, numărul migranților a crescut la 190 milioane de persoane sau 2,9 % din populația lumii [217].

În perioada actuală, la nivel global, mai mult de 214 milioane de oameni se află în mișcare, chiar dacă, în general, creșterea numărului populației a încetinit în perioada de referință. Cu toate acestea, conform estimărilor OIM, în cazul în care numărul populației migrante va continua să crească în același ritm precum în ultimii 20 de ani, atunci numărul de migranți internaționali la nivel mondial până în anul 2050 ar putea ajunge la 405 milioane [171]. În opinia savantului S. Castles, există o legătură mutuală puternică între procesul de globalizare și migrația internațională a populației, luând în considerare faptul că ambele fenomene reprezintă un proces transfrontalier cu dimensiuni transnaționale [236].

Domeniile principale de schimbări în procesul de migrație internațională în epoca globalizării sunt [249]:

1. Globalizarea și schimbările în țările de origine și în țările de destinație a migranților

Procesele de globalizare au reînnoit și au impulsionat o veche dezbatere cu privire la impactul migrației asupra țărilor sau regiunilor de origine. În timp ce Statele Unite ale Americii și Europa de Vest au rămas în lista celor mai importante destinații, au existat și mișcări semnificative de migrație spre alte țări din „Lumea nouă” (Australia, Noua Zeelandă și Canada), precum și spre țările bogate în petrol din Golful Persic (în primul rând, din Asia de Sud și cea de Est), reflectând o creștere uriașă a cererii de forță de muncă ca urmare a șocurilor petroliere din anii '70 ai secolului precedent [239].

Continental european – o sursă tradițională a migrației – a devenit o regiune de găzduire în masă a imigranților. În momentul de față, fiecare al treilea migrant internațional locuiește în Europa, reprezentând 8,7 % din populația totală a Europei [242, 248, 253]. Este important de menționat că liberalizarea generală a procesului de eliberare a pașapoartelor, produsă în urmă cu abia 20 de ani, a generat o oficializare a dreptului de ieșire, în timp ce intrarea în țările dezvoltate a devenit tot mai controlată prin intermediul sistemului de vize. De asemenea, anvergura procesului de acordare a azilului în proporții neînregistrate până acum a contribuit la schimbarea profilului fluxurilor de migrație internațională [23, 24, 48, 88].

Migrația este influențată de toate dimensiunile securității, în special de cea psihosocială. Reprezentarea pe care cetățenii țării de destinație și-o formează despre imigranți, despre solicitanții de azil sau despre refugiați determină, în mare parte, măsurile care se iau în sprijinul sau împotriva acestora. De asemenea, reprezentarea respectivă determină atitudini ce pot crea tensiuni, crize sau chiar conflicte între părțile implicate. În acest climat psihosocial, migranții constituie o sursă și de beneficii, și de probleme economice, sociale, politice, militare și ecologice atât pentru țara de destinație, cât și pentru cea de origine [89, 98, 100, 101].

Printre efectele negative pentru țara de origine pot fi menționate următoarele: exodul de specialiști de calificare înaltă sau „exodul de creiere” [34, 36, 159]; încetinirea creșterii naturale a populației și modificări în structura

demografică [158, 167, 171, 196]; apariția unor probleme de securitate națională și înrăutățirea imaginii țării pe arena internațională: acutizarea unei serii de procese socio-politice, economice, medico-sanitare, științifico-educative și de altă natură [40, 42, 52, 72]. De asemenea, influxurile masive de valută străină în formă de remitențe pot deveni o adevărată problemă pentru economiile slab diversificate și necompetitive. Dependența excesivă a țării de aceste influxuri financiare creează mai multe situații de hazard moral atât la nivelul Guvernului (manifestată prin reticența în implementarea unor reforme ce ar consolida sustenabilitatea fiscală), cât și la nivelul familiilor receptoare de remitențe (manifestată prin creșterea pretențiilor salariale față de angajatorii locali și, respectiv, prin diminuarea ofertei de forță de muncă) [86, 99, 122, 134, 171].

Pentru țările de origine ale imigranților, aspectele pozitive ale migrației pot fi sistematizate astfel [236]:

- Exodul parțial reduce problema șomajului și a tulburărilor sociale [217, 225, 226, 236, 239];

- Migranții dobândesc o nouă experiență profesională și își îmbunătățesc abilitățile posedate, se familiarizează cu tehnologiile și formele moderne de producere din străinătate sau din țările mai dezvoltate. Acest lucru contribuie la emanciparea mentalității, având efect pozitiv asupra răspândirii ideilor și tehnologiilor noi [243, 249, 252, 291, 294];

- Se reduce presiunea demografică în cazul în care țara se confruntă cu problema suprapopulării;

- Remitențele pot influența favorabil atât creșterea macroeconomică, cât și creșterea economică pe termen lung [28, 86].

În multe țări, volumul remitențelor depășește semnificativ investițiile străine directe și de asistență externă pentru dezvoltare [160, 161]. În țări precum Albania, Bosnia și Herțegovina, contribuția remitențelor în economia țării este aproape comparabilă cu veniturile obținute din exporturi, iar Tadjikistan, Republica Moldova și Kârgâzstan au fost în lista primelor cinci țări după ponderea remitențelor ca procent din PIB în anul 2010, respectiv, 49,6, 31,4 și 27,9 % [224, 225, 226]. De exemplu, în perioada anilor 2000-2012, volumul net al remitențelor în Republica Moldova a crescut de peste nouă ori, de la 178,6 mln. dolari SUA până

la 1 699 mln. dolari SUA în 2012 [161]. În prezent, acestea asigură circa o pătrime din PIB, continuând să rămână cea mai importantă sursă de finanțare a contului curent și devansând vizibil investițiile străine directe, transferurile guvernamentale și împrumuturile. Experții Băncii Mondiale confirmă faptul că scăderea volumului de remitențe are un impact direct asupra creșterii sărăciei în țară. Economistul canadian J. Galbraith, reprezentant al Școlii Keynesiene, a remarcat: „Migrația este cea mai veche acțiune împotriva sărăciei. Ea îi selectează pe cei care își doresc cel mai mult să fie ajutați. Este avantajoasă pentru țara în care merg și ajută la spargerea echilibrului de sărăcie în țara din care provin” [249]. Modelarea situației arată că scăderea remitențelor cu 50 % va genera o creștere a sărăciei cu 1,2 % pe an. De asemenea, reprezentanții Băncii Mondiale afirmă că utilizarea corectă a remitențelor, care sunt resurse private, în scopul dezvoltării este salutară, însă sunt necesare instrumente adecvate, susținute prin garanții, pentru a atrage fluxuri financiare corespunzătoare. Totuși, remitențele nu pot substitui fondurile de dezvoltare [31].

Impactul migrației asupra țărilor de destinație are și efecte pozitive, care pot fi structurate după cum urmează:

- Folosirea forței de muncă străină creează oportunități suplimentare pentru creșterea economică și permite evitarea problemei lipsei forței de muncă. De exemplu, majoritatea țărilor din UE se confruntă cu lipsa forței de muncă atât în sectoarele calificate, cât și în cele în care este solicitată munca necalificată. Prima categorie include experți în domeniul tehnologiilor avansate, profesioniști în domeniul sănătății, cercetători, ingineri și profesori. Cea de-a doua cuprinde lucrători agricoli, muncitori din domeniul construcțiilor, precum și pe cei din business-ul hotelier și din afacerile cu restaurante etc. [46];
- Migranții de calificare înaltă, care lucrează în țară, promovează creșterea
- produsului intern brut. În acest sens, oficialii germani chiar au recunoscut că „muncitorii străini au fost, împreună cu cetățenii germani, înfăptuitorii miracolului economic german” [59, 68];
- Muncitorii străini sunt, în mare parte, angajați pentru a îndeplini cele mai dificile, mai necalificate și mai puțin prestigioase locuri

de muncă. Ca urmare, această stare de lucruri oferă forței de muncă locale oportunitatea de a beneficia de un loc de muncă mai profitabil și de calificare mai înaltă;

- Veniturile obținute de migranți sunt, cel mai des, „investite” în consumul de bunuri sau în servicii, în achitarea impozitelor etc., ceea ce este benefic pentru creșterea economică a statului;
- Eliminarea problemei crizei demografice în țara de destinație, în cazul în care aceasta se confruntă cu o asemenea dificultate [167].

Oponenții migrației în țările de destinație își limitează argumentele lor la următoarele: muncitorii străini „strivesc” piața națională a forței de muncă, dețin locurile care ar putea să le revină localnicilor și cauzează creșterea șomajului [171, 180, 186, 207, 217]. Disponibilitatea muncitorilor străini de a lucra pentru un salariu minim reduce salariile din unele sectoare ale economiei. În circumstanțele în care salariile sunt relativ flexibile, cum ar fi exemplul Statelor Unite ale Americii, există probe că forța de muncă suplimentară exercită presiune asupra salariilor lucrătorilor localnici din cadrul aceluiași sector. În cazul în care salariile sunt mai puțin flexibile, cum ar fi în majoritatea țărilor UE, impactul tinde să se manifeste prin sporirea ratei de șomaj. Migrația poate avea impact și asupra echilibrului fiscal al statului gazdă [221, 225], întrucât țările de atracție a migranților sunt nevoite să suporte povara unor costuri sociale sau publice ale acestora (finanțarea educației și a asistenței medicale, prestații sociale pentru sărăcie și șomaj, menținerea ordinii publice, protecția mediului etc. [226, 234].

Rezultatele numeroaselor studii efectuate în țări precum SUA demonstrează că efectul migrației asupra salariilor și a ocupării forței de muncă pare să fie minim, iar contribuțiile migranților prin impozite par a fi mai mari chiar și decât beneficiile obținute pe termen lung [167]. Guvernele țărilor de destinație percep necesitatea de imigrație ca o sursă de completare a rândurilor populației și a forței de muncă, inclusiv ca un mijloc de a susține viitoarea creștere economică. Însă aceasta ar putea genera o reacție negativă a populației băștinașe față de noii veniți. În țările-gazdă dezbaterile publice pe marginea problemei migrației ghidează deseori politica națională. Imigranții sunt blamați din cauza perturbării societății civile, din cauza epuizării trezoreriei publice, din cauza scăderii salariilor, precum și a altor probleme [33].

În consecință, toate țările de destinație încearcă să limiteze imigrația ilegală și angajarea în câmpul muncii a lucrătorilor ilegali, însă se confruntă cu lipsa voinței și a mijloacelor necesare pentru realizarea acestui lucru, întrucât conflictul permanent dintre logica pieței muncii, care le determină să deschidă granițele, și logica statelor, care le obligă să le închidă [167]. În acest sens, potrivit unor cercetători, provocarea politică este de a găsi un echilibru între interesele pe termen lung ale națiunii, producând un flux constant de imigranți, și interesele imediate ale cetățenilor, care caută să dea vina pe aceștia în multe probleme economice și sociale [217].

Țările care acceptă imigranții, de asemenea, adoptă diferite poziționări față de diversitatea culturală și rasială. De exemplu, Canada și Australia au adoptat oficial o politică a multiculturalismului, deși de multe ori aceasta, pur și simplu, este redusă la recunoașterea diversității culturale. Germania și Franța încearcă să protejeze cultura și stilul de viață tradițional și sunt mai puțin dispuse să accepte diversitatea condiționată de imigranți. Astfel, provocarea pentru țările de destinație este de a găsi o soluție politică optimă care le va permite să combine moștenirea culturală proprie cu perspectivele, care, indubitabil, vor fi diverse și multiculturale [171].

Fluxurile migraționale accentuează necesitatea de acțiune la nivel global, incluzând atât țările dezvoltate, cât și cele în curs de dezvoltare, nu doar în calitate de furnizor de forță de muncă ieftină, ci și prin contribuirea la procesul de dezvoltare globală.

2. Intensificarea migrației sau accelerarea creșterii economice și a proceselor de migrație în toate regiunile lumii

Fenomenul se datorează răspândirii și accesului larg la mijloacele de transport, care facilitează circulația persoanelor și reduce distanța dintre țări. Răspândirea internetului la nivel mondial accelerează ritmul de difuzie tehnologică, favorizându-i pe emigranți să perceapă mai ușor oportunitățile și provocările cu privire la potențialele țări de destinație. Webul permite migranților să beneficieze tot mai mult de avantajele existente, în timp ce se află în țara lor de origine, dar și să caute oportunități de migrație la nivel mondial [233]. În aceste condiții, munca temporară în străinătate de multe ori pare mai atractivă pentru migranți, deoarece necesită mai puține costuri materiale și are un alt caracter. În definetiv, atragerea temporară

a muncitorilor străini corespunde obiectivelor politicii migraționale promovate de majoritatea țărilor de destinație [236]. Cu toate acestea, tendința respectivă îngreunează controlul statelor naționale asupra fluxurilor migratorii.

3. Stratificarea migrației

În prezent, procesele migraționale internaționale sunt caracterizate prin diverse forme de migrație internațională (migrație, repatriere, emigrare la un loc permanent de trai, refugiere, strămutarea internă a persoanelor etc.). De exemplu, dacă în anii '50 ai secolului precedent, numărul de refugiați se estima la două milioane, atunci în 2009 numărul total al refugiaților a ajuns la 15,2 mln [305]. Anul 2015 s-a caracterizat printr-un val fără precedent al refugiaților în Uniunea Europeană, în special din regiunea instabilă a Orientului Apropiat – cel mai masiv influx de imigranți după cel de-al Doilea Război Mondial. Devine tipică situația în care circuitul de migranți începe cu un tip de migrație și se încheie cu o formă absolut diferită. Acest tip de stratificare constituie unul dintre principalele obstacole în calea gestionării eficiente a migrației internaționale de către statele naționale.

4. Feminizarea migrației

Actualmente, femeile reprezintă aproximativ jumătate din numărul total de migranți internaționali, în unele regiuni ale lumii fiind chiar mai numeroase decât bărbații. Hong Kong, Israel, Kazahstan, Federația Rusă, Ucraina și Uzbekistan sunt principalele țări-gază în care majoritatea migranților o constituie femeile [224]. Ponderele femeilor în rândul imigranților din Europa de Est și din Comunitatea Statelor Independente este una covârșitoare în comparație cu alte regiuni [243]. Femeile deja nu mai migrează cu unicul scop de a-și conduce soții, ci și pe cont propriu, în căutarea oportunităților de angajare. Circulația bărbaților și a femeilor în economia mondială este diferită, femeile fiind angajate, în special, în sfera de prestare a serviciilor și în cea culturală. Acest lucru le face pe femei mai vulnerabile în ceea ce privește nerespectarea drepturilor omului, întrucât femeile imigrante sunt cel mai frecvent întâlnite în sferele instabile și ilegale ale economiei, inclusiv prestând servicii la domiciliu, în sfera divertismentului și în industria sexului, unde drepturile migranților nu sunt protejate de legislația locală în domeniul muncii [46, 102].

5. Nivelul scăzut al natalității și îmbătrânirea populației în țările dezvoltate

Nivelul scăzut al natalității și îmbătrânirea populației au determinat multe țări dezvoltate să considere migrația internațională drept o sursă de completare a forței de muncă și de sporire a numărului de populație, deși nivelul natalității și cel de dezvoltare economică tind să evolueze în direcție opusă. *Raportul ONU privind îmbătrânirea populației la nivel global* demonstrează că numărul celor cu vârsta de peste 60 de ani a constituit 8 % din populația la nivel mondial în 1950, ridicându-se la 11 % în 2007. Acesta preconizează să ajungă la 22 % până în 2050. Raportul subliniază că până în 2050 numărul persoanelor cu vârsta de peste 60 de ani va constitui o treime din numărul total al populației din UE și SUA [252]. Diminuarea ratelor natalității și îmbătrânirea populației înseamnă că piața forței de muncă în țările dezvoltate nu va mai fi completată în același ritm ca și în perioadele anterioare, iar cu timpul va crește și rata populației în vârstă. Studiul ONU prevede o diminuare de la 12:1 în 1950 la 4:1 în 2050 a raportului global dintre lucrătorii cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 de ani și persoanele în vârstă [191]. Tendințele demografice și îmbătrânirea forței de muncă în multe dintre țările industrializate denotă faptul că migrația va deveni o opțiune tot mai importantă în abordarea raportului crescând dintre populația aflată la pensie, populația activă și îmbătrânirea forței de muncă.

6. Globalizarea și cererea de forță de muncă

Pe de o parte, au fost create oportunități de mobilitate socială pentru cei cu experiență științifică și cunoștințe tehnice necesare pentru noua economie. Pe de altă parte, suntem martori ai unui proces de redistribuire a forței de muncă rămase în țările periferice, asociate cu economia tradițională. Aceste tendințe generează diferite tipuri de cerere de forță de muncă în diferite regiuni. Astfel, în regiunile dezvoltate ale lumii, în legătură cu noua economie, există o cerere de personal de înaltă calificare, în timp ce în regiunile periferice, afectate de economia de piață, persistă, de regulă, o cerere față de forța de muncă industrială prost plătită, însă necesară pentru creșterea economiei, asociată cu creșterea activităților industriale și de producție. În contextul globalizării, cererea de forță de muncă de înaltă calificare în țările care găzduiesc imigranți a crescut, iar cererea

de forță de muncă necalificată persistă în regiunile periferice, unde aceasta este mai mult decât suficientă [56,167,171].

7. Includerea problematicii migrației pe agenda politică la nivel mondial

Procesul de globalizare a determinat faptul ca migrația și dezbaterile referitoare la migrație să fie excluse din dialogurile bilaterale și regionale și direcționate spre o platformă multilaterală, începând să ocupe o poziție tot mai semnificativă pe agenda politică globală [167]. Se produce un dialog tot mai larg cu privire la necesitatea unor modificări ale cadrului instituțional global, pentru a reprezenta mai reușit lumea în curs de dezvoltare în problemele legate de migrație [56].

Secretarul General al ONU, precum și numeroase guverne, au dat curs activității Comisiei Mondiale privind Migrația Internațională, care și-a prezentat raportul final în 2005. În septembrie 2006, ONU a găzduit primul Dialog la nivel înalt cu privire la Migrația și Dezvoltarea Internațională, care a condus la crearea Forumului Global pentru Migrație. Totuși, în pofida acestor eforturi, se menține un decalaj sensibil între importanța crescândă a migrației, ca fenomen economic și social, și analiza empirică riguroasă a acestuia [171].

1.2. Etapele procesului migrației forței de muncă în Uniunea Europeană

Migrația a existat de la începuturile omenirii. Fenomenul nu a încetat în timp, însă a înregistrat schimbări și a căpătat noi forme. Procesele migratorii se desfășoară simultan și sunt în creștere în multe țări ale lumii. Unul dintre rezultatele pe termen lung ale acestei evoluții ar putea fi apariția societăților multiculturale, tinzând spre noi concepte ale cetățeniei sau statului național. Cele mai multe dintre țările dezvoltate au devenit societăți diversificate, multietnice, iar cele care nu au ajuns încă la nivelul respectiv s-au orientat decisiv în această direcție [217].

O particularitate importantă a populației este deplasarea dintr-un loc în altul. Dreptul de a se deplasa a fost recunoscut la nivel mondial de peste o jumătate de secol, prin adoptarea Declarației Universale a Drepturilor Omului. În articolul 13, Declarația stipulează: „Oricine are dreptul să se deplaseze liber și să-și stabilească reședința pe teritoriul oricărui stat” și „Oricine are dreptul să părăsească o țară, inclusiv cea de origine,

și să se întoarcă în țara sa” [112, 185, 259].

Pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene, libera circulație a lucrătorilor a fost unul dintre primele drepturi recunoscute în cadrul comunitar. Dacă reglementările inițiale (Regulamentul nr. 1612/1968 privind libera circulație a lucrătorilor și Directiva nr. 360/1968 privind dreptul de rezidență al lucrătorilor și membrilor de familie ai acestora) se refereau doar la cei care desfășurau o activitate economică, Actul Unic European a extins dreptul de rezidență la toți cetățenii statelor membre, independent de desfășurarea unei activități economice [134, 174, 259].

În momentul de față, prevederile Tratatului asupra Comunității Economice Europene stipulează dreptul oricărui cetățean al Uniunii Europene de a circula și a-și stabili reședința, în mod liber, pe teritoriul statelor membre, cu respectarea condițiilor fixate în Tratatul de la Roma. După cel de-al Doilea Război Mondial, țările europene au experimentat patru perioade principale de migrație [194, 217, 303].

1. Migrația forței de muncă și reconstrucția Europei: perioada anilor 1950-1970

Imediat după cel de-al Doilea Război Mondial, etnicii naționali și alte persoane care se deplasaseră au început să revină în țările de origine, generând fluxuri migratorii de masă în Europa. În același timp însă, reconstrucția Europei postbelice necesita o mare cantitate de forță de muncă. Ca urmare, autoritățile statelor interesate, firme sau agenții private au început să recruteze lucrători străini. Aceste ample mișcări migraționiste în cadrul Europei și dinspre țările în curs de dezvoltare au contribuit la dezvoltarea și creșterile succesive economice înregistrate în Europa, în perioada anilor 1945-1975 [171].

Competiția cu modelul politic socialist din Europa Centrală și cea de Est a stimulat dezvoltarea politicilor care au condus nu doar la realizarea unui nivel ridicat al ocupării, dar și la ameliorarea și modernizarea sistemelor de securitate socială și, astfel, la evoluția spre stările bunăstării generale din Europa de Vest [24, 228, 237]. În această perioadă, s-au dezvoltat industria grea, manufacturieră, sectorul construcțiilor și activitățile publice, determinând o creștere economică importantă în țările europene. Lucrătorii migranți din Irlanda și Europa de Sud (Grecia, Portugalia, Spania și, într-o mai mică măsură, Italia) – țări care s-au confruntat cu

economii în stagnare și rate ridicate ale șomajului – au răspuns, la început, necesităților pieței muncii din Europa de Vest [226, 307].

Tratatul de la Roma din anul 1957, care a pus bazele Comunității Economice Europene, se fundamenta pe anumite principii, printre care asigurarea liberei circulații a persoanelor între cele șase state fondatoare [194, 237, 252]. Ca urmare, în anii '60 ai secolului precedent, s-a înregistrat o creștere importantă a migrației în interiorul Comunității, datorată în mare parte numărului important de lucrători italieni care se deplasau spre celelalte cinci state membre. Dar, chiar și după realizarea în 1968 a cadrului legal și instituțional pentru asigurarea acestei libertăți, fluxurile migratorii dinspre țările terțe au rămas cantitativ superioare migrației forței de muncă intracomunitară, conform studiului realizat de Garson și Loizillon [67, 68, 217].

În această perioadă, au fost încheiate numeroase acorduri bilaterale privind circulația forței de muncă între cele șase state membre și țări terțe – de exemplu, între Germania și țări ca Italia (1955), Grecia și Spania (1960), Turcia (1961), Maroc (1963), Portugalia (1964), Tunisia (1965) și Iugoslavia (1968) [59, 99].

Conform studiilor Comisiei Europene, în această perioadă, formele migrației forței de muncă au variat considerabil, în concordanță cu circumstanțele istorice [207]. Astfel, Franța, Belgia, Olanda și Marea Britanie aveau posibilitatea să folosească forța de muncă din coloniile lor sau din fostele colonii, iar relațiile economice, politice și culturale ofereau șansa de a obține forța de muncă chiar fără a utiliza sisteme de recrutare specifice. Dimpotrivă, țări ca Germania sau Elveția nu aveau acces la „mâna de lucru colonială”. De aceea, au creat sisteme de recrutare a forței de muncă pentru atragerea lucrătorilor străini temporari, cărora li s-a acordat permisiunea de ședere ca „lucrători oaspeți”, fiind nevoie de activitatea lor [228, 249].

În perioada anilor 1945-1975, dependența economiilor statelor membre de lucrătorii străini a diminuat volumul imigrației ilegale [33, 133, 179]. Combaterea imigrației ilegale a devenit o problemă prioritară a politicilor multor state membre după declinul economic de la mijlocul anilor '70 ai secolului precedent, urmat de creșterea șomajului. Conform statisticilor OCDE, de la începutul anilor '60 până la începutul anilor '70,

mai mult de 30 milioane de lucrători străini au intrat în Comunitatea Economică Europeană, incluzând lucrătorii temporari și pe cei cu intrări multiple. Până la începutul anilor '80, numărul străinilor rezidenți în Europa de Vest s-a triplat față de anii '50, ajungând la 15 milioane. În anul 2000, peste 20 milioane de lucrători străini locuiau în Spațiul Economic European, reprezentând 5,4% din totalul populației, cu mici variații între țări [22, 217, 303].

2. Perioada crizelor economice: 1970 – prima jumătate a anilor '80

Cea de-a doua perioadă a migrației a fost marcată de crizele economice, cauzate de creșterea prețului de cost al petrolului din anii 1973 și 1979. Ulterior, reformele din economia mondială, revoluția economică și noile modele de organizare a afacerilor au modificat natura muncii, erodând modelele de ocupare tradiționale [47, 223, 226]. Ca urmare, migrația forței de muncă s-a modificat. Unele state europene au redus sau au încercat să reducă imigrația. Șomajul în creștere și escaladarea tensiunilor sociale au determinat guvernele să elimine politicile active de recrutare din străinătate [174]. Astfel, au crescut prețurile de cost ale recrutării din străinătate pentru angajatori, au fost limitate categoriile de lucrători străini care puteau fi angajați și s-au stabilit cote anuale pentru forța de muncă din străinătate. De asemenea, guvernele au implementat politici pentru încurajarea lucrătorilor migranți de a se întoarce în țările de origine. În realitate, regresul economic din țările gazdă nu a condiționat întoarcerea masivă a imigranților în țările de origine.

După estimările Națiunilor Unite, doar 10 % dintre lucrătorii migranți s-au întors în țările de origine în următorii doi ani după criza petrolului din 1973, combinată cu criza civică din anii 1974-1975 [21, 174, 303]. Cu toate acestea, potrivit studiului cercetătorilor Gaston și Loizillon [236], migrația forței de muncă a scăzut până la sfârșitul anilor '80. Totodată, conform datelor furnizate de EUROSTAT, alte categorii ale migranților au crescut semnificativ, în special ca urmare a reunificărilor familiale. În plus, migrația forței de muncă a fost urmată tot mai mult de migrația în alte scopuri, în special în căutare de azil. Deși Uniunea Europeană s-a extins, în 1974, prin aderarea Marii Britanii, Irlandei și Danemarcei, migrația intracomunitară a stagnat nu doar ca urmare a crizei economice, ci și a convergenței salariilor

între statele membre.

3. Diversificarea țărilor gazdă și de origine și creșterea numărului solicitanților de azil, refugiaților și minorităților etnice

A treia perioadă a migrației, care a început la sfârșitul anilor '80, este caracterizată de diversificarea statelor gazdă și a celor de origine. Țări de emigrație tradițională din Europa, precum Spania, Italia, Irlanda, Grecia și Portugalia, se transformă treptat în țări de imigrație [133].

Majoritatea migranților nu mai provin din fostele colonii, ci dintr-un grup de țări mult mai diversificat. Numărul solicitanților de azil și al refugiaților a crescut semnificativ. Aceasta s-a datorat, parțial, schimbărilor politice din Europa Centrală și cea de Est, precum și din fosta Uniune Sovietică. De asemenea, conflictele regionale, precum cele din fosta Iugoslavie și nordul Irakului, au determinat fluxuri considerabile de solicitanți de azil și refugiați din zonele afectate. Conform statisticilor OCDE, această perioadă se caracterizează, de asemenea, prin predominanța fluxurilor migratorii pentru reunificare familială și revenirea interesului pentru migrația forței de muncă, în special pentru lucrătorii calificați și înalt calificați, spre sfârșitul anilor '90. După prăbușirea blocului comunist și deschiderea frontierelor, a sporit fluxul migrator est-vest, în special circulația minorităților etnice.

De la sfârșitul anilor '80 până la începutul anilor '90 ai secolului precedent, întoarcerea minorităților etnice în țările de origine a fost semnificativă și direcționată spre un număr limitat de state membre, în special Germania, dar și Grecia, și Finlanda. De la începutul anilor '90, aspectele referitoare la frontiere, în special cele legate de migrație, au devenit probleme de interes major în Europa. Țările terțe nu beneficiază de condiții privilegiate privind accesul și participarea la procesul de integrare europeană, dar trebuie să facă față efectelor externe ale Uniunii Externe, printre care și migrația ilegală. Pe de altă parte, statele membre ale Uniunii Europene, precum și statele candidate, se confruntă cu noi probleme în domeniul controlului frontierei și migrației [228].

4. Migrația forței de muncă „preferențială”

În ultimii ani s-a înregistrat o creștere a migrației permanente și a migrației forței de muncă temporare ca urmare, pe de o parte, a intensității fazei de expansiune de la sfârșitul anilor '90, iar, pe de altă parte, a dezvoltării tehnologiei informației și comunicației, sănătății și educației, sectoare care

necesită forță de muncă înalt calificată. Totodată, a crescut cererea de forță de muncă străină necalificată, în special în agricultură, construcții și lucrări publice, precum și serviciile casnice (cazurile Italiei, Spaniei, Greciei și Portugaliei). După anul 1989, migrația a crescut în special în Germania și Marea Britanie, politicile privind recrutarea forței de muncă din străinătate favorizând soluția lucrătorilor străini temporari. Totodată, studenții străini au contribuit la acoperirea necesarului de forță de muncă în țările gazdă (Marea Britanie, Germania, Franța și Spania). În anii '90 a crescut și ponderea femeilor în rândul migranților. Această tendință se observă în special în Franța, Grecia, Suedia, Marea Britanie și Italia [174, 213, 221]. Tendința de „feminizare” se remarcă în toate componentele fluxurilor migratorii, nu doar în cazul reunificărilor familiale. Țările din Europa Centrală și cea de Est nu mai sunt doar țări de emigrație, ci și de imigrație și tranzit, devenind atractive pentru imigranții din Extremul Orient. În timp ce populația din Europa Centrală (Republica Cehă, Republica Slovacă, Ungaria și Polonia) migrează spre țările Europei de Vest, aceleași țări devin destinație pentru migranții din țările Europei de Est, precum Belarus sau Ucraina. Totodată, migrația ilegală a căpătat noi dimensiuni și a devenit mai periculoasă. Ca urmare a dezvoltării rețelelor de trafic internațional și creșterii rolului lor în circulația internațională a forței de muncă, politicile statelor membre privind migrația și angajarea străinilor au sporit măsurile represive împotriva traficantilor, angajatorilor sau imigranților, aflați într-o situație de ilegalitate [62, 171, 174].

Începând cu a doua jumătate a anilor '90, s-au intensificat discuțiile cu privire la efectele migrației internaționale a lucrătorilor înalt calificați în Europa. Migrația specialiștilor și studenților din Europa Centrală și cea de Est spre Europa de Vest s-a remarcat după căderea zidului Berlinului și a regimurilor socialiste din anul 1989. Țări precum Marea Britanie, Germania și Franța au adoptat măsuri pentru a facilita intrarea persoanelor înalt calificate, în special a specialiștilor IT, ca să facă față competiției globale pentru astfel de lucrători. Cererea de lucrători înalt calificați poate fi satisfăcută, în mare parte, de țările în curs de dezvoltare, beneficiile directe ale „migrației creierelor” fiind încă foarte apreciate. Importul de specialiști mai are loc, chiar dacă semnificația sa este diminuată [34, 62, 176]. Se poate previziona însă o creștere a fluxului invers de specialiști: dinspre țările bogate înspre cele mai puțin dezvoltate, ca

urmare a reducerii cererii de personal înalt calificat datorită creșterii eficienței economice în țările dezvoltate. Totodată, capitalul și investițiile directe vor fi orientate spre țările sărace, atrăgând specialiști din țările bogate. Legătura dintre schimbările demografice și politicile privind migrația, inclusiv migrația persoanelor înalt calificate, va reprezenta o problemă importantă în viitorul apropiat. Este de așteptat ca unele state membre să prefere migrația specialiștilor și să elaboreze reglementări și proceduri care să o faciliteze [68,151,176,191].

2. FLUXURILE ȘI TENDINȚELE GENERALE ALE MIGRAȚIEI DE MUNCĂ A CETĂȚENILOR REPUBLICII MOLDOVA ÎN UNIUNEA EUROPEANĂ

2.1. Migrația de muncă a cetățenilor Republicii Moldova în Uniunea Europeană: repere istorice

Desființarea URSS și proclamarea, la 27 August 1991, a Independenței statului a generat pentru cetățenii Republicii Moldova numeroase oportunități, inclusiv posibilitatea de a se deplasa peste hotare temporar sau permanent, cu stabilirea locului de trai în afara țării [292].

Fenomenul emigrației a început după colapsul Uniunii Sovietice și a luat amploare pe parcursul crizei financiare din anii 1998-1999, când reducerea numărului de locuri de muncă, disponibilizările în masă și micșorarea considerabilă a salariilor sau chiar neachitarea salariilor de către întreprinderile falite și de sectorul bugetar i-au determinat pe moldoveni să caute locuri de muncă peste hotar, pentru a supraviețui și a scăpa de sărăcie [217, 293].

Veniturile mici rezultate din cultivarea loturilor de pământ, lipsa oportunităților de angajare, salariile mici din sectorul agricol, cumulate cu o infrastructură slab dezvoltată și servicii de calitate joasă au cauzat diminuarea numărului de locuitori antrenați în agricultură și în activitățile conexe acesteia și au contribuit semnificativ la exodul masiv al forței de muncă, în special din mediul rural, prin procese paralele de emigrare și urbanizare. (*Figura A 2.1, A 2.2*)

Migrația permanentă a luat amploare în anii 1985-1995 și a vizat patru țări principale de destinație: Israel, Rusia, Ucraina și Germania. Ulterior, fluxurile emigrării permanente au fost atrase de Canada, un flux care continuă și până în prezent, în mare parte reprezentat de specialiștii de calificare înaltă și de familiile acestora [293]. Migrația temporară a înregistrat progresiv proporții semnificative începând cu anul 1990 și s-a produs, în mare parte, pentru a îmbunătăți situația financiară sau pentru a căuta oportunități de studii, ultima incluzând tineretul care a obținut oportunitatea de a depune dosare în mod individual pentru burse în străinătate. Impulsionat de situația social-economică, fenomenul migrațional

a evoluat și în funcție de politicile migraționiste adoptate în diferite perioade de timp, inclusiv sub impactul unor variabile, cum ar fi aflarea legală sau ilegală peste hotare [107, 111, 112, 115, 151].

Rezumând evoluția trendurilor migraționiste, identificăm următoarele patru etape în evoluția proceselor de migrație din Republica Moldova, începând cu obținerea independenței:

Prima etapă (anii 1990-1994). În această etapă s-a evidențiat reglementarea proceselor migraționiste, care își aveau rădăcini în spațiul geopolitic sovietic și post-sovietic, inclusiv în protecția drepturilor moldovenilor care activau în fostele republici sovietice (aproximativ 560 mii de persoane). Destrămarea situației social-economice și accentuarea sărăciei au condiționat faptul ca în prima jumătate a anilor '90 ai secolului precedent să ia amploare migrația economică comercială de tip „suveică” („shuttle”, „celnok”), reprezentând migrația cu scopul de a procura bunuri peste hotare și de a le comercializa în țară la un preț mai profitabil. Principalele direcții ale migrației comerciale de acest tip erau înspre Turcia, Rusia, România, Germania și Polonia. Ulterior, această migrație se reduce treptat, fiind substituită integral cu migrația forței de muncă. Pentru perioada respectivă este caracteristică și migrația internă a populației din regiunea transnistreană, în special spre capitala țării, generată de conflictul armat din anul 1992 [171, 228, 292].

A doua etapă (anii 1995-2000). Specificul acestei etape constă în integrarea republicii în procesele migraționale orientate, mai ales, spre Europa. Criza economică acută a marcat anii 1998-1999, ceea ce a cauzat pierderea locurilor de muncă, deteriorarea semnificativă a pieței, creșterea sărăciei, afectând 73 % din totalul populației. Drept consecință, ia amploare migrația spontană de muncă, preponderent ilegală. Au început să fie sesizabile efectele pozitive ale migrației care, până în anul 2000 viza, în special, Rusia și Italia. Au sporit intrările valutei străine în Republica Moldova, precum și interesul pentru fenomenul migrației atât al publicului general, cât și al factorilor de decizie politică. Autoritățile statului încep să întreprindă acțiuni de reglementare a proceselor migrației de muncă [34,130].

A treia etapă (anii 2001-2006). Această etapă se caracterizează prin măsurile adoptate de Guvernul Republicii Moldova pentru a promova legalizarea și reglementarea fluxurilor migrației ilegale, precum și

protecția drepturilor migranților în țările de destinație. În perioada respectivă migrația ilegală era determinată de dificultatea de a obține viză, de lipsa posibilității de a pleca la muncă legal în afara țării din cauza numărului mic de acorduri în domeniul muncii încheiate între Republica Moldova și alte state, precum și de impozitele mari ce urmau să fie plătite pentru a obține legalizarea șederii pe teritoriul țărilor de destinație. În această perioadă au fost inițiate numeroase dialoguri cu 19 țări, au fost semnate acorduri bilaterale în domeniul migrației de muncă și deschise în Republica Moldova consulate ale principalelor state recipiente ale migranților ilegali de muncă (Portugalia, Grecia și Italia) [293].

Etapa a patra (din mai 2006 până în prezent). În cadrul procesului de reorganizare a administrației publice centrale, în luna mai 2006 a fost dizolvat Serviciul de Stat Migrațiune, competențele acestuia fiind divizate între două ministere. Astfel, MAI a creat în cadrul său BMA, care a preluat competențele în domeniul imigrării străinilor și al azilului, iar Ministerul Economiei și Comerțului – competențele în domeniul migrației forței de muncă. Din anul 2009, aceste responsabilități au fost delegate MSMPS. Actualmente, sunt promovate abordarea conceptuală privind reglementarea migrației forței de muncă, desfășurarea reformei instituționale și cooperarea mai strânsă cu Uniunea Europeană. Odată cu lansarea cursului spre integrarea europeană, Republica Moldova depune eforturi esențiale privind reglarea proceselor migraționale, iar migrația ilegală la muncă este înlocuită treptat cu politici în vederea reglementării migrației legale, prin semnarea acordurilor cu țările de destinație [165, 217, 305]. În anii precedenți persista tendința emigrării forței de muncă din Republica Moldova în statele CSI, în primul rând, în Federația Rusă. Actualmente, apare vectorul de vest și de sud-vest al migrației forței de muncă. Treptat se produce reorientarea lucrătorilor migranți spre statele membre ale UE, în special spre Italia, Portugalia, Spania, Grecia, care sunt caracterizate prin ponderea semnificativă a sectorului neformal în economiile țărilor [217]. (*Figura A3.1*)

Primordialitatea vectorului de vest al migrației de muncă a fost favorizată de numeroși factori, cei mai importanți fiind următorii: distanța geografică realmente egală a Republicii Moldova atât față de statele membre ale UE, cât și față de Federația Rusă; apropierea grupului

lingvistic latin pentru moldoveni, a grupului lingvistic turc pentru găgăuzi, a grupului lingvistic slavon pentru vorbitorii de limbă rusă din Moldova; rețeaua persoanelor cunoscute, creată prin intermediul diasporei evreiești-moldovenești în Germania, în Israel și alte state; liberalizarea regimului de vize între Republica Moldova și Uniunea Europeană începând cu aprilie 2014; o serie de amnistii migraționale și alte mecanisme de reglare a migrației în statele membre ale Uniunii Europene, care au permis transformarea statutului ilegal în cel legal; un nivel înalt al criminalității și birocrăției în Federația Rusă [76, 77, 78].

Salarii vădit mai mari în statele membre ale UE, în comparație cu cele din Federația Rusă, reprezintă unul din factorii-cheie în acest sens. În conformitate cu datele cercetărilor sociologice, un lucrător migrant din Republica Moldova, care lucrează peste hotare, câștigă lunar 543 de dolari SUA, în țările CSI – 368, în timp ce în țările occidentale – în medie, 600-1000 și doar în Germania – 1 300. Lucrătorii migranți moldoveni, care activează în domeniul construcțiilor în Rusia, câștigă în medie de la 450 până la 750 de dolari SUA, iar în statele UE - de la 900 până la 1500 [217, 227, 240]. Dacă inițial reprezentanții minorităților naționale erau mai activi în procesul migrației de muncă, la etapa actuală în astfel de procese participă reprezentanții tuturor grupurilor etnice, inclusiv ai națiunii titulare [56]. Totodată, cu excepția Transnistriei și Găgăuziei, care se orientează preponderant spre Rusia și, respectiv, Turcia, în alte regiuni și zone ale țării componentul etnic nu determină comportamentul migrațional al populației Republicii Moldova [255].

2.2. Tendințele migraționale actuale ale cetățenilor Republicii Moldova

Există diverse modalități naționale în ceea ce privește evaluarea numărului de persoane implicate în procesele migraționale, acestea fiind diferite de abordările internaționale în acest sens. Numărul de persoane din țară implicate în procesele migraționale este calculat diferit. În Republica Moldova sunt utilizate, în linii mari, trei abordări privind estimarea emigrării internaționale, acestea fiind: „emigrarea documentată”, care include retragerea vizei de reședință și declararea emigrării pe termen lung sau pentru totdeauna din țară, cunoscută și sub noțiunea de emigrare permanentă; plecarea la muncă sau în căutare de lucru peste hotare, considerată, de asemenea, ca fiind „migrare temporară/ circulară” și plecarea din țară înregistrată

la frontieră, aceasta *de facto* cuprinzându-le pe ambele: „emigrarea documentată/permanentă” și „migrarea temporară/ circulară” [100, 294].

Numărul de migranți variază considerabil în funcție de sursa de informație și de metodologia de evaluare aplicată: aproximativ 92 184 de emigranți documentați, conform Recensământului Populației din anul 2013, începând cu anul 2005 [182]; circa 300 000 de persoane sau aproximativ 25 % din populația activă din punct de vedere economic, cu o medie anuală de 311 000 de persoane în anul 2010, potrivit datelor Ministerului Finanțelor Republicii Moldova [183]; aproximativ 800-900 000 de lucrători migranți, în opinia reprezentanților domeniului academic [56]; de la 340 mii până la 1 milion de persoane, după cifrele care figurează în mass-media moldovenească; mai mult de 700 mii de persoane, conform datelor Băncii Mondiale, ceea ce constituie aproape jumătate din numărul populației apte de muncă; circa 750 000 de persoane, potrivit estimărilor OIM care calculează fluxul anual al migranților la un nivel de aproximativ 1,4 % din totalul populației Republicii Moldova [3, 25, 46, 64, 151, 166, 161]. (*Figura A3.2*) Însă, OIM constată că este foarte dificil de a estima acest fenomen, inclusiv din cauza lipsei controlului formal la porțiunea transnistreană a hotarului cu Ucraina. Baza de date EUROSTAT, cu informații colectate din treizeci de țări din cadrul Zonei Economice Europene, care găzduiesc migranți moldoveni, oferă date valoroase cu scopul de a compara numărul acestora cu datele furnizate de autoritățile moldovenești. Potrivit acestor date, stocul cumulativ al imigranților moldoveni în UE a fost estimat la circa 750 mii de persoane, conform situației din 31 decembrie 2018. Această cifră diferă de cele care se vehiculează în Republica Moldova, fapt explicat prin evidența insuficientă a acestor persoane în țară [207].

Conform datelor oficiale, în anul 2014 au emigrat autorizat peste hotare 2.374 de persoane, iar în anul 2016 acest număr a sporit cu circa 15 %, constituind 2 721 de persoane [166,183] (Tabelul 2.1). După datele privind fluxul anual al emigrării autorizate, pe parcursul ultimilor trei ani a emigrat un număr mai mare de femei. Astfel, ponderea femeilor a depășit cu aproximativ 12 % ponderea bărbaților care au emigrat în această perioadă.

Datele privind fluxul anual al emigrării autorizate pe grupe de vârstă denotă că emigrează preponderent persoane tinere. Din totalul numărului de emigrări autorizate în anul 2016, cea mai mare pondere este înregistrată pentru populația până la 40 de ani (64 %), numărul acestora înregistrând o majorare cu cca 21 %, comparativ cu anul 2015. (Tabelul 2.1)

Tabelul 2.1

Numărul anual de emigrări autorizate după mediul de reședință anterior, grupe mari de vârstă ale emigrantului și țara de destinație, persoane

| | 2014 | 2015 | 2016 |
|---------------------------------------|------|------|------|
| 2.1.1. Total au emigrat | 2374 | 2284 | 2721 |
| <i>inclusiv grupa de vârstă, ani:</i> | | | |
| 0–19 | 531 | 515 | 695 |
| 20–39 | 844 | 929 | 1048 |
| 40–59 | 614 | 562 | 653 |
| 60–79 | 354 | 243 | 298 |
| 80 și peste | 31 | 35 | 27 |
| <i>Au emigrat din:</i> | | | |
| Mediul urban | 1789 | 1652 | 1934 |
| Mediul rural | 585 | 632 | 787 |
| <i>Au emigrat în:</i> | | | |
| Federația Rusă | 788 | 961 | 857 |
| SUA | 285 | 287 | 623 |
| Ucraina | 602 | 312 | 375 |
| Germania | 223 | 253 | 285 |
| Israel | 220 | 174 | 181 |
| Austria | 32 | 28 | 42 |
| Turcia | 22 | 26 | 25 |
| Alte țări | 202 | 243 | 333 |

Sursa: MTIC (ÎS „CRIS „Registru”), 2017

Analiza datelor privind țara de destinație a persoanelor care au emigrat autorizat denotă că în anul 2016 circa 32 % și-au ales noul domiciliu în Federația Rusă (42 % în anul 2015); 23 % în SUA (13 % în anul 2015); 13 % – în Ucraina, 10 % – în Germania, 7 % – în Israel, cele din urmă păstrând aproximativ valorile anilor precedenți.

Preponderent emigrează autorizat populația din mediul urban, numărul

acestora în anul 2016 fiind de 2,5 ori mai mare (1934 de persoane) față de numărul celor din mediul rural (787 de persoane), păstrând tendințele anilor anteriori [25, 46]. (Tabelul 2.2)

Tabelul 2.2

Indicatori relativi privind emigrarea autorizată a cetățenilor RM, %

| | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|--------|--------|--------|
| Rata de creștere a emigrărilor autorizate ale cetățenilor RM | 90,05 | 96,21 | 119,13 |
| Decalajul de gen al emigrării autorizate a cetățenilor RM (femei/bărbați) | 112,15 | 114,26 | 110,12 |
| Proporția relativă a emigranților din mediul rural versus urban | 32,35 | 32,26 | 40,69 |

Sursa: Compendiul Statistic al Profilului Migrațional Extins al Republicii Moldova pentru anii 2014-2016. BMA, 2017

Emigrarea pentru studii

Numărul de cetățeni moldoveni înmatriculați la studii peste hotare, în baza protocoalelor internaționale de colaborare la care Ministerul Educației este parte, în perioada analizată, s-a majorat, constituind 6 065 de persoane în anul 2016. Comparativ cu anii 2015 și 2014, numărul respectiv a crescut cu cca 11 % [46, 64, 90, 91, 92, 93, 94, 216].

În anul de referință, analogic celor anteriori, din totalul cetățenilor moldoveni plecați la studii peste hotare, circa 93 % își făceau studiile în România, 5 % – în Federația Rusă, 2,1 % – în Bulgaria, în alte state se aflau mai puțin de un procent din totalul persoanelor plecate la studii peste hotare în baza protocoalelor internaționale de colaborare [92, 93, 94].

Emigrarea temporară/circulară

O sursă importantă, ce oferă posibilitatea estimării volumului emigrării, inclusiv conform definiției internaționale, sunt datele privind perioada aflării persoanelor în afara țării, în baza înregistrărilor traversării

Frontierei de Stat, controlate de autoritățile oficiale ale RM [188].

Conform acestei surse, numărul cetățenilor moldoveni plecați din țară pentru diferite perioade de timp la sfârșitul anului 2016 a fost de 764 mii de persoane, din care 409,7 mii femei și 354,3 mii bărbați. Numărul celor care se aflau în afara țării mai mult de 12 luni a constituit 300,9 mii persoane, în creștere cu cca 19 mii, față de anul 2015. Analiza distribuției numărului acestora pe grupe de vârstă în anul 2016, comparativ cu anul

2014, denotă creșterea numărului persoanelor care se aflau în afara țării mai mult de 12 luni pentru grupele de vârstă 30 -34 de ani și 35- 39 de ani (*Tabelul 2.3*).

Tabelul 2.3

Emigrarea cetățenilor moldoveni, estimată conform definiției internaționale (persoane aflate în afara țării de 12 luni și mai mult), după sexe și grupe de vârstă

| | 2014 | 2015 | 2016 |
|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Total | 271611 | 282127 | 300916 |
| Bărbați | 126728 | 133186 | 142196 |
| Femei | 144883 | 148941 | 158720 |
| Grupa de vârstă - total | 271611 | 282127 | 300916 |
| 0-4 | 5989 | 6109 | 6553 |
| 5-9 | 9518 | 11645 | 14088 |
| 10-14 | 9544 | 10312 | 11618 |
| 15-19 | 13145 | 12731 | 12897 |
| 20-24 | 25323 | 24822 | 24827 |
| 25-29 | 41214 | 41069 | 41165 |
| 30-34 | 43318 | 45980 | 49931 |
| 35-39 | 34285 | 36399 | 39220 |
| 40-44 | 24668 | 26909 | 29181 |
| 45-49 | 17987 | 18777 | 20420 |
| 50-54 | 17132 | 16869 | 17321 |
| 55-59 | 13030 | 13757 | 14898 |
| 60-64 | 7674 | 7697 | 8715 |
| 65-69 | 3656 | 4112 | 5000 |
| 70-74 | 1988 | 1817 | 1759 |
| 75-79 | 1723 | 1656 | 1719 |
| 80-84 | 835 | 843 | 957 |
| 85 și mai mulți | 582 | 623 | 647 |

Sursa: DPF din cadrul MAI

O altă sursă administrativă de date care permite estimarea volumului emigrării cetățenilor RM sunt datele MAEIE, obținute de la misiunile diplomatice și oficiile consulare ale RM. Conform acestor date, numărul estimativ al cetățenilor RM care se aflau peste hotare la sfârșitul anului

2015 a fost de circa 805 mii de persoane [156]. Distribuția numărului estimativ al cetățenilor RM după țările gazdă indică faptul că aproximativ 80 % din numărul total locuiau pentru diferite perioade în Federația Rusă și în Italia (*Tabelul 2.4*).

Tabelul 2.4

Numărul estimativ al cetățenilor moldoveni care se aflau peste hotare, conform datelor misiunilor diplomatice și consulare ale RM din țările gazdă, persoane

| Țara gazdă | 2014 | 2015 |
|-----------------|---------------|---------------|
| Total: | 983708 | 805509 |
| Federația Rusă | 550000 | 477949 |
| Italia | 150021 | 142266 |
| SUA | 47554 | ... |
| Canada | 12830 | 17565 |
| Ucraina | 17706 | 17237 |
| Spania | 16433 | 16202 |
| Germania | 11665 | 14815 |
| Israel | 11000 | 13005 |
| România | 11699 | 9277 |
| Grecia | 18825 | 9085 |
| Portugalia | 23000 | 6948 |
| Bulgaria | 3372 | 5147 |
| Cehia | 5415 | 5129 |
| Belarus | 3465 | 3481 |
| Belgia | 1299 | 1364 |
| Austria | 1682 | 1284 |
| Marea Britanică | 1052 | ... |
| Elveția | 650 | 765 |
| Polonia | 876 | 756 |
| Irlanda | 15000 | 728 |
| Slovenia | 299 | 299 |
| Norvegia | 256 | 275 |
| Suedia | 273 | 243 |
| Ungaria | 238 | 230 |
| Estonia | 128 | 129 |
| Alte țări | 78970 | 61330 |

*Sursa: *MAEIE (date estimative, doar în baza informației de la misiunile diplomatice consulare care au prezentat datele)*

Migrația temporară a forței de muncă

Migrația forței de muncă persistă în Moldova de circa două decenii. Datele cercetării AFM, efectuată trimestrial de BNS, denotă un număr aproximativ stabil de circa 300 mii de persoane care într-un anumit timp s-au aflat la muncă sau în căutarea unui loc de muncă în afara țării în perioada anilor 2014-2016. Conform datelor AFM din 2016, în topul țărilor recipiente ale migranților din Moldova la muncă au fost în: Federația Rusă, Italia, Turcia, Israel, România, Ucraina, Portugalia și Grecia [76, 77]. (Tabelul 2.5)

Tabelul 2.5

Migrația forței de muncă temporară/circulară* după sexe și țările de destinație, mii persoane

| Țările de destinație | Total | | | Bărbați | | | Femei | | |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Total plecați | 341,9 | 325,4 | 319,0 | 219,0 | 210,8 | 212,3 | 122,8 | 114,6 | 106,7 |
| din care în: | | | | | | | | | |
| Federația Rusă | 232,8 | 206,2 | 184,8 | 173,9 | 157,8 | 143,0 | 58,9 | 48,4 | 41,8 |
| Italia | 49,6 | 49,2 | 49,6 | 11,5 | 13,5 | 14,0 | 38,1 | 35,7 | 35,7 |
| Turcia | 7,5 | 11,0 | 10,4 | 2,0 | 2,7 | 3,0 | 5,5 | 8,3 | 7,4 |
| Israel | 8,4 | 9,2 | 9,9 | 1,1 | 2,4 | 2,8 | 7,3 | 6,8 | 7,1 |
| Ucraina | 4,4 | 4,6 | 2,7 | 3,2 | 3,3 | 2,2 | 1,1 | 1,3 | 0,5 |
| Portugalia | 2,0 | 2,4 | 2,7 | 1,3 | 1,8 | 1,9 | 0,8 | 0,6 | 0,7 |
| Grecia | 2,0 | 1,4 | 0,6 | 0,7 | 0,3 | 0,2 | 1,4 | 1,1 | 0,4 |
| România | 3,8 | 2,7 | 2,9 | 2,6 | 1,1 | 1,9 | 1,2 | 1,6 | 1,0 |
| Alte țări | 31,4 | 38,7 | 55,3 | 22,8 | 27,8 | 43,3 | 8,6 | 10,9 | 12,0 |

Sursa: BNS (AFM, 2017)

În anul 2016, numărul celor care se aflau peste hotare a fost în descreștere, înregistrând 319,0 mii persoane, din care 212,3 mii bărbați și 106,7 mii femei, comparativ cu 341,9 mii persoane, respectiv, 219,1 mii bărbați și 122,8 mii femei în anul 2014. Distribuția pe sexe denotă discrepanțe semnificative privind țările de destinație, bărbații preponderent pleacă în Federația Rusă, în Ucraina și Portugalia, iar femeile – în Italia, în Turcia și Israel [6,159]. (Tabelul 2.6)

Tabelul 2.6

Distribuția migranților temporari/circulari după sexe și grupe de vârstă, mii persoane

| Grupa de vârstă, ani | 2014 | | | 2015 | | | 2016 | | |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Total | Bărbați | Femei | Total | Bărbați | Femei | Total | Bărbați | Femei |
| Total | 341,9 | 219,1 | 122,8 | 325,4 | 210,8 | 114,6 | 319,0 | 212,3 | 106,7 |
| 15-24 ani | 72,3 | 54,4 | 17,9 | 60,6 | 44,8 | 15,8 | 58,1 | 43,6 | 14,5 |
| 25-34 ani | 121,2 | 86,6 | 34,6 | 125,8 | 90,6 | 35,2 | 120,9 | 91,3 | 29,7 |
| 35-44 ani | 71,6 | 42,3 | 29,3 | 70,3 | 43,4 | 26,9 | 71,1 | 43,9 | 27,2 |
| 45-54 ani | 59,0 | 27,6 | 31,4 | 50,6 | 23,9 | 26,7 | 49,5 | 24,8 | 24,7 |
| 55-64 ani | 17,2 | 8,0 | 9,2 | 17,4 | 8,0 | 9,5 | 18,6 | 8,5 | 10,1 |
| 65 ani și peste | 0,5 | 0,1 | 0,5 | 0,7 | 0,2 | 0,5 | 0,8 | 0,2 | 0,6 |

Sursa: BNS (AFM), 2017

Studiind repartizarea după mediile de reședință și grupele de vârstă ale migranților aflați în migrație temporară/circulară pe parcursul anilor 2014-2016, se evidențiază predominarea mediului rural de reședință, iar, ca grupă de vârstă, perioada de vârstă 25-34 de ani. (Tabelul 2.7)

Tabelul 2.7

Distribuția migranților temporari/circulari după medii de reședință și grupe de vârstă, mii persoane

| Grupa de vârstă, ani | 2014 | | | 2015 | | | 2016 | | |
|----------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| | Total | Urban | Rural | Total | Urban | Rural | Total | Urban | Rural |
| Total | 341,9 | 96,7 | 245,2 | 325,4 | 101,6 | 223,9 | 319,0 | 94,1 | 224,9 |
| 15-24 ani | 72,3 | 10,7 | 61,6 | 60,6 | 12,2 | 48,4 | 58,1 | 10,2 | 47,9 |
| 25-34 ani | 121,2 | 34,7 | 86,5 | 125,8 | 42,4 | 83,4 | 120,9 | 38,1 | 82,8 |
| 35-44 ani | 71,6 | 22,9 | 48,7 | 70,3 | 23,6 | 46,7 | 71,1 | 23,6 | 47,5 |
| 45-54 ani | 59,0 | 21,7 | 37,3 | 50,6 | 17,0 | 33,6 | 49,5 | 15,3 | 34,2 |
| 55-64 ani | 17,2 | 6,5 | 10,7 | 17,4 | 6,3 | 11,2 | 18,6 | 6,7 | 11,9 |
| 65 ani și peste | 0,5 | 0,2 | 0,3 | 0,7 | 0,2 | 0,5 | 0,8 | 0,2 | 0,6 |

Sursa: BNS (AFM), 2017

Numărul de cetățeni moldoveni, care au solicitat cetățenia statelor membre ale UE, a crescut considerabil, însă aceasta deocamdată nu este reflectat în statistica privind persoanele străine care își au reședința în țara-

gazdă în mod legal. În perioada anilor 2000-2019, circa 80 mii de cetățeni ai Republicii Moldova au devenit cetățeni ai statelor membre ale UE (în special, ai României, Portugaliei, Italiei, Bulgariei, Germaniei, Marii Britanii și Irlandei) [5, 64,161]. Aceasta, de asemenea, ar însemna că Guvernul Republicii Moldova trebuie să acorde o atenție specială persoanelor care au fost repatriate, precum și diasporei moldovenești, cu scopul de a utiliza potențialul lor pentru dezvoltarea țării.

Conform datelor oficiale ale EUROSTAT-ului privind permisele de ședere, lucrătorii migranți din RM în UE sunt preponderent femei (în anul 2010 au fost eliberate pentru femei 24 845 permise de ședere pentru desfășurarea unei activități remunerate, în comparație cu 8 298 de permise eliberate pentru bărbați) [207, 224]. De exemplu, în Italia numărul de femei a constituit, în anul 2010, aproximativ 2/3 din totalul de persoane plecate din RM. Totodată, în trimestrul IV al anului 2012, bărbații predominau în mai multe state membre, în special în Franța (70 % bărbați și 30 % femei) și Portugalia (69,2 % bărbați și 30,8 % femei) [182,183]. Pentru comparație, proporția bărbaților care pleacă în Rusia a constituit peste 70 % pe parcursul perioadei analizate.

Migranții moldoveni desfășoară în UE, mai frecvent, activități casnice, în sectorul de construcții și în agricultură, în timp ce rata migranților de calificare înaltă este scăzută. Conform autorităților moldovenești, migranții din Republica Moldova sunt relativ tineri, cu vârste cuprinse între 20 și 49 de ani [23, 102, 217].

Un rol semnificativ asupra formării fluxului migrațional îl au vârsta și nivelul de instruire, care influențează asupra capacității de integrare pe piața muncii peste hotare. În anul 2016, ponderea persoanelor cu studii superioare s-a majorat, constituind 13,3 % în totalul migranților, comparativ cu 11 % în anul 2014 [46]. Este important de menționat faptul că procentul persoanelor cu studii superioare este în creștere în special în rândul bărbaților de la 9 %, în anul 2014, la 12 % în anul 2016. (*Tabelul 2.8*)

Migranții plecați la muncă în Italia, în Portugalia și România se caracterizează prin ponderea mai mare a persoanelor cu nivel înalt de instruire (studii superioare, studii medii de specialitate și secundare profesionale). În Italia aceștia constituie 59 % din totalul celor aflați aici, în Portugalia – 54,9 %, în România – peste 78 %. Pentru comparație, în Rusia, în Turcia, în Israel, în Ucraina și Grecia este dominantă ponderea migranților cu studii liceale,

medii generale sau cu nivel scăzut de calificare [183, 217].

Tabela 2.8

Distribuția migrațiilor temporare/circulare după nivelul de instruire

și sexe, mii persoane

| Nivelul de instruire | 2014 | | 2015 | | 2016 | |
|------------------------|-------|---------|-------|-------|---------|-------|
| | Total | Barbați | Femei | Total | Barbați | Femei |
| Total | 341,9 | 219,1 | 122,8 | 210,8 | 114,6 | 319,0 |
| Superior | 37,7 | 19,9 | 17,8 | 42,9 | 24,3 | 18,6 |
| Mediu de specialitate | 40,8 | 20,5 | 20,3 | 35,1 | 16,6 | 18,5 |
| Secundar profesional | 90,9 | 67,0 | 23,9 | 84,6 | 62,0 | 22,6 |
| Liceal, mediu general | 80,8 | 47,1 | 33,8 | 78,9 | 49,2 | 29,7 |
| Gimnazial | 90,3 | 63,6 | 26,7 | 83,4 | 58,3 | 25,1 |
| Primar sau fără școală | 1,4 | 1,0 | 0,4 | 0,5 | 0,4 | 0,1 |
| | | | | | | 0,3 |
| | | | | | | 0,1 |
| | | | | | | 0,2 |

Sursa: BNS (AFM), 2017

Ca urmare a salarizării insuficiente și a condițiilor de muncă precare, în perioada anilor 1996-2000, peste 12 mii de cadre medicale au părăsit sistemul sănătății, circa 82 % din totalul acestora fiind personal medical mediu. În consecință, nivelul de asigurare cu medici s-a redus cu circa 14,3 %, iar a personalului medical mediu – cu circa 21 % [84, 149].

Conform datelor Anuarului Statistic al Sistemului de sănătate din Moldova al Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, în anul 2016 în sistemul ocrotii sănătății activau 10 388 de medici și 20 972 de personal medical mediu, iar gradul de asigurare cu lucrători medicali s-a micșorat, constituind 29,2 medici și 59,0 personal mediu la 10 000 de locuitori în anul de referință. În anul 2017, asigurarea populației cu medici constituia 29,0, iar cu personal medical mediu – 63,5 la 10 000 de locuitori. În total, în sistemul ocrotirii sănătății activau 10 287 de medici și 20 904 lucrători medicali cu studii medii [6].

Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova relatează că, în anul 2018, în total în republică (inclusiv ministere) activau 12 635 de medici, iar gradul de asigurare a constituit 35,6 la 10 000 de locuitori; personalul medical mediu era reprezentat de 23 981 de persoane și gradul

de asigurare – 67,7 la 10 000 de locuitori (*Figura A 3.3*). Insuficiența asigurării populației cu personal medical inevitabil se reflectă negativ asupra indicilor sănătății populației, inclusiv ale copiilor [5].

Asigurarea populației cu medici de familie în Republica Moldova versus Uniunea Europeană (UE) și Regiunea Europeană (RE) sunt reprezentate în *figura 2.1*.

În urma analizei se constată că asigurarea cu medici de familie în Republica Moldova este inferioară atât în comparație cu țările UE și RE, cât și cu subnivelul normativ de 6,6/10 000 populație.

Politicile pe termen mediu și lung în domeniul resurselor umane din sistemul de sănătate sunt reflectate în: Programul de activitate al Guvernului

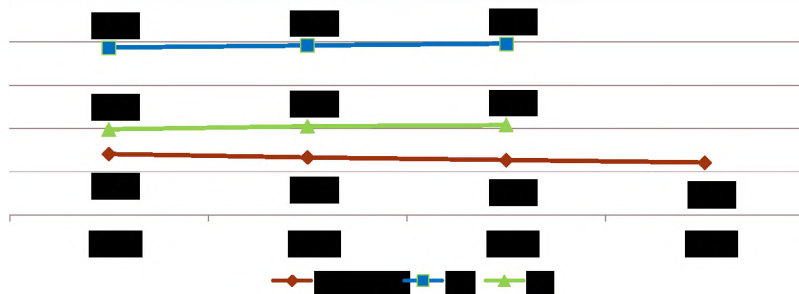


Figura 2.1. Asigurarea cu medici de familie la 10 000 populație în Republica Moldova, UE și RE

Sursa: Sănătatea publică în Moldova, 2014 [6]

Republicii Moldova pentru anii 2015-2018; Programul de dezvoltare al învățământului medical și farmaceutic în Republica Moldova pe anii 2011-2020”; Strategia de dezvoltare a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova în perioada anilor 2011-2020 [113, 185, 186, 209].

Prin Hotărârea Guvernului nr. 452 din 15.04.2016 Cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a resurselor umane din sistemul sănătății pentru anii 2016-2025, se susține o inițiativă gestionată de Organizația Mondială a Sănătății în RM, care își propune să transforme migrația lucrătorilor medicali într-o mobilitate circulară, fortificând instruirea cadrelor și prevenind riscul exodului și al „irosirii de creiere” din RM. În acest sens este preconizată crearea unui cadru favorabil pentru migrația legală a acestora, cu reducerea efectelor negative ale

fenomenului respectiv asupra sistemului de sănătate, precum și pentru facilitarea reintegrării lucrătorilor medicali reîntorși [113].

Amploarea migrației personalului din sistemul de învățământ din RM a cauzat înrăutățirea procesului didactic [39]. Din cauza salariilor neatractive, care sunt printre cele mai mici în economia națională, în perioada anilor 2005-2010 circa 9,4 mii de profesori au părăsit sistemul educațional. Datele statistice arată că ponderea cadrelor didactice tinere în învățământ este în scădere, pe când a celor de vârstă pensionării este în creștere continuă [110,182,183]. (*Figura A3.4*).

Conform datelor Studiului „Impactul migrației asupra cadrelor didactice și a cercetătorilor din Moldova”, cel puțin o jumătate dintre profesorii intervievați și-au exprimat intenția de a pleca peste hotare, 40,4 % vor să plece peste hotare pentru o muncă temporară, iar 7,9 % – definitiv și 5,4 % – pentru studii. Principalele motive pentru a migra sunt: de a câștiga mai mulți bani peste hotare; de a îmbunătăți condițiile de trai ale familiei; de a cumpăra o casă/un apartament pentru familie/copii; de a obține experiență nouă, calificări noi și de a accesa cele mai bune servicii și tehnologii; de a plăti studiile copiilor; situația economică, politică și socială din RM sau a nu vedea niciun viitor în țară pentru dâșșii sau pentru copiii lor [36].

Probabilitatea de a pleca din RM pe parcursul următoarelor 12 luni este mai înaltă printre cei care dețin cetățenie dublă, predau la universitate și/sau sunt cercetători cu un grad științific, precum și cei care au o experiență de muncă de peste 20 de ani și locuiesc în mediul urban. Țările din topul celor mai preferate de către respondenți sunt: Italia – 23,3 %, Canada – 17,4 %, Franța – 15,1 %, Federația Rusă – 10,5 %, Germania – 9,3 %, SUA – 9,3 %, Marea Britanie – 3,5 %, România, Spania, Israel – 2,3 % fiecare, Olanda, Portugalia, Bulgaria, Belgia – 1,2 % fiecare.

Țara de destinație este aleasă în baza următoarelor criterii: oportunități mai bune de angajare în câmpul muncii și salarii mai mari în comparație cu alte țări (69,8 %), prieteni și rude care lucrează în țara respectivă (46,5 %), faptul că vorbesc limba țării respective (44,2 %), costuri de trai reduse în comparație cu alte țări (24,4 %), oportunități mai bune de studii (17,4 %) [36].

2.3. Gestionarea migrației în Republica Moldova

Odată ce migrația este un proces complex, cu un caracter multinațional, ea nu poate fi gestionată numai în mod uni- sau bilateral, ci printr-un management eficient care să ia în considerare beneficiul tuturor celor implicați și caracteristicile în schimbare a procesului migraționist [22]. În acest context, importanța fenomenului migrator și, mai ales, a reflecției asupra lui sunt și continuă să fie subliniate în dezbaterile diferitor specialiști, care împărtășesc ideea unei mai bune gestionări a migrației din partea statului în contextul evoluției economiei mondiale, a situațiilor politice atât interne, cât și externe, a influenței diferiților factori: naturali, sociali, guvernamentali etc. În aceste condiții, din partea statului se cere o politică migrațională eficientă, care să asigure un control asupra procesului migratoriu, un cadru instituțional și legal bine definit.

Sesizarea migrației drept un fenomen pozitiv pentru dezvoltarea țării, răspunderea de a gestiona provocările și oportunitățile acesteia, precum și costurile sociale negative, au generat activități intense de ordin legislativ la nivelul de elaborare a politicilor întreprinse de Guvernul RM. Au fost adoptate numeroase documente conceptuale și legi care determină politica migrațională în domeniile-cheie ale gestionării migrației și practicilor migraționale pentru o perioadă de termen mediu și lung [106, 107, 108, 111, 112, 135, 136, 137, 142, 291]. Majoritatea dintre acestea sunt în conformitate cu standardele internaționale și cu acquis-ul comunitar, ținând cont de contextul aspirațiilor de integrare europeană a statului moldovenesc [43, 123, 134, 185, 259, 232, 243, 291, 302].

Cât privește administrarea sistemului migrațional în Republica Moldova, reformele instituționale specifice și cele legale au fost orientate în ultimul timp spre politicile migraționiste caracteristice țărilor din UE. Acest lucru este reflectat chiar în Prevederile Planului de Acțiuni Uniunea Europeană – Republica Moldova. În acest context, în iunie 2008 a fost semnată Declarația Comună privind Parteneriatul de Mobilitate UE – Republica Moldova, document ce tratează două aspecte: o parte fixă cu caracter politic care conține partea „teoretică”, ceea ce presupune acest Parteneriat și o parte mobilă, în speță o anexă cu inițiative concrete propuse spre colaborare de statele membre semnatare ale declarației [111, 123].

Realizarea politicilor migraționale în Republica Moldova este prerogativa autorității administrației publice centrale în domeniul migrației în colaborare cu alte structuri de stat și nestatale. Astfel, la nivelul administrației publice centrale, principalele instituții care au competențe în domeniul gestionării migrației sunt Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Afacerilor Externe și Integrării Europene, Ministerul Dezvoltării Informaționale, Ministerul Economiei, Serviciul Grăniceriei, Biroul Național Statistică etc. [151, 43]. Cu scopul de a realiza obiectivele propuse a fost creat Comitetul pentru Coordonarea Procesului de Migrație, fiind sub supravegherea vicepremierului, Ministerului Afacerilor Externe și al Integrării în UE. Cel mai important aspect în reglementarea migrației l-a constituit efortul Guvernului de a colabora cu migranții, cu refugiații și repatriații, de a dezvolta o politică adecvată a migrației, de a combate traficul de persoane ilegal/necontrolat și migrația de tranzit și asigurarea azilului pentru refugiați etc. [115, 243, 291,188].

Ca rezultat al evaluării activității funcționale a autorităților publice centrale de specialitate, cu scopul de a realiza în continuare Concepția politicii migraționale a Republicii Moldova, aprobate prin Hotărârea Parlamentului nr. 1386-XV din 11.10.2002, și a executa prevederile Hotărârii Guvernului nr. 529 din 17.05.2006 privind acțiunile de reorganizare a unor organe centrale de specialitate ale administrației publice, Ministerului Afacerilor Interne i-au fost atribuite funcțiile de monitorizare și coordonare a proceselor migraționale, analiză și control al respectării legislației în domeniul migrațiunii și azilului; de elaborare a proiectelor de acte normative în vederea reglementării statutului juridic al cetățenilor străini și apatrizilor; de eliberare a invitațiilor cetățenilor străini și apatrizilor, de prelungire a termenului vizelor de intrare și acordare a vizelor de ieșire de pe teritoriul Republicii Moldova; de acordare a statutului de imigrant, refugiat sau de repatriat; de elaborare a proiectului Hotărârii Guvernului privind stabilirea cotei anuale de imigrare; de monitorizare a completării cotei anuale de imigrare; de gestionare a fluxului migrațional în Republica Moldova; de asigurare a acumulării, păstrării, prelucrării, difuzării și schimbului de informații referitoare la procesele migraționale pe plan intern și extern și de

păstrare, în colaborare cu alte organe ale administrației publice centrale, de completare a bazei de date privind evidența cetățenilor străini și apatrizilor, aflați pe teritoriul Republicii Moldova [72, 116].

Atribuții importante în domeniul migrației are Direcția Politici Migraționale care funcționează în cadrul Direcției Generale de Dezvoltare a Resurselor Umane, Muncă și Politici Salariale a Ministerului Economiei, și anume: elaborează și coordonează cu Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă propuneri privind perfecționarea legislației în domeniu; în colaborare cu ANOFM, promovează politici privind protecția socială și juridică a lucrătorilor migranți; colaborează cu autoritățile competente ale altor state în sfera migrației de muncă; elaborează sau participă la elaborarea studiilor, sintezelor, sondajelor sociologice, analizelor și evaluărilor în domeniu; colaborează și conlucrează cu structurile internaționale și naționale cu scopul de a eficientiza acțiunile de reglementare a proceselor migrației de muncă; participă la elaborarea și realizarea programelor care au scopul atragerii mijloacelor financiare câștigate peste hotare în dezvoltarea economiei naționale; urmărește și participă la acțiunile Organizației Internaționale pentru Migrație, ale Organizației Internaționale a Muncii, ale Consiliului Europei, ale structurilor specializate ale ONU, ce țin de reglementarea migrației de muncă [177, 181, 219].

Instituții internaționale implicate în probleme de migrație

Organizația Internațională pentru Migrație (OIM) este una dintre principalele organizații voluntare cu activitate în domeniul migrației la nivel mondial. Aceasta a fost creată în anul 1951 la inițiativa Belgiei și a Statelor Unite ale Americii. Organizația este adepta principiului că migrația umanitară și cea ordonată sunt în beneficiul atât al migranților, cât și al societății. OIM tinde să ajute statele și indivizii în soluționarea problemelor legate de migrație. Organizația Internațională pentru Migrație este o organizație interguvernamentală cu 100 de misiuni și 102 state membre în toată lumea, inclusiv Moldova și 11 state din Europa de Est și CSI. OIM are o experiență de mai mult de 50 de ani de colaborare cu statele membre în domeniul gestionării migrației, respectând drepturile omului și interesele migranților.

Domeniile de bază ale programelor din Republica Moldova cuprind:

- anti-traficul;

- gestionarea migrației;
- sănătatea migrației;
- gestionarea frontierei.

OIM a deschis primul său oficiu în Republica Moldova în anul 2001, în calitate de subfilială a OIM, or. Kiev, iar în august 2003 a devenit o misiune independentă. Concentrată anterior pe proiectele anti-trafic și reunificarea familiei, în prezent aceasta include proiectele cu privire la gestionarea migrației și a frontierei.

OIM colaborează cu Guvernul Republicii Moldova în toate aspectele migrației, inclusiv dezvoltarea capacității de a administra fluxul de migrație, de a acorda asistență în legislația cu privire la migrație, de a îmbunătăți gestionarea migrației și a frontierei și a combate traficul de ființe umane. De asemenea, OIM Moldova colaborează strâns cu ONG-urile și organizațiile internaționale în interesul populației Republicii Moldova. OIM este o organizație soră a Națiunilor Unite și, fiind independentă de Națiunile Unite, este un membru activ al echipei ONU în Moldova.

La Strada este o rețea europeană de organizații non-guvernamentale, ale cărei scopuri sunt sporirea gradului de conștientizare a societății asupra traficului de femei și eradicarea acestui tip de activitate infracțională. Programul organizației *La Strada* vizează sporirea gradului de conștientizare asupra acestei flagrante încălcări a drepturilor omului printre autorități, mass-media și a publicului larg european. De asemenea, programul țintește ajutorarea victimelor prin contactarea unor rețele de organizații care sprijină această cauză și prin informarea femeilor și a fetelor despre potențialele pericole pe care le constituie traficanții.

Înaltul Comisariat al Națiunilor Unite pentru Refugiați este o organizație umanitară și apolitică, mandatată de Națiunile Unite să protejeze refugiații și să-i ajute să găsească soluții de ieșire din situația în care se află. La fondarea sa în anul 1950, Înaltul Comisariat era o agenție specializată relativ mică, care urma să funcționeze pe o perioadă de trei ani. Între timp, ea s-a extins, devenind o organizație cu peste 4 000 de angajați, cu birouri în aproximativ 15 țări și un buget anual de 1 miliard USD. Pe parcursul a 50 ani de existență, ICNUR a acordat protecție și asistență celor peste 50 milioane de persoane, fiind de două ori laureat al Premiului Nobel pentru pace. În anul

1997, la invitația Guvernului Republicii Moldova a fost deschisă reprezentanța Înaltului Comisariat al Națiunilor Unite pentru Refugiați (ICNUR) în Republica Moldova, cu scopul de a acorda asistență guvernului pentru a introduce cadrul legislativ și de procedură necesar pentru asistența persoanelor care solicită protecție internațională conform standardelor internaționale. La 2 decembrie 1998 a fost încheiat un acord între Guvernul Republicii Moldova și ICNUR, care stipulează principiile ICNUR la acordarea protecției și asistenței umanitare refugiaților, solicitanților de azil și persoanelor strămutate intern.

Organizația Internațională a Muncii din Republica Moldova este membră a Organizației Internaționale a Muncii din anul 1992 și a ratificat 27 de convenții. La 31.12.2003 a fost semnat Memorandumul de înțelegere între Guvernul Republicii Moldova, reprezentat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, și Organizația Internațională a Muncii, reprezentată prin Biroul Internațional al Muncii. Organizația Internațională a Muncii are ca scopuri principale:

- dezvoltarea și realizarea normelor de drept și principiilor în domeniul muncii;
- crearea unor posibilități mai imense pentru femei și bărbați, cu asigurarea unor locuri de muncă reale;
- crearea protecției sociale pentru toți. În concluzie remarcăm că, în ultimul timp, guvernele și-au sporit eforturile în vederea gestionării migrației prin optimizarea și ajustarea politicilor în acest domeniu.

Același lucru îl observăm și în cazul Guvernului Republicii Moldova. Drept dovadă sunt activitățile sporite în vederea optimizării legislației și revizuirea politicii migraționale, înființarea instituțiilor specializate în probleme de migrație, colaborarea cu organisme internaționale, guvernamentale și nonguvernamentale, implicarea în diverse programe internaționale etc. [41, 15, 217].

3. FACTORII DETERMINANȚI AI MIGRAȚIEI

3.1. Factori de împingere și factori de atragere ai migrației

Analiza cauzală a migrației internaționale relevă o multitudine de condiționări demografice, economice și politice, un rol determinant revenind inegalităților de dezvoltare dintre țările bogate și cele sărace [24, 226, 228, 287].

Actualmente, migrația reprezintă un fenomen care preia tot mai multe forme și produce diverse efecte cu impact puternic asupra societății. Factorii care cauzează intensificarea și diversificarea fenomenului migrator devin tot mai variați, fiind determinați de schimbările politice, sociale, economice și tehnologice care se produc în ultimele decenii în lume. De aceea gestiunea cât mai eficientă a migrației, orientată spre creșterea impactului ei favorabil, și atenuarea efectelor negative impun scoaterea în evidență a factorilor care generează intensificarea fenomenului migrator.

Concepțiile cu ajutorul cărora se încearcă explicarea multiplelor aspecte legate de fenomenul migrator se bazează pe teoria *push and pull* („împingere” și „atrageră”), inițiată de savantul englez E. Ravenstein și dezvoltată în anul 1960 de către E. Lee [249]. Potrivit lor, multitudinea factorilor care cauzează migrația pot fi divizați în două categorii.

Factorii de împingere (factori de tip „push”) – țin, în principal, de țara de origine și îi motivează pe oameni să migreze (părăsirea unui loc). Aceștia presupun existența unor situații pe care oamenii vor să le evite: penuria de alimente, nivelul de trai scăzut, sărăcia, lipsa unui loc de muncă, extinderea crizelor economice, dezastrele naturale, accidentele tehnologice, crizele politice, conflictele sociale, problemele etnice, terorismul sau războiul etc.

Factorii de atragere (factori de tip „pull”) – țin, în principal, de țara de destinație și de- semnează situațiile care îi atrag pe oameni să se stabilească într-un loc nou. Aceștia reprezintă acele motive pentru migrare pe care persoanele migrante le consideră dezirabile: nivelul de trai mai înalt, salariile atractive, posibilitatea de a găsi un loc de muncă mai bun, perspectiva unei cariere profesionale, integrarea socială neproblematică, comunitățile de diasporă dezvoltate, siguranța personală, libertatea etc. Atât factorii de împingere, cât și cei de atragere sunt motivați de speranța oamenilor că, migrând în țările de destinație, ei vor trăi mai bine.

Factorii „Push-and-pull” după Everett Lee

| <i>Factori de împingere</i> | <i>Factori de atragere</i> |
|----------------------------------|---|
| Locuri insuficiente de muncă | Oportunități mai bune de angajare |
| Lipsa de oportunități economice | Condiții mai bune de trai |
| Condiții inadecvate de trai | Sentimentul de a avea o libertate politică sau religioasă |
| Deșertificarea pământului | Mai mare |
| Foamete sau secetă | Distrații |
| Hărțuire politică sau represalii | Educație calitativă |
| Sclavie sau munca forțată | Îngrijire medicală mai bună |
| Îngrijire medicală insuficientă | Climă atractivă |
| Pierderea averii | Securitate |
| Dezastre naturale | Reunificarea familiei |
| Amenințări cu moartea | Industrie |
| Dorița de a avea mai mult | Șanse mai bune de măritiş |
| Poluarea mediului | Libertate politică sau religioasă |
| Calitate inferioară a locuirii | |
| Probleme legate de proprietate | |
| Hărțuirea | |
| Discriminarea | |
| Șanse minime de măritiş | |
| Război | |

Sursa: Li, P. *World Migration in the Age of Globalization: Policy Implications and Challenges*. In: *New Zealand Population Review*, 2008, 33/34, pp. 1-22

Factorii de „împingere”, precum și cei de „atrager”, care influențează decizia de migrare și alegerea țării de destinație, pot fi grupați în:

- *factori economici* – în situația în care migrația are ca scop găsirea unui loc de muncă, inițierea unei afaceri sau perspectiva unei cariere profesionale. Diferența dintre nivelul de trai, salariile și oportunitățile de angajare și dezvoltare a afacerilor motivează potențialii migranți să aleagă țări de destinație cu standarde de viață mai înalte. Factorii economici, de regulă, sunt factori de „atrager”. Totodată, în situația în care țara de origine se confruntă cu o criză financiară profundă, cu un șomaj imens sau cu o penurie de alimente, factorii economici se pot transforma în factori de „împingere”.

- *factori demografici* – sunt legați nemijlocit de dezechilibrul demografic cu care se confruntă atât țările de origine, cât și cele de destinație.

Dezechilibrul demografic poate apărea sub diverse forme, inclusiv ca surplus sau deficit de forță de muncă, drept consecință a modificării sporului natural al populației. Un excedent de forță de muncă, determinat de creșterea accelerată a numărului populației, și, prin urmare, de suprapopularea țării de origine, generează subocuparea acesteia, deci creează stimulente pentru migrația forței de muncă. Excedentul sporit al creșterii populației este un factor de „împingere” pentru potențialii migranți. În același timp, îmbătrânirea populației, cauzată de rata mică de reproducere, fenomen destul de răspândit în majoritatea statelor europene dezvoltate, sporește cererea pentru muncitorii străini. Acesta de asemenea este un factor de „atrageră” pentru migranți. În mare parte, dezechilibrele demografice sunt determinate de tranziția demografică contemporană, care semnifică trecerea de la un model demografic de reproducere, caracterizat prin numărul ridicat al nașterilor și al deceselor, la un model „modern”, cu o rată scăzută a natalității, dar cu o creștere a speranței de viață.

- *factori sociali* – provoacă migrația în căutarea unei vieți mai calitative sau pentru a fi alături de membrii familiei ori de prieteni. Pot fi menționate și aspectele legate de calitatea locuirii, de perspectivele de a obține un nivel înalt de educație, toleranța populației autohtone față de persoanele străine și posibilitățile de integrare socială a persoanelor migrante în țara de destinație, generozitatea sistemelor de securitate socială. Un factor important de „atracție” este și gradul de extindere a comunităților de migranți, create în țările de destinație. Atunci când peste hotare există o rețea care ajută migranții să găsească oportunități de angajare, prețurile de cost ale migrației devin mult mai reduse.

- *factori de natură politică* – apar atunci când oamenii încearcă să evite persecuția politică sau zonele afectate de război. Aici pot fi menționate și conflictele (etnice, religioase, determinate de inegalitatea socială excesivă), lipsa libertăților sociale și politice ca o consecință a fenomenului discriminator bazat pe sex, rasă, etnie, religie etc. În același context, se înscriu nivelul înalt al corupției, instituțiile nefuncționale, calitatea proastă a serviciilor sociale etc. care pot avea un impact mai puternic asupra fenomenului migrator decât intervențiile statului, axate pe dezvoltarea economică. De regulă, acești factori sunt de „împingere”.

- *factori de mediu* țin de diversele dezastre naturale (inundații, cutremure

de pământ, secete, poluarea mediului ambiant etc.). Aceștia sunt factori de „împingere” și se aplică la oamenii care părăsesc zonele unde le sunt afectate sănătatea și calitatea vieții. Cu toate că factorii ce stimulează migrația sunt multipli, este unanim acceptat că principalele cauze ale fenomenului sunt totuși economice. De obicei, locurile natale sunt părăsite din motive economice, plecându-se în căutarea unor locuri de muncă mai bine plătite sau, pur și simplu, pentru a scăpa de sărăcie. Oamenii migrează pentru a-și îmbunătăți condițiile de trai și de muncă, pentru a-și cultiva anumite abilități sau competențe necesare unei cariere profesionale pe care nu le pot obține acasă sau pentru a se dezvolta. Factorii economici interacționează strâns și cu alți factori, astfel încât este foarte dificil a se scoate în evidență vreun factor aparte, fără a lua în considerare și acțiunea altor factori asupra fenomenului migrator [24, 30, 67, 68, 303].

Migrația populației are două funcții economice de bază. Migrația favorizează formarea resurselor de muncă a societății, deoarece prin intermediul migrației se asigură corelarea calitativă și cantitativă între cerere și ofertă, și migrația populației este una din căile îmbunătățirii reproducerii forței de muncă atât individuale, cât și comunitare [12, 22, 47, 217, 236, 249, 307].

Factorii de atragere par să fie relativ mai importanți pentru fluxurile de migrație direcționate spre Europa Occidentală și alte țări din afara CSI. Rețelele de migranți au avut un rol mai mare în țările CSI, multe persoane alegând țările din afara CSI, întrucât aveau deja contracte sociale sau chiar un serviciu garantat în țările respective. Condițiile bune de muncă au fost de asemenea un motiv important pentru a alege țările de destinație din Europa Occidentală, deși preocupările pentru modul de viață („un mod de viață mai bun”) nu au avut un rol major. În cele din urmă, costul mic al călătoriei spre o țară de destinație a fost factorul-cheie de atragere, care a favorizat solicitarea țărilor din CSI, având în vedere atât apropierea geografică, cât și călătoria fără vize. Aproximativ două treimi din migranții spre CSI au menționat acest factor, deși costul călătoriei nu a constituit un rol important în atragerea migranților spre țările din afara CSI. Luate împreună, aceste analize ale factorilor de împingere și atragere reprezintă o dihotomie care a stat la baza motivelor migrației [194, 223, 237, 240].

În acest sens, migrația spre țările CSI tinde să fie determinată de necesități, pe când migrația spre țările din afara CSI – de oportunități. Aceasta dihotomie se poate referi și la caracteristicile socioeconomice ale celor patru grupuri de migrați.

Conform Raportului analitic „Profilul Migrațional Extins al Republicii Moldova” [182, 183] în general, migrații moldoveni aveau în medie vârsta de 35 de ani, erau predominant bărbați venind din mediul rural, care au finalizat, de obicei, învățământul mediu sau învățământul superior de scurtă durată (colegiu). Persoanele angajate în industria construcțiilor în țările CSI – bărbații din mediul rural – au un nivel relativ inferior de educație. Migrații în CSI, care muncesc în alte domenii, sunt de asemenea din mediul rural, dar nivelul lor de educație este considerabil mai înalt și aproape o jumătate din ei sunt femei. Migrații în UE, la rândul lor, au cel mai înalt nivel de educație, mai mult de jumătate dintre ei sunt femei și cota migrațiilor din mediul urban este relativ înaltă. Alți migrați, care se află predominant în Turcia, în România și Cipru, sunt, în mare parte, peste două treimi, femei care vin, mai mult decât proporțional, din mediul urban. Deși printre ele sunt puține persoane cu studii superioare finalizate, acesta este și grupul cu cea mai mare cota de persoane care au cel mult o educație primară.

O altă trăsătură izbitoare este faptul că aproximativ o jumătate din acești migrați au vârsta mai mică de 30 de ani, comparativ cu puțin peste o treime din celelalte grupuri de migrați. Acest grup poate fi îndeosebi vulnerabil față de traficul cu ființe umane, deoarece constituie un număr mare de migrați tineri, femei și cu un nivel de educație destul de inferior. Deși contractele sociale erau deosebit de importante pentru imigrații în țările din afara CSI, rețelele de suport în țările de destinație erau cruciale pentru succesul migrației în toate grupurile de migrați.

3.2. Statistica intenției de a pleca din țară

În cadrul cercetării „Migrația forței de muncă”, efectuată de către BNS [64, 182, 183], a fost estimat numărul persoanelor care intenționau să plece peste hotarele țării în următoarele șase luni după realizarea interviului. Dar aceasta nu înseamnă neapărat că aspirațiile interviuilor vor fi intradecăvăr realizate. Întrebările ce țin de „intențiile de a pleca peste

hotare” au fost adresate atât migranților reîntorși, cât și persoanelor care nu au fost peste hotare cu scopul de a munci în ultimele 24 de luni. Astfel, 7,9 % din numărul total al populației de 15 - 64 de ani (peste 207 mii) au declarat că intenționează să plece peste hotare în următoarele șase luni.

Distribuirea acestor persoane, în funcție de scopul călătoriei, este următoarea: fiecare a șasea persoană (17,3 %) planifica să-și viziteze rudele, prietenii, 5,1 % aveau ca scop afacerile/interesele de serviciu, 3,0 % doreau să plece în turism, iar majoritatea, peste 70 la sută (145,2 mii), voiau să muncească. Printre cei din urmă, doi din cinci (38,7 %) au declarat că deja au un loc de muncă peste hotare, iar ceilalți (61,3 %) doar intenționau să caute de lucru. Este de menționat faptul că peste 90 la sută (50,7 mii) din persoanele cu locuri de muncă asigurate peste hotare (la care intenționau să se întoarcă) sunt migranți reîntorși [183]. (Tabelul 3.10-3.15)

Studiind distribuția migranților după motivul plecării peste hotare și grupe de vârstă, sexe și medii, s-a evidențiat că motivul cel mai frecvent a fost salariile mici, iar categoria de vârstă mai solicitată la migrație este de 25-34 de ani. (Tabelul 3.10, Figura A3.5)

Tabelul 3.10.

Distribuția migranților după motivul plecării peste hotare și grupe de vârstă, sexe și medii (mii persoane)

| Sexe, medii, motivul plecării peste hotare | Total | Grupe de vârstă | | | | |
|---|--------------|-----------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| | | 15-24 ani | 25-34 ani | 35-44 ani | 45-54 ani | 55-64 ani |
| Total | 426,9 | 83,0 | 139,8 | 103,5 | 80,4 | 20,3 |
| Lipsa locurilor de muncă, conform competențelor calificărilor | 37,5 | 7,3 | 9,0 | 8,6 | 10,2 | 2,4 |
| Salarii mici | 326,7 | 55,9 | 113,1 | 79,9 | 61,4 | 16,5 |
| Condiții de muncă proaste | 25,4 | 6,1 | 6,9 | 7,5 | 3,9 | 1,0 |
| Alt motiv | 37,3 | 13,7 | 10,7 | 7,4 | 5,0 | 0,4 |
| Bărbați | 288,7 | 64,0 | 102,7 | 67,5 | 44,4 | 10,1 |
| Lipsa locurilor de muncă, conform competențelor/calificărilor | 28,2 | 5,3 | 7,3 | 7,0 | 6,9 | 1,6 |
| Salarii mici | 221,0 | 44,9 | 83,2 | 51,5 | 33,9 | 7,5 |
| Condiții de muncă proaste | 17,5 | 3,9 | 4,8 | 6,3 | 1,7 | 0,8 |
| Alt motiv | 21,9 | 9,9 | 7,4 | 2,6 | 1,8 | 0,2 |
| Femei | 138,2 | 19,0 | 37,1 | 36,0 | 36,0 | 10,2 |

| | | | | | | |
|---|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| Lipsa locurilor de muncă, conform competențelor/calificărilor | 9,2 | 1,9 | 1,7 | 1,6 | 3,3 | 0,8 |
| Salarii mici | 105,7 | 11,0 | 29,9 | 28,4 | 27,4 | 9,0 |
| Condiții de muncă proaste | 7,9 | 2,2 | 2,1 | 1,1 | 2,1 | 0,2 |
| Alt motiv | 15,3 | 3,8 | 3,3 | 4,8 | 3,2 | 0,2 |
| Urban | 106,5 | 14,9 | 34,9 | 24,8 | 23,0 | 8,8 |
| Lipsa locurilor de muncă, conform competențelor/calificărilor | 7,6 | 0,8 | 1,7 | 2,4 | 2,2 | 0,4 |
| Salarii mici | 83,1 | 9,6 | 28,0 | 19,0 | 18,6 | 7,9 |
| Condiții de muncă proaste | 6,4 | 1,6 | 1,8 | 1,5 | 1,1 | 0,3 |
| Alt motiv | 9,5 | 3,0 | 3,3 | 1,9 | 1,0 | 0,2 |
| Rural | 320,4 | 68,1 | 104,8 | 78,7 | 57,4 | 11,4 |
| Lipsa locurilor de muncă, conform competențelor calificărilor | 29,9 | 6,5 | 7,3 | 6,3 | 7,9 | 2,0 |
| Salarii mici | 243,7 | 46,3 | 85,1 | 60,9 | 42,8 | 8,6 |
| Condiții de muncă proaste | 19,0 | 4,5 | 5,1 | 6,0 | 2,8 | 0,7 |
| Alt motiv | 27,8 | 10,7 | 7,4 | 5,5 | 4,0 | 0,2 |

Sursa: BNS, 2017

La evaluarea distribuirii persoanelor, care intenționează să plece peste hotare în următoarele șase luni după categorii, scopul plecării, sexe și medii, predominau migranții reîntorși de peste hotare, ca motiv de plecare figura mai frecvent „căutarea locului de muncă/existența locului de muncă”. (Tabelele 3.11-3.12)

Tabelul 3.11.

Distribuirea persoanelor care intenționează să plece peste hotare în următoarele șase luni după categorii, scopul plecării, sexe și medii
(mii persoane)

| Sexe, medii, scopul plecării | Total | Categorii | |
|------------------------------|--------------|--|---|
| | | Persoane care nu au fost peste hotare în ultimele 24 de luni cu scopul de a munci ¹ | Migranți reîntorși de peste hotare ² |
| Total | 207,1 | 102,2 | 104,8 |
| Turism | 5,7 | 5,7 | - |

¹ Persoane prezente în gospodărie la momentul interviului, care în ultimele 24 de luni NU au fost peste hotare la lucru sau sunt în căutare de lucru.

² Persoane prezente în gospodărie la momentul interviului, care în ultimele 24 de luni AU fost peste hotare la lucru sau sunt în căutare de lucru.

| | | | |
|--|-------|------|------|
| Vizită la rude, prieteni | 35,9 | 34,4 | 1,5 |
| Reîntregirea familiei (căsătorie, reunificare etc.) | 4,1 | 2,3 | 1,8 |
| Căutare de lucru | 89,0 | 38,2 | 50,8 |
| Loc de muncă existent/deja găsit/aranjat | 56,2 | 5,4 | 50,7 |
| Afaceri/interes de serviciu (delegație) | 10,7 | 10,7 | - |
| Studii | 2,0 | 2,0 | - |
| Motive medicale/tratament | 0,2 | 0,2 | - |
| Altul | 3,3 | 3,3 | - |
| Bărbați | 132,0 | 57,6 | 74,5 |
| Turism | 2,1 | 2,1 | - |
| Vizită la rude, prieteni | 13,4 | 13,1 | 0,3 |
| Reîntregirea familiei (căsătorie, reunificare etc.) | 0,9 | 0,4 | 0,5 |
| Căutare de lucru | 67,4 | 27,9 | 39,5 |
| Loc de muncă existent/deja găsit/aranjat | 38,1 | 3,9 | 34,2 |
| Afaceri/interes de serviciu (delegație) | 7,9 | 7,9 | - |
| Studii | 1,0 | 1,0 | - |
| Motive medicale/tratament | - | - | - |
| Altul | 1,3 | 1,3 | - |
| Femei | 75,0 | 44,7 | 30,4 |
| Turism | 3,6 | 3,6 | - |
| Vizită la rude, prieteni | 22,5 | 21,3 | 1,2 |
| Reîntregirea familiei (căsătorie, reunificare etc.) | 3,2 | 1,9 | 1,3 |
| Căutare de lucru | 21,6 | | |
| Loc de muncă existent/deja găsit/aranjat | 18,1 | | |
| Afaceri/interes de serviciu (delegație) | 2,8 | | |
| Studii | 1,0 | | |
| Motive medicale/tratament | 0,2 | | |
| Altul | 2,0 | | |
| Urban | 75,7 | | |
| Turism | 5,0 | | |

Sursa: BNS, 2017

Tabelul 3.12

Distribuirea persoanelor care intenționează să plece peste hotare în următoarele șase luni după scopul plecării, sexe și medii (mii persoane)

| Scopul plecării | Total | Bărbați | Femei | Urban | Rural |
|--|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|
| Total | 207,1 | 132,0 | 75,0 | 75,7 | 131,3 |
| Turism | 5,7 | 2,1 | 3,6 | 5,0 | 0,8 |
| Vizită la rude, prieteni | 35,9 | 13,4 | 22,5 | 15,9 | 20,1 |
| Reîntregire a familiei (căsătorie, reunificare etc.) | 4,1 | 0,9 | 3,2 | 1,6 | 2,5 |
| Căutare de lucru | 89,0 | 67,4 | 21,6 | 25,5 | 63,5 |
| Loc de muncă existent/deja găsit/aranjat | 56,2 | 38,1 | 18,1 | 18,7 | 37,5 |
| Afaceri/interes de serviciu (delegație) | 10,7 | 7,9 | 2,8 | 6,4 | 4,2 |
| Studii | 2,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| Motive medicale/tratament | 0,2 | - | 0,2 | - | 0,2 |
| Altul | 3,3 | 1,3 | 2,0 | 1,6 | 1,7 |

Sursa: BNS, 2017

Studierea distribuției persoanelor, care intenționează să plece peste hotare în următoarele șase luni după scopul plecării și țara de destinație, a evidențiat drept cauză mai frecventă căutarea unui loc de muncă, iar țara mai solicitată s-a dovedit a fi Federația Rusă (Tabelul 3.13)

Tabelul 3.13

Distribuirea persoanelor care intenționează să plece peste hotare în următoarele șase luni după scopul plecării și țara de destinație (mii persoane)

| Scopul plecării peste hotare | Total | Țara de destinație | | | | | |
|---|-------|--------------------|-----------|---------|-------|--------------|----------------------|
| | | UE28 | din care: | | Rusia | Restul lumii | din care: Ucraina |
| | | | Italia | România | | | |
| Total | 207,1 | 52,0 | 23,5 | 14,6 | 117,9 | 37,2 | 22,8 |
| Turism | 5,7 | 3,8 | 0,2 | 2,5 | 0,2 | 1,7 | 0,4 |
| Vizită la rude, prieteni | 35,9 | 13,0 | 5,4 | 5,5 | 6,1 | 16,7 | 13,6 |
| Reîntregirea familiei (căsătorie, reunificare etc.) | 4,1 | 2,2 | 1,3 | 0,7 | 1,2 | 0,6 | 0,2 |
| Căutare de lucru | 89,0 | 16,7 | 9,5 | 0,8 | 64,4 | 8,0 | 1,9 |
| Loc de muncă existent/deja găsit/aranjat | 56,2 | 10,1 | 6,5 | 0,8 | 42,6 | 3,4 | 0,9 |

| | | | | | | | |
|---|------|-----|------|-----|-----|-----|-----|
| Afaceri/interes de serviciu (delegație) | 10,7 | 3,6 | 0,7 | 2,5 | 2,2 | 4,8 | 4,1 |
| Studii | 2,0 | 2,0 | -1,3 | - | - | - | - |
| Motive medicale/tratament | 0,2 | - | - | - | - | 0,2 | 0,2 |
| Altul | 3,3 | 0,5 | 0,5 | 1,0 | - | 1,7 | 1,5 |

Sursa: BNS, 2017

Conform rezultatelor studiului, majoritatea respondenților nu puteau să răspundă pe ce durată planifică șederea peste hotare, printre ei predominând bărbații din regiunile rurale ale țării. (Tabelul 3.14)

Tabelul 3.14

Distribuirea persoanelor care intenționează să plece peste hotare în următoarele șase luni după durată planificată de ședere, sexe și medii
(mii persoane)

| Durata planificată de ședere peste hotare | Total | Bărbați | Femei | Urban | Rural |
|---|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|
| Total | 207,1 | 132,0 | 75,0 | 75,7 | 131,3 |
| Mai puțin de o lună | 43,2 | 20,2 | 23,0 | 21,0 | 22,1 |
| 1-3 luni | 43,0 | 29,4 | 13,5 | 9,6 | 33,3 |
| 3-6 luni | 13,4 | 11,2 | 2,2 | 3,9 | 9,5 |
| 6 luni și peste | 35,1 | 23,4 | 11,6 | 11,7 | 23,3 |
| Pentru totdeauna | 6,2 | 3,8 | 2,4 | 4,0 | 2,2 |
| Nu știe | 66,3 | 44,0 | 22,3 | 25,4 | 40,9 |

Sursa: BNS, 2017

La evidențierea efectelor migrației asupra economiei este oportuna analiza impactului a trei tipuri de transtferuri generate de migrație asupra dezvoltării economice, și anume: *transferrul de persoane, transferrul de cunoștințe și know-how, transferrul de remitențe*. Acestea au influențe simțitor la asigurarea funcționalității economiilor [180].

Pentru *țările de origine*, migrația internațională reprezintă o cale sigură de diminuare a șomajului, în situația în care țările se confruntă cu un surplus imens de forță de muncă și nu dispun de capacitățile economice

Sursa: BNS, * 2017

| | 2014 | 2015 | 2016 * |
|--|----------|----------|----------|
| 1.6.1. PIB, prețuri curente, mii lei | 112049,6 | 122169,5 | 134476,6 |
| 1.6.2. Rata de creștere a PIB-ului, % | 104,8 | 99,5 | 104,1 |
| 1.6.3. PIB pe locuitor, prețuri curente, lei | 31506 | 34374 | 37859 |
| 1.6.4. Rata de creștere a PIB-ului pe locuitor, % | 104,9 | 99,8 | 104,2 |
| 1.6.7. Indicele dezvoltării umane (Raportul anual - Dezvoltarea umană, UNDP) | 0,693 | 0,696 | ... |

Indicatori economici globali

Tabelul 4.15

Migrația este percepută ca un fenomen neutru, cu efecte atât pozitive, cât și negative. Totuși efectele pozitive prevalează asupra celor negative și justifică acțiunea factorilor care-i motivează pe oameni să migreze, indiferent dacă acești factori sunt de „*impingere*” sau de „*atrăgere*”. Printre cele mai tangibile efecte ale migrației sunt cele economice, care se pot manifesta la nivel micro- și macroeconomic [12, 240]. Creșterea Produsului Intern Brut în ultimii anii în mare parte se atribuie veniturilor remise de migrații moldoveni care lucrează peste hotare. Valoarea nominală a PIB pe cap de locuitor a crescut continuu, constituind, în anul 2016, 37.859 de lei față de 31.506 lei în anul 2014 [8, 9, 25, 159]. (Tabelul 4.15)

4. IMPACTUL MIGRAȚIEI

4.1. Consecințele economice ale migrației

O altă problemă stringentă a țărilor de destinație, depășită prin concursul proceselor migrației de muncă, este atenuarea presiunii excesive asupra

Sursa: BNS, *Migrația forței de muncă, 2017*

| | Inainte de plecare | In timpul plecării |
|---|--------------------|--------------------|
| Total | 100,0 | 100,0 |
| Agricultura, economia vânătorii și silvicultura | 43,3 | 2,8 |
| Industrie | 9,5 | 2,6 |
| Construcții | 13,1 | 56,5 |
| Comerț | 11,6 | 9,7 |
| Hoteluri și restaurante | 2,2 | 3,6 |
| Transporturi și comunicații | 5,0 | 3,6 |
| Servicii acordate gospodărilor particulare ale populației | 0,2 | 18,7 |
| Alte activități | 15,1 | 2,5 |

Repartizarea migranților după activitatea economică a locului de muncă înainte de plecare și în timpul afliării peste hotare, %

Tabela 4.16

[6, 78, 159]. (Tabela 4.16)

Factor de depășire a dezechilibrelor din economie și de pe piața muncii Astfel, migrația internațională reprezintă și pentru țările de destinație un necalificată, pentru care, de fapt, se înregistrează cel mai mare deficit. Majoritatea lucrătorilor migranți sunt angajați la locuri de muncă

de dezvoltare economică este atragerea lucrătorilor migranți. acoperi deficitul de forță de muncă și de a menține un ritm normal de de muncă, în prezent aceste rezerve sunt epuizate, iar unica soluție de a profesională, care au hotărât în timpul liber să presteze temporar servicii femeile intrate pe piața muncii sau tinerii aflați în proces de formare pensate prin atragerea lucrătorilor veniți din mediul rural sau de către librul economic. Dacă acum câteva decenii deficitul în cauză era com- disponibil, migrația internațională este o cale de soluționare a dezechili- de destinație creează mai multe locuri de muncă decât potențialul uman în situația în care ritmul înalt de dezvoltare economică, specificările tranșă, fapt ce cauzează un deficit de forță de muncă.

majoritatea țărilor de destinație se caracterizează printr-o populație îmbă- impact benefic și pentru economia țărilor de destinație. De regulă, necesare pentru a absorbi acest surplus. Migrația internațională are un

sistemelor de protecție socială, cauzată de îmbătrânirea demografică [89, 184, 196]. Situația, în care numărul de persoane de vârstă a treia – principalii beneficiari ai sistemelor de protecție socială – este mai mare decât numărul contribuabililor la fondurile sociale (fondul de asigurări în medicină sau fondul de asigurări sociale), este depășită prin atragerea în sistemul economic al unei forte de muncă tinere din contul persoanelor migrante. Prin urmare, primul tip de transfer generat de migrație, și anume *transferul de persoane*, aduce beneficii economice atât țărilor de origine, cât și celor de destinație.

Al doilea tip de transfer, *transferul de cunoștințe și know-how*, de asemenea, contribuie semnificativ la dezvoltarea economică a țărilor de origine și a celor de destinație [34 39, 62]. În noile condiții economice, în care cunoștințele și inovația au un rol decisiv pentru dezvoltarea economică, transferul de cunoștințe și *know-how* aduce beneficii semnificative.

Pentru țărilor de origine, transferul de cunoștințe se manifestă prin noile experiențe și abilități profesionale, prin noua cultură de afaceri și de muncă pe care lucrătorii migranți reîntorși le-au acumulat în țările economice dezvoltate și intenționează să le utilizeze în unitățile economice din țările de origine, contribuind astfel la creșterea productivității și a competitivității economice a lor [176]. De aceea este destul de important ca autoritățile publice din țările de origine să conștientizeze rolul câștigurilor obținute din acest tip de transfer pentru o perspectivă de lungă durată și să le valorifice la maximum prin oferirea oportunităților reale și atractive de angajare pentru migranții reîntorși. În caz contrar, aceste persoane, posesoare ale unui „*capital intelectual*” important, iau cale înapoi în țara de destinație, regăsindu-se cu succes la întreprinderile și organizațiile din această țară, iar țara de origine va înregistra pierderi potențiale ale creșterii economice [115, 243, 291].

Numărul de cetățeni moldoveni, înmatriculați la studii peste hotare în baza protocoalelor internaționale de colaborare la care Ministerul Educației, Culturii și Cercetării este parte, în perioada analizată s-a majorat, constituind 6 065 de persoane în anul 2016. Comparativ cu anii 2015 și 2014, numărul respectiv a crescut cu cca 11% [5, 6, 216].

La nivel microeconomic, transferul de cunoștințe contribuie la abilitarea economică a lucrătorilor migranți și, prin urmare, la creșterea veniturilor lor, respectiv, a bunăstării lor și a membrilor familiilor acestora, la

creșterea satisfacției de muncă, la schimbarea statutului ocupațional [20, 98, 105, 154, 229].

Pentru *țările de destinație*, acest ip de transfer se manifestă prin atragerea lucrătorilor migranți de calificare înaltă, a așa-numitor *specialiști* care nu se pot regăsi în țara lor de origine. În situația în care potențialul lor profesional și creativ nu este valorificat la justa lui valoare, în țările de origine are loc o banală „*irosire de creiere*”, (așa-numitul fenomen „*brain-waste*”), iar emigrarea lor într-o țară în care ei se pot realiza din punct de vedere profesional va aduce beneficii și lucrătorilor migranți, și familiilor lor, dar și economiei țărilor de destinație [34].

O „*irosire de creiere*” este și situația în care persoane cu un nivel înalt de instruire și abilități profesionale se angajează în țările de destinație la munci necalificate, fenomen extrem de răspândit în prezent. Sunt destul de frecvente cazurile în care medicii, cadrele didactice sau alte categorii ocupaționale, ale căror formare necesită o perioadă îndelungată de timp, pleacă la muncă peste hotare ca să presteze munci necalificate pentru care obțin un venit net superior, comparativ cu salariile pe care le aveau în țara de origine. Situația este extrem de periculoasă din punctul de vedere al degradării capitalului uman existent, care, în ultimă instanță, compromite șansele de dezvoltare durabilă pentru țările de origine [62].

Asupra creșterii economice contribuie și cel de al treilea tip de transfer – *transferul de remitențe*. În prezent, în Republica Moldova noțiunea de *remitențe* este utilizată după cum este specificată în Hotărârea Guvernului nr. 1167/16.10.2008: *remitențele sunt o parte a venitului global al persoanei și pot proveni de la membrii familiei sau de la alte persoane din țară sau de peste hotare*”, precum și în Hotărârea Guvernului nr. 242/01.03.2005: „*remitențele sunt venituri ale cetățenilor, obținute din munca peste hotare*” [108].

Volumul de resurse valutare, ajunse în țară în calitate de remitențe, reprezintă o sursă destul de importantă pentru asigurarea unui trai decent pentru familiile în care unul sau mai mulți membri sunt plecați la muncă peste hotare. Pe lângă faptul că aceste resurse contribuie la creșterea bunăstării familiilor ai căror membri sunt lucrători migranți, la nivel macroeconomic ele contribuie și la creșterea *consumului intern* care, la rândul său, stimulează creșterea economică [22, 47, 145].

Datele Cercetării Bugetelor Gospodăriilor Casnice (CBGC) demonstrează

că proporția gospodăriilor care primesc remitențe, în totalul gospodăriilor casnice din țară în perioada analizată, este considerabilă [163]. Conform datelor BNS, din totalul gospodăriilor 24,8% beneficiază de sursele respective. O pondere mai mare a gospodăriilor beneficiare de remitențe se înregistrează în mediul rural față de cel urban, respectiv 27,3 % și 21,7 % [6]. (Tabelul 4.17)

Tabelul 4.17.

Impactul remitențelor asupra bunăstării gospodăriilor casnice

| | | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|--------------|-------------|-------------|-------------|
| 1.7.5. Proporția gospodăriilor care primesc remitențe | Total | 23,8 | 25,0 | 24,8 |
| | Urban | 20,6 | 20,5 | 21,7 |
| | Rural | 26,4 | 28,5 | 27,3 |
| 1.7.6. Proporția remitențelor în venitul disponibil al gospodăriilor casnice dependente de remitențe | Total | 57,1 | 56,7 | 55,5 |
| | Urban | 50,2 | 52,0 | 49,7 |
| | Rural | 61,9 | 59,7 | 59,2 |
| 1.7.7. Proporția gospodăriilor care s-ar plasa sub pragul sărăcie, și dacă nu ar primi remitențe | Total | 25,3 | 23,4 | ... |
| | Urban | 16,1 | 14,4 | ... |
| | Rural | 32,8 | 30,5 | ... |

Sursa: BNS, 2017

Remitențele contribuie la creșterea nivelului de bunăstare a gospodăriilor. În anii 2010-2015, ponderea populației situate sub pragul sărăciei absolute a fost în scădere continuă, constituind 9,6 % în totalul populației țării în 2015, față de 21,9 % în anul 2010 [46]. (Tabelul 4.18)

Tabelul 4.18.

Dinamica indicatorilor sărăciei

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|------|------|------|------|------|------|
| 1.6.5.1. Ponderea populației sub pragul sărăciei absolute, total | 21,9 | 17,5 | 16,6 | 12,7 | 11,4 | 9,6 |
| 1.6.6. Proporția copiilor sub 18 ani care trăiesc în gospodării sub pragul sărăciei | 24,2 | 19,8 | 18,9 | 15,0 | 13,0 | 11,5 |
| 1.6.5.2. Ponderea populației sub pragul sărăciei relative | 30,4 | 20,2 | 18,2 | 18,8 | 18,2 | 18,8 |

Sursa: BNS, 2016

Așadar, în cazul copiilor sub 18 ani, incidența sărăciei este mai mare și constituie 11,55%, totodată menținând tendința de descreștere continuă.

Datele AFM/Studiul MFM denotă: majoritatea migranților (81,3 %) au declarat că transferă/transmit bani familiilor. Sumele transferate sunt diferite, peste o treime dintre migranți (35,8 %) au afirmat că transferă/trimit sub 500 USD, 12,4 % - între 500 și 800 USD și 7,2 % - mai mult de 800 USD lunar. Mai puțin de $\frac{1}{5}$ dintre migranți (18,7 %) au mărturisit că nu transferă bani acasă. Distribuția migranților, care transferă/transmit bani familiei după grupuri de vârstă, indică faptul că majoritatea aparțin grupelor de vârstă 25-34 de ani și 35-44 de ani, care cumulează circa 60 % [163,187]. (Tabelul 4.19)

Tabelul 4.19.

Distribuția migranților după suma medie transmisă lunar familiei pe grupe de vârstă și sexe

| Sexe, suma medie trimisă/adusă lunar familiei | Total | Grupe de vârstă, ani | | | | |
|---|--------------|----------------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| | | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-64 |
| Total | 410,4 | 79,0 | 132,3 | 100,3 | 79,3 | 19,6 |
| 0 \$ | 99,0 | 31,3 | 34,8 | 18,6 | 11,7 | 2,6 |
| Până la 500 \$ | 146,8 | 23,3 | 49,4 | 37,3 | 31,5 | 5,2 |
| 501-800 \$ | 50,8 | 7,5 | 15,4 | 13,6 | 10,5 | 3,9 |
| 801-1000 \$ | 20,7 | 3,9 | 5,9 | 6,2 | 3,6 | 1,1 |
| 1001\$ și peste | 11,0 | 1,3 | 2,1 | 2,9 | 4,0 | 0,7 |
| Nedeclarată | 82,1 | 11,8 | 24,6 | 21,7 | 17,9 | 6,0 |
| Bărbați | 277,9 | 52,5 | 82,2 | 52,0 | 33,6 | 6,0 |
| 0 \$ | 70,8 | 22,2 | 29,3 | 12,6 | 5,9 | 0,8 |
| Până la 500 \$ | 94,9 | 19,0 | 35,0 | 23,3 | 15,8 | 1,8 |
| 501-800 \$ | 36,5 | 7,0 | 12,2 | 8,6 | 6,5 | 2,2 |
| 801-1000 \$ | 15,9 | 3,3 | 4,7 | 5,1 | 2,3 | 0,4 |
| 1001\$ și peste | 8,2 | 1,0 | 1,0 | 2,4 | 3,1 | 0,7 |
| Nedeclarată | 51,6 | 8,9 | 15,4 | 13,8 | 10,1 | 3,4 |
| Femei | 132,6 | 17,7 | 34,6 | 34,5 | 35,7 | 10,2 |
| 0 \$ | 28,2 | 9,2 | 5,5 | 6,0 | 5,8 | 1,8 |
| Până la 500 \$ | 51,9 | 4,3 | 14,4 | 14,0 | 15,7 | 3,4 |
| 501-800 \$ | 14,3 | 0,5 | 3,2 | 5,0 | 4,1 | 1,7 |
| 801-1000 \$ | 4,9 | 0,6 | 1,3 | 1,1 | 1,2 | 0,7 |

| | | | | | | |
|-----------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1001\$ și peste | 2,8 | 0,2 | 1,1 | 0,5 | 1,0 | - |
| Nedeclarată | 30,5 | 2,9 | 9,2 | 7,9 | 7,9 | 2,6 |

Sursa: BNS, 2012

Migranții sunt potențialii creatori de locuri de muncă fără un aport investițional privat sau public din economia națională, iar transferul de valută al lucrătorilor migranți din străinătate poate fi considerat unul din marile avantaje ale migrației internaționale, care se răsfrânge asupra monedei naționale sub aspectul evoluției cursului monedei naționale pe piața valutară. În anul 2016, Moldova se situa pe locul al VII-lea printre țările lumii după ponderea transferurilor bănești în produsul intern brut, înregistrând un indicator de 21,7 la sută [187]. Potrivit rapoartelor publicate de Banca Mondială, Republica Moldova se situează pe locul trei în regiune printre țările ale căror Produs Intern Brut este dependent de remitențe [167]. În anul 2017, 20,6 % din PIB a fost format din banii pe care moldovenii care lucrează peste hotare îi transmit oficial, prin intermediul instituțiilor bancare.

4.2. Migrația și dezvoltarea socială

Actualmente, migrația populației reprezintă unul dintre cele mai complexe procese sociale care influențează societatea contemporană, fiind determinate de nivelul diferit de dezvoltare social-economică a statelor și regiunilor de pe glob, precum și de factori politici, etnici, culturali, religioși, ecologici etc. Migrația a fost și rămâne o provocare cu impact puternic asupra dezvoltării calității vieții, asupra sistemului educațional, asupra schimbului cultural.

Impactul migrației asupra *dezvoltării sociale* poate fi extrem de puternic atât în țările de origine, cât și în cele de destinație, iar această influență poate fi și pozitivă, și negativă [168]. Astfel, migrația poate fi o cale sigură de combatere a *sărăciei*. Desigur, una din principalele cauze de migrație este depășirea problemelor legate de sărăcie și șomaj, iar transferurile generate de migrație contribuie la creșterea bunăstării mai multor familii sau gospodării în care există migranți [12, 227].

Deficitul de cadre didactice continuă să fie unul din efectele proceselor migraționiste. Unul din domeniile afectate puternic de migrație rămâne a fi educația, iar exodul cadrelor didactice peste hotarele țării la muncă continuă a fi impulsivat de factorii de ordin economic. Chiar

dacă în anii 2015-2017 cadrele didactice au beneficiat de creșteri salariale anuale, acesta, conform datelor BNS, a constituit doar 79 % din salariul mediu pe economie. Problema salariilor mici este deosebit de acută pentru cadrele didactice și cercetătorii tineri [34, 36].

Potrivit studiilor recente, mai mult de jumătate dintre profesorii intervievați și-au exprimat intenția de a pleca peste hotare, 40,3 % dintre respondenti – pentru o muncă temporară, 7,9 % – definitiv, iar 5,4% – la studii. Profilul celor care intenționează să plece temporar peste hotare cu scopul de a munci include: profesori căsătoriți, cu vârsta cuprinsă între 25 și 39 de ani, care au copii, sunt din mediul rural, au venituri mici, de obicei dețin cetățenie dublă. Cei care își propun să se stabilească cu traiul peste hotare sunt, preponderent, persoane căsătorite, care au experiență de muncă de până la 10 ani, provin din mediul urban (mai puțin însă din mun. Chișinău și Bălți) și au venituri medii. Se evidențiază intenții de migrare mai pronunțate printre bărbați, decât printre femei. Conform vârstei, intențiile mai pronunțate sunt printre cadrele didactice și cercetătorii tineri, cele mai mari ponderi fiind înregistrate pentru grupa de vârstă 25-29 de ani [36].

Migrația influențează integrarea în educație, precum și viziunile privind oportunitatea acesteia [143, 147, 193]. Conform datelor statistice, în perioada analizată ratele de înrolare în învățământul general obligatoriu sunt în scădere, prezentând decalaje semnificative între mediul urban și cel rural. În învățământul primar, rata brută de înrolare în anul 2016 a constituit 91,3 %, fiind în diminuare cu 1,1 p.p. în raport cu anul 2014 [82, 83]. În mediul rural, rata brută de cuprindere în învățământul primar a fost de 77,7 %, fiind cu 36,8 p.p. mai joasă față de mediul urban. La rândul său, rata brută de înrolare în învățământul gimnazial, la nivel național, în anul 2016 a fost de 86,6 %, în mediul rural a constituit 77,5 %, cu 25,2 p.p. mai scăzută față de mediul urban [114, 201, 202]. (*Tabelul 4.20*)

Tabelul 4.20.

Evoluția ratelor brute de înrolare în învățământul general obligatoriu*

| | | 2014 | 2015 | 2016 |
|---------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| Primară | Total | 92,4 | 91,8 | 91,3 |
| | Urban | 109,3 | 112,7 | 114,5 |

| | | | | |
|------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| | Rural | 82,5 | 79,6 | 77,7 |
| Gimnazială | Total | 86,8 | 86,7 | 86,6 |
| | Urban | 98,7 | 100,7 | 102,7 |
| | Rural | 80,4 | 79,0 | 77,5 |

Sursa: BNS

**Notă: Rata brută de cuprindere reprezintă numărul total de elevi dintr-un anumit nivel educațional, indiferent de vârstă, exprimat ca raport procentual față de populația totală din grupa de vârstă oficială corespunzătoare nivelului dat, într-un anumit an de studii.*

Asigurarea garanțiilor și accesul migranților la sistemul de protecție socială. Asigurarea garanțiilor sociale minime pentru lucrătorii migranți și familiile lor reprezintă o prioritate în cadrul politicii sociale a Republicii Moldova [37, 140, 206, 208]. În perioada anilor 2010-2015, au fost semnate opt acorduri bilaterale de securitate socială cu: România (aprilie 2010), Luxemburg (iunie 2010), Austria (septembrie 2011), Estonia (octombrie 2011) și Republica Cehă (noiembrie 2011), Regatul Belgiei (septembrie 2012), Polonia și Ungaria în 2013, Lituania (2014) [177, 181, 259].

În anul 2015 au continuat negocierile cu Republica Turcia privind semnarea acordurilor bilaterale în domeniul securității sociale. A fost semnat Aranjamentul Administrativ pentru aplicarea Acordului în domeniul securității sociale între Republica Moldova și Regatul Belgiei. Totodată, au avut loc întrevederi tehnice preliminare la nivel de experți cu Republica Elenă și Republica Italiană, pentru a discuta necesitatea încheierii unui acord bilateral, în vederea asigurării dreptului la prestații de asigurări sociale cetățenilor ambelor state [23, 191].

Un factor important este disponibilitatea statelor de a reglementa relațiile în domeniu cu Republica Moldova. Printre statele prioritare rămân a fi Italia, Grecia și Spania, Franța, Federația Rusă, state cu un număr preponderent de lucrători moldoveni care până în prezent nu și-au exprimat expres și definitiv voința de a încheia un acord în domeniu cu Republica Moldova.

Însuși sistemul public de asigurări sociale al Republicii Moldova nu deține anumite condiții avantajoase pentru migranți și familiile acestora [141,145]. Accesul în cadrul acestuia se face în baza respectării con-

dițiilor generale, adică contribuții de asigurări sociale. Majoritatea migranților care muncesc peste hotare nu participă la sistemul public de asigurări sociale, aceasta generând sporirea presiunii asupra populației ocupate în economie, dar și subminând durabilitatea financiară a sistemului asigurărilor sociale. Actualii migranți sunt potențialii solicitanți de alocații sociale de stat (prestații cu caracter de ajutor social asemănător pensiilor sociale). Cu toate că, în prezent, sistemul de asigurări sociale de stat oferă opțiunea asigurării individuale prin încheierea unui contract cu sumă fixă în acest sens cu Casa Națională de Asigurări Sociale, pentru obținerea unei pensii minime în condiții generale și a ajutorului de deces, puțini migranți accesează această oportunitate [108, 189, 191, 192].

În baza acordurilor în domeniul securității sociale încheiate între Republica Moldova și alte state, au fost stabilite următoarele tipuri de prestații: pensii pentru limita de vârstă, pentru invaliditate și urmaș; indemnizații de invaliditate, cauzată de accidente de muncă sau boli profesionale; indemnizații pentru incapacitate temporară de muncă și maternitate (în funcție de acord); indemnizații la nașterea și îngrijirea copilului până la vârsta de trei ani (în funcție de acord) și ajutoarele de deces și șomaj (în funcție de acord) [108].

Străinii, cărora li s-a acordat dreptul de ședere provizorie pe teritoriul Republicii Moldova pentru reîntregirea familiei, pentru studii, pentru activități umanitare sau religioase, au dreptul de a se asigura în mod individual, achitând prima de asigurare obligatorie de asistență medicală similar cetățenilor Republicii Moldova care achită prima de asigurare stabilită în sumă fixă, dacă tratatele internaționale nu stipulează altfel [108,135]. Persoanele menționate beneficiază de asistență medicală în volumul stabilit de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, și anume: asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească; asistență medicală primară; asistență medicală specializată de ambulator, inclusiv stomatologică; asistență medicală spitalicească; servicii medicale de înaltă performanță, îngrijiri medicale la domiciliu.

Migrația populației peste hotare în căutarea unui loc de muncă mai bine plătit, pe de o parte, reduce sărăcia, însă generează efecte sociale puternice asupra copiilor. În anii 2014 și 2015, numărul copiilor lăsați în țară fără grija părintească, în urma plecării părinților peste hotare în căutarea

unui loc de muncă, conform informației Ministerului Educației din analiza datelor Recensământului școlar, pentru anii 2014-2016 a fost de cca 40 mii de copii, din care circa 10 mii de copii aveau ambii părinți plecați peste hotare și 30 mii de copii – un părinte plecat peste hotare [200, 201, 202]. (Tabelul 4.21)

Tabelul 4.21.

Numărul copiilor din RM cu părinți migranți la muncă peste hotarele țării, conform datelor Ministerului Educației, Culturii și Cercetării *

| | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------------------|-------|-------|------|
| Total copii | 40960 | 40010 | n/a |
| <i>inclusiv cu:</i> | | | |
| Un părinte plecat | 30720 | 30008 | n/a |
| Ambii părinți plecați | 10240 | 10002 | n/a |

* Datele Recensământului școlar 2014, 2015, 2016

Așadar, aceste date nu diferă semnificativ de cele ale Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, conform căruia în anul 2015 numărul copiilor cu părinți plecați peste hotare a fost de 39 de mii, 56,9 % dintre acești copii fiind cei în vârstă de 7-16 ani, în anul 2016 numărul acestora constituind cca 36 mii, iar în 2017 – 30 320 de copii [121, 189]. (Tabelul 4.22)

Tabelul 4.22.

Numărul de copii lăsați în RM de părinți, inclusiv cei care au plecat peste hotare în căutarea unui loc de muncă, conform datelor Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale *

| | 2014** | 2015*** | 2016*** | 2017 | 2018 |
|--|--------|---------|---------|-------|-------|
| Total copii, inclusiv cu un părinte plecat sau ambii părinți plecați peste hotare la muncă | 35926 | 38921 | 36114 | 30320 | 37866 |

* Datele oferite de către structurile teritoriale de asistență socială

**Doar copiii lăsați de părinți care au plecat peste hotare

*** Stoc la sfârșitul anilor 2015, 2016

În același timp, deși încă relativ mic, nivelul de reîntregire peste hotare a familiilor de migranți moldoveni este în creștere (18 700 sau 4,5 % din migrații pe termen lung), în special prin alăturarea copiilor părinților aflați peste hotare. Această tendință este mai pronunțată în țările UE, unde circa 32 % din gospodăriile de migranți sunt reunificate [189].

4.3. Migrația și sistemul ocrotirii sănătății

Asigurarea unui nivel înalt al sănătății, prevenirea riscurilor de sănătate, inclusiv ale celor asociate migrației, precum și prestarea echitabilă a serviciilor de asistență medicală populației, reprezintă scopul primordial al oricărui sistem de ocrotire a sănătății [141]. În acest context, *sănătatea și migrația* sunt două domenii de interes major al statului și se află într-o strânsă corelare. Aceste legături se manifestă cel mai pronunțat în cadrul a două grupuri de probleme: *provocările* pe care le generează migrația de muncă pentru sistemele de ocrotire a sănătății în statele de origine și în cele de destinație, incluzând dificultățile referitoare la monitorizarea și ținerea sub control a stărilor de morbiditate și a migrației lucrătorilor medicali [84, 149]; *sănătatea migrașilor* și felul în care migrația le afectează calitatea vieții la diferite etape ale ciclului migrațional.

Domeniul sănătății continuă să se confrunte cu anumite probleme privind asigurarea cu personal [169]. Odată cu începutul relansării economice a anilor 2000 și introducerea schemelor de asigurări obligatorii de asistență medicală, intensitatea exodului din sistem s-a diminuat, indicatorii având o evoluție constantă, însă deficitul de personal în sistem rămâne a fi o problemă actuală.

În anul 2016, în sistemul ocrotirii sănătății activau 10 388 de medici și 20 972 de personal medical mediu, în anul 2014, respectiv, 10 424 și 21 995. Gradul de asigurare cu lucrători medicali scade continuu constituind 29,2 medici și 59,0 personal mediu la 10 000 de locuitori în anul de referință [2, 6]. (Tabelul 4.23)

Tabelul 4.23.

Personalul medical în sistemul ocrotirii sănătății*

| | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|-------|-------|-------|
| Medici, total persoane | 10424 | 10397 | 10388 |
| Personal medical mediu, total persoane | 21995 | 21527 | 20972 |
| Gradul de asigurare cu medici la 10.000 de locuitori | 29,3 | 29,3 | 29,2 |
| Gradul de asigurare cu personal medical mediu la 10.000 de locuitori | 61,9 | 60,6 | 59,0 |
| Completarea cu medici a instituțiilor medico-sanitare, % | 85,4 | 84,3 | 85,9 |
| Medici angajați pe parcursul anului din promoția anului gestionar (total) | 288 | 164 | 239 |

| | | | |
|---|-----|-----|-----|
| din care: | | | |
| în mediul rural | 15 | 13 | 26 |
| Personal medical angajat pe parcursul anului din promotia anului gestionar - total | 284 | 245 | 317 |
| din care: | | | |
| în mediul rural | 21 | 9 | 14 |

Sursa: Sănătatea publică în Moldova, 2017

În anul 2017, la 10 000 de locuitori reveneau 36,7 medici și 69,2 personal medical [121]. (Tabelul 4.24)

Tabelul 4.24.

Indicatorii principali ai ocrotirii sănătății, la sfârșitul anului 2017

| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|------------------------|--------|--------|--------|--------------------|
| Medici | 12 880 | 13 006 | 13 023 | 13018 ¹ |
| la 10 000 de locuitori | 37,5 | 36,6 | 36,6 | 36,7 |
| Personal medical mediu | 25 938 | 23 856 | 24 873 | 4559 ¹ |
| la 10 000 de locuitori | 70,2 | 67,1 | 70,0 | 69,2 |

¹ Din care activează în sectorul nestatal, persoane: medici de toate specialitățile – 2 857 (21, 9 %), personal medical mediu – 1 764 (7, 2 %)

Sursa: BNS. Breviar statistic. Moldova în cifre, 2018

În anul 2018, în republică (inclusiv ministere) activau 12 635 de medici, iar gradul de asigurare a constituit 35,6 la 10 000 de locuitori; personalul medical mediu era reprezentat de 23 981 de persoane și gradul de asigurare – 67,7 la 10 000 de locuitori [5, 6]. Cu timpul, datele prezentate confirmă o diminuare a asigurării populației cu personal medical. Comparativ cu anii precedenți, se atestă și o reducere a numărului de paturi, în anul 2018 la 10 000 de locuitori reveneau 52 de paturi [5]. Este în diminuare accentuată asigurarea populației cu medici de diferite specialități, de la 2 417 specialiști de profil terapeutic în anul 2013 la 1 844 în anul 2017. (Tabelul 4.25)

Tabelul 4.25.

Gradul de asigurare a populației cu medici pe unele specialități (datele MSMPS, inclusiv alte ministere, 2017)

| Specialitate | Număr medici (absolut) | | Număr medici la 10 mii de populație | |
|-------------------|------------------------|------|--|------|
| | 2013 | 2017 | 2013 | 2017 |
| Profil terapeutic | 2417 | 1844 | 6,8 | 5,2 |

| | | | | |
|-----------------------|------|-----|-----|-----|
| Neurologi | 401 | 281 | 1,1 | 0,8 |
| Ftiziopneumologi | 219 | 189 | 0,6 | 0,5 |
| Imagiști/ radiologi | 288 | 224 | 0,8 | 0,6 |
| Medici de urgență | 496 | 394 | 1,4 | 1,1 |
| Stomatologi/ dentiști | 1775 | 774 | 5,0 | 2,2 |

Sursa: Datele Sindicatului Sănătate, Raport 2017

În majoritatea municipiilor și raioanelor Republicii Moldova se evidențiază o tendință de diminuare a asigurării populației cu medici de familie [121]. (Tabelul 4.26)

Tabelul 4.26.

Gradul de asigurare a populației cu medici de familie, 2017

| Gradul de asigurare a populației cu medici de familie, 2017 | 2009 | 2016 | 2017 |
|---|-----------|------------|------------|
| mun. Chișinău | 6,9 | 6,3 | 5,9 |
| Edineț | 6,2 | 5,6 | 5,6 |
| Ocnîța | 6,6 | 5,7 | 5,2 |
| Fălești | 3,6 | 3,3 | 3,4 |
| Orhei | 4,1 | 3,0 | 3,0 |
| Șoldănești | 4,4 | 3,6 | 2,2 |
| Cantemir | 2,5 | 2,3 | 2,1 |
| Taraclia | 5,9 | 3,7 | 3,5 |
| Comrat | 5,2 | 4,3 | 4,0 |
| Vulcănești | 4,8 | 3,6 | 2,8 |
| TOTAL medici de familie | 5,4 | 4,7 | 4,6 |
| TOTAL as./med. ai MF | 5413/15,2 | 4307/ 12,1 | 4094/ 11,5 |

Sursa: Datele Sindicatului Sănătate, Raport 2017

Din motivul emigrării studenților medici și tinerilor specialiști din domeniul ocrotirii sănătății se detectează o diminuare a numărului de personal tânăr, încadrat în domeniul asistenței medicale a populației republicii [84, 121, 149]. (Tabelul 4.27)

Tabelul 4.27.

Numărul medicilor/personal medical mediu angajați în cursul anului din promoția anului 2017 în localități rurale

| Zone geografice | 2016 | 2017 |
|-----------------------|------|------|
| Chișinău CS suburbii: | 1 | |
| Bălți, CS suburbii | - | - |
| În raioane | 25 | 13 |
| Total | 26 | 15 |

Sursa: * Doar ANSAFBS, exceptând alte ministere

| | | |
|-----------------------|-----------|-----------|
| Chișinău CS suburzii: | - | 1 |
| Bălți, CS suburzii | - | - |
| In raioane | 14 | 19 |
| Total | 14 | 20 |

Conform studiului „Lucrătorii medicali care au migrat din Republica Moldova în Italia și în alte țări ale Uniunii Europene” [149], al cărui scop a fost identificarea principalilor factori de atracție, de respingere și stabili- lire, ce au determinat un număr mare de lucrători medicali să migreze din Moldova spre Uniunea Europeană în ultimii 20 de ani, principalii factori de respingere rămân a fi salariile mici (85 % din cadrele medicale care au migrat în Italia și 91 % din cadrele medicale care se află în celelalte țări UE) și condițiile economice în Republica Moldova (72 % – Italia, 74 % – alte țări UE).

Factorii de respingere care au acționat asupra lucrătorilor medi- cali, migrați din RM în Italia și în alte țări ale UE [149]:

- salariile mici (85 %);
- subdezvoltarea economică a țării (72 %);
- infrastructura instituțiilor subdezvoltate (55 %);
- sistemul sănătății nereformat (30 %);
- relația dificilă cu pacienții (12 %);
- lipsa unui viitor pentru copii (47 %).

Difficultățile întâmpinate de lucrătorii medicali, migrați din RM în Italia și în alte țări ale UE [149]:

- 70 % lucrători medicali nu dețineau o diplomă recunoscută în Italia;
- 23 % munceau sub nivelul lor de calificare;
- Din cei 41 % medici care și-au validat diploma, 27 % au fost nevoiți să repete pe deplin ciclul de studii (6 ani + specializarea) și 14 % – tot rezidențiatul;
- Nivelul de succes pentru recunoașterea diplomei în categoria specialiștilor cu studii medii medicale a fost foarte limitat (doar 8 % au reușit);
- 26 % au intrat în Italia ilegal, 48 % – au muncit ilegal o perioadă îndelungată.

Totodată, datele studiului denotă următoarele: unii migranți analizează posibilitatea reîntoarcerii potențiale în Moldova în cadrul unor scheme de migrație circulară (25 % din Italia, 34 % din alte țări UE), dar numai în anume condiții, inclusiv remunerarea financiară adecvată și obiective clare; circa 67 % din cadrele medicale care au migrat încă mai trimit remitențe în țara de baștină, atât cei din Italia, cât și cei din alte țări UE, suma medie a remitențelor lunare trimise acasă de cei chestionați a fost de 324 de euro, cu o variație în intervalul de la 30 până la 1500 de euro; circa 30 % din cadrele medicale, care în momentul de față locuiesc în Italia, planifică să revină în Republica Moldova și circa 20 % din alte țări UE. Respondenții au menționat și pașii ce urmează să fie întreprinși de factorii de decizie pentru a soluționa problema migrației cadrelor medicale: salarii care să asigure o situație financiară personală confortabilă și prosperă; condiții de muncă adecvate, inclusiv echipament modern; reducerea corupției; îmbunătățirea relației dintre pacient și lucrător medical.

Studiul „Fenomenul migrației cadrelor medicale în Republica Moldova”, axat pe elucidarea motivelor de renunțare la profesie de către lucrătorii medicali, a detectat următoarele cauze de migrație [84]:

- 33,3 % au renunțat la profesie imediat după absolvire, fără a mai profesa în domeniu;
- 9,8 % nu s-au angajat după ce au finalizat studiile, deoarece nu au găsit nici o motivație de continuare a profesiei;
- 19,7 % au remarcat că au fost influențați de un regim de muncă prea istovitor și o atitudine exploatoare, astfel fiind decepționați de profesia aleasă;
- 21 % au remarcat un mediu nesănătos de muncă, o concurență neloyală;
- 71,3 % au relatat salarii mai joase decât coșul minim de consum care nu le permitea să întrețină familia;
- 5 % au relatat că s-au confruntat personal cu efectele nepotismului, cumătrismului și corupției care i-au făcut să se decepționeze și să renunțe la medicină;
- 10,5 % au rămas dezamăgiți de sistemul de sănătate;
- 67 % au realizat o afacere de succes;

- 19 % se întorsese în localitățile de baștină după absolvire din sentimente de datorie;
- 13 % au dorit să activeze la locul de baștină, dar nu li s-a permis.

Costurile de instruire a specialiștilor din domeniul asistenței medicale în Republica Moldova sunt destul de impunătoare și necesită elaborarea unor politici naționale pentru a reține specialiștii în țară.

Costurile de instruire medicală pentru Republica Moldova (anul 2012)

- ✓ Costul instruirii unui medic de familie (buget) este de 319 608 lei: nivelul universitar, 6 ani – 201 834 de lei; studii postuniversitare prin rezidențiat, 3 ani – 117 774 de lei.
- ✓ Costul instruirii unui specialist, studii medicale medii, 3 ani – 37 489 de lei.
- ✓ Costul instruirii unui specialist, studii medicale medii, 5 ani – 62 481 de lei [84].

4.4. Consecințele migrației de muncă asupra sănătății migranților

Problema sănătății migranților este mult mai complexă decât simpla apariție a riscului unor cazuri de boli infecțioase sau traumatisme. Aceasta mai include și vulnerabilitatea sănătății în procesul de migrare, inclusiv sănătatea sexuală și cea reproductivă, sănătatea mentală, ocupațională, efectele schimbării climaterice asupra sănătății, accesul la serviciile medicale și respectarea dreptului la asigurare medicală. Riscul apariției unei maladii și lipsa ajutorului medical corespunzător în țara de origine reprezintă în foarte puține cazuri un motiv pentru a migra. Se consideră că migrația poate avea un impact nefavorabil asupra sănătății persoanelor migrante, deoarece persoanele migrante, pe de o parte, nu au acces echitabil la serviciile de sănătate, iar, pe de altă parte, adresarea lor la instituțiile medicale este mult mai mică decât a persoanelor non-migrante.

Rezultatele studiilor, axate pe evaluarea sănătății migranților, sunt contradictorii [270, 288, 304]. Unele studii arată că migrația nu reprezintă neapărat un risc pentru sănătate. Însă condițiile pe care le generează procesul migrator ar putea expune migranții la riscuri și vulnerabilități sporite de sănătate. Emigranții, în foarte multe cazuri, se confruntă cu inegalități în ceea ce privește serviciile de sănătate din cauza marginalizării lor, incapacității lor de a accesa serviciile de sănătate, lipsei politicilor specifice sau ineficiența implementării acestora.

Iată de ce se consideră că migrația reprezintă un cost social al sănătății [270, 288, 304].

Există trei tipuri de bariere cu care se confruntă lucrătorii migranți pentru a avea acces la serviciile de sănătate: barierele structurale, aprecierea personală a migranților a stării lor de sănătate și provocările culturale, inclusiv cele lingvistice.

Barierele structurale, în special cele de natură administrativă și financiară, împiedică migranții să beneficieze de serviciile medicale finanțate de către stat sau cele din sectorul privat. În ceea ce privește adresarea migranților la serviciile medicale în țările de destinație, se observă că are loc mult mai rar decât în localitățile de origine. În general, populația manifestă neglijență față de propria sănătate, fără a menționa cauzele unei asemenea atitudini.

Conform studiului „Sănătatea migranților moldoveni. Impactul situației social-economice”, efectuat de către Centrul de Investigații Sociologice și Marketing „CBS-AXA” [197], majoritatea respondenților apelează la servicii medicale doar în cazuri extreme, când vizita medicului nu mai poate fi amânată. Doar 19 % dintre migranți afirmă că cel puțin o dată pe an urmează un control medical profilactic sau se adresează medicului imediat ce constată cea mai mică problemă de sănătate. (Tabelul 4.28)

Tabelul 4.28.

Accesarea serviciilor medicale în raport cu necesitățile

| | Migrant % | Familie beneficiară de remitențe % | Familie care nu beneficiază de remitențe % |
|--|-----------|------------------------------------|--|
| Cel puțin o dată pe an îmi fac un control medical profilactic / Mă adresez la medic ori de câte ori am cea mai mică problemă de sănătate | 19,0 | 25,1 | 25,1 |
| Mă adresez atunci când observ o înrăutățire a sănătății | 30,9 | 30,5 | 28,0 |
| Mă adresez la medic doar când am o problemă gravă de sănătate Apelez la medic doar în caz de urgență | 50,1 | 44,4 | 46,8 |

Sursa: Centrul de Investigații Sociologice și Marketing „CBS-AXA” „Sănătatea migranților moldoveni. Impactul situației social-economice”, 2010

În cadrul cercetărilor recente [130, 205], axate pe studierea sănătății migranților, 395 de intervievați au menționat că efectuau examenele medicale o dată la doi ani (32,7±1,35 %), 364 - o dată pe an (30,2±1,32 %), 135 – de două ori pe an și mai des (11,2±0,90 %), însă au fost migranți care au afirmat că au urmat controlul medical profilactic mai rar – 266 (22,0±1,19 %), niciodată – (3,7±0,54 %) sau nu au știut ce să răspundă la această întrebare – 2 (0,2±0,12 %). (Figura 4.2)

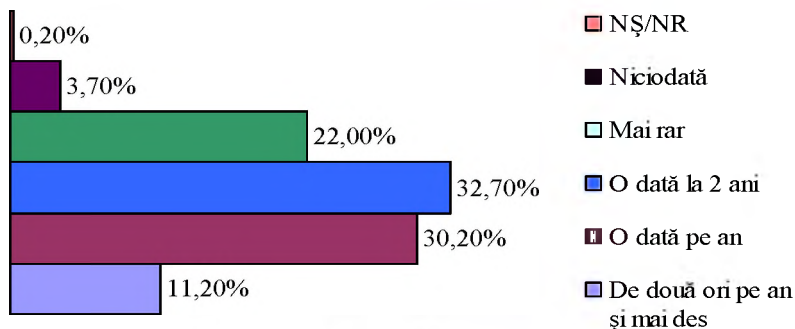


Fig. 4.2. Regularitatea adresării după examenul profilactic medical la persoanele migrante de muncă (%)

Sursa: L.Spinei, A.Jucov. *Atitudinea migranților față de sănătate. Școala de Management în Sănătatea Publică, USMF „Nicolae Testemițanu”, 2014*

Cauza cea mai frecventă pentru care pacienții migranți au urmat acest examen medical a fost apariția unor simptome de dereglare (73,8±1,26 %), urmat de motivul că acest examen medical profilactic trebuie efectuat periodic – 273 (22,6±1,20 %), nu au știut ce să răspundă la această întrebare 43 de intervievați (3,6±0,53 %) [131].

Adresarea la serviciile medicinei primare

Studiile privind adresarea de către migranți al sistemului medical, în țara de origine, într-o anumită perioadă de timp (ultimele 12 luni), de la bun început au evidențiat: migranții au recurs la sistemul medical mult mai rar, comparativ cu populația neimplicată în migrație. În ultimele 12 luni, 41,9 % dintre migranții intervievați nu au apelat niciodată la sistemul de sănătate, 37,7 % – o dată sau de două ori și doar unul din zece s-a adresat la sistemul medical mai mult de 10 ori. Un migrant a contactat de două ori mai rar sistemul medical (în medie, 1,5 vizite pe

an), comparativ cu 3,2 vizite – în cazul membrilor gospodăriilor beneficiare de remitențe și cu 3,5 contacte în medie – în cazul celor care nu beneficiază de remitențe. Acest lucru semnifică faptul că migranții au apelat rar la sistemul medical din Moldova din cauza absențelor îndelungate din țară, iar, pe de altă parte, nici la sistemul medical din țările gazdă nu s-au adresat [197]. (*Figura A 4.1; Tabelul 4.29*)

Tabelul 4.29.

Frecvența contactării sistemului de sănătate

| | Migranți | Familie beneficiara de remitențe | Familie care nu este beneficiara de remitențe |
|--|----------|----------------------------------|---|
| Niciodată | 41.9% | 27.2% | 28.0% |
| 1 – 2 ori | 37.7% | 38.1% | 33.0% |
| 3 – 5 ori | 9.5% | 17.1% | 16.2% |
| Mai mult de 5 ori | 10.8% | 17.7% | 22.8% |
| Nr. mediu de contactări | 1.5 | 3.2 | 3.5 |
| Nr. mediu de contactări în cazul respondenților sub 40 ani | 1.5 | 2.8 | 2.7 |

Sursa: „Sănătatea migranților moldoveni: Impactul situației social-economice, Centrul de Investigații Sociologice și Marketing „CBS-Axa”, OIM, Chișinău, 2010.

În caz de îmbolnăvire, majoritatea migranților ($66,3 \pm 1,36$ %) au notificat că se adresează la medicul de familie din localitate, mai puțini se adresează la specialiștii din alte localități: la medicul specialist din raion sau municipiu ($13,7 \pm 0,98$ %) sau la medicul specialist din Chișinău ($18,8 \pm 1,12$ %), $1,2 \pm 0,31$ % preferă alți medici decât cei menționați mai sus [85].

Interacțiunea cu medicul de familie

Medicul de familie din localitate trebuie să cunoască persoanele care pleacă la muncă peste hotare, în vederea acoperirii lor fie profilactice, fie curative. Prezența migrantului de muncă pe listele medicului de familie poate servi drept criteriu de calitate în analiza activității medicului de familie pe sector [129, 197]. Accesarea mai redusă a sistemului medical explică și faptul de ce mulți migranți nu își cunosc în prezent medicul de

familie (22,5%). Acest procent este dublu față de cel al membrilor familiilor beneficiare de remitențe (11,4 %) și cu 11% mai mare față de al treilea grup - familii care nu sunt beneficiare de remitențe (13,8 %). (Figura 4.3)

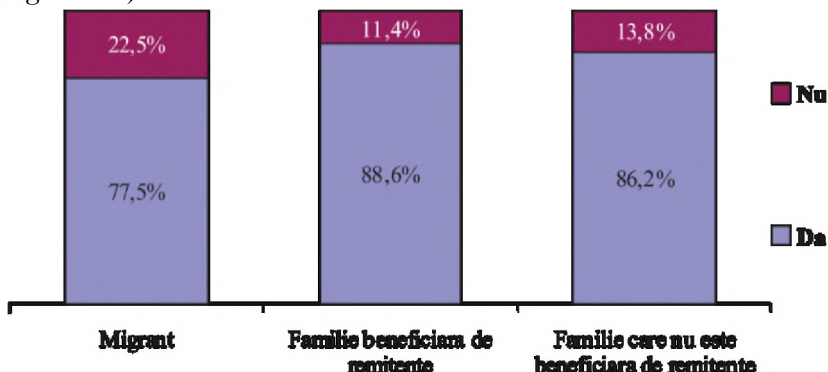


Figura 4.3. Cunoașterea medicului de familie

Sursa: „Sănătatea migranților moldoveni: Impactul situației social-economice, Centrul de Investigații Sociologice și Marketing „CBS-Axa”, OIM, Chișinău, 2010

Analizând cauzele adresării la medicul ales, acestea pot fi ierarhizate în modul următor: respondenții au stabilit, drept cauză prioritară, profesionalismul înalt al medicului ($27,6 \pm 1,28$ %), calitatea bună a asistenței ($21,2 \pm 1,17$ %), medicul ales este ușor accesibil ($20,2 \pm 1,15$ %), asigurarea bună cu medicamente ($11,2 \pm 0,90$ %), condițiile instituției medicale ($10,4 \pm 0,87$ %), asigurarea cu echipamente ($6,5 \pm 0,70$ %), cheltuielile mai mici ($2,2 \pm 0,42$ %), legături de rudenie ($0,7 \pm 0,23$ %). Rezultă că pentru migranții de muncă drept criteriu de bază constituie profesionalismul medicului, competența sa în problemele medicale cu care se adresează acești migranți de muncă, urmată de calitatea bună a serviciilor prestate [129].

Accesibilitatea serviciilor medicinii primare

Practicile de evitare a serviciilor medicale, în pofida necesității, sunt destul de răspândite în rândul întregii populații, inclusiv printre migranți, 25 % dintre aceștia afirmând că în ultimele 12 luni au avut situații în care nu s-au adresat instituțiilor medicale, deși au avut nevoie de serviciile lor

(Figura 4.4), ceea ce este mai puțin, comparativ cu cele 30,3 % ale familiilor beneficiare de remitențe și 32,4 % ale celor care nu sunt beneficiare de remitențe.

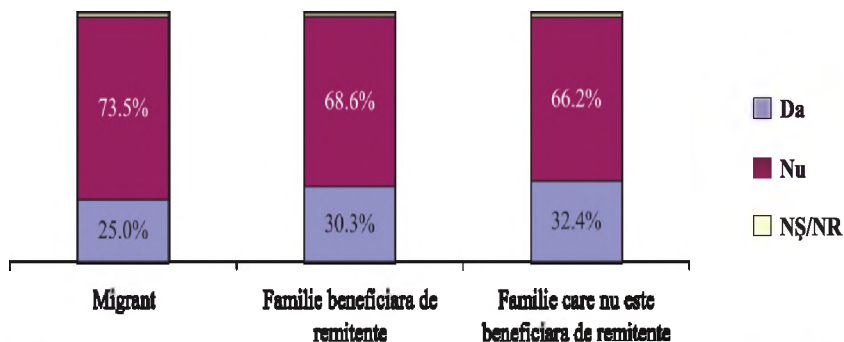


Figura 4.4. Incidența situațiilor de neadresare pentru asistență medicală

Sursa: „Sănătatea migranților moldoveni: Impactul situației social-economice, Centrul de Investigații Sociologice și Marketing „CBS-Axa”, OIM, Chișinău, 2010

Republica Moldova necesită asigurarea cu medici de familie, deoarece sunt localități rurale în care serviciile medicale sunt acoperite doar de către asistenta medicală în cel mai bun caz. Populația din aceste sate neglijează simptomele bolilor, acceptă starea de sănătate pe care o are și ignorează apelurile pentru un mod sănătos de viață, astfel degradând din punct de vedere medico-social. La întrebarea cât de departe se află Oficiul Medicului de Familie pe al cărui sector se află migrantul de muncă, majoritatea respondenților au notificat că se află în localitatea în care locuiesc ($86,2 \pm 0,99$ %), în altă localitate decât cea în care locuiesc ($13,7 \pm 0,98$ %). Astfel, se observă o legătură directă între înscrierea pe lista medicului de familie și prezența Oficiului Medicului de Familie în localitatea în care locuiește migrantul de muncă, fapt ce sugerează că migranții de muncă sunt receptivi față de serviciile medicale prezente în localitatea lor de baștină [128,129].

Pentru a identifica problemele medicale ale migranților de muncă, trebuie cunoscut scopul adresării acestuia la medicul de familie. Cele mai multe menționări a avut observarea anumitor simptome ale bolii de către migranții de muncă – $34,2 \pm 1,36$ %, urmată de vizitarea periodică a medicului de

familie în legătură cu o boală cronică – 25,3±1,25 %; în legătură cu vaccinația – 14,0±0,99 %; au avut nevoie de certificate medicale 12,9±0,96 % și de trimitere medicală la un medic de profil 8,9±0,81 % [131].

La alegerea prestatorului de servicii medicale, accesibilitatea financiară este uneori pilonul de bază. Un criteriu de neadresare la medicul de familie poate constitui și plata care este percepută pentru consultul acordat.

Odată ce majoritatea migranților de muncă, întorși de peste hotare, nu doresc să cheltuie banii greu agonisiți, un alt criteriu este beneficierea de medicamentele gratuite/compensate. Pe de altă parte, persoanele migrante vor să beneficieze la maximum de asigurarea medicală obligatorie, identificându-se ca persoane din cotele speciale căror polița medicală li se oferă gratis sau li se vinde la un preț de cost redus. S-a identificat că, din contingentul de migranți, au beneficiat de medicamente gratuite 72,3±1,28 % de respondenți, iar au fost nevoiți să achite 27,7±1,28 % de intervievați ($p < 0,001$). La întrebarea de la cine au fost obținute medicamentele compensate, majoritatea răspunsurilor au identificat: farmacia – 62,89 %, asistenta medicală – 22,45 %, 12,37 % – medicii, s-au axat pe alte surse – 2,29 % [128].

Un criteriu important în vederea asigurării complianței pacienților migranți de muncă este stabilirea cauzelor de a nu merge la medic [129,131]. Cea mai frecventă cauză de neadresare la medicul de familie a fost că problema de sănătate nu este gravă (24,41 %), apoi motivul din lipsă de timp (21,98 %), nu au avut bani pentru transport (18,65 %), imposibilitatea de a lăsa casa sau gospodăria (13,32 %). Însă au fost și motive care țin de valorile personale. Astfel, un motiv în acest sens a fost că persoana nu a voit să fie văzută adresându-se la doctor (6,65 %), precum și lipsa de încredere în medici (3,29 %) sau imposibilitatea de a lăsa copiii acasă (2,77 %). O altă cauză este lipsa poliței de asigurare (0,61 %). Așadar, motivele specificate de migranții de muncă pot varia în funcție de situație; la rândul său, unele dintre ele au fost și combinate. (Figura 4.5)

Aprecierea accesibilității serviciilor medicinei primare și a asistenței medicale în Republica Moldova și în țara gazdă. Accesibilitatea

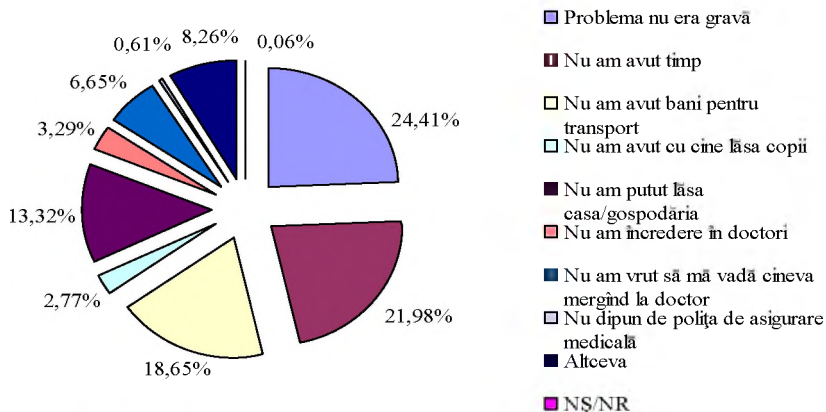


Figura 4.5. Pondera cauzelor neadresării la medic (%)

Sursa: „Sănătatea migranților moldoveni. Impactul situației social-economice ” Centrul de Investigații Sociologice și Marketing „CBS-AXA”, 2010

asistenței medicale peste hotare este apreciată de migranți drept favorabilă, comparativ cu asistența medicală din Moldova, deși oricum predomină aprecierile negative: 44,4 % dintre intervievați au apreciat accesul drept complicat și 13,9 % foarte complicat [130]. (Figura A 4.1)

Accesibilitatea asistenței medicale în străinătate depinde de direcția emigrării și, de statutul legal al migrantului în țara gazdă. Cel mai restricționat acces la serviciile medicale peste hotare au parte migranții care muncesc într-o țară din CSI, cei care dispun de un statut legal mai puțin avansat.

Fiecare al doilea migrant în zona CSI a apreciat accesul la serviciile medicale ca fiind complicat, iar 15,5 % dintre ei drept foarte complicat. Pentru comparație, în UE aceste calificative au fost acordate de 28,4 % și, respectiv, 10,9 % de migranți [244, 289].

De cel mai ușor acces la serviciile medicale de peste hotare beneficiază migranții moldoveni, care au reușit să obțină cetățenia țării în care se află, cei care dispun de cetățenia bulgară sau cea română, precum și persoanele care dispun de permis de ședere și de muncă.

Cât privește accesibilitatea serviciilor medicale peste hotare, deținerea permisului de reședință, precum și înregistrarea temporară, nu oferă beneficii evidente în raport cu migranții care au un statut ilegal. Aceștia în proporție de 42,8 %, consideră că pentru ei ar fi complicat să acceseze

serviciile medicale, iar pentru 23,1 % dintre ei – foarte complicat [197].
(*Tabelul 4.30*)

Tabelul 4.30.

Percepția accesibilității asistenței medicale peste hotare pe caracteristici migraționale

| În cazul în care Dvs. aveți nevoie de îngrijire medicală peste hotare, cât de simplu o primiți | | Foarte simplu % | Simplu % | Complicat % | Foarte complicat % |
|--|---------------------------------|-----------------|----------|-------------|--------------------|
| Direcție de emigrare | CSI | 5,0 | 29,0 | 50,5 | 15,5 |
| | UE | 14,2 | 46,4 | 28,4 | 10,9 |
| Statut de ședere în țara gazdă | Cetățenii țării de destinație | 12,5 | 58,3 | 16,7 | 12,5 |
| | Pașaport românesc/bulgar | 13,0 | 41,3 | 43,5 | 2,2 |
| | Permis de reședință și de lucru | 12,3 | 39,3 | 38,7 | 9,7 |
| | Doar de reședință | 3,9 | 30,3 | 50,0 | 15,8 |
| | Înregistrarea temporară | 4,8 | 28,0 | 52,8 | 14,4 |
| | Ilegal | 5,2 | 28,9 | 42,8 | 23,1 |

Sursa: „Sănătatea migraților moldoveni: Impactul situației social-economice, Centrul de Investigații Sociologice și Marketing „CBS-Axa”, OIM, Chișinău, 2010

Studiul a confirmat și faptul că statutul legal al migrantului este un factor important în accesarea serviciilor medicale. Cei aflați ilegal în țara gazdă evită în general locurile publice din teama de a nu fi expulzați, or deplasarea spre instituțiile medicale îi expune la acest risc. De asemenea, predomină percepția că medicii ar putea să-i denunțe.

Comparând simplitatea accesibilității serviciilor medicale pentru migrații de muncă în Republica Moldova și peste hotare, s-a dovedit că: acordarea asistenței medicale peste hotare pentru migrații de muncă moldoveni este una complicată în 50,7±1,43 %, foarte complicată în 34,6±1,36 %, constituie a fi una simplă în 11,8±0,92 % sau foarte simplă în 2,8±0,47 %. Astfel, pentru a obține tabloul general al simplității accesibilității serviciilor medicale pentru migrații de muncă atât în Republica Moldova, cât și peste hotare, e necesară analiza concomitentă a acestei particularități [130]. (*Tabelul 4.31*)

Tabelul 4.31.

Analiza comparativă a simplității accesibilității serviciilor medicale pentru migranții de muncă

| Nr. d/o | Variante | Republica Moldova, n = 1207 | | Peste hotare, n = 1207 | | p |
|---------|------------------|-----------------------------|-------------|------------------------|-------------|--------|
| | | Absolut | P ± ES % | Absolut | P ± ES % | |
| 1 | Foarte simplu | 102 | 8,5 ± 0,80 | 34 | 2,8 ± 0,47 | <0,01 |
| 2 | Simplu | 576 | 47,7 ± 1,43 | 143 | 11,8 ± 0,92 | <0,001 |
| 3 | Complicat | 421 | 34,8 ± 1,37 | 612 | 50,7 ± 1,43 | <0,001 |
| 4 | Foarte complicat | 97 | 8,0 ± 0,78 | 417 | 34,6 ± 1,36 | <0,001 |
| 5 | NȘ/NR | 11 | 0,9 ± 0,27 | 1 | 0,1 ± 0,09 | <0,05 |

Sursa: Jucov A., *Accesibilitatea serviciilor medicale pentru migranții de muncă din Republica Moldova, Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2013.

Obstacole în accesarea serviciilor medicale în Republica Moldova și în străinătate

Spectrul de obstacole care diminuează accesul populației la asistență medicală în Moldova este cât se poate de larg. Cea mai accentuată problemă ține de aspectul financiar, de costul serviciilor medicale, care face aceste servicii inaccesibile pentru populație. Problema financiară este aproape la fel de importantă și pentru migranți [197]. (Tabelul 4.32)

Ca importanță, urmează lipsa poliței de asigurare medicală, cea mai gravă problemă în cazul migranților – 44,9 % de menționi, comparativ cu 32 % – în cazul membrilor gospodăriilor beneficiare de remitențe și 29,3 % – în cazul celor care nu beneficiază de remitențe [197].

Tabelul 4.32.

Obstacole în accesarea serviciilor medicale în Republica Moldova

| | Migrant | Familie beneficiara de remitențe | Familie care nu este beneficiara de remitențe |
|--|---------|----------------------------------|---|
| Costurile înalte ale asistenței medicale | 59.3% | 62.7% | 64.1% |
| Lipsa poliței de asigurare medicală | 44.9% | 32.0% | 29.3% |
| Nu am încredere în profesionalismul medicilor | 29.2% | 28.4% | 24.5% |
| Necesitatea de a primi îndreptare de la medicul de familie | 19.1% | 24.2% | 23.8% |
| Nu cunosc unde să mă adresez | 14.4% | 13.1% | 13.8% |
| Înșiruirea medicală se află în altă localitate | 11.1% | 11.4% | 11.8% |
| Nu cunosc medicul de familie | 8.1% | 3.8% | 6.5% |
| Alteva | 6.3% | 10.3% | 6.3% |
| NȘ/NR | 11.7% | 10.3% | 7.2% |

Sursa: „Sănătatea migranților moldoveni. Impactul situației social-economice” Centrul de Investigatii Sociologice și Marketing „CBS-AXA”, 2010

Setul de obstacole în accesarea serviciilor medicale din străinătate este unul diferit față de cel din Moldova. Problema lipsei asigurării medicale este

valabilă pentru migranți și în țările gazdă, aceasta fiind menționată cel mai des (34 %) drept obstacol care face mai dificilă accesarea asistenței medicale peste hotare. Cel de-al doilea obstacol ține de statutul de ședere ilegală, care agravează accesul la medici pentru 28,7 % de migranți sau, în general, a cauzat percepții precum că pentru migranții ilegali nu sunt disponibile serviciile medicale peste hotare în 11,1 % de cazuri.

Doar pe al treilea loc se plasează constrângerile financiare, fiecare al patrulea migrant (25 %) menționând costurile exagerate ale serviciilor medicale de peste hotare, comparativ cu posibilitățile lui financiare. Un aspect foarte important ține de piața muncii, care creează mecanisme de îngrădire a accesului la servicii medicale fie prin interdicția de a părăsi locul de muncă în zilele lucrătoare (14,7 %), fie prin teama de a nu pierde locul de muncă (20,5 %).

Neîncrederea în profesionalismul medicilor, care în cazul sistemului medical din Moldova se plasează pe al treilea loc (29,2 %), în setul de obstacole întâmpinate peste hotare este un factor destul de neînsemnat – 6,1 %. (Tabelul 4.33)

Tabelul 4.33.

Obstacole în accesarea serviciilor medicale de către cetățenii moldoveni migranți în afara țării

| Lipsa asigurării medicale | % |
|--|-----------|
| Statutul de ședere ilegală | 28,7 |
| Costurile înalte ale asistenței medicale peste hotare | 25,0 |
| Teama de a nu pierde locul de muncă | 20,5 |
| Necunoașterea unde să mă adresez | 17,2 |
| Interdicția de a părăsi locul de muncă în zilele lucrătoare | 14,7 |
| Deplasarea către instituțiile medicale aflate la depărtare | 11,1 |
| Imposibilitatea de a primi îngrijiri medicale de către migranți | 11,1 |
| Necesitatea de a primi îndreptare de la medicul de familie/sau altă autoritate | 9,3 |
| Nu au încredere în profesionalismul medicilor | 6,1 |
| Nu sunt obstacole | 6,5 |
| NȘ/NR | 34,0/19,1 |

*Sursa: „Sănătatea migranților moldoveni. Impactul situației social-economice ”
Centrul de Investigații Sociologice și Marketing „CBS-AXA”. 2010*

O problemă importantă în domeniul accesibilității serviciilor medicale pentru migranții de muncă din Republica Moldova o constituie adresarea la asistență medicală spitalicească. E important ca la nivelul diferitor servicii

Analizând comparativ accesibilitatea serviciilor de asistență medicală urgentă de peste hotare, am aflat că cele mai multe solicitări din partea migranților de muncă au avut loc *cu un an în urmă* în 18,7±1,12% de cazuri, *cu 4-6 luni în urmă* în 13,3±0,97%, *cu 7-11 luni în urmă* în 10,4±0,87%.

nu în minte nimic despre așa ceva (0,2±0,12%). *serviciile medicale de urgență în Republica Moldova* (0,4±0,18%) ori s-a relevat că sunt migranți de muncă care *niciodată nu au apelat la medical de urgență cu 2-3 ani în urmă* în 9,6±0,84% de cazuri sau chiar *în urmă* 13,7±0,98%. Au fost și migranți de muncă care au solicitat ajutor *lună în urmă* 2,5±0,44%, *cu o lună în urmă* 7,9±0,77%, iar *cu 2-3 luni în urmă* 19,1±1,13%, *cu un an în urmă* 18,9±1,12%, *cu mai puțin decât o* au solicitat, *cu 7-11 luni în urmă* 24,3±1,23% de respondenți, *cu 4-6 luni în* de asistență medicală de urgență în Republica Moldova, au menționat că: migranții moldoveni, la întrebarea când ultima dată au apelat serviciile Odată examinată solicitarea serviciilor medicale de urgență de către hotare este reprezentat în figura A 4.2.

privind internările în spitalele din Republica Moldova și în cele de peste de muncă în spitalele peste hotarele țării [197]. Tabloul comparativ putem constata că nu există dificultate în internarea pacienților migranți 18,9±1,12%; internați mai des decât de două ori 0,2±0,12%. Așadar, respondenți, internați o singură dată 32,5±1,34%; internați de două ori au fost internați *niciodată în spitale peste hotarele țării* 48,4±1,43% de ultimele 12 luni a fost o altă latură a acestei probleme. S-a stabilit că: nu Identificarea numărului de internări în spital peste hotarele țării în varia de la o singură dată până la mai des decât de două ori [197].

șederii și numărul de reîntoarceri în țara de origine, internările în spital pot trata pentru a-și ameliora starea sa de sănătate afectată. În funcție de durata Deci, se observă tendința migranților de muncă, la revenirea în țară, de a se Moldova 19,0±1,12%; spitalizați mai des decât de două ori 3,5±0,52%. 30,3±1,32% de respondenți; de două ori internați în spitalele din Republica fost internați în spital o singură dată; nu au fost spitalizați *niciodată* Marea parte a migranților de muncă (47,0±1,43%) menționează că au

excluderii suprasolicitarilor serviciului spitalicesc sau a ignorării acestuia. medicale fie primare, fie de urgență să fie stabilită o colaborare în vederea

Serviciile de asistență medicală urgentă au fost accesate *cu mai puțin decât o lună* în urmă în $0,2 \pm 0,12$ % de cazuri, *cu o lună în urmă* $1,7 \pm 0,37$ %, *cu 2-3 luni în urmă* $9,4 \pm 0,83$ %. Totodată, *cu 2-3 ani în urmă*, aceste servicii au fost accesate de către $8,0 \pm 0,78$ % din migranții de muncă incluși în studiu, iar *cu mai mult de trei ani în urmă* de către $5,1 \pm 0,63$ % din chestionați [131]. Pentru a avea un tablou deplin privind solicitarea serviciilor medicale de urgență, trebuie efectuată analiza comparativă a adresării la aceste servicii, fapt ce poate fi observat în tabelul 4.34.

Tabelul 4.34.

Solicitarea de către migranții de muncă a serviciilor medicale de urgență în Republica Moldova și peste hotare (%)

| Nr d/o | Variante | Republica Moldova, n=1207 | | Peste hotare, n=1207 | | p |
|--------|-----------------------------------|---------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|--------|
| | | Absolut | P ±ES % | Absolut | P ±ES % | |
| 1 | Cu mai puțin decât o lună în urmă | 30 | $2,5 \pm 0,45$ | 2 | $0,2 \pm 0,13$ | <0,001 |
| 2 | Cu o lună în urmă | 95 | $7,9 \pm 0,77$ | 20 | $1,7 \pm 0,37$ | <0,001 |
| 3 | Cu 2-3 luni în urmă | 165 | $13,7 \pm 0,99$ | 114 | $9,4 \pm 0,84$ | <0,001 |
| 4 | Cu 4-6 luni în urmă | 231 | $19,1 \pm 1,13$ | 161 | $13,3 \pm 0,98$ | <0,001 |
| 5 | Cu 7-11 luni în urmă | 293 | $24,3 \pm 1,23$ | 125 | $10,4 \pm 0,88$ | <0,001 |
| 6 | Cu un an în urmă | 228 | $18,9 \pm 1,12$ | 225 | $18,6 \pm 1,12$ | >0,05 |
| 7 | Cu 2-3 ani în urmă | 116 | $9,6 \pm 0,84$ | 97 | $8,0 \pm 0,78$ | >0,05 |
| 8 | Cu mai mult de 3 ani în urmă | 40 | $3,3 \pm 0,51$ | 62 | $5,1 \pm 0,63$ | <0,05 |
| 9 | Niciodată | 6 | $0,5 \pm 0,20$ | 81 | $6,7 \pm 0,72$ | <0,001 |
| 10 | Nu țin minte | 2 | $0,2 \pm 0,13$ | 26 | $2,2 \pm 0,42$ | <0,001 |
| 11 | NȘ/NR | 1 | $0,1 \pm 0,09$ | 294 | $24,3 \pm 1,23$ | <0,001 |

Sursa: Jucov A, Spinei L. Impactul migrației de muncă asupra sănătății migranților. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale, Chișinău, 2013, nr.3

Probleme de sănătate cauzate de migrație. Perioade de timp îndelungate aflate în afara căminului familial, tensiunea emoțională aferentă procesului de emigrare și aflare peste hotare, precum și riscurile pe care le impune activitatea ilegală pe piața muncii, ne determină să presupunem că procesul migrațional implică înrăutățirea stării de sănătate.

Percepția stării de sănătate este un alt factor care corelează cu frecvența adresării la medic. În general, percepția pozitivă a stării de sănătate

a populației se reduce odată cu înaintarea în vârstă, fapt determinat în special de prevalența anumitor boli caracteristice unor grupe specific de vârstă. De regulă, femeile sunt mai critice în ceea ce privește perceperea stării lor de sănătate, comparativ cu bărbații. Populația din mediul urban declară mai frecvent o stare de sănătate satisfăcătoare, comparative cu cea din mediul rural.

Studiind aprecierea stării proprii de sănătate [197], mai mult de jumătate din numărul migranților (52 %) au acordat calificativele „foarte bun” sau „bun”. (Tabelul 4.35)

Tabelul 4.35.

Aprecierea subiectivă a stării de sănătate

| | Migrant % | Familie beneficiară de remitente, % | Familie care nu este beneficiară de remitente, % |
|--------------------|--------------|--|---|
| Foarte bună | 7,2 | 5,7 | 2,4 |
| Bună | 44,8 | 35,6 | 31,0 |
| Nici bună nici rea | 37,8 | 36,8 | 39,7 |
| Rea | 8,9 | 18,3 | 21,8 |
| Foarte rea | 1,3 | 2,9 | 4,2 |
| NȘ/NR | 1 | 6 | 8 |

Sursa: „Sănătatea migranților moldoveni: Impactul situației social-economice, Centrul de Investigații Sociologice și Marketing „CBS-Axa”, OIM, Chișinău, 2010

Studiind aprecierea stării sănătății sale, am detectat că: starea de sănătate a migranților înainte de a pleca peste hotare pentru prima dată, în $30,0 \pm 1,31$ % a fost una *foarte bună*; bună $32,5 \pm 1,34$ %; acceptabilă $27,2 \pm 1,28$ %; însă $4,7 \pm 0,60$ % rea și, respectiv, foarte rea în $2,6 \pm 0,45$ %. Nu au știut ce să răspundă sau nu au răspuns la această întrebare $3,0 \pm 0,49$ % de migranți. (Figura A 4.3)

Fiind rugați să-și aprecieze starea sănătății în prezent, comparativ cu perioada precedentă primei emigrări, raportează o înrăutățire în 25,1 % cazuri, deci o parte importantă de migranți, mai des cei de sex feminin (31,5 %), cu vârste de peste 40 de ani, precum și cei care au emigrat în alte țări decât UE și CSI și au activat în sectorul casnic [157]. (Figura A 4.4)

Una dintre sarcinile trasate în studiul „Impactul migrației de muncă asupra sănătății migranților” [128] a fost obținerea unui tablou complet privind prezența patologiei cronice la migrații de muncă înainte de plecare. S-a depistat că $40,8 \pm 1,41$ % de migranți au suferit de anumite boli cronice

înainte de plecare peste hotare, iar $53,1 \pm 1,43$ % nu au avut patologii cronice. De asemenea a fost analizat spectrul patologiei cronice înainte și după migrație. Printre cele mai frecvente maladii de care sufereau viitorii migranți de muncă înainte de plecare peste hotare, pe primul loc se plasau pancreatiitele cronice (22,52 %), urmate de colecistitele cronice (17,2 %). La 13,87 % din migranții de muncă, care sufereau de boli cronice, a fost depistată pielo-nefrita cronică, în 11,6 % cazuri – gastrita cronică. Printre bolile cronice de care sufereau migranții de muncă se regăseau și bronșita cronică în 10,26 % de cazuri, hepatita cronică în 3,6 %.

Studiind simptomele și acuzele migranților de muncă, în timp ce lucrau peste hotare, s-a dovedit că cele mai frecvente au fost durerile somatice (14,56 %), urmate de cefalee (12,16 %), depresie (11,98 %), dereglări ale procesului de digestie (11,79 %), scăderea ponderală (11,27 %), disconfort emoțional (10,66 %), crize hipertensive (6,39%), dispnee (6,19 %), tuse (5,53 %). În 656 de cazuri, migranții de muncă au comunicat că au avut altceva decât simptomele menționate mai sus (9,47 %). (*Figura 4.6*) Ca rezultat al studiului, s-a stabilit clar că aceste simptome sunt observate de migranți doar

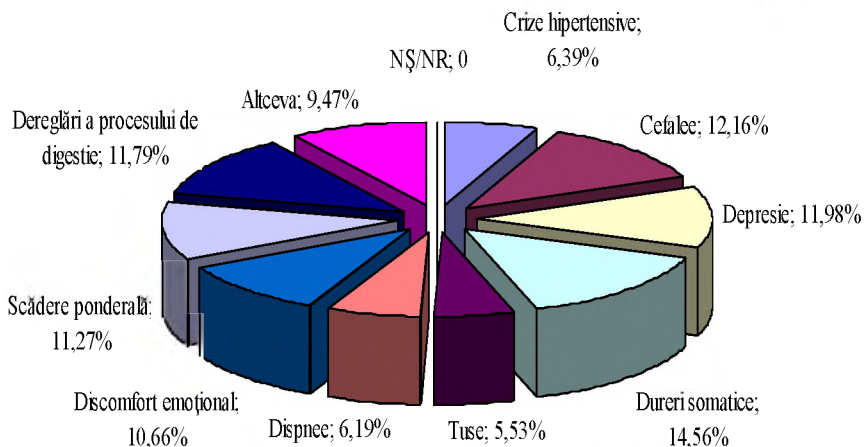


Fig. 4.6. Probleme de sănătate suferite de migranții de muncă peste hotare

(%) Sursa: Jucov A., Larisa Spinei. *Impactul migrației de muncă asupra sănătății migranților. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale, Chișinău, 2013, nr.3*

la primele deplasări la muncă peste hotare. Ulterior, ele sunt considerate ca orice altceva numai nu alterarea stării de sănătate.

Una dintre problemele actuale, condiționată de migrație, este *sănătatea sexuală și cea reproductivă* a femeilor migrante. Cele mai multe menționări ale femeilor-migrante au fost problemele de sănătate sexuală și reproductivă, apărute în timpul migrațiunii de muncă: dereglări de ciclu menstrual (52,91 %), urmate de avort (17,27 %), dureri ovariene (13,08 %), altele au relatat cistite și pielonefrite, ceea ce a acumulat 11,86 %; unele femei-migrante au relatat nașteri premature (4,88 %). Astfel, se poate concluziona că femeile, pe lângă problemele generale pe care le are contingentul de migranți, mai au și probleme de sănătate caracteristice, care nemijlocit alterează starea lor de sănătate.

O importanță deosebită a avut informația despre patologia care a apărut după plecarea la muncă, depistată la întoarcerea migranților în țara de origine. Maladiile tractului gastrointestinal (pancreatita cronică și colecistita cronică) au acumulat 13,72 % și, respectiv, 12,59 % de relatări. Alături de aceste menționări, un loc special îl ocupă gastrita cronică evidențiată în 7,73 % de cazuri, urmată de ulcerul stomacal sau duodenal, depistat în 3,0 %, fapt ce denotă că migranții de muncă nu respectă regimul alimentar peste hotare. Având perioade de foame excesivă, urmate de mese copioase, cel mai probabil atunci când primesc coletele de acasă. Se mai detectează și pielonefrita cronică (11,66 % de cazuri), fapt ce indirect vădește despre condițiile de muncă și de trai dificile, despre lipsa condițiilor elementare ce ar permite respectarea normelor sanitar-igienice. Următoarele menționări au fost depresiile (10 % cazuri), care pot fi explicate prin: nerespectarea promisiunilor referitoare la condițiile de muncă; emoțiile puternice provocate de dorul de casă, de copii, de familie. Hipertensiunea arterială deține un loc aparte printre maladiile apărute după la plecare (7,34 %), urmată de bronhopatia cronică obstructivă (7,26 %). Alte stări patologice instaurate după plecarea în migrațiune de muncă au fost: neuralgiile în 7,0% cazuri, bronșita cronică în 6,51 %, artritele și artrozele în 3,79 %.

O problemă aparte pentru migranții de muncă au constituit maladiile primar apărute: hepatita (1,87 %), cistita (3,58 %), hemoroizii (2,06 %), prostatita (0,11 %). Au fost identificate aparte maladiile care apar mai frecvent la femei după migrațiune. Astfel, cele mai multe răspunsuri au

fost oferite categoriei de dereglări de ciclu menstrual (34,38 %), urmate de pielonefrită cronică (26,3 %), cistită (15,75 %), anexită (12,47 %), vaginită (6,8 %). Alte maladii (colpitate, salpingooforite etc.), decât cele menționate mai sus, au acumulat 4,3 %. Așadar, factorii determinanți acționează preponderent asupra funcției reproductive a femeii, fapt ce va cauza apariția problemelor de sănătate pe această direcție. [128]

O altă problemă ar fi și rata înaltă de *probleme de sănătate mintală* cu care se confruntă migrații, și anume: depresiile, tentativele de suicid, abuzul de droguri și alcool, angoasa, stresul [270, 288, 304].

HIV/SIDA și infecțiile cu transmitere sexuală

Mobilitatea migrațiilor, despărțirea cuplurilor pe perioade mai îndelungate sau ieșirea tinerilor încă necăsătoriți de sub controlul părinților implică antrenarea frecventă a migrațiilor în relații sexuale ocazionale.

Prima constatare la adresa migrațiilor este viața sexuală mult mai dezordonată a acestora, comparativ cu populația neimplicată în migrație. Conform studiului, aproape fiecare al zecelea migrant (9,3 %) în ultimele 12 luni a avut cel puțin un partener sexual ocazional (necomercial), ceea ce este dublu mai mult față de populația neimplicată în migrație, unde acest procent este de 4 %, în cazul membrilor familiilor beneficiare de remitențe și de 3,3 %, în cazul celor nebeneficiare [197].

Pe de altă parte, migrații înregistrează un nivel mai înalt de utilizare a prezervativelor, chiar și în cadrul cuplului, unde la utilizarea de prezervative se recurge foarte rar. Astfel, 12,6 % dintre migrații au utilizat prezervativul la ultimul contact sexual cu partenerul permanent, cel cu care locuiește împreună, comparativ cu 7,6 % în cazul membrilor familiilor beneficiare de remitențe și 4,9 % în cazul celor care nu beneficiază de remitențe. În relațiile sexuale din afara cuplului, crește brusc frecvența utilizării prezervativelor, chiar și în cazul unor parteneri sexuali permanenți. Fiecare al doilea migrant (55,3 %) a utilizat prezervativul la ultimul contact cu un partener permanent în afara cuplului familial, iar 67,8 % la ultimul contact sexual cu un partener ocazional (necomercial).

Aici urmează să concluzionăm asupra unui aspect al vulnerabilității migrațiilor, care mult mai des, cel puțin într-o treime din cazuri, sunt

antrenați în relații sexuale cu parteneri ocazionali nerecurgând la utilizarea prezervativelor.

Testarea la HIV/SIDA

Datorită eforturilor depuse în mod sistematic de toți actorii implicați în combaterea HIV/SIDA în Republica Moldova, monitorizarea epidemiologică a infecției HIV/SIDA a cunoscut o dezvoltare constantă. În acest context, a crescut și accesul populației la testarea pentru virusul HIV. Cel mai mare număr de persoane care au făcut cel puțin o testare la HIV se înregistrează printre migranți 37,8 % [131,197]. Cea mai mare parte a populației face testul la virusul HIV benevol, ceea ce probabil nu înseamnă și din proprie inițiativă. Trei din patru migranți (74,2 %), 78,8 % din membrii familiilor beneficiare și 81 % din cele nebeneficiare de remitențe au urmat testarea benevol. Emigrarea la muncă în condiții legale implică perfectarea unui set complex de acte necesare. De aici și numărul tot mai mare de persoane care au fost supuse testării la HIV în rândul migranților.

Aproape unu din zece migranți (9,6 %) s-a văzut nevoit să-și facă testul la HIV, pentru a satisface cerințele aferente plecării legale. Fiecare al cincilea (18,5 %) migrant și-a făcut ultimul test peste hotarele țării. De remarcat că, în cazul migranților care s-au testat peste hotare, procentul testărilor „sub presiune” este dublu (26,7 %) față de cei care și-au făcut testul în Moldova 12,5 %.

Factorii determinanți ai morbidității migranților de muncă

Starea de sănătate a migrantului de muncă este dependentă de o serie de factori determinanți care în diferite situații pot acționa fie benefic, fie în dauna sănătății. În general, tabloul acestor factori determinanți poate fi observat în *figura 4.7*



Fig. 4.7. Factorii determinanți ai stării de sănătate a migrantului de muncă (A. Jucov, 2014)

Identificarea impactului migrației de muncă asupra morbidității populației ține, în primul rând, de analiza influenței determinanților asupra stării de sănătate a migrantilor de muncă. Respectarea regimului de muncă constituie un factor care ar favoriza menținerea stării de sănătate a migrantilor de muncă. Însă, cunoscând aspirațiile persoanelor plecate la muncă peste hotare de a câștiga câți mai mulți bani, credem că regimul de muncă și starea de sănătate a migrantilor sunt pe ultimul plan. Pe de altă parte, angajatorul, având brațe ieftine de muncă, caută să obțină profit și productivitate măbind regimul de muncă al migrantilor sau reducându-le costul per oră al muncii prestate.

În studiul „Impactul migrației de muncă asupra sănătății migrantilor” [128] au fost identificați factorii de risc și cei de protecție ai stării de sănătate a migrantilor de muncă. (Tabelul A 4.1-A 4.2) Ca factori de risc, cu un potențial mai elevat pentru sănătatea migrantilor, s-au dovedit a fi: spațiul de trai limitat, stresul excesiv, lipsa banilor și a locului de trai. Ca factori de protecție, care nu permit alterarea cu ușurință a stării de sănătate a migrantului, au fost identificați 12, din ei un potențial mai accentuat manifestă: prezența asigurării medicale peste hotare și a asigurării medicale în RM, expedierea medicamentelor, apelarea medicului de familie

din RM. Cunoașterea din timp a ponderii și impactului acestori factori va permite evaluarea și prognozarea stării de sănătate a migrantului de muncă la întoarcere în țară. (Tabelul A 4.2)

Dreptul la ocrotirea sănătății este unul stipulate în mai multe convenții internaționale, dar accesul la servicii medicale nu este întotdeauna posibil, în special pentru migrații cu statut nereglementat. Uneori în țările de destinație persistă convingerea că garantarea accesului migraților la asistență medicală nu este o obligație, ci un act de generozitate plătit de stat. Angajarea migraților cu statut informal, în special în domeniul muncii casnice, le permite angajatorilor să se eschiveze de la plata taxelor și impozitelor legate de ocrotirea sănătății lucrătorilor migrați. Majoritatea țărilor de destinație asigură doar accesul la asistența medicală de urgență.

Chiar și în țările care oferă mai mult decât asistența de urgență, situația nu este *de facto* mai bună, din cauza unor astfel de obstacole ca: lipsa de informație suficientă, programul suprasolicitat care nu lasă suficient timp pentru a ajunge la consult și a beneficia de tratament, barierele birocratice.

Migrații nedocumentați devin mai reticenți față de accesarea serviciilor medicale și din cauza înăspririi politicilor de migrațiune, a creșterii pericolului de a fi reținut sau deportat. Lipsa de oportunități pentru migrație legală se răsfrânge semnificativ asupra sănătății migraților. Barierele lingvistice și cele culturale pot să-i pună pe migrați la grea încercare, în special, în comunicarea cu medicii sau în procesul tratamentului. Personalul medical este adesea indiferent față de necesitățile specifice ale pacienților migrați.

Unii migrați, pur și simplu, nu înțeleg cum funcționează sistemul de sănătate din țările de destinație, cu atât mai mult cum să apeleze la el. Pentru că în majoritatea țărilor de destinație gratuitatea serviciilor medicale pentru migrați (în special pentru cei nedocumentați) se limitează doar la asistența medicală de urgență, costurile legate de serviciile medicale și medicamente pot fi un obstacol semnificativ. Dificultățile menționate mai sus afectează esențial sănătatea migraților.

În ultimii ani au fost întreprinse mai multe măsuri pentru a evita cazurile de îmbolnăvire a lucrătorilor migrați începând chiar cu controlul stării de

sănătate în perioada recrutării lor în țările de origine.

Adunarea Mondială a Sănătății a votat unanim Codul Global al OMS de practici cu privire la recrutarea internațională a personalului medical [43]. Țările de destinație sunt încurajate să întrețină relații de colaborare cu cele de origine pentru a susține dezvoltarea și instruirea resurselor umane conform necesităților. Acest cod atenționează statele să renunțe la recrutarea activă a personalului medical din statele care suportă neajunsuri critice de asemenea specialiști.

5. EFECTELE MIGRAȚIEI PARENTALE DE MUNCĂ ASUPRA COPIILOR

În prezent, Moldova se confruntă cu un nou fenomen social, cu impact major asupra copiilor, și anume: migrația unui număr din ce în ce mai mare de părinți spre țările cu o economie mai dezvoltată, părinți care își lasă copiii acasă în îngrijirea altor persoane, pe perioade nedeterminate de timp. Plecarea unui număr considerabil de persoane peste hotare, fie în căutarea unui loc de muncă propriu-zis, fie a unui loc de muncă mai bine plătit, a condiționat absența părinților în procesul de creștere și dezvoltare a unui număr tot mai mare de copii.

În Raportul Special al Națiunilor Unite privind Drepturile Migranților, Uniunea Europeană clasifică fenomenul copiilor singuri acasă drept urmare a migrației părinților ca fiind unul foarte alarmant, iar statisticile europene estimează ascendența continuă a numărului acestor copii. Se estimează că, în Republica Moldova, fenomenul copiilor separați de părinții plecați la muncă în străinătate a atins unul din cele mai înalte nivele după România, spre deosebire de celelalte țări din Europa. Conform Raportului, numărul copiilor rămași fără grija părintească, din cauza migrației, pentru anul 2017 este: România 350 mii de copii, Polonia peste 100 de mii, Lituania 9.500, Letonia aproximativ 8 000 [191].

Datele statistice prezentate de Direcția Politici de Protecție a Copilului și Familiilor cu Copii a MSMPS privind situația copiilor, a căror părinți/unicul părinte sunt plecați/este plecat la muncă peste hotare, denotă: la evidență se aflau, la sfârșitul anului 2017, 30 320 de copii, iar la finele anului 2018 – 37 866 [189].

Fenomenul copiilor marcați de migrația parentală de muncă se manifestă pe tot teritoriul Republicii Moldova. Totodată, se detectează o frecvență diferită în zonele geografice ale Moldovei. Putem relata despre unele raioane cu o frecvență mai înaltă a fenomenului și anume: în raioanele Orhei, Criuleni și Ialoveni (zona Centru), numărul copiilor marcați de migrația parentală de muncă variază de la 8,1 % la 10,7 % din toți copiii acestor raioane; în raioanele Basarabeasca, Cantemir și Vulcănești (zona Sud) – de la 7,9 % la 14,9 % din totalul copiilor; iar în raioanele Briceni, Florești și Sângerei (zona Nord) – de la 9,8 % la 17,9 % din totalul copiilor din raioanele respective [277, 280, 284].

5.I. Calitatea vieții copiilor marcați de migrația de muncă a părinților

Orice copil are dreptul de a trăi în bunăstare și într-o perfectă stare de sănătate, prin accesul la serviciile de sănătate și protecție [147]. În ceea ce privește sănătatea și bunăstarea copilului putem vorbi de modul în care se hrănesc, de calitatea hranei și accesul la serviciile de îngrijire și sănătate, precum și de securitatea socială și nivelul de viață al acestei categorii de copii [153, 220, 229, 247, 250, 274, 286].

Regretabil, dar, actualmente, sunt insuficiente studii la nivel național care ar elucida situația copiilor marcați de migrația parentală de muncă. Majoritatea studiilor sunt axate pe impactul psihologic al migrației economice parentale asupra copiilor, solitare sunt studiile care se axează pe efectele negative asupra sănătății copiilor migranților. Plecând de la faptul că legislația, prin *Convenția ONU privind drepturile copilului*, apără interesele copilului, considerăm a fi necesară o cercetare asupra situației în care se află acești copii rămași fără îngrijire părintească, fiind importantă evidențierea necesităților pe care ei le au pentru a crește într-un mediu propice dezvoltării normale și armonioase.

Studiul efectuat de BNS „Copiii Moldovei 2016” [202] a identificat condițiile de trai și calitatea vieții copiilor, rămași temporar fără grija părintească din cauza migrației lor de muncă. S-a detectat un număr impunător de gospodării cu migranți – 19,8% din numărul total de gospodării incluse în studiu. (Tabelul 5. 36)

Tabelul 5. 36.

Distribuția gospodăriilor cu copii după principalele caracteristici ale gospodăriei (anii 2012-2016)

| Anii cercetați | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Total gospodării din care: | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Cuplu familial cu copii | 44,7 | 46,9 | 47,0 | 52,8 | 50,9 |
| Părinte singur cu copil | 5,9 | 5,4 | 6,4 | 5,2 | 7,0 |
| Alte gospodării cu copil | 49,4 | 47,7 | 46,6 | 42,0 | 42,1 |
| Total gospodării din care: | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Cuplu familial cu 1 copil | 19,8 | 21,6 | 21,4 | 22,4 | 21,6 |
| Cuplu familial cu 2 copii | 19,4 | 19,1 | 19,4 | 23,8 | 22,2 |
| Cuplu familial cu 3 și mai mulți copii | 5,5 | 6,2 | 6,2 | 6,6 | 7,0 |

| | | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Părinte singur cu 1 copil | 4,2 | 3,4 | 4,2 | 4,0 | 5,0 |
| Părinte singur cu 2 copii | 1,0 | 1,8 | 1,8 | 0,8 | 1,3 |
| Părinte singur cu 3 și mai mulți copii | 0,6 | 0,3 | 0,5 | 0,4 | 0,7 |
| Alte gospodării cu 1 copil | 31,8 | 32,2 | 27,5 | 28,1 | |
| Alte gospodării cu 2 copii | 13,4 | 11,9 | 13,1 | 11,6 | 11,3 |
| Alte gospodării cu 3 și mai mulți copii | 4,2 | 3,5 | 3,2 | 2,9 | 2,7 |
| Total gospodării din care: | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Gospodării cu 1 copil | 55,8 | 57,2 | 55,9 | 53,8 | 54,7 |
| Gospodării cu 2 copii | 34,0 | 32,8 | 34,3 | 36,2 | 34,9 |
| Gospodării cu 3 și mai mulți copii | 10,2 | 10,0 | 9,8 | 9,9 | 10,4 |
| Total gospodării din care: | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Gospodării cu copii și migranți | 20,5 | 21,4 | 22,4 | 19,6 | 19,8 |
| Gospodării fără copii și migranți | 79,5 | 78,6 | 77,6 | 80,4 | 80,2 |

Sursa: BNS.Copiii Moldovei, 2016

Studiind repartizarea gospodăriilor cu copiii marcați de migrație după mediul de reședință, numărul copiilor în gospodărie și tipul gospodăriei, s-a detectat următoarele: în anul 2016, gospodării cu copii marcați de migrație se evidențiau mai frecvent (69,9 % cazuri) în mediul rural; prevalau gospodăriile cu 1 copil în 54,8 % cazuri; la compartimentul *Tipul gospodăriei* în 52,9 % se detectau *alte gospodării cu copii*, decât *Cuplul familial cu copii și Părinte singur cu copii*. (Tabelul A 5.1)

Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale a efectuat „*Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare*” [212]. Scopul studiului a fost elucidarea condițiilor de trai, a regimului alimentar și prezența deprinderilor igienico-sanitare la copiii marcați de migrația parentală de muncă. Scopul cercetării era determinat de considerația că: dereglarea regimului alimentar, și anume carența cantitativă și calitativă a nutrienților alimentari, cauzează inevitabil stări de malnutriție, patologii cronice ale sistemului digestiv, urmate ulterior frecvent de stări de imunodeficiență secundară, iar lipsa condițiilor decente de trai sau insuficiența deprinderilor igienice la copil pot declanșa maladii infecțioase, helmintiaze.

Conform acestui studiu, situația copiilor la momentul vizitei asistentului social era diferită, și anume: cu ambii părinți în țară erau 33,6 % copii, doar cu mama – 36,3 %, doar cu tata – 7,3 %, cu bunicii – 17,5 %, cu rudele – 3,2 %, cu alte persoane – 2,1 %. Studiind prezența tutelei asupra copilului, s-a stabilit că doar 14,8 % copii aveau tutele asupra sa, ceea ce invocă o mare întrebare: „În grija cui rămân copiii?”.

Despre gradul de manifestare a fenomenului migrației de muncă a părinților denotă următoarele cifre: experiență migraționistă aveau 28,5 % mame, 51 % tați, în 20,8 % cazuri o asemenea experiență aveau ambii părinți.

În studiu s-a încercat să se determine cât de strâns este contactul psihologic între copiii rămași în țară și mamele plecate la muncă. În majoritatea cazurilor (23,4 %), perioada de ședere a mamei peste hotare pe parcursul ultimelor 12 luni a fost cea mai mare – de 12 luni, discuții zilnice telefonice au relatat 26,2 % copii. (Tabelul 5.37)

Tabelul 5. 37

Frecvența comunicării copilului cu mama prin telefon

| | Zilnic | De câteva ori pe săptămână | O dată-două ori pe lună | De câteva ori pe an | Niciodată |
|--------------|--------|----------------------------|-------------------------|---------------------|-----------|
| Total | 13487 | 25724 | 6667 | 992 | 4705 |
| | 26,2 % | 49,9 % | 12,9 % | 1,9 % | 9,1 % |

Sursa: „Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare”. MSMPS, 2012

Copiii anchețați au relatat că, în majoritatea cazurilor (95,7 %), nu au experiența de a scrie scrisori părinților. (Tabelul 5.38)

Tabelul 5. 38

Frecvența comunicării copilului cu mama prin intermediul scrisorilor

| | Zilnic | De câteva ori pe săptămână | O dată-două ori pe lună | De câteva ori pe an | Niciodată |
|--------------|--------|----------------------------|-------------------------|---------------------|-----------|
| Total | 526 | 1080 | 411 | 201 | 49357 |
| | 1,0 % | 2,1 % | 0,8 % | 0,4 % | 95,7 % |

Sursa: „Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare”. MSMPS, 2012

Majoritatea copiilor, și anume 49,1 % din intervievați, au relatat că nu comunică prin internet cu mama. (Tabelul 5.39)

Tabelul 5. 39

Frecvența comunicării copilului cu mama prin internet

| | Zilnic | De câteva ori pe săptămână | O dată-două ori pe lună | De câteva ori pe an | Niciodată |
|--------------|--------|----------------------------|-------------------------|---------------------|-----------|
| Total | 12709 | 9916 | 3039 | 563 | 25348 |
| | 24,6 % | 19,2 % | 5,9 % | 1,1 % | 49,1 % |

Sursa: „Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare”. MSMPS, 2012

Din totalul copiilor intervievați, 85,9 % niciodată nu și-au vizitat mama aflată peste hotare. Conform celor relatate, putem presupune că absența mamei alături de copil timp îndelungat, lipsa posibilității de a primi un sfat, o povăț în momentele importante de viață, lipsa grijei de sănătate și alimentație corectă a copilului pot declanșa efecte negative ale migrației, și anume: frecvente maladii acute și cronicizarea lor, posibile stări de urgențe medicale.

Starea de bine a copilului, rămas temporar fără părinți, depinde, în mare măsură, de relațiile care se stabilesc cu tutorele. În majoritatea cazurilor (49 %), copiii au relatat relații amicale cu tutorele și totuși 2 % – tensionarea relațiilor cu persoana îngrijitoare, ceea ce ar putea provoca diferite tipuri de abuz (fizic, psihic, sexual) sau stări depresive. (Tabelul 5. 40)

Tabelul 5. 40

Relația copilului cu persoana care îl îngrijește (doar copiii de vârstă școlară)

| | De prietenie/ Amicale | De încredere, mărturisindu-i secretele, problemele | Tensionate | Altceva |
|--------------|--------------------------|--|------------|---------|
| Total | 54691 | 54409 | 2211 | 194 |
| | 49,0 % | 48,8 % | 2,0 % | 0,17 % |

Sursa: „Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare”. MSMPS, 2012

Copiii marcați de migrația părinților, uneori rămași fără rude, sunt foarte sensibili la condițiile psihologice ale mediului de trai. Comportamentul agresiv al celor care sunt alături (rude rămase în țară, vecini, colegi de școală și profesori, străini) poate declanșa stări depresive, care în cazuri excepționale pot cauza tentative de suicid.

Potrivit studiului, majoritatea copiilor de vârstă școlară (41,2 %) s-au aflat în situații de violență verbal – strigăte în familiile proprii, în

17,0 % cazuri au suportat situații de violență de la profesorii din instituția de învățământ, iar 19,3 % – în grupul de prieteni. (Tabelul 5.41)

Tabelul 5.41

| Situații de violență verbală - strigăte (doar copiii de vârstă școlară) | | | | |
|--|-------------------|---|------------------------------|----------------------|
| | În familie | În instituția de învățământ / profesorii | În grupul de prieteni | În comunitate |
| Total | 45991 | 18974 | 21525 | 6895 |
| | 41,2 % | 17,0 % | 19,3 % | 6,2 % |

Sursa: „Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare”. MSMPS, 2012

Conform rezultatelor studiului, copiii de vârstă școlară, rămânând fără părinți, suportă situații de violență verbală – batjocură mai frecvent (16,7 %) în grupul de prieteni, mai rar în familie (6,3 %), în comunitate (4,5 %) și în instituția de învățământ din partea profesorilor (3,3 %). (Tabelul 5.42)

Tabelul 5.42

| Situații de violență verbală - batjocură (doar copiii de vârstă școlară) | | | | |
|---|-------------------|---|------------------------------|----------------------|
| | În familie | În instituția de învățământ / profesorii | În grupul de prieteni | În comunitate |
| Total | 7059 | 3700 | 18602 | 5052 |
| | 6,3 % | 3,3 % | 16,7 % | 4,5 % |

Sursa: „Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare”. MSMPS, 2012

Este foarte alarmant faptul că acei copii, care sunt marcați de migrația părinților, relatează informația despre agresiunea fizică pe care o suportă. Situații de violență fizică – lovituri – copiii de vârstă școlară mai frecvent (13,7 %) le suportă în familie și în grupul de prieteni (10,6 %), mai rar în instituțiile de învățământ (3,1 %) și în comunitate (2,4 %). (Tabelul 5.43)

Tabelul 5.43

| Situații de violență fizică - lovituri (doar copiii de vârstă școlară) | | | | |
|---|-------------------|---|------------------------------|----------------------|
| | În familie | În instituția de învățământ / profesorii | În grupul de prieteni | În comunitate |
| Total | 15328 | 3494 | 11793 | 2724 |
| | 13,7 % | 3,1 % | 10,6 % | 2,4 % |

Sursa: „Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare”. MSMPS, 2012

Potrivit tabelului 5.44, cu situații de violență fizică - bătaie cu obiecte, pumni etc. – copiii de vârstă școlară cu părinți migranți se confruntă mai frecvent în grupul de prieteni (3,8 %) și în familie (3,6 %), mai rar în comunitate (1,2 %) și în instituția de învățământ (0,6 %).

Tabelul 5.44

Situații de violență fizică - bătaie cu obiecte, pumni etc. (doar copiii de vârstă școlară)

| | În familie | În instituția de învățământ/profesorii | În grupul de prieteni | În comunitate |
|--------------|------------|--|-----------------------|---------------|
| Total | 4005 | 720 | 4189 | 1352 |
| | 3,6 % | 0,6 % | 3,8 % | 1,2 % |

Sursa: „Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare”. MSMPS, 2012

Ținând cont de faptul că acei copii, care sunt marcați de migrația părinților, suferă și de sărăcie, au fost studiate și situațiile cu care s-au confruntat copiii în decursul ultimelor 12 luni (nu au cu ce se îmbrăca sau încălța, nu au avut cu cine se sfătui, nu au rechizite școlare, nu au timp pentru joacă). Cifrele obținute au prezentat o sărăcie cumplită, deoarece 10,5 % copii au relatat că nu au avut cu ce se încălța sau în 7 % – cu ce se îmbrăca. (Tabelul 5. 45)

Tabelul 5. 45

Diverse situații cu care s-au confruntat copiii în decursul ultimelor 12 luni (doar copiii de vârstă școlară)

| | Să nu aibă cu ce se îmbrăca | Să nu aibă cu ce se încălța | Să nu aibă cu cine se sfătui | Să nu aibă rechizite școlare | Să nu aibă timp pentru joacă |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Total | 7798 | 11671 | 8251 | 9029 | 5673 |
| | 7,0 % | 10,5 % | 7,4 % | 8,1 % | 5,1 % |

Sursa: „Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare”. MSMPS, 2012

Migrația parentală de muncă provoacă frecvent, la copiii rămași fără părinți, un comportament delicvent [13, 29, 51, 52], deoarece ei nu mai sunt monitorizați de părinte, de rude, de pedagog sau tutelă, fiind în conflict cu persoana îngrijitoare. (Tabelul 5.46) Au început să fumeze 4,6 % copii, să consume alcool – 4,2 % și substanțe toxice – 0,3 %, ceea ce deteriorează sănătatea proprie. Copiii, care au relatat că nu au avut unde dormi (0,7 %), reprezintă grupul de risc de a deveni „copiii străzii”, printre care sunt

persoane consumatoare de droguri cu frecvență infectare cu HIV/SIDA, iar cele 8,8 % copii, care au început să lucreze pentru a câștiga bani, pot fi pradă ușoară pentru traficanții de ființe umane.

Tabel 5.46

**Diverse situații cu care s-au confruntat copiii în decursul ultimelor 12 luni
(doar copiii de vârstă școlară)**

| | Să fumeze | Să consume alcool | Să consume substanțe toxice | Să nu aibă unde dormi | Să lucreze pentru a câștiga bani |
|--------------|-----------|-------------------|-----------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| Total | 5121 | 4666 | 310 | 822 | 9845 |
| | 4,6% | 4,2% | 0,3% | 0,7% | 8,8% |

Sursa: „Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare”. MSMPS, 2012

În contextul rezultatelor obținute în *Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare*, monitorizarea copiilor de către medicul de familie, pentru depistarea precoce a maladiilor acute și urgențelor medicale, profilaxia cronicizării maladiilor ar fi foarte benefică. Cu acest scop a fost studiată frecvența vizitelor la medicul de familie de către copiii, marcați de migrația parentală. În 15,6 % cazuri, ultima vizită la medic a fost efectuată de la 3 la 6 luni în urmă, iar în 16,4 % cazuri - de la 6 la 12 luni în urmă, ceea ce este suficient pentru cronicizarea unui proces sau apariția unor perturbări ireversibile în organe și sisteme. (Tabelul 5.47)

Tabelul 5. 47

Ultima vizită la medic a copilului marcat de migrația parentală de muncă

| | Cu o lună în urmă | De la 1 la 3 luni în urmă | De la 3 la 6 luni în urmă | De la 6 luni la 1 an în urmă | Mai mult de 1 an în urmă | Nu știu |
|--------------|-------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------|---------|
| Total | 41520 | 39091 | 26289 | 27540 | 26964 | 6677 |
| | 24,7% | 23,3% | 15,6% | 16,4% | 16,0% | 4,0% |

Sursa: „Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare”. MSMPS, 2012

Despre calitatea vieții copilului putem judeca și după frecvența alimentării, diversificarea alimentară zilnică, folosirea produselor fast-food și a dulciurilor. Analizând frecvența alimentației, s-a evidențiat că, în 38,8 % cazuri, copiii se alimentau de trei ori pe zi, dar au fost copii care au relatat că se alimentau o dată sau de două ori pe zi (0,2 % și, respectiv, 2,6 % cazuri). (Tabelul 5.48)

Tabelul 5.48

Frecvența alimentării, în medie, a copilului pe zi

| | O dată pe zi | De două ori pe zi | De trei ori pe zi | De patru ori pe zi și mai mult | Nu este o regulă, când și cum |
|--------------|--------------|-------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Total | 274 | 4362 | 65184 | 65027 | 33234 |
| | 0,2% | 2,6% | 38,8% | 38,7% | 19,8% |

Sursa: „Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare”. MSMPS, 2012

Unii copii relatau că se poate întâmpla să nu aibă ce mânca. În 4,2 % cazuri, copiii mărturiseau că o dată-de două ori pe lună nu au avut ce mânca, în 3,4 % – de la o dată la patru ori; totodată, în 89,5 % cazuri copiii nu s-au confruntat cu situații când nu au avut ce mânca. (Tabelul 5.49)

Tabelul 5.49

Relatarea cazurilor, pe parcursul ultimelor 12 luni, de nealimentare a copilului

| | Da, de două-trei ori pe săptămână | Da, o dată-de două ori pe lună | Da, o dată-de patru ori pe an | Da, o singură dată | Niciodată |
|--------------|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------|
| Total | 1882 | 6997 | 5771 | 3034 | 150397 |
| | 1,1 % | 4,2 % | 3,4 % | 1,8 % | 89,5 % |

Sursa: „Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare”. MSMPS, 2012

Consumă fast-food o dată în lună circa 15,5% copii, mai rar de o dată pe lună 19,4 %, niciodată 33,1 %. Preferă să mănânce dulciuri zilnic circa 28,5 % copii, niciodată 1,8 %. Produsele lactate sunt o sursă importantă de proteine, de lipide, de glucide și minerale pentru organismul în creștere al copiilor. Deficitul produselor lactate poate provoca carențe de nutrienți în organismul copilului, ceea ce, la rândul său, cauzează malnutriție și deficiențe imunitare.

Potrivit studiilor efectuate, printre copiii investigați, au fost și cei care se alimentau cu produse lactate o dată în lună sau nu le consumau niciodată. (Tabelul 5.50)

Tabelul 5. 50

Frecvența alimentării copilului cu produse lactate

| | Zilnic | De două-trei ori pe săptămână | O dată pe săptămână | O dată în două săptămâni | O dată pe lună | Mai rar decât o dată pe lună | Niciodată |
|--------------|--------|-------------------------------|---------------------|--------------------------|----------------|------------------------------|-----------|
| Total | 66973 | 53766 | 25887 | 8649 | 6038 | 2890 | 3878 |
| | 39,8 % | 32,0 % | 15,4 % | 5,1 % | 3,6 % | 1,7 % | 2,3 % |

Sursa: „*Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare*”. MSMPS, 2012

Produsele din carne sunt surse de substanțe strict necesare pentru organism, în special pentru cel în creștere. Când privește frecvența în meniu a produselor din carne, 16,8 % copii au relatat consumul zilnic al cărnii, 6,8 % – de două ori în săptămână, iar 2 % nu consumă carne niciodată. Zilnic se alimentează cu produse din pește 2,7 % copii, 20,8 % – o dată în două săptămâni, iar 3,6 % – niciodată.

Zilnic se hrănesc cu fructe proaspete 28,6 % de respondenți, o dată la două săptămâni – 8,6 %, nu includ fructele în meniu niciodată 2,1 % . Legume proaspete mănâncă zilnic 28,2 % copii, o dată pe săptămână 16,3 %, nu folosesc legume în meniu 3,3 %, ceea ce este în contradicție cu recomandările pentru alimentație, elaborate de OMS [276]. Datele prezentate denotă faptul că acei copii, care consumă rar și foarte rar carne, fructe, legume, pot fi incluși în grupul de risc de declanșare a anemiilor carentiale.

Cunoașterea, de către copiii rămași temporar fără grija părintească, a regulilor elementare de igienă (utilizarea zilnică a săpunului) servește ca metodă profilactică a maladiilor infecțioase, a helmintiazelor, a pediculozei și scabiei la copii. Frecvența zilnică a igienei corporale au relatat circa 63,7 % copii, o dată pe săptămână 4,8 %, nu se spală niciodată 0,1 % [212].

Condițiile de trai ale copiilor de asemenea sunt un indiciu al calității vieții. Analizând prezența unui loc special în cadrul locuinței pentru pregătirea temelor, s-a evidențiat că 82,4 % de copii aveau un asemenea spațiu. Un criteriu informativ al calității vieții este dotarea locuințelor cu diferite bunuri ale civilizației precum electricitate, apeduct, aragaz, baie și canalizare. Majoritatea gospodăriilor cu migranți sunt dotate cu electricitate și aragaz, în 98,4 % și, respectiv, 90,8 % cazuri. Sunt dotate

cu apeduct 45,9 % gospodării, cu canalizare și baie 33,6 % și, respectiv, 35,6 %. (Tabelul 5.51)

Tabelul 5. 51

Dotarea gospodăriilor

| | Electricitate | Apeduct | Canalizare | Aragaz | Baie |
|--------------|---------------|---------|------------|--------|-------|
| Total | 165348 | 83137 | 56495 | 152647 | 59814 |
| | 98,4 % | 49,5 % | 33,6 % | 90,8 % | 35,6 |

Sursa: „Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare”. MSMPS, 2012

În același context a fost apreciată starea locuinței copilului marcat de migrația parentală. Doar în 68,5 % cazuri, în locuință se respectau regulile de igienă, iar în 23,5 % - nu se respectau. (Tabelul 5. 52)

Tabelul 5. 52

Aprecierea de către asistentul social a stării locuinței copilului

| | Locuința este îngrijită, se respectă regulile de igienă | Locuința este parțial îngrijită, nu se respectă regulile de igienă | Locuința este total neîngrijită, condiții antisanitare | Asistentului social i-a fost refuzat accesul în locuință |
|--------------|---|--|--|--|
| Total | 115150 | 39417 | 7997 | 5517 |
| | 68,5 % | 23,5 % | 4,8 % | 3,3 % |

Sursa: „Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare”. MSMPS, 2012

În cadrul studiului a fost apreciat aspectul fizic al copilului la vizita neanunțată a asistentului social. În 80,2 % de cazuri, copiii aveau un aspect fizic îngrijit, contra la 1,7 % cu un aspect neîngrijit. (Tabelul 5.53)

Tabelul 5. 53

Aprecierea, de către asistentul social, a aspectului fizic al copilului

| | Copilul are un aspect fizic îngrijit, hainele și încălțăminte sunt curate și îngrijite | Copilul are un aspect fizic parțial îngrijit, hainele și încălțăminte sunt parțial curate și îngrijite | Copilul are un aspect fizic neîngrijit, este nepieptănat, murdar, hainele și încălțăminte sunt murdare, miroase urât |
|--------------|--|--|--|
| Total | 134841 | 30403 | 2837 |
| | 80,2% | 18,1% | 1,7% |

Sursa: „Studiul Național privind situația copiilor aflați în dificultate și a copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare”. MSMPS, 2012

Rezultatele studiului denotă faptul că acei copii, care sunt marcați de migrația parentală de muncă, au un mod de viață destul de complicat, anevoios, cu o calitate inferioară a vieții. Condițiile de trai, adesea, necesită perfecționări radicale. Copiii frecvent duc foame sau au un regim alimentar nediversificat și sărac în nutrienți alimentari. În categoria studiată, copiii deseori nu urmau regulile de igienă personală. Cele menționate pot declanșa, la copiii marcați de migrația parentală de muncă, dezvoltarea maladiilor carentiale și infecțioase, a helmintiazelor, a pediculozei, a scabiei, a stărilor specifice țărilor sărace.

5.2. Problemele de sănătate ale copiilor afectați de migrația parentală de muncă

Actualmente, în Republica Moldova există puține studii care își propun să elucideze impactul migrației de muncă asupra populației din țara noastră. Și mai puține studii analizează impactul migrației parentale de muncă asupra copiilor. Cele existente se axează pe aspectele sociale, juridice și psihologice ale problemei în cauză.

Regretabil, dar până în prezent în Republica Moldova nu s-au efectuat studii științifice analitice ale problemelor de sănătate, care apar la copiii migranților de muncă. Analizând calitatea vieții copiilor rămași temporar fără grija părintescă, condițiile lor de trai și de nutriție, modalitatea de comunicare la distanță cu părinții plecați peste hotare, relațiile cu persoanele în a căror grijă au rămas, am evidențiat unele probleme și riscuri de morbiditate ale copiilor marcați de migrație.

Problemele și riscurile copiilor rămași fără supraveghere parentală cu impact posibil asupra morbidității lor:

- condiții nefavorabile, antisănătare de plasament ale copiilor;
- condiții psihoemoționale nefavorabile de trai;
- plasarea copiilor cu persoanele care au o capacitate redusă de a îngriji copiii și o situație materială precară;
- lipsa grijei și a vigilenței parentale (risc de boli acute, infecțioase, parazitare, helmintiaze);
- alimentație carentială nutritivă și nerespectarea regimului alimentar;
- grija sănătății fraților și susorilor mai mici;

- responsabilitatea pentru sănătatea proprie;
- probleme dificile din cauza lipsei tutelei;
- lacune în sănătatea și educația sexuală a copiilor;
- săvârșirea delictelor și conflictele cu legea;
- comportamente neadecvate și periculoase din partea persoanei în a căror grijă au rămas;
- comportamente social indezirabile (alcoolism, narcomanie, relații sexuale libere);
- plasarea copiilor în instituții rezidențiale în cazul divorțului părinților-migranți;
- informarea insuficientă a copiilor, marcați de migrație, despre riscurile pentru sănătatea lor.

Privarea de grija părintească, în special la o vârstă fragedă, este considerată ca un factor de risc pentru starea de sănătate a copiilor [17, 81, 218, 235, 238, 241, 242, 251, 253, 268]. Plecând la muncă peste hotare, părinții își abandonează copiii pentru a dispune de beneficii materiale, lăsându-i în grija bunecilor, rudelor, prietenilor sau chiar rămân singuri. Însă plecarea părinților este urmată, de cele mai multe ori, de o schimbare radicală a mediului și a condițiilor de viață ale copiilor rămași în țară [168]. Această situație implică întreruperea vieții obișnuite și schimbarea ambientului confortabil, făcându-i pe copii să sufere din cauza lipsei casei, a familiei. Iar aceasta le induce o încărcătură emoțională puternică [231].

Suprasolicitarea emoțională și starea de stres cronic provoacă frecvent depresie și cresc esențial necesarul organismului în substanțe nutritive, minerale și vitamine și, în special, pentru organismul copilului care se află în dezvoltare [38, 262]. Oboseala fizică cronică cauzează stresul de supraocupație, care se manifestă prin apariția unor simptome specifice, cum ar fi: instabilitate emoțională, nervozitate excesivă, adinamism, depresie excesivă, somnolență etc. [14, 35, 63].

Condițiile psihoemoționale nefavorabile, în care ajung copiii după plecarea părinților, sunt cauzate, deseori, și de igiena precară. La plecare, părinții își plasează copiii, uneori, în familii cu situație materială precară, în condiții antisaniare sau cu persoanele care au o capacitate redusă de a

îngrijii copiii (persoane în etate, consumatori de alcool, persoane bolnave), iar aceste condiții pun în pericol sănătatea copiilor rămași acasă.

În cultura autohtonă, femeia este responsabilă de spălătul hainelor, de ordinea în casă, de îngrijirea copiilor, de pregătirea bucatelor. Din moment ce mama pleacă la muncă peste hotare, în multe cazuri, aceste activități sunt delegate tatălui, care nu este pregătit pentru îndeplinirea unor responsabilități suplimentare. Plecarea mamei motivează, uneori, bărbații să abuzeze de alcool, iar, în loc de atribuirea unor noi responsabilități, ei se distanțează și mai mult de copii. Astfel, copiii pierd atât îngrijirea maternă, cât și vigilența paternă, ceea ce se răsfrânge semnificativ asupra organizării condițiilor lor de trai și de dezvoltare (igienă, hrană etc.). Odată cu plecarea mamei, tatăl nu reușește să facă față responsabilităților suplimentare care i se atribuie (activități realizate, de obicei, de către gospodine), fapt ce determină condițiile de trai și starea de sănătate a copiilor.

Educația sanitară și normele de igienă fac parte din responsabilitățile părintești, în special ale mamei, care trebuie să-și instruiască copiii în acest domeniu începând cu frageda copilărie. Lipsa grijii materne cultivarea deprinderilor igienice lasă o amprentă negativă asupra modului de viață al copiilor, fiind, respectiv, o determinantă importantă a stării lor de sănătate ulterior.

Condițiile antisaniare de trai, spațiul limitat, aerisirea proastă a locuinței cresc semnificativ riscul dezvoltării unor maladii ale aparatului respirator, infecții și boli parazitare. Totodată, condițiile antisaniare, în care locuiesc acești copii, invocă pericolul dezvoltării unor boli diareice, a intoxicațiilor alimentare, a infecțiilor și bolilor parazitare, despre care, cu regret, copiii puțin cunosc.

Părinții plecați încredințează organizarea condițiilor de trai chiar copiilor lăsați singuri, fără supravegherea permanentă a unui matur, ceea ce presupune anumite riscuri și pericole pentru securitatea lor. Lipsa vigilenței părintești sporește riscul unor traumatisme și leziuni corporale ale copiilor în timpul jocurilor. Astfel, copilul la vârsta de doar 12 ani este nevoit să-și facă singur focul, să-și gătească mâncarea, ceea ce implică un risc sporit pentru securitatea antiincendiară, pericolul unor traume și leziuni în lipsa supravegherii părintești.

Deseori, grijile gospodărești sunt lăsate pe umerii minorilor, care locuiesc mai mult singuri și își organizează condițiile de trai, ținând cont de cunoștințele și deprinderile unui copil de 14-16 ani. Copiii fac de sine stătător cumpărături (inclusiv produse igienice), mențin curățenia în casă, își spală singuri hainele. Calitatea acestor activități poate fi pusă la îndoială, mai ales că sunt copii cu responsabilități specifice vârstei biologice.

Carența de substanțe nutritive, în special, în perioada de dezvoltare fizică și psihică a organismului, este una dintre determinantele multor patologii serioase (digestive, ale sistemului osos și muscular, sistemului nervos, maladii ale sângelui, văzului etc.), care se pot dezvolta ulterior pe parcursul vieții acestor copii.

O altă problemă este faptul că asigurarea hranei devine una dintre responsabilitățile copiilor, care își poartă singuri de grijă după plecarea părinților. Acești copii nu se alimentează cu periodicitatea recomandată pentru vârsta lor (de trei-cinci ori pe zi), iar calitatea bucatelor pe care le poate pregăti o adolescentă de 15 ani nu corespunde necesității nutriționale a organismului copilului în creștere. Lipsa grijii părintești în respectarea regimului alimentar al copilului influențează nefast starea lui de sănătate.

Unii autori relatează despre efectul nefast al plecării la muncă a părinților asupra dezvoltării copiilor lor [78, 261, 269, 281, 283]. Studiul, efectuat în Republica Tadjikistan asupra copiilor marcați de migrația părinților, a detectat că 20 % de copii cu vârsta cuprinsă între 6 și 59 de luni prezentau retard statural cu două devieri sigmale (-2σ) de la valori normale, iar retard ponderal accentuat (-2σ) - 3,1 %. Totodată, la copiii studiați, în 28,8 % cazuri s-a depistat un nivel scăzut de hemoglobină (Hb) < 11 g/dL, caracteristic pentru anemiile carentiale; la 52,9 % - carența de iod (UI < 100 μ g/L). Frecvența morbidității a fost mai sporită la copiii lotului investigat, în special 26 % fete și 27 % băieți cu vârsta până la 18 ani s-au adresat din cauza bolii pe parcursul ultimelor 30 de zile [275].

Un studiu interesant și informativ a fost efectuat în Federația Rusă, scopul căruia consta în analiza morbidității copiilor, afectați de migrația parentală de muncă, după reintegrarea familiei și schimbarea locului de trai din republicile fostului stat URSS în Federația Rusă [296]. Nivelul morbidității, conform adresabilității, la copii lotului prezenta 316 cazuri

la 100 de copii. Analiza nivelului și structurii morbidității a demonstrat că morbiditatea generală era determinată din contul maladiilor respiratorii, care ocupau un plasament dominant printre celelalte maladii și se prezentau mai frecvent prin infecții respiratorii virale acute. În structura morbidității copiilor afectați de migrație cu vârsta de la 1 la 3 ani, o pondere mai accentuată o aveau maladiile dismetabolice și cele ale sistemului hematopoetic. Investigarea riguroasă a copiilor a evidențiat un nivel ridicat al morbidității – 261,3 cazuri la 100 de copii investigați; un nivel mai sporit al morbidității, în categoria de vârstă 1-3 ani, – 274,6 cazuri la cei 100 testați, ceea ce reprezintă în medie două maladii pentru fiecare copil marcat de migrație [298].

Un alt studiu a demonstrat că la copiii afectați de migrație cu o frecvență de două ori mai mare se identifică maladiile sistemului nervos (42 de cazuri la 100 de copii investigați). Retard neuropsihic a fost menționat la 32,6 % de copii investigați [297].

În structura morbidității copiilor primilor trei ani de viață, retardul verbal se plasa pe locul I, se manifesta de șase ori mai frecvent, comparativ cu cei nemarcați de migrație. Pe locul al II-lea se plasau maladiile dismetabolice (malnutriția și rahitismul), iar pe locul al III-lea – maladiile văzului: strabismul – 38,6 %, astigmatismul și miopia – 6,6 %. Patologia sistemului respirator superior a fost identificată de șase ori mai frecvent la copiii migranților. La 25 % de copii au fost constatate: hipertrofia amigdalelor palatinului de diferit grad, hipertrofia vegetațiilor adenoide de gradul 1-2, rinita vasomotorie. La copiii primului an de viață, cert mai frecvent se manifestau maladiile tegumentelor și țesutului subcutan (dermatita atopică, $p < 0,05$). La copiii cu vârsta de 1-3 ani, anemia carențială se depista de șase ori mai frecvent, comparativ cu cei neafectați de migrație. Maladiile infecțioase cert mai frecvent se dezvoltă în familiile migranților și sunt prezentate, în special, de tuberculoză, de maladiile infecțioase ale tractului gastrointestinal, de pediculoză [297].

În Federația Rusă a fost efectuat un studiu, axat pe analiza indicilor de sănătate ale copiilor migranților, care a demonstrat că, la copiii primului an de viață, dezvoltarea fizică era comparabilă cu cea a copiilor

neafecțați de migrație, iar la cei cu vârsta de la 1 la 3 ani deja 41,3 % manifestau retard fizic. Dezvoltare fizică dezarmonioasă, ca o variantă a hiposomiei, s-a stabilit la 12 % de copii în primul an de viață; hiposomie-normotrofie – la copiii cu vârsta de 1-3 ani în 16 % cazuri. În concluzie, fiecare al 8-lea copil, afectat de migrație, are talie și greutate corporală mică sau doar talie mică. În I grupă de sănătate nu poate fi inclus nici un copil de 1 an de viață, afectat de migrația parentală. Majoritatea copiilor se includ în grupa a II-a de sănătate [296, 272].

Studiul recent, derulat în Republica Moldova și axat pe evaluarea nivelului vaccinării copiilor marcați de migrația parentală de muncă, a depistat: din totalul copiilor investigați, doar 88 % au fost vaccinați conform Calendarului Național de Vaccinare; din ei 3,4 % – vaccinați complet, iar 96,6 % – parțial. Analiza efectuată denotă că rata vaccinării copiilor rămași fără îngrijirea părintească din cauza migrației de muncă este mică atât la începutul vaccinării, cât și în cazul revaccinărilor ulterioare planificate [96].

De asemenea a fost studiată dinamica complexității vaccinării copiilor marcați de migrația parentală de muncă. Rezultatele obținute denotă o descreștere dramatică a complexității vaccinării acestor copii. Complexitatea vaccinării copiilor marcați de migrație a diminuat de la 86 % la 1 an de viață până la 28 % la revaccinarea de la 15 ani. (*Figura 5.1*)

Studiind vaccinarea și revaccinarea copiilor afectați de migrația părinților cu vaccinul BCG, s-a detectat o descreștere a numărului celor vaccinați de la 83 % în I an de viață la 21 % în revaccinare la vârsta de 7 ani, posibil din cauza lipsei părinților și monitorizării insuficiente a specialiștilor din domeniul asistenței medicale primare. (*Figura 5.2*)

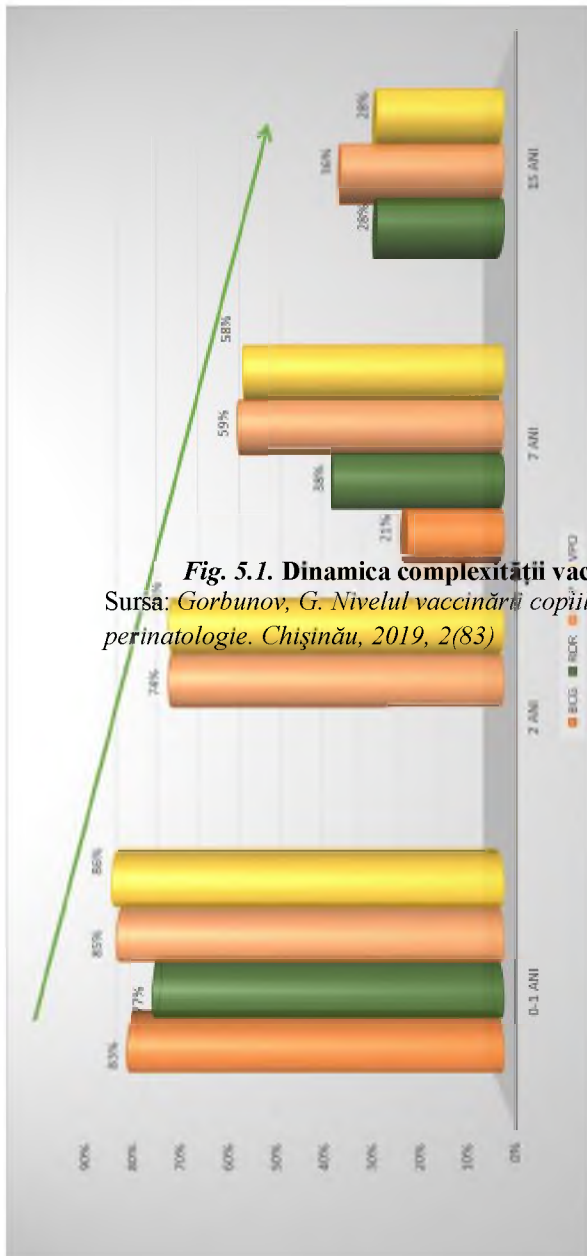
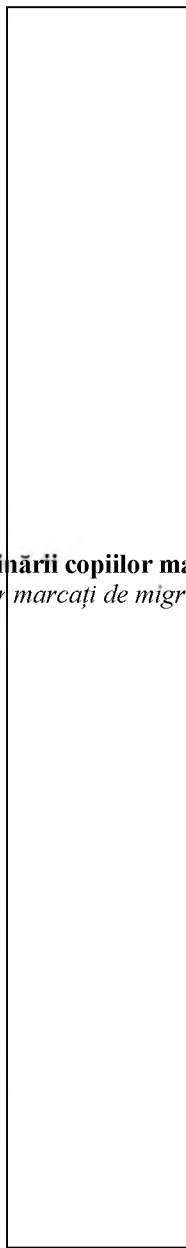


Fig. 5.1. Dinamica complexității vaccinării copiilor marcați de migrație
 Sursa: Gorbunov, G. Nivelul vaccinării copiilor marcați de migrația parentală de perinatologie. Chișinău, 2019, 2(83)



Analizând vaccinarea și revaccinarea copiilor din lotul studiat cu vaccinul VPO, am observat o descreștere a procentului de vaccinare de la 86 % la 1 an de viață la 28 % în revaccinare la vârsta de 15 ani. (*Figura 5.3*)

Evaluând dinamica vaccinării copiilor studiului cu vaccinul DTP, am evidențiat o diminuare a numărului vaccinaților de la 85 % la 1 an de viață la 36 % la vârsta de 15 ani. (*Figura 5.4*)

Aceeași tendință de diminuare a indicilor de vaccinare am observat în cazul vaccinului ROR. Descrește brusc rata copiilor incluși în vaccinare cu vaccinul ROR de la 77 % la 1 an de viață, la 38 % în revaccinare la vârsta de 7 ani și 28 % la 15 ani. (*Figura 5.5*)

În concluzie, rata vaccinării copiilor rămași fără îngrijirea părintească din cauza migrației de muncă este mică atât la începutul vaccinării, cât și în cazul revaccinărilor ulterioare planificate. Fenomenul poate fi explicat prin lipsa atenției față de copii din partea persoanelor, în a căror grijă ei rămân în țară (tutelă, bune, vecini) și, totodată, insuficiența măsurilor profilactice efectuate de personalul din domeniul asistenței medicale primare. Rezultatele obținute în cadrul studiului efectuat oferă posibilitate de a discuta despre copiii lăsați temporar fără grija părintească, pe motivul migrației parentale de muncă, drept „copii din grupul de risc” pentru maladii infecțioase. Vaccinarea incompletă și parțială a copiilor marcați de migrația parentală de muncă poate induce o situație epidemiologică periculoasă în Republica Moldova. Datele obținute în cadrul studiului din țară sunt în concordanță cu cele stabilite de UNICEF în Kârgâzstan și Tadjikistan în anii 2011-2016 [275, 290, 258].

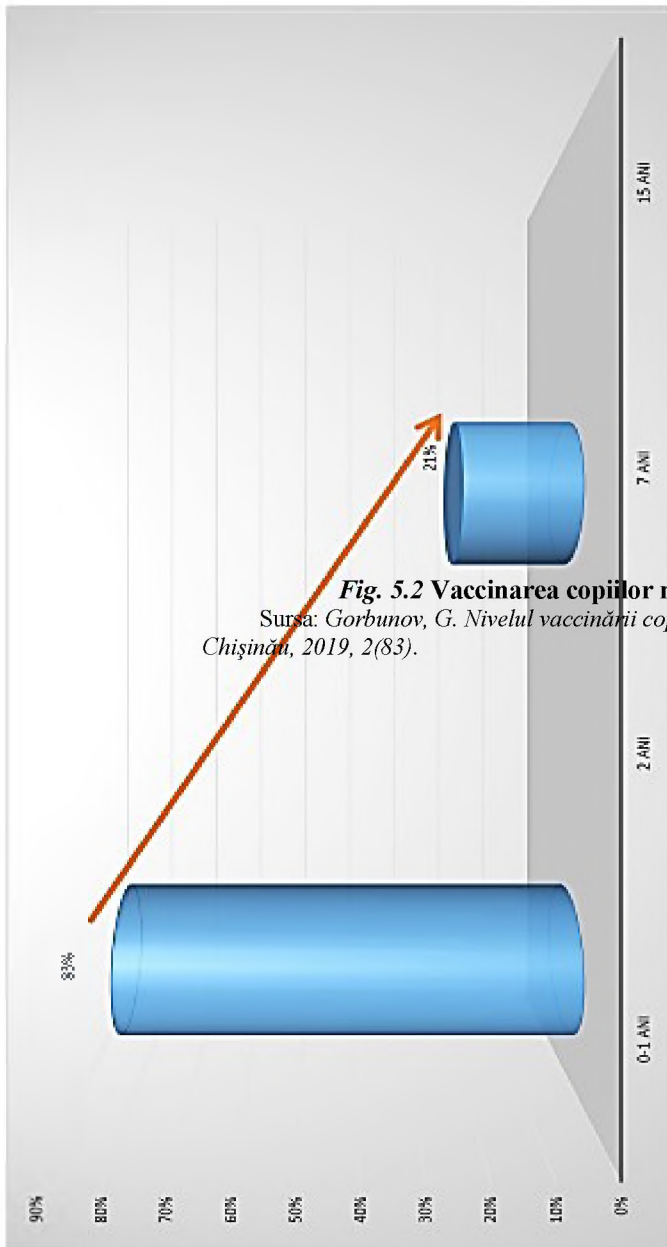


Fig. 5.2 Vaccinarea copiilor marcați de migrația parentală
 Sursa: Gorbunov, G. Nivelul vaccinării copiilor marcați de migrația parentală
 Chișinău, 2019, 2(83).



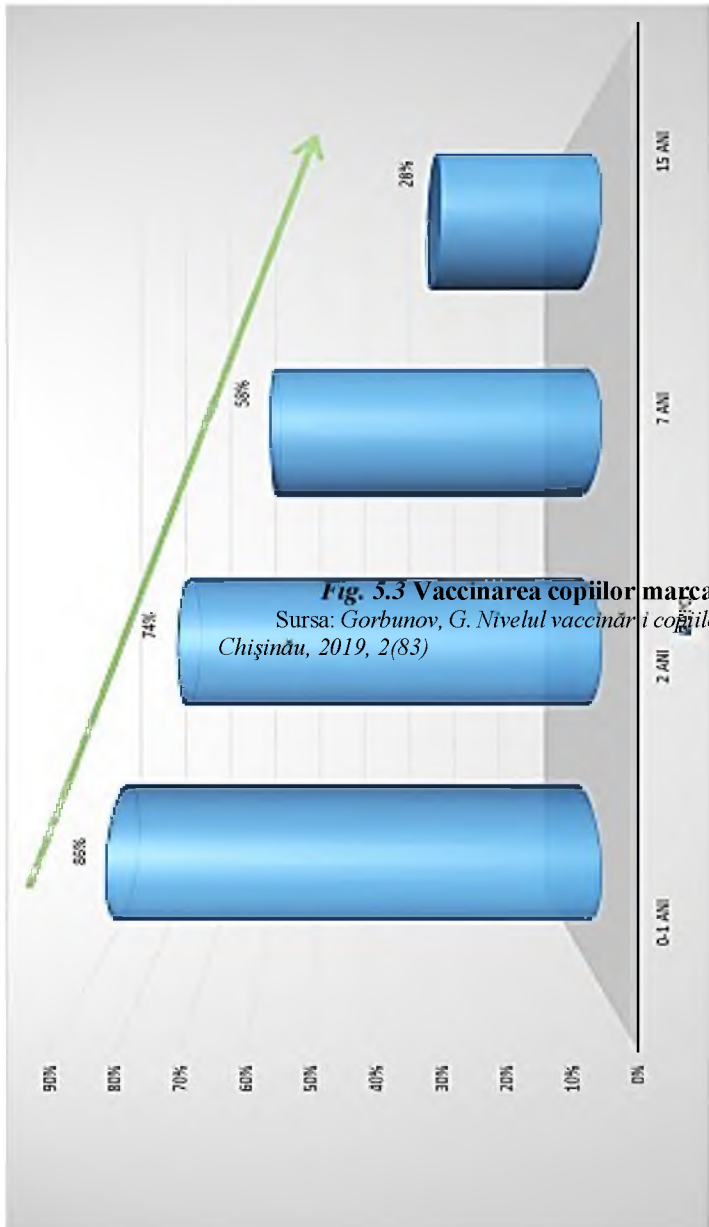


Fig. 5.3 Vaccinarea copiilor marcați de migrația parentală
 Sursa: Gorbunov, G. *Nivelul vaccinării copiilor marcați de migrația parentală*
 Chișinău, 2019, 2(83)



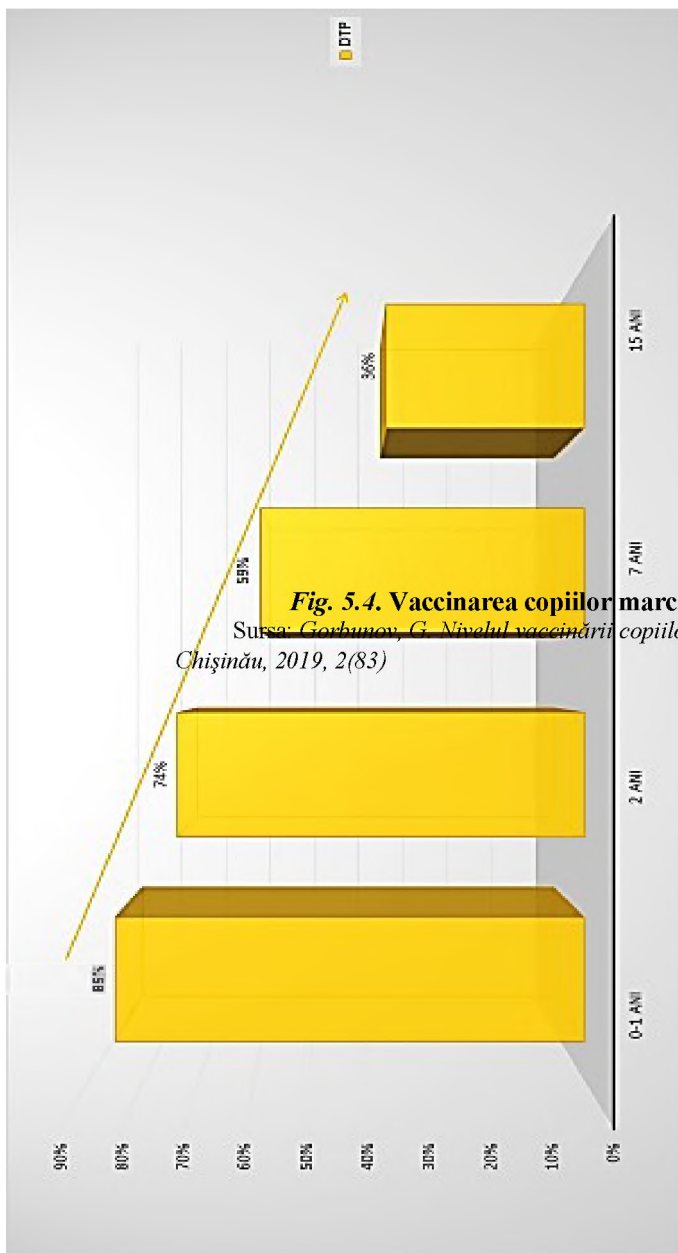


Fig. 5.4. Vaccinarea copiilor marcați de migrația parentală

Sursa: *Gorbunov, G. Nivelul vaccinării copiilor marcați de migrația parentală*
Chișinău, 2019, 2(83)

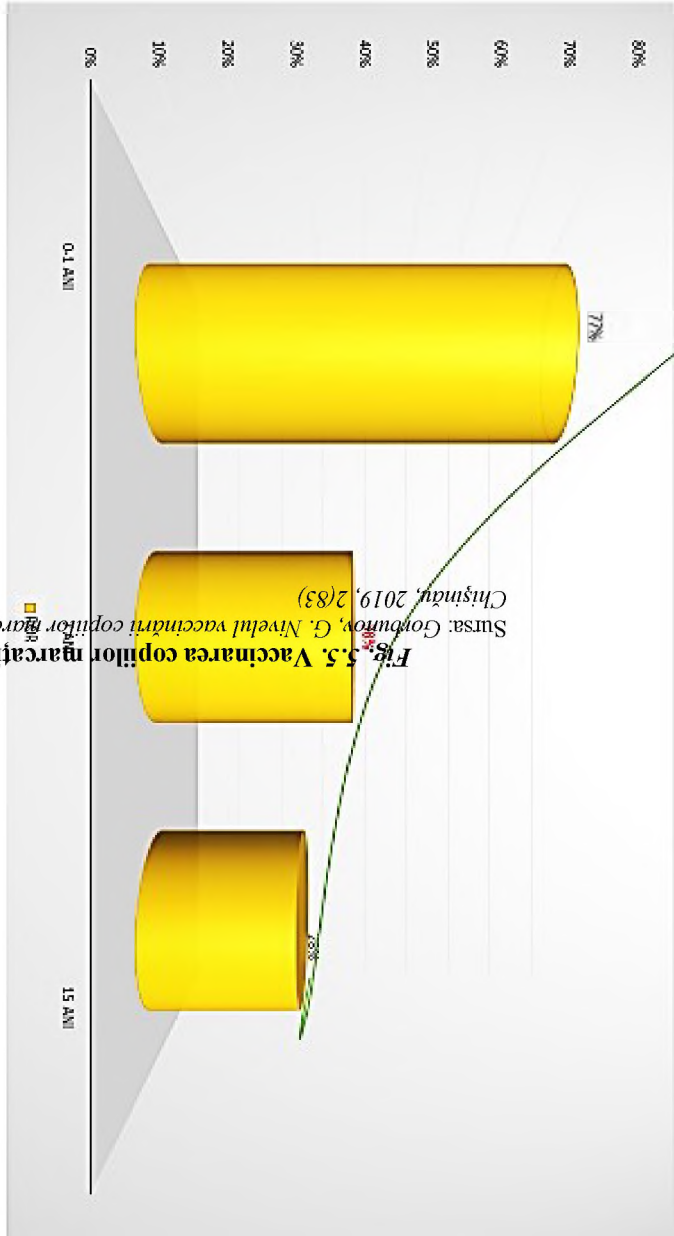


Fig. 5.5. Vaccinarea copiilor ngrarcati de migrația parentală de
Susa: Gopunov, G. Nivelul vaccinării copiilor ngrarcati de migrația parentală de
Chișinău, 2019, 2(83)



Cronicizarea maladiilor. În lipsa monitorizării și grijei părintești, copilul poate să se adreseze medicului prea târziu sau la etape avansate ale bolii. Maladiile acute, dacă nu sunt tratate la timp sau nu se respectă continuitatea în tratamentul necesar, se cronicizează și se tratează mult mai dificil, dezvoltând complicații în timp [297, 235, 238, 301].

Copilul, care poartă singur responsabilitatea propriei sănătăți, nu poate conștientiza acest fapt. Părintele, care-și vede copilul zi de zi, observă toate schimbările care i se pot întâmpla în starea de sănătate a acestuia și, respectiv, poate reacționa cât mai timpuriu pentru a stopa dezvoltarea bolii sau a complicațiilor [238].

Mulți dintre copiii rămași fără îngrijirea părintească, atunci când au o problemă de sănătate, cer ajutor medical de sine stătător [164]. Copilul nu întotdeauna poate înțelege gravitatea problemei pe care o are. Dacă un matur nu va observa problemele de sănătate ale copilului și schimbările care apar pe parcurs (frecvența simptomelor, complexitatea, durata și amploarea manifestării acestora), maladia poate căpăta o formă mult mai gravă și, uneori, ireversibilă [238, 245, 251, 260, 300].

Posibilitatea dezvoltării unor intoxicații, reacții adverse sau complicații din cauza utilizării incorecte a medicamentelor, fără o monitorizare din partea părinților, poate avea urmări foarte grave pentru sănătatea acestor copii.

Dezvoltarea reacțiilor alergice poate avea forme foarte grave și necesită asistență medicală de urgență. În lipsa ajutorului medical adecvat, unele reacții alergice pot finaliza cu complicații grave sau chiar cu decesul pacientului. Astfel, poate fi pusă în pericol viața copilului, în cazul în care aceste reacții se dezvoltă în lipsa unui adult.

Febra înaltă la copiii mici poate provoca diferite complicații, printre care și convulsii. Punem la îndoială faptul că un minor va fi capabil să ofere ajutorul adecvat în astfel de cazuri, care reprezintă un pericol real pentru viața copilului bolnav. Uneori, chiar dacă este lăsat în grija unui matur, în condițiile unui contact insuficient cu persoana care îl îngrijește, copilul evită să dezvăluie îngrijitorului problemele lui de sănătate [55,74,75,127,170].

Posibilitatea dezvoltării unor intoxicații, unor reacții adverse sau complicații din cauza utilizării incorecte a medicamentelor, fără o monitorizare din partea părinților, poate avea urmări foarte grave pentru sănătatea acestor copii. Plecarea părinților peste hotare, fără a oficializa responsabilitățile de tutelă ale persoanelor în a căror grijă lasă copiii, poate genera pericole pentru copiii rămași în cazurile în care copilul va avea nevoie de intervenții medicale.

Conform legislației în vigoare, orice intervenție la un copil trebuie efectuată doar cu acordul părinților. În absența părinților, fără prezentarea actului legal de tutelă, nici o persoană nu își poate asuma responsabilitatea acestei decizii [214]. Absența părinților, precum și lipsa actelor de tutore, complică procedura de acordare a asistenței medicale copilului, în special, atunci când există necesitatea unor intervenții invazive [132].

5.3. Sănătatea reproductivă a adolescenților marcați de migrația parentală de muncă

Factorul de bază al securității naționale, în condițiile crizei demografice, ce a atins țările din Europa de Est și din Asia Centrală (EEAC), este sănătatea tinerilor [155, 118, 263, 299]. Implicarea părinților în migrația de muncă pentru o perioadă de lungă durată este un factor de risc pentru sănătatea reproductivă și sexuală a adolescenților (IST și HIV SIDA, sarcini nedorite și avorturi). *Implicarea părinților în migrația de muncă pentru o perioadă de lungă durată* este un factor de risc pentru sarcina în vârsta adolescenței. Cercetările autohtone demonstrează influența nefastă a migrației de muncă asupra comportamentului copiilor, având implicații socio-economice și culturale de lungă durată.

Studiul „*Sarcina în vârsta adolescenței*”, efectuat în Republica Moldova, a constatat că migrația este unul dintre principalii factori ce condiționează apariția sarcinilor și nașterilor la vârste fragede, întrucât scade controlul social, se devalorizează legătura emoțională și, evident, se liberalizează relațiile sexuale, fapt atât confirmat de experți, cât și fiind depistat în cadrul interviuării subiecților cercetării [80,124,126].

Statisticile privind numărul sarcinilor, precum și avorturile printre fete și adolescente, sunt în continuare alarmante. Potrivit specialiștilor de

la Centrul Național de Management în Sănătate, în anul 2015 au fost înregistrate 1 975 de sarcini printre adolescentele cu vârsta cuprinsă între 10 și 19 ani, dintre care șase nașteri printre cele cu vârsta de la 10 la 14 ani, 404 – printre cele cu vârsta cuprinsă între 15 și 17 ani și 1 565 – în cazul tinerelor care au vârsta de la 18 la 19 ani. Statisticile anului 2015 relatează înregistrarea a 2 071 de sarcini la adolescentele cu vârsta cuprinsă între 14 și 19 ani. Rata sarcinilor la adolescente în anul 2017 a fost în descreștere – 2446 de cazuri, comparativ cu anul 2016, – 2715. Studiile recente efectuate în Republica Moldova denotă faptul că circa 1/5 din sarcinile adolescentelor sunt înregistrate la fetele din familii cu experiența migrației la muncă a părinților [32, 54, 55, 81]. (*Figura 5.6*)

O situație alarmantă reprezintă avorturile efectuate adolescentelor. În anul 2015 s-au înregistrat opt avorturi printre fetele de până la 15 ani, 231 în cazul fetelor cu vârsta de la 15 la 17 ani și 752 printre cele cu vârsta de la 18 la 19 ani [2, 6, 32, 83]. Spre deosebire de anul 2015, numărul avorturilor în anul 2016 printre tinerele de până la 15 ani a crescut de la 8 la 10 cazuri. În aceeași ordine de idei, 233 de avorturi s-au înregistrat printre fetele cu vârsta de la 15 la 17 ani, cu două mai mult decât în anul 2015, și 679 de avorturi printre cele de la 18 la 19 ani, cu 73 mai puțin față de anul precedent [6]. Întreruperi de sarcină la fetele cu vârsta până la 15 ani, pentru anul 2017, au fost înregistrate nouă cazuri, iar în anul 2018 – șapte cazuri [5]. (*Figura 5.7*) Studiile recente au demonstrat că circa 25% din totalul sarcinilor nedorite și avorturilor efectuate sunt raportate adolescentelor rămase fără îngrijirea și monitorizarea părinților pe motivul migrației la muncă [80, 125]

RATA SARCINILOR LA ADOLESCENTE ÎN REPUBLICA MOLDOVA, 1995-2017

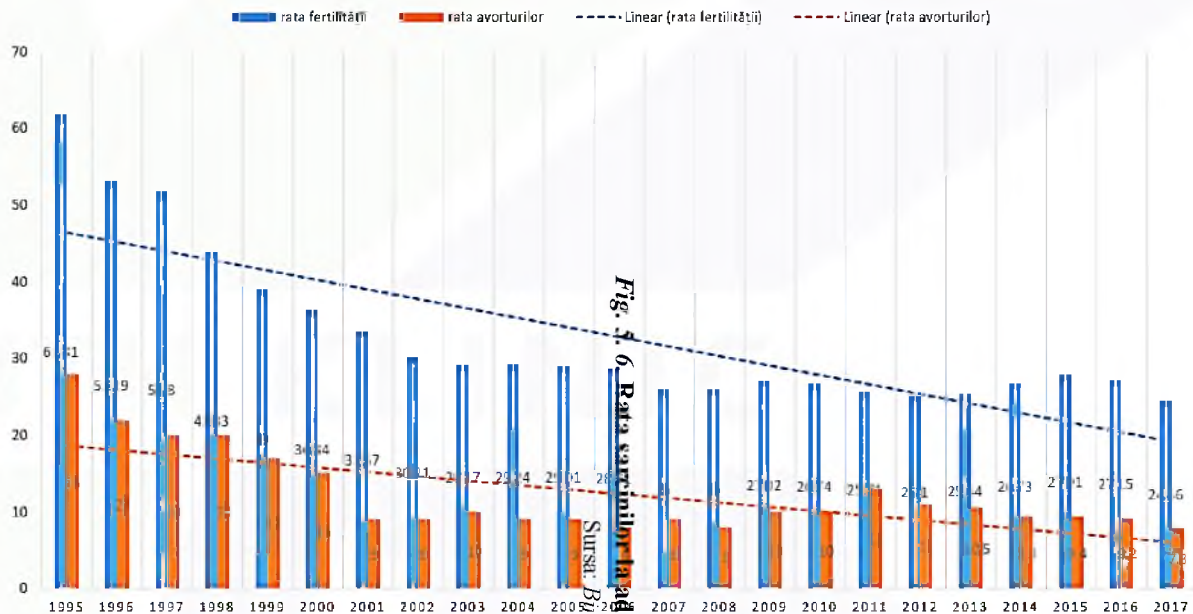


Fig. 5. 6. Rata sarcinilor la adolescente în Republica Moldova, 1995-2017
 Sursa: Buletinul Național de Statistică, RM



Fig. 5.7. Întreruperi de sarcină la fetele cu vârsta până la 15 ani

Sursa: *Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova, anul 2018*

Starea de sănătate sexuală și reproductivă a tinerilor din Republica Moldova este îngrijorătoare: proporția adolescenților, cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani, care au avut experiență în relațiile sexuale, a crescut de la 28,1 % în 2003 la 36 % în 2012 [15, 80, 199]. Ratele de utilizare a prezervativului la primul contact sexual au crescut de la 47 % în anul 2003 la 61 % în anul 2012. Cu toate acestea, aproximativ jumătate din adolescenții activi sexual încă au comportamente sexuale nesigure [162].

Incidența IST (sifilis, gonoree) în rândul adolescenților cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani: 180 de cazuri noi la 100 000 (aproximativ 170 de cazuri la fete și 186 la băieți), ceea ce reprezintă o incidență mai mare cu 50 % față de populația totală. Aceasta este cea mai mare incidență în regiunea CEE/CSI. Regretabil și alarmant este faptul că circa 1/5 din adolescenții cu IST sunt copiii migranților la muncă [120, 121, 202]. (Tabelul 5.54)

Tabelul 5.54

Incidența copiilor prin maladii transmise în principal pe cale sexuală, după vârstă, anii 2012-2016

la 100 000 de copii

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|
| Sifilis - toate formele | | | | | |
| 0-14 ani | 3,5 | 3,7 | 4,4 | 6,0 | 4,6 |
| 15-17 ani | 70,3 | 78,1 | 61,3 | 78,8 | 63,9 |
| Gonoree | | | | | |
| 0-14 ani | 1,4 | 0,7 | 0,9 | 0,5 | 0,9 |
| 15-17 ani | 38,0 | 39,0 | 33,7 | 25,4 | 20,1 |

Sursa: *BNS. Copiii Moldovei. 2016*

Printre tinerii de 15-24 de ani a crescut lent incidența HIV de la 16 cazuri noi la 100 000 în anul 2006 la 21 în anul 2012. La sfârșitul anului 2013, în Republica Moldova, incidența infecției HIV a constituit 129,89 de cazuri la 100 mii de locuitori, iar în regiunea transnistreană – 463,25 la 100 mii de locuitori. În anul 2013, transmiterea virusul HIV, predominant, a fost pe cale sexuală (91,4 %). Epidemia HIV în Moldova s-a schimbat de la o epidemie concentrată HIV, alimentată de consumul de droguri injectabile, din anii 1990 până la jumătatea anilor 2000, la o epidemie de maturitate HIV, care implică parteneri sexuali ai consumatorilor de droguri și ai altor populații cu risc sporit. Copiii lipsiți de atenția părinților migranți ar putea fi categoriile țintă pentru comportament delictiv și infectarea HIV/SIDA din cauza insuficienței sau lipsei monitorizării parentale [17, 32, 81, 138,163]. (Figura 5.8)

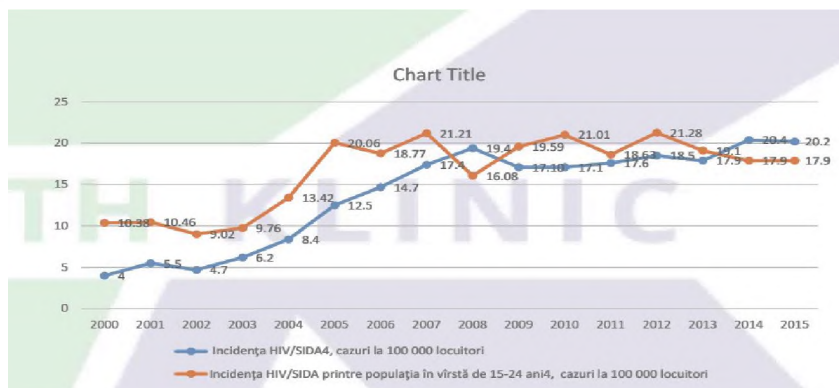


Fig. 5.8. Incidența cu HIV printre tineri

Sursa: Biroul Național de Statistică, RM, <http://statbank.statistica.md>

Sănătatea mintală a adolescenților și abuzul de substanțe (droguri ilegale și alcool)

Conform Studiului „Consumul de alcool, droguri și tutun în rândul elevilor din clasele a 8-a și a 9-a din R. Moldova”, efectuat de către Centrul European de Monitorizare a Drogurilor și Dependenței de Droguri la nivel național, consumul de alcool, droguri și tutun frecvent se depistează printre copiii marcați de migrația de muncă a părinților. Circa 32,3 % dintre elevii claselor a 8-a și a 9-a au indicat faptul că cel

puțin un părinte este plecat peste hotare pentru a câștiga bani, în 11,4 % din cazuri peste hotare este plecată mama, în 6,5 % – ambii părinți erau plecați peste hotare [51].

Circa 30 % dintre elevii claselor a 8-a și a 9-a au fumat cel puțin o dată pe parcursul vieții. Prevalența fumatului pe parcursul vieții este cu mult mai mare printre băieții (45 %), comparativ cu fetele (15 %). Circa 0,7 % din elevi au indicat că în ultimele 30 de zile au fumat zilnic mai mult de un pachet de țigări (20 de țigarete). (*Tabelul A5.2*)

Pe parcursul vieții au consumat alcool mai des de 40 de ori circa 8,5 % dintre elevii claselor a 8-a și a 9-a, băieții în 11,6 % și fetele în 5,2 % cazuri. La această poziție de asemenea se evidențiază: elevii din centrele urbane mari (12,4 %), comparativ cu localitățile urbane mici (9,2 %) și cele rurale (7,2 %), și elevii care au cel puțin un părinte cu studii superioare (11,3 %), comparativ cu cei care au cel puțin un părinte cu studii medii complete (8,0 %) și cei la care nici un părinte nu are studii medii complete (5,9 %). Ca rezultat, circa 33,2 % dintre elevii claselor a 8-a și a 9-a au indicat că au consumat cel puțin uneori alcool în ultimele 12 luni pentru plăcere, ponderea băieților constituind 37,5 % și a fetelor 28,7 %. În scop de socializare au consumat alcool în ultimele 12 luni circa 32,9 % dintre elevi, băieții constituind 33,5 % și fetele 32,3 %. La această poziție se evidențiază elevii din familii incomplete, cu o pondere de 35,2 %, și cei care au cel puțin un părinte cu studii superioare complete (37,5 %). Consum de alcool în ultimele 30 de zile au raportat circa 53 % din elevi, 57,6 % în cazul băieților și 48,4 % în cazul fetelor. Se evidențiază elevii din centrele urbane mari (55,0 %), comparativ cu localitățile urbane mici (52,4 %) și cele rurale (52,7 %); elevii cu media școlară slabă (58,0 %), comparativ cu cei cu media înaltă (47,7 %). (*Tabelul A5.3*)

În concluzie, 4,9 % dintre elevii claselor a 8-a și a 9-a au afirmat că cel puțin o dată în viață au consumat droguri ilicite (canabis, ecstasy, mfetamine, metamfetamine, cocaina, crack, LSD sau alte halucinogene, heroină, GHB, opiacee produse locale), ponderea băieților fiind de 7,1 % și a fetelor de 2,7 %. (*Tabelul A5.4*)

6. PROBLEMELE PSIHOLOGICE ALE COPIILOR RĂMAȘI TEMPORAR FĂRĂ GRIJA PĂRINTEASCĂ DIN CAUZA MIGRAȚIEI DE MUNCĂ

6.1. Durere, anxietate și depresie

Despărțirea de părinți afectează într-o mare măsură viața interioară a copiilor. Fenomenul migrației lasă urme adânci în dezvoltarea psihoaferctivă a copiilor. Copiii, ai căror părinți sunt plecați în străinătate, reprezintă un grup vulnerabil, aflat în situație de risc. Printre efectele negative sunt: durerea, emotivitatea, timiditatea, teama, întârzieri în dezvoltarea psihică, depresia [73,75].

Studiul „Situația copiilor rămași fără îngrijire părintească în urma migrației”, efectuat de către UNICEF Moldova, a elucidat faptul că aproape toți copiii după plecarea părinților se confruntă cu stări emoționale dificile și neplăcute. Doar câțiva copii dintr-o localitate au menționat că situația materială actuală, îmbunătățită datorită muncii părinților, le aduce bucurie. O parte din persoanele care îngrijesc copiii, ai căror părinți sunt plecați, precum și unii lucrători medicali, împărtășesc această opinie. Cu toate acestea, unii copii au afirmat că banii nu le pot compensa suferința cauzată de despărțirea de părinți [204].

Manifestări comportamentale de tipul absenteismului, abandonului școlar, minciunii, vandalismului, insubordonării, refuzului conformării la rigorile școlare, actelor de violență, delictelor sexuale, furtului, toxicomaniei etc., cu regret, au devenit deja o normă atât în mediul școlar, cât și în cel comunitar. Motive ale apariției comportamentelor deviate sunt și lipsa de supraveghere, *lipsa grijii părintești*, corelate cu cea a interesului autorităților, inclusiv școlare, față de problema copiilor rămași fără îngrijire în urma migrării părinților. Potrivit cercetărilor efectuate în domeniu, s-a stabilit că cei cu vârste peste zece ani suferă și de devieri comportamentale și se străduie deja să combată dependența de alcool și de țigări [71]. Cei mai expuși diferitelor riscuri sunt copiii care provin din familii în care *mama este plecată la muncă în străinătate* [1, 13, 29, 49, 51, 52, 82, 268].

Un studiu realizat în Republica Moldova de către Centrul de Informare și Documentare privind Drepturile Copilului cu sprijinul UNICEF demonstrează că, de fapt, telefonul și coletele constituie principalele, iar uneori chiar singurele mijloace de comunicare dintre copii și părinții migranți. Același studiu menționează că plecarea părinților modifică sfera relațională a copiilor, ultimii preferând comunicarea în grupuri mici, de obicei, cu cei care au o experiență similară de despărțire de părinți. Preocuparea lor de bază se materializează în căutarea unor persoane de încredere, cu care ar putea discuta lucruri ce îi interesează, inclusiv subiecte intime [176].

De asemenea studiile denotă faptul că activitatea școlară a copiilor suferă schimbări după plecarea părinților. În majoritatea cazurilor, randamentul scade din lipsa sprijinului parental. În același timp, unii copii, din dorința de a recompensa eforturile părinților care muncesc peste hotare, devin mai responsabili în pregătirea temelor. Astfel, în acest context delicat, profesorii adoptă atitudini diferite. Unii se plasează pe poziții de invidie pentru starea materială mai bună a acestor copii, iar alții îi compătimesc, susținându-i emoțional [14, 69, 82, 140, 144].

Gama de emoții prin care copiii își descriu viața este predominată de culori cenușii. Dorul și tristețea sunt stările cel mai frecvent amintite. Deseori, plâng copiii mai mici. O parte din copii relatează stări de apatie pe care nu le pot controla [74, 75, 170]. Iată cum își exprimă sentimentele trăite copiii intervievați:

- „De mama îmi e tare dor”.
- „Acum sunt tristă. Inima mea nu mai este întreagă fără mama”.
- „La început am fost în depresie, vara mi-a fost rău”.
- „plâng în fiecare seară, mi-e dor de ei”.
- „Parcă am un gol în suflet”.
- „Sunt tristă, deoarece am rămas fără căldura ei”.
- „Nu am căldură sufletească de la ambii părinți”.
- „Înainte eram veselă, aveam poftă de viață. Acum simt lipsa lor”.
- „devin melancolică din cauze bizare, uneori nici eu nu mă mai înțeleg”.
- – „știam că mama mă susține și eram mai liniștită”.

Dorul, tristețea, singurătatea, sentimentul de insecuritate, însoțite de lipsa abilităților de a-și controla și a-și exprima neagresiv emoțiile în

diferite situații, sunt doar câteva din stările afective dificile și neplăcute cu care se confruntă copiii după plecarea părinților [61].

Durerea este indicatorul și semnalul răului, iar efectul ei este suferința pe care o resimte individul în planul conștiinței sale ca sentiment al alterității. Pe lângă aspectul somatic și psihic, durerea morală este acel sentiment penibil care rezultă din nesatisfacerea tendințelor sau a dorințelor individuale, este chinul eșecului, al nămplinirii. Durerea fizică este, în sfera somatică, ceea ce reprezintă frustrarea în planul sufletesc și eșecul în planul conștiinței morale. Orice durere, ca suferință, este însoțită de un sentiment al înfrângerii și o experiență emoțională și morală a individului, care îl separă de lume, îl individualizează, îl invalidează și-l închide, limitându-l în felul acesta ca persoană [26,132]. Specific separării de părinți este acest sentiment de durere pe care îl resimte copilul. Durerea, evident, este o reacție normală, interiorizată la pierdere.

Anxietatea reprezintă o emoție unică, întrucât elementul defnitoriu al acesteia nu face decât să îi mobilizeze pe indivizi la adaptare. Adaptarea copiilor la condițiile de viață în lipsa părinților se produce extrem de greu, iar eficiența ei este discutabilă. Deși uneori se exprima ideea că viața independentă este pentru copil o oportunitate de auto-cunoaștere și dezvoltare a diferitor capacități, doar unii copii de vârstă mai mare menționează că au reușit să depășească cu adevărat dificultățile trăite. Astfel, o parte mică dintre copii se maturizează și reușesc să se adapteze constructiv la noile condiții de viață, în timp ce majoritatea nu găsesc strategii eficiente de a se descurca, fapt confirmat de emoțiile care îi copleșesc și de percepția pe care o au asupra libertății obținute.

Gândurile împărtășite de către copiii studiului „Situația copiilor rămași fără îngrijire părintească în urma migrației”:

- „Acum însă m-am luat în mâini și asta e bine. M-am maturizat mai repede, dar asta e bine. Văd lucrurile în alt mod, viața e mai reală.”
- „M-am luat în mâini și i-am ajutat pe cei care-mi cereau ajutor.”
- „Înainte voiam libertate. După ce au plecat ambii părinți, am atâta libertate, încât m-am săturat de ea. După ce a plecat mama, libertatea a devenit închisoare”.

- „Imediat după plecarea părinților, copiii se bucură de libertatea pe care o au, dar apoi încep să sufere de singurătate”. (director de școală)

În opinia profesorilor intervievați în cadrul studiului „Situția copiilor rămași fără îngrijire părintească în urma migrației”, răspândirea fenomenului migrației în comunitate influențează adaptarea copiilor la noile condiții de trai. Conform unora dintre aceștia, în mod paradoxal, cu cât mai mulți copii trăiesc fără supravegherearea părinților, cu atât mai ușor ei suportă această situație. Alți profesori consideră însă că trecerea timpului favorizează perceperea de către copii a consecințelor negative pe care le comportă despărțirea de părinți [204].

Tulburările anxioase sunt frecvente în copilărie și adolescență. Aceste afecțiuni se caracterizează prin îngrijorare cronică privind evenimente prezente sau viitoare și pot presupune o serie de tipare de reacții comune: pe plan comportamental (fugă și evitare), cognitiv (aprecieri negative cu privire la propria persoană) și fiziologic (excitație involuntară: ritm cardiac crescut, respirație accelerată, tremurături și tensiune musculară).

Copiii, ai căror părinți muncesc în afara granițelor țării, manifestă la nivel psihologic simptome frecvente de deprimare. Este important să se ia în considerare factorii asociați cu dezvoltarea problemelor inițiale în comportamente ulterioare de risc. Întrucât exteriorizarea problemelor apare adesea împreună cu alte psihopatologii, acestea din urmă trebuie considerate ca fiind factori ce ajută la dezvoltarea problemelor inițiale cu comportamente de risc. În particular, mulți copii care manifestă exteriorizarea problemelor arată, totodată, și un nivel ridicat de anxietate /depresie.

Manifestări psiho-comportamentale la copiii care au unul sau ambii părinți plecați la muncă în străinătate [14, 63, 79, 132, 157, 158, 204]:

- deteriorarea conduitei școlare;
- sentimente de abandon, de nesiguranță;
- tristețe;
- anxietate;
- stări depresive;
- atitudine de indiferență;

- încăpățănare care poate cauza un comportament agresiv, ca urmare a frustrării și a nevoii de atenție;
- tulburări de atenție;
- tulburări ale stimei de sine;
- supraapreciere și subapreciere;
- dificultăți de adaptare;
- comportamente (pre)delicvente;
- conduite sinucigașe.

Depresia era percepută ca o regresie la stadiul primar de dezvoltare a ființei umane, cu tendința de încorporare a obiectului pierdut. Pierderea dragostei părinților, respingerea parentală, în copilăria mică, pot cauza serioase manifestări ale narcisismului infantil, provocând sentimente exprimate, pe de o parte, de dorința inconștientă de a-i face rău părintelui, iar, pe de altă parte, de frica de a pierde sprijinul acestuia. Personalitatea părinților și starea lor de sănătate influențează atenția diferită acordată copiilor, la fel ca și durata prezenței părinților alături de copii. Disfuncționalitatea rolului parental, cu părinți agresivi și instabili, favorizează apariția unor trăsături de tip antisocial prin comportamentul abuziv sau neglijent [14, 35, 132, 172, 253].

Vârsta, la care copilul e dezavantajat de experiențele de viață negative, are, la rândul ei, un rol decisiv. Cu cât vârsta copilului e mai mică, efectul acestor influențe parentale sau de mediu cresc, prefigurându-se trăsături dezarmonioase.

Perioada adolescenței este deficilă chiar și pentru copiii normali. În această perioadă se formează rețelele personale și poate fi preluat comportamentul unui adult. Ca un rezultat al faptului că funcțiile interne independente ajung la un nivel funcțional, urmează separarea de părinți și adulți. Atașamentul se schimbă. De la unul direcționat către părinți, adolescentul trece la un atașament față de grupul de semeni și la relații emoționale intense și de scurtă durată cu prietenii și partenerii. Pentru adolescentul cu tulburări de comportament, reorganizarea și creșterea fizică au tendința să accentueze personalitatea emoțională imatură.

La această vârstă, tinerii cu tulburări de comportament încep să-și dea seama că oportunitățile vieții nu le sunt la fel de accesibile ca și

celorlalți. Din cauza faptului că sunt la școală sau singuri majoritatea zilei, acești adolescenți își dezvoltă norme de grup anormale. Acesta poate fi doar un semn al copilăriei și adolescenței lor foarte singuratice. Orice adolescent normal consideră că trebuie să termine cât mai repede cu copilăria. Este posibil să existe chiar și o perspectivă neurologică a abordării problemei. Separarea și abandonul timpuriu pot cauza accelerarea procesului de dezvoltare fizică a copiilor ca „mecanism natural de apărare” [13, 15, 16, 17, 49, 51, 54].

Un studiu recent, efectuat de către Fundația Soros în România, relevă prezența simptomelor de depresie mult mai frecvente în cazul copiilor cu ambii părinți plecați sau doar cu mama plecată. Aceștia adoptă un sentiment de singurătate, se simt neglijați, sunt supuși riscului unor acte autodestructive și comportamente deviate. Studiul respectiv afirmă că cei mai vulnerabili sunt copiii care au ambii părinți plecați în străinătate, cei care au rămas în grija rudelor, precum și cei care locuiesc în prezent doar cu tată [1, 69].

6.2. Singurătatea copiilor și efectele separării de părinți

Durata absenței unui membru al familiei poate fi asociată cu o serie de probleme sau cu neasigurarea unor necesități ale copilului. Necesitatea de afecțiune scade odată cu creșterea duratei de absență a părinților, fiind înlocuită cu cea de comunicare cu aceștia. Copiii proveniți din familii cu părinți la muncă în străinătate au mai multă nevoie de încurajare și recunoaștere tocmai pentru că, în absența acestora, nu au decât un acces limitat la dragostea necondiționată de tip părintesc [35, 132].

Cea mai importantă particularitate a situației copiilor care au părinți plecați peste hotare este lipsa sprijinului emoțional care generează sentimentul de singurătate. Pentru a depăși aceste suferințe, sunt necesare eforturi semnificative din partea copiilor, care, de cele mai multe ori, nu reușesc să se adapteze eficient la situația în care se află. Unele situații și evenimente specifice din viața acestor copii le amintesc mai acut despre lipsa părinților, ceea ce le actualizează suferințele [19,74,75,157,158].

Copiii cu unul sau ambii părinți plecați la muncă în străinătate au sentimentul pierderii stabilității familiale, trăind cu frica pierderii atașamentului și dragostei părintești. Copiii pot renunța la circumstanțele

care au determinat abandonul și neagă posibilitatea că părintele nu mai este disponibil pentru ei. Aceștia supraviețuiesc cu amintirile pe care le au cu părintele sau părinții plecați, au emoții pozitive când privesc poze și citesc scrisori sau e-mail-uri de la aceștia; acceptă orice compromis pentru a vorbi cu părintele într-o manieră anume. Unii sunt copleșiți de tristețe sau anxietate, în timp ce alții, de teamă și culpabilizare.

Diminuarea capacității de control, de supraveghere produce efecte asupra stării copiilor a căror părinți au emigrat pe termen lung, care se manifestă în funcție de contextul familial, de membrii familiei extinse, în a căror grijă rămâne copilul [4, 16, 19, 45, 74, 116, 214].

Deprivarea maternă

Efecte de natură psihologică sau comportamentală asupra copiilor pot fi declanșate de lipsa afectivității parentale. Deficitul de comunicare cu mama, insuficiența de contacte tactile și emoțional saturate au o influență directă nu numai asupra dezvoltării fizice, dar cauzează dereglări în dezvoltarea psihică și, în primul rând, în dezvoltarea emoțională [157, 158, 272]. Copiii cu mama plecată la muncă peste hotare nu trăiesc experiențele emoționale necesare unei structurări armonioase a personalității.

Intensitatea emoțiilor negative ale copiilor cu părinți migranți influențează substanțial sănătatea psihică, reduce potențialul de viață, limitează dezvoltarea relațiilor bazate pe încredere și afecțiune cu cei din jur. În așa mod se formează prematur componentele negative ale personalității (frica, stările afective nevrotice, barierele comunicative) [14, 35, 53, 54, 69, 218]. Acești copii dezvoltă personalități dezarmonioase, care, ajungând la maturitate, formează o generație de adulți cu probleme de integrare socială. Mulți dintre copiii prezintă tulburări de somn, devin agresivi, nu au încredere în ei. Din cauza lipsei modelului parental, încep să mintă, să frecventeze grupuri stradale. De asemenea din cauza comunicării deficitare cu ceilalți membri ai familiei, acești copii devin agresivi și labili emoțional. Cei din gimnaziu, pe lângă agresivitatea verbală, manifestă și agresivitate fizică din cauza frustrărilor, a anxietății și marginalizării, care încep să se manifeste tot mai frecvent [13, 18, 29, 49, 51, 60, 65, 195].

Părinții plecați la muncă peste hotare substituie, de obicei, afecțiunea și atenția parentală cu bani și cadouri, ceea ce constituie o eroare gravă.

Nu pot substitui iubirea părinților și armonia familială, atât de importante pentru dezvoltarea moral-psihologică a personalității acestor copii, cu remitențele trimise care, desigur, îmbunătățesc condițiile de trai ale copiilor, oferindu-le acces la bunuri și servicii peste limita necesităților [35, 132]. Actuala generație de copii, lipsiți de afecțiunea parentală, riscă să devină, ajunși la maturitate, neintegrați social. Copilul crescut fără părinți sau numai cu unul dintre ei, ajuns adult, nu va înțelege sensul căsătoriei, nu va avea încredere în instituția căsătoriei, în special, și în oameni, în general. [19, 267].

Deprivarea paternă

Pentru a desemna diferite experiențe neadecvate de relaționare ale copilului cu tatăl poate fi utilizat conceptul de *deprivare paternă*. Ea se manifestă în contextul absenței sau separării totale de tată sau chiar atunci când acesta este disponibil, dar din diferite motive nu se realizează un atașament normal cu copilul. Fiind o condiție importantă a creșterii și dezvoltării socio-morale adecvate a copilului, nu neapărat prin prezența sa fizică, ci prin acțiunile sale educative specifice și calitatea relațiilor dintre el și copii, prezența și acțiunile tatălui sunt indispensabile în creșterea și educația copilului [74, 75, 79, 157, 158].

Relațiile cu semenii și cu persoanele îngrijitoare

Valorile care orientează comportamentul copiilor sunt formate în familie și apoi în școală, iar acceptarea, încurajarea și mediul comportamental pozitiv generează la ei o atitudine constructivă față de propriile responsabilități: a avea un comportament adecvat, a avea o reușită școlară, a-și alege corect prietenii, a-și prioritiza activitățile, a deosebi valoarea de nonvaloare. Eșecul școlar, comportamentul deviant și lipsa satisfacerii necesității de auto-realizare poate fi cauzat de lipsa părinților, de prezența mediului ambiguu și frustrant, de neîncredere și decepție [38, 45, 63, 82, 83, 204].

Deseori, asistăm și la apariția riscurilor de marginalizare și izolare a copiilor migranților, cauzate de lipsa sau insuficiența activităților comunitare, de restrângerea cercului de prieteni la cei care se află într-o situație similară. Datele indică faptul că sentimentul de izolare de societate este caracteristic într-o măsură mai mare copiilor din familii cu migranți, decât

celor din familii în care nu sunt migranți [254, 255, 256, 263, 265]. Consecința despărțirii de părinți reprezintă închiderea în sine a copiilor, izolarea lor de ceilalți, timiditatea lor socială. Totodată, grija casei, a fraților și surorilor, posibilitatea unora de a comunica cu părinții prin internet, de la calculatorul de acasă, toate acestea reduc frecvența relaționării cu semenii. Majoritatea copiilor cu părinți migranți își asociază viitorul cu viața alături de familie în străinătate și intenționează să plece din țară, confruntându-se astfel cu un risc mai mare de a fi traficați, exploatați, întemnițați sau instituționalizați [116, 211, 257, 262, 275].

Calitatea relației cu persoana, în a cărei grijă a rămas copilul, este extrem de importantă pentru bunăstarea emoțională a copilului marcat de migrația parentală de muncă [117, 132]. Mulți copii însă au o relație tensionată cu îngrijitorii lor. În acest sens, menționăm un șir de probleme legate de relația copil-îngrijitor: neglijarea educației, dezinteresul îngrijitorilor față de situația școlară a copiilor aflați în îngrijire, pedepsele nejustificate, disciplinarea prin bătaie, abuzul verbal și emoțional al copiilor din cauza necunoașterii, neînțelegerea necesităților și particularităților de vârstă ale acestora, atmosfera conflictuală și certurile permanente [49, 55, 199]. În asemenea condiții, copiii pot refuza să recunoască autoritatea îngrijitorilor și pot avea o atitudine negativă față de aceștia, dacă îi consideră prea severi [119]. Bani trimiși copiilor de către părinți, de asemenea, pot crea tensiuni, atunci când copiii nu sunt implicați în deciziile cu privire la administrarea banilor [55, 172, 204].

6.3. Sinuciderea

Deficitul de educație, ca efect negativ, este resimțit la nivelul conștiinței morale a adolescentului și a integrării sale armonioase în viața adultă. Manifestările deviante ale adolescentului de la calea normală de dezvoltare, dincolo de tulburările vârstei, pot constitui un indiciu pentru identificarea unor carențe de educație în domeniul moral. Frecvent, anomaliile psihice, afective sau caracteriale ale adolescenților provin din nerealizarea adecvată a funcțiilor familiei și responsabilității părinților, ceea ce implică o dezarmonie cu o rezonanță deosebită în structurarea personalității morale a adolescentului, în sănătatea și echilibrul său psihic

[246, 268]. Lipsa unor exigențe educative, a unui proces de socializare adecvat poate genera numeroase erori, care să impună, adeseori, formarea unei personalități morale distorsionate, labile, aflate în conflict latent cu normele și valorile sociale și a cărei inadaptare constituie sursa celor mai multe acte cu caracter deviant [13, 29, 52].

Moldova are o prevalență înaltă a tulburărilor de sănătate mentală în cadrul întregii populații, în comparație cu țările UE, însă diferențele existente între clasificările utilizate de către țările europene și clasificarea utilizată de către Republica Moldova limitează comparabilitatea inter-statală [121]. Majoritatea tulburărilor ce afectează adolescenții de până la 18 ani sunt de natură nepsihotică, cel mai frecvent depresie și neuroze, iar experții naționali în psihiatrie consideră că factorii principali care cauzează apariția tulburărilor psihice sunt conflictele în familie, divorțul părinților sau *migrația părinților*, precum și conflictele de la școală [6, 7, 10].

În general, Moldova înregistrează o rată înaltă a suicidului în rândul populației. Rata medie a suicidului printre persoanele de 15-19 ani a înregistrat o tendință de scădere în perioada anilor 1998-2002, dar numărul de cazuri de suicid în categoria de vârstă 0-18 ani a crescut din nou brusc în anul 2008 [1, 11, 18, 37]. Conform datelor MAI, din anul 2010 până în 2016, 384 de adolescenți din Moldova au încercat să-și pună capăt zilelor, iar 118 s-au sinucis. Cele mai multe cazuri de acest fel au avut loc în anul 2012 (108 tentative de suicid și 24 de decese). Doar în anul 2016, conform statisticilor Inspectoratului General de Poliție, au fost înregistrate 132 de cazuri de tentativă de suicid, dintre care 105 în rândul fetelor. Din ele 23 de cazuri s-au finalizat cu suicid. Aproape 1/3 din ele sunt săvârșite de copiii afectați de migrație. Referitor la tentativele de suicid, au fost înregistrate 44 de cazuri (34 de fete, 10 băieți) cu vârsta sub 13 ani (4 copii); cu vârstele cuprinse între 13 și 16 ani (27 de copii) și cu vârstele cuprinse între 17 și 18 ani (13 copii). De cele mai multe ori, încearcă să-și pună capăt zilelor adolescențele - până la 80-85 % dintre cazuri [4, 6, 26, 35, 189, 192]. Specialiștii determină un șir de factori, care pot cauza suicidul: factorii familiali (relațiile conflictuale în familie, abuzuri în familie, familii dezbinat, divorțul părinților, moartea unei persoane

apropiate), performanțele școlare (copiii și adolescenții se simt presați de familie din cauza notelor la școală), factorii sociali (lipsa abilităților de comunicare, de exprimare emoțională, de a concepe relații); factorii individuali (emoționali, cognitivi, comportamentali, de sănătate) [26]. Copiii ascund stările dificile în care sunt; prin urmare, este complicat de a depista problema. Totuși sunt anumite indicii care nu trebuie ignorate de către părinți, profesori, consilierii: o tentativă anterioară de suicid (există riscul unei tentative repetate, inclusiv prin modalități mai puțin evidente, cum ar fi înfometarea sau consumul abuziv de substanțe), amenințarea cu sinuciderea (mesajele sinistre trebuie luate în serios și analizate motivele acestora și în nici un caz nu este recomandată amenințarea copilului cu o pedeapsă pentru acele mesaje), *depresia* (dificultatea în cazul acestei situații este că adulții nu recunosc simptomele unei depresii la copii datorită faptului că depresia este considerată o problemă a adulților [74, 75, 87, 170]. Indicii ai unei stări depresive la copii sunt: lipsa poftei de mâncare, tulburările de somn – atât insomniile, cât și somnul excesiv, diminuarea capacității de concentrare și a performanțelor școlare, apatia, dezinteresul pentru activitățile plăcute anterior, autoblamarea excesivă, tristețea, extenuarea accentuată, problemele comportamentale la școală. Existența acestor simptome pe o perioadă de minimum două săptămâni trebuie să determine adultul să ceară consultul specialiștilor [14].

Deseori suicidul, pentru un adolescent, nu apare ca o realizare a ideii morții, ci mai degrabă ca ideea unei schimbări produsă de un factor declanșator exterior (de pildă, un conflict familial), ce poate face ca ideea atacului la propria persoană să fie percepută ca o soluție dorită, de atac asupra unei alte persoane. Spre deosebire de adulți, la care stările depresive se caracterizează printr-o lipsă de energie și o încetinire a manifestărilor motricității, prin dispariția bunei dispoziții, la copii, în aceeași situație, se produce o stare de iritație, de excitație motorie. Depresia apare în urma unei tulburări organice, și anume: în structurile cerebrale, nivelul unor mediatorii, cum ar fi serotonina, dopamina, noradrenalina scade practic până la zero și omul trăiește o stare de pesimism, de depresie [26, 253, 268].

O profilaxie eficientă a suicidului la adolescenți, în afara eforturilor terapeutice (care necesită medicație), constă în concentrarea atenției pe

mediul familial, pentru a exclude unele posibile elemente patogene, colaborând cu mediul școlar sau profesional. Este necesară adoptarea unei atitudini tolerante și de înțelegere, care să faciliteze unele dificultăți de adaptare a adolescentului la exigențele societății. [192]

Un punct forte pentru a evita astfel de situații, pentru a oferi un mediu mai sigur copiilor și adolescenților ar fi supravegherea de către părinți. Indicatorii enumerați mai sus sunt, pe de o parte, probleme în legătură cu stilul de viață al copiilor și adolescenților, precum și anumite probleme specifice de sănătate, iar, pe de altă parte, reprezintă factori determinanți ai deciziei de reîntoarcere a părinților migranți [58, 189].

Totodată, revenirile frecvente ale părinților acasă ar putea reduce considerabil costurile psihologice și sociale ale separării de copii. Astfel, dezvoltarea generală a copiilor este influențată în mare parte de către mediul în care aceștia trăiesc, cum ar fi: familia, școala, comunitatea, precum și de oportunitățile de educație non-formală, muncă și timp liber, acces la servicii și participare în viața comunitară. Migrația și mediul familial au un impact deosebit asupra dezvoltării armonioase a personalității copiilor. În familii cu un singur părinte sau fără nici un părinte din cauza migrației trăiesc până la jumătate din tinerii din zonele rurale.

Pe lângă avantajul evident de a avea o situație financiară mai bună decât semenii lor, lipsa supravegherii părintești cauzează o vulnerabilitate sporită. Unele riscuri se referă la abandonul școlar, inițiere sexuală timpurie, comportamente dependente, cum ar fi consumul de alcool sau fumatul, jocurile pe Internet și probleme psihoemoționale și de adaptare [13, 31, 51, 54]. Conștientizarea de către părinții migranți a primordialității activității de comunicare cu copiii pentru dezvoltarea lor psihică este foarte importantă. Comunicarea cu părinții nu presupune doar schimbul de informații verbale periodice, ci și mângâiere, prezență, căldură afectivă constant. La baza acestei comunicări se află sistemul de legături personale, care se stabilesc în primele luni de viață ale copilului și se dezvoltă după anumite legități pe parcursul vieții. Părinții care lucrează ilegal peste hotare trăiesc cu frustrarea că nu pot să-și viziteze țara de baștină. Familiile cu migranți consideră că e foarte complicat să te

descurci cu despărțirea de copii, soț/soție, părinți și comunitate, în general. Problemele cu care se confruntă familiile cu migranți din Republica Moldova în prezent pot cauza creșterea numărului de copii inadaptați și a celor cu moralitate scăzută, a copiilor delicvenți și, nu în ultimul rând, descreșterea natalității și îmbătrânirea populației, incapacitatea părinților de a transmite copiilor valori/modele de viață [19, 157, 158].

Efortul pe care ar trebui să-l depună părinții în acest sens trebuie să fie unul asumat, nu delegat, fiind foarte important pentru creșterea și dezvoltarea armonioasă a propriului copil, poate mult mai prioritar decât bunăstarea materială [201, 203].

7. EFECTE JURIDICE ASUPRA COPIILOR MARCAȚI DE MIGRAȚIA PARENTALĂ DE MUNCĂ

7.1. Infraționalitatea juvenilă

Actualmente, adolescenții se confruntă cu o formă complexă de vulnerabilitate: tinerii sunt afectați de nivelul ridicat al șomajului, de lipsa de oportunități educaționale nonformale și de presiunea migrației. Lipsa oportunităților de educație continuă și dezvoltarea abilităților de viață, precum și lipsa unei participări semnificative și a accesului la activități organizate, cu timpul intensifică expunerea tinerilor la activități criminale și la abuzul de substanțe [63, 204]. Educația pentru competențele de viață, care este necesară pentru dezvoltarea sănătoasă a tinerilor, nu este inclusă în curriculumul obligatoriu al instituțiilor de învățământ.

Grija părintească neadecvată este un generator fundamental și des întâlnit al comportamentului antisocial sau delincvent al copilului. *Lipsa grijii părintești, determinată de migrarea părinților la muncă*, sau grija neadecvată poate avea un impact grav asupra dezvoltării fizice, mintale și emoționale a copilului; copiii cu experiențe de migrare ale părinților la muncă și neglijare sunt mai predispuși la probleme de comportament, care ar putea cauza activitate antisocială sau chiar infrațională. Cercetările din domeniu au stabilit legătura dintre grija părintească neadecvată, inclusiv lipsa de supraveghere și manifestarea comportamentului antisocial, și implicarea în comportament delincvent al copilului [13, 29, 52, 122].

Grija părintească neadecvată, lipsa atenției și supravegherii suficiente par a fi o problemă acută atunci când părinții nu sunt capabili sau nu doresc să ofere suficient timp sau efort, sau să se comporte adecvat cu copiii lor. Practicienii au raportat că mulți dintre copiii cu probleme de comportament, care au nimerit în atenția lor, fac parte din familii în care *umul sau ambii părinți sunt total absenți, deseori lucrând în afara țării* [195].

Conform studiului „Copiii în conflict cu legea”, efectuat în Republica Moldova, la nivel național a fost menționat faptul că neglijarea deseori are loc, deoarece copiii sunt plasați în medii de îngrijire neadecvată, deseori în compania membrilor familiei extinse, atunci când părinții lor au migrat în căutarea oportunităților de angajare. [52]

Neglijarea și lipsa unei griji adecvate pot avea loc mai frecvent în familii cu venituri joase și lipsuri economice. Conform datelor studiului

nominalizat anterior, mai mulți părinți explică că aceasta a afectat capacitatea lor de a oferi grija și a-i supraveghea pe copii după cum ar fi dorit s-o facă. Unii părinți au consensmat faptul că ei trebuiau să aleagă între munca în afara țării pentru perioade lungi, ca să ofere resurse familiilor lor (lăsând copiii în grija altor membri ai familiei) sau să rămână așa neputincioși să satisfacă necesitățile materiale ale copilului lor din cauza veniturilor mici.

Analizând ponderea infracțiunilor comise de minori, BNS relatează că actualmente s-a observat o diminuare a indicelui studiat [175, 200, 201, 202, 212]. (*Figura 7.9*)

Deși la nivel de țară se atestă o tendință de creștere a ratei infracțiounalității, în cazul infracțiunilor săvârșite de minori se înregistrează o scădere, la 100 mii de minori (0-17 ani), revenind la 138 de infracțiuni față de cele 202 în anul 2012. Ponderea infracțiunilor comise de minori din totalul de infracțiuni a scăzut de la 4,0% în anul 2012 până la 2,2% în anul 2016 [202].

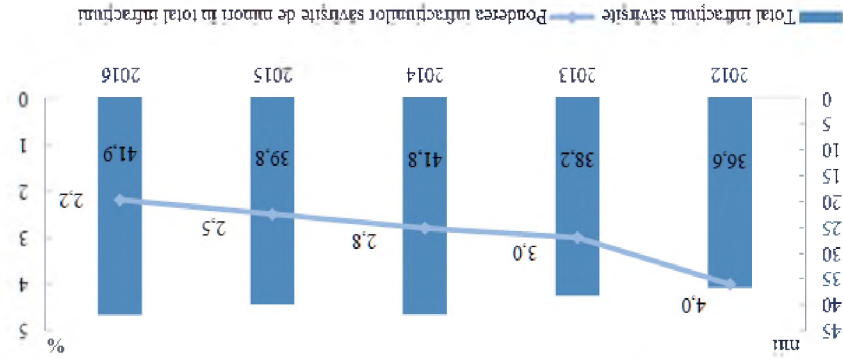


Fig. 7.9. Infracțiuni săvârșite de minori, anii 2012-2016
Sursa : BNS, 2017

Infracțiunile cel mai des comise de minori rămân a fi furturile, cu o pondere de 67,8% din totalul de infracțiuni, jafurile – 6,4%, cazurile de hulișanism – 2,9%, vătămările intenționate – 2,4% și infracțiunile legate de droguri – 1,9%.

Numărul total al minorilor care au comis infracțiuni în anul 2016 a constituit 1 490 de minori, inclusiv 1 378 de minori cu vârsta de 14-17 ani

(92,5 %), ceilalți având vârsta de până la 14 ani. Preponderent, infracțiunile au fost săvârșite de băieți 92,1 %, comparativ cu 7,9 % în cazul fetelor.

Ca pedeapsă, minorii preponderent sunt condamnați condiționat, iar fiecare al doilea minor condamnat a comis un furt. În anul 2016, numărul minorilor condamnați a constituit 335 sau fiecare al patrulea minor care a comis infracțiuni. În medie, la 100 mii de minori revin 49 de condamnați, comparativ cu cei 47 de minori din anul 2012 [122]. (Figura 7.10)

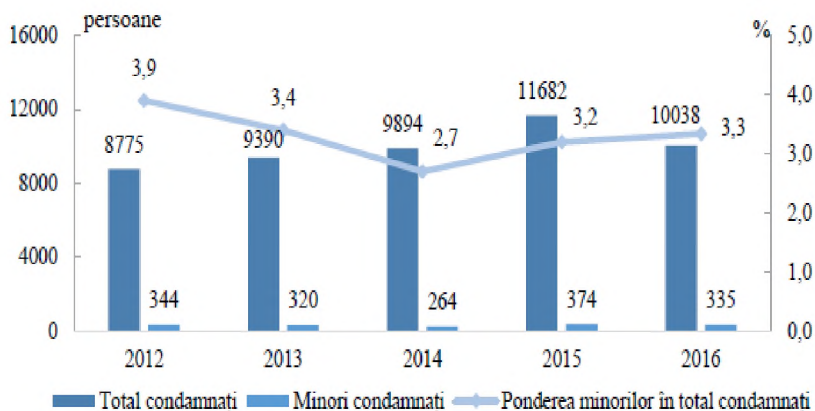


Fig. 7.10. Numărul minorilor condamnați, anii 2012-2016

Sursa: BNS, 2017

Fiecare al doilea minor este condamnat pentru furt – 165 (49,3 %), pentru jaf și tâlhării – 28 de minori (8,4 %), pentru huliganism – 33 (9,9 %), câte nouă minori pentru infracțiuni legate de droguri și viol (câte 2,7 %) și opt pentru omoruri (2,4 %). În sistemul de sancțiuni al minorilor infractori este preponderentă condamnarea condiționată (55,8 %), iar fiecare al patrulea a fost condamnat cu închisoare (23,3 %).

Cei mai mulți minori din penitenciare își ispășesc pedeapsa pentru viol. Numărul minorilor deținuți în instituțiile penitenciare în anul 2016 a constituit 30, cu 23 la sută mai puțin față de anul precedent. Cei mai mulți minori care își ispășesc pedeapsa în izolatoare și în instituții penitenciare au fost condamnați pentru viol – 8 (26,7 %), pentru omor, furt și jaf – câte șase persoane (20,0 %). Aceste date sunt foarte alarmante, deoarece, conform ultimelor statistici, circa 1/4 din minorii condamnați pentru săvârșirea infracțiunilor sunt copiii ai părinților migranți [190, 122].

7.2. Copiii marcați de migrația parentală de muncă – potențiale victime ale traficului de ființe umane

Sistemul Național de Referire pentru protecția și asistența victimelor și potențialelor victime ale traficului de ființe umane (SNR), în Raportul de monitorizare a procesului de implementare a Strategiei Sistemului Național de Referire pentru protecția și asistența victimelor și potențialelor victime ale traficului de ființe umane [188], menționează că acei copii, care sunt lăsați temporar fără grija părintească pe motivul migrației lor de muncă, devin frecvent victime ale traficului de ființe umane (TFU). Conform Raportului, au fost identificate la nivel local 87 de victime ale TFU, dintre care 73 de adulți (41 de femei și 32 de bărbați) și 14 copii (11 fetițe și trei băieți). Distribuția numărului de victime ale TFU identificate și asistate pe raioane este ilustrată în tabelul A6.1.

În conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 948 din 07.08.2008 pentru aprobarea Regulamentului privind procedura de repatriere a copiilor și adulților, victime ale traficului de ființe umane, ale traficului ilegal de migranți, precum și al copiilor neînsoțiți pe parcursul anului 2016, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, în colaborare cu autoritățile tutelare de la domiciliul copiilor și partenerii nominalizați, au organizat 25 misiuni de repatriere ale copiilor, fiind repatriați 38 (20 din Ucraina, 18 din Federația Rusă), rămași fără ocrotire părintească pe teritoriul altor state. Toți copiii erau din grupul celor aflați în situații de risc (abandonați de părinți, inclusiv pe motivul migrației de muncă parentale) [189].

În comparație cu anul 2015, când au fost organizate 23 misiuni de repatriere ale celor 36 de copii, dintre care: 20 din Federația Rusă, 13 din Ucraina, doi copii din România, unul din Italia, numărul copiilor repatriați a crescut.

După generalizarea datelor stocate la Unitatea Națională de Coordinare a SNR din cadrul MSMPS, care reflectă atât cazurile identificate de către subdiviziunile naționale, cât și de către alți actori naționali, cum ar fi Organizația Internațională pentru Migrație în Moldova (OIM) și CAP, prin SNR au fost identificate, în anul 2016, 123 de victime ale traficului de ființe umane (VTFU), dintre care 77 de femei (inclusiv 11 copii) și 46

de bărbați (inclusiv trei copii) [72].

Conform datelor stocate la Unitatea Națională de Coordonare a SNR din cadrul MSMPS, profilul celor 1 075 de potențiale victime ale TFU este următor: 299 de potențiale victime ale TFU după statut social vulnerabil (de regulă, în profilul acestor potențiale victime se includ: mamele solitare neasigurate cu spațiu locativ, familiile numeroase, copiii-absolvenți ai instituțiilor de tip internat, copiii străzii, persoanele repatriate cu dizabilități, persoanele de etnie romă, aflate în stare de dificultate etc.), 478 cazuri de violență în familie (dintre care 177 de minori), 205 migranți în dificultate, 45 de minori neînsoțiți și 48 de copii rămași fără îngrijire părintească. În tabelul de mai jos este reflectată originea potențialelor victime ale TFU identificate și asistate în cadrul SNR. (Tabelul A6.2) Printre persoanele potențiale victime ale TFU au fost menționate 48 cazuri de copii rămași fără îngrijire pe motivul migrației parentale [70, 172, 188]. (Tabelul 7.55)

TaTabelul 7.55

Statistica cazurilor de potențiale victime – dezagregate pe sex

| Categorie | Victime violență în familie (Adulți) | | Victime violență în familie (Minori) | | Migranți în dificultate (Adulți) | | Migranți în dificultate (Minori) | | Minori neînsoțiți | | Copii rămași fără îngrijire | | Prevenire (Adulți) | | Prevenire (minori) | |
|--------------------------|--------------------------------------|---|--------------------------------------|----|----------------------------------|----|----------------------------------|----|-------------------|----|-----------------------------|----|--------------------|----|--------------------|----|
| | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M |
| Nr. de persoane asistate | 294 | 7 | 103 | 74 | 77 | 41 | 41 | 46 | 8 | 37 | 27 | 21 | 116 | 19 | 88 | 76 |
| Total | 301 | | 177 | | 118 | | 87 | | 45 | | 48 | | 135 | | 164 | |
| | 478 | | | | 205 | | | | 45 | | 48 | | 299 | | | |

Sursa: Raport de monitorizare a procesului de implementare a Strategiei Sistemului Național de Referire pentru protecția și asistența victimelor și potențialelor victime ale traficului de ființe umane pe perioada anului 2016

Statistica cazurilor identificate în cadrul SNR pe parcursul anului 2016 este prezentată în Tabelul A6.3.

Studiul „Abuzul și neglijarea copiilor în familie: studiu sociologic la nivel național”, efectuat de către organizația „Salvați copiii”, a demonstrat că, începând cu anul 2003, principalele destinații ale victimelor

traficului din Moldova sunt Spania, Italia, Franța, Olanda, Austria și Grecia [87, 172, 193]. Cel mai mare număr de copii traficați și de copii separați de familie au fost returnați din aceste țări. Destinațiile copiilor victime ale traficului este în strânsă legătură cu migrația de muncă, dar și cu cererea din aceste țări. Un factor ce a contribuit la vulnerabilitatea copiilor sunt „poveștile de succes”: cazurile persoanelor care au fost plecate în străinătate și care s-au întors după o perioadă scurtă de timp cu sume mari de bani. În aceste condiții este relativ ușor să recrutezi un copil, utilizând false promisiuni de muncă în afara țării. Femeile și copiii sunt supuși traficului sexual în bordeluri, în saune și saloane de masaj. Din ce în ce mai mult, fetele cu vârsta cuprinsă între 13 și 15 ani sunt victime ale traficului de sex. Turismul sexual de copii din UE, Turcia, Australia, Israel, Tailanda și SUA îi include pe copiii din Republica Moldova în categoria celor care au fost exploatați sexual comercial. Regiunea transnistreană rămâne o sursă de victime atât pentru traficul de ființe umane, cât și pentru exploatarea prin muncă [188].

Studiul vieții victimelor denotă că cele 30% din totalul victimelor traficului sunt orfani (fără unul sau ambii părinți) sau copii cu părinți migranți la muncă. Aceasta demonstrează că minorii orfani și copiii marcați de migrația de muncă sunt mai vulnerabili în fața fenomenului de trafic, ei fiind mai ușor ademeniți în rețea [188].

ÎNCHEIERE

Republica Moldova, o țară cu aspirații europene, a tins spre un viitor european, elaborând și implementând numeroase reforme inovatoare și sistematice în toate sferile de activitate a guvernului. Însă acestea nu au fost productive și nu au salvat țara de o eventuală criză economică și socială de durată, care a generat micșorarea locurilor de muncă, salarii mici, instabilitate politică, economică și socială, migrația economică.

Migrația este un fenomen global, care afectează anual milioane de persoane. Este un fenomen de dimensiune mondială, cu implicații politice, socioeconomice și culturale. Migrația a devenit un specific definitoriu al economiei globale moderne, iar factorii decisivi care stau la baza extinderii acesteia sunt chiar procesele de globalizare, progresul tehnic, noua ordine economică etc.

Valoarea migrației contemporane este determinată nu numai de numărul celor care migrează, ci și de conceptul că fenomenul migrator a devenit unul global și are aspecte tot mai diverse. Oamenii se deplasează pentru perioade variate de timp, dar mai scurte. Ei adoptă un *pattern* de migrație *circulatorie*, continua să păstreze legături puternice cu locul de unde au plecat sau practică migrația nereglementată. Revenind acasă, migrații aduc nu doar bani, dar și noi idei de dezvoltare, cunoștințe și abilități antreprenoriale noi dobândite în urma migrației. Astfel, migrații contribuie în mod evident la modernizarea țării și constituie un rol extrem de important în dezvoltarea ei intelectuală și economică.

În egală măsură, migrația îi afectează nu doar pe cei care pleacă, ci și pe persoanele care rămân în țara de origine, și pe cele din țara de destinație. Datorită migrației, tot mai multe zone se transformă și își schimbă identitatea etnică și culturală.

În ultimul deceniu, fenomenul migrației, în special migrația de muncă, este o componentă definitorie a dezvoltării economice și a existenței umane și pentru Republica Moldova. Atât amploarea fenomenului migrației economice, cât și impactul ei asupra situației socioeconomice din țară sunt semnificative. Incontestabil, migrația de muncă constituie un factor important în combaterea sărăciei și în creșterea bunăstării populației din

Republica Moldova.

Creșterea economică pe care o înregistrează Republica Moldova pe parcursul ultimilor 15 ani se datorează anume remitențelor lucrătorilor migranți. Unul dintre principalele progrese în teoria și practica migrației și dezvoltării din ultimii ani a fost trecerea de la o poziție care subliniază influența nefavorabilă a migrației la o viziune care recunoaște efectele potențial pozitive ce le poate avea mobilitatea internațională a specialiștilor calificați asupra dezvoltării țărilor de origine. Acest fapt este rezultatul unei abordări care interpretează astăzi mobilitatea internațională prin prisma legăturii dintre migrație și dezvoltare, subliniind apariția unor noi actori sociali influenți, care sunt parte a transformărilor sociale și politice la nivel mondial. O astfel de viziune consideră migranții, diaspora sau comunitățile transnaționale drept resurse valoroase care circulă între țări și produc efecte pozitive de dezvoltare socio-economică și transformări democratice sustenabile.

Actualmente, sporește interesul cercetătorilor și al factorilor de decizie față de rolul și valoarea tinerilor specialiști moldoveni care au absolvit programe de studii (post) universitare în afara țării prin identificarea unor modalități alternative de abordare a migrației calificate și de recuperare a resurselor umane emigrate, prin valorificarea experienței, cunoștințelor și competențelor acumulate peste hotare în beneficiul țării de origine.

Diverse mecanisme și strategii instituționale trebuie să fie puse în aplicare pentru a asigura contexte propice care să poată promova beneficiile potențiale ale migrației calificate, în timp ce tinerii plecați în afara țării pentru studii, muncă sau din considerente familiale, să poată influența în diferite moduri dezvoltarea socioeconomică în țările de origine. Politicile actuale referitoare la migrația și mobilitatea forței de muncă calificate sunt centrate pe două abordări interconectate. În timp ce prima vizează discuția privind exodul de creiere *versus* recuperarea de creiere, precum și provocările existente în promovarea reîntoarcerii capitalului uman emigrat și reținerea lui în țara de origine. A doua dezbatere se referă la contribuțiile cetățenilor emigrați prin transferul de la distanță

al cunoștințelor, competențelor și altor resurse valoroase. Atât contribuțiile diasporei, cât și canalele de reîntoarcere au devenit importante privind migrația calificată în contextul conexiunii migrație vs. dezvoltare. Unele țări în curs de dezvoltare sau în tranziție depun eforturi pentru a stabili legături durabile cu concetățenii lor din afara țării, promovând, în același timp, scheme de retenție și de reîntoarcere a personalului calificat, abordare pe care o regăsim și în Republica Moldova.

Migrația poate provoca efecte massive precum exodul de „creiere”, declinul și îmbătrânirea populației, compromiterea sistemelor de Securitate socială, lăsarea acasă fără îngrijire a copiilor și bătrânilor, traficul de ființe umane etc. Un aspect mai puțin studiat al migrației, dar care în ultimul timp a suscitat un mare interes, este impactul migrației asupra celor care rămân în țară. Deseori, migrația este unica soluție pentru multe familii din Republica Moldova în vederea diminuării sărăciei. Unica, dar nu și cea mai bună, deoarece în urma migrației au de suferit atât copiii migranților, cât și părinții vârstnici ai acestora.

În context național și internațional, este importantă analiza noilor evoluții ale proceselor migraționale în care sunt implicați cetățeni ai Republicii Moldova, precum și inițierea unor recomandări care să contribuie la îmbunătățirea politicilor în domeniu, la perfecționarea cadrului normativ.

Așadar, migrația are atât avantaje, cât și dezavantaje. Scopul politicilor în domeniul migrației trebuie să fie creșterea efectelor pozitive și atenuarea celor negative ale migrației. Cu alte cuvinte, una dintre sarcinile actuale ale autorităților publice în domeniul gestionării migrației constă în integrarea proceselor migratorii în strategiile de dezvoltare.

CONCLUZII

1. Unul dintre fenomenele demografice care are numeroase conotații geopolitice este migrația. Interesul față de migrația populației este unul de dată recentă, deși fenomenul, ca atare, are rădăcini istorice, cauze multiple și consecine imprevizibile.

Teama de posibilitățile limitate ale planetei privind suportarea unei populații în creștere accelerată a fost și continuă să fie alimentată de marile curente migratorii sud-nord care pot antrena imense dezechilibre demografice pe plan mondial. Aceste temeri ale modificării repartiției teritoriale a populației, care au dominat în primul rând țările dezvoltate, încep să fie împărtășite și de către țările în curs de dezvoltare, cu tendință de accentuare, dacă nu se produce un reviriment privind dezvoltarea echilibrată și accelerată a diferitelor regiuni ale lumii. Prin urmare, circumstanțele care concurează la manifestarea tot mai acerbă a fenomenului migrației, ce va continua să fie permanentă și în secolul al XXI-lea, sunt legate îndeosebi de decalajul dintre creșterea demografică și cea economică, care continuă nu numai să persiste, dar să se și accentueze în special pentru țările slab dezvoltate.

Migrația s-a transformat, de-a lungul timpului, dintr-un proces regional, determinat de factori economici, sociali sau naturali (nivel de trai scăzut, războaie, invazii, conflicte inter-umane, mORMe, fenomene naturale devastatoare) ori de factori politici (deportare, colonizare forțată etc.) într-un fenomen global, în prezent, fiind cuantificat la aproximativ 3 % din totalul populației lumii (una din 35 de persoane este migrantă, iar fluxurile anuale totale includ 5-10 milioane de persoane. Deși fluxuri migratorii importante se atestau într-un număr relativ moderat de state, în zilele noastre, „nici o țară din lume nu a rămas în afara fluxurilor migratorii internaționale”.

2. De la proclamarea Independenței pe 27 August 1991, Republica Moldova a traversat numeroase perioade de migrație care pot fi distinse prin mai mulți factori precum dinamica, factorii push-pull, nivelul de prevalență al migrației, direcția și componența fluxurilor migratoare, durata și statutul legal de ședere al migranților în țările gazdă. De la

sfârșitul anilor 1990, migrația din Moldova a fost direcționată spre două regiuni: Comunitatea Statelor Independente (CSI), predominant Rusia, și Europa de Vest, în special în Italia. Conform datelor AFM, în topul țărilor recipiente ale migranților din Moldova la muncă au fost: Federația Rusă, Italia, Turcia, Israel, România, Ucraina, Portugalia și Grecia.

Creșterea gradului de conștientizare că migrația este un fenomen capabil să producă nu doar efecte negative, ci și rezultate pozitive de dezvoltare a țării, dar și angajamentul de a gestiona proactiv provocările și oportunitățile migrației, au contribuit la intensificarea eforturilor de a elabora o legislație și politici migraționale eficiente.

În conformitate cu standardele internaționale și cu aspirațiile de integrare europeană ale țării, OIM a sprijinit adoptarea și punerea în aplicare a unor practici, documente conceptuale și legi care determină politica migraționistă în domeniile-cheie ale managementului migrației. Guvernul Republicii Moldova a recunoscut necesitatea unei abordări coordonate și integrate de gestionare a migrației, de exemplu, cum ilustrează Strategia Națională de Dezvoltare (2012-2020), valorifică beneficiile remitențelor și emigrării tinerilor, precum și Strategia națională privind migrația și azilul (2011-2020). Acesta din urmă are ca scop dezvoltarea politicilor intersectoriale în domeniul migrației legale, sistemului de azil, migrației iregulare, gestionării integrate a frontierelor, politicii de vize, respectării drepturilor și libertăților omului etc. Strategia națională în domeniul migrației și azilului (2011-2020) recunoaște necesitatea de a face legătura dintre managementul migrației și politicile economice și sociale.

3. În cazul Moldovei, migrația în masă a fost determinată în primul rând de factori economici și a apărut ca un mecanism de reducere a sărăciei și de evitare a șomajului. Factorii economici au impulsionat majoritatea migranților să ia această decizie. Motivul principal pentru care moldovenii pleacă la muncă peste hotare constă în lipsa oportunităților de angajare în Moldova. Un alt factor ce motivează moldovenii să plece din țară este oportunitatea de ridicare a nivelului lor de trai. Sărăcia, șomajul și salariile mici reprezintă peste 72 % dintre factorii de stimulare a migrației. Șomajul rămâne factorul-cheie în procesul de decizie privind plecarea la muncă

peste hotare. Fenomenul gospodăriilor transnaționale cu migranți pe termen lung constituie un rol important în atragerea membrilor familiei în țara de migrație, indiferent de statutul de reglementare. Această intenție este generată de dorința de a reunifica familia, proces care este de durată medie sau lungă și care influențează comportamentele financiare (de economisire, de remitere) și intențiile de revenire. Intenția de migrare este influențată de doi factori importanți: prezența altor membri în migrație și statutul de angajare în câmpul muncii.

4. Migrația este una dintre cele mai stringente probleme cu care se confruntă Republica Moldova. Printre avantajele migrației sunt, în primul rând, remitențele, care contribuie la creșterea nivelului de trai al familiilor migranților. Totodată, fenomenul contribuie la creșterea capacității familiilor de a le oferi copiilor studii superioare, precum și la dezvoltarea infrastructurii localității. Remitențele trimise de peste hotare sunt utilizate, în mare parte, în scopuri de consum curent: investiții în imobil, în studii, în sănătate, în achitarea datoriilor. Pe lângă faptul că aceste resurse contribuie la creșterea bunăstării familiilor ai căror membri sunt lucrători migranți, la nivel macroeconomic ele contribuie și la creșterea consumului intern care, la rândul său, stimulează creșterea economică. Creșterea Produsului Intern Brut în ultimii ani, în mare parte, se atribuie veniturilor remise de migrații moldoveni care lucrează peste hotare. Valoarea nominală a PIB pe cap de locuitor a crescut continuu, constituind în anul 2016 – 37.859 lei față de 31.506 lei în anul 2014. Fenomenul migrației are atât efecte pozitive, cât și negative asupra vieții socio-economice din țară. Deficitul de cadre didactice continuă să fie unul dintre efectele proceselor migraționiste. Printre factorii de impulsie a emigrării cadrelor didactice și a cercetătorilor cel mai semnificativ este salariul. Migrația de muncă generează provocări pentru sistemele de ocrotire ale sănătății în statele de origine și în cele de destinație, incluzând dificultățile referitoare la monitorizarea și ținerea sub control a stărilor de morbiditate și ale migrației lucrătorilor medicali. Migrația poate avea o influență negativă asupra sănătății persoanelor migrante. Aceasta deoarece persoanele migrante, pe de o parte, nu au acces echitabil la serviciile

de sănătate, iar, pe de altă parte, adresarea lor la instituțiile medicale este mult mai mică decât a persoanelor non-migrante. Pentru a identifica problemele medicale ale migranților de muncă, trebuie cunoscut scopul adresării la medicul de familie. Mai frecvent migranții se adresează pentru asistență medicală atunci când observă simptomele de boală, pentru vizitarea periodică a medicului de familie în legătură cu o boală cronică sau cu vaccinarea; au nevoie de certificate medicale sau de trimitere medicală la un medic de profil. Perioade de timp îndelungate în afara căminului familial, tensiunea emoțională aferentă procesului de emigrare și aflare peste hotare, precum și riscurile pe care le impune activitatea ilegală pe piața muncii ne determină să relatăm că implicarea în procesul migrațional cauzează înrăutățirea stării de sănătate a migranților. La migranții de muncă cu patologii cronice se depistează pielonefrita cronică, gastrita cronică, bronșita cronică.

5. La finele anului 2017, în Republica Moldova au fost depistați circa 30 320 de copii marcați de migrația de muncă a părinților, iar la sfârșitul anului 2018 - 37 866. Fenomenul copiilor marcați de migrația parentală de muncă se manifestă pe tot teritoriul Republicii Moldova. Totodată, se detectează o frecvență diferită în zonele geografice ale Moldovei. De asemenea putem relata despre unele raioane cu o frecvență mai înaltă a fenomenului, și anume: în raioanele Orhei, Criuleni și Ialoveni (zona Centru), numărul copiilor marcați de migrația parentală de muncă variază de la 8,1 % la 10,7 % din totalul celor din aceste localități, în raioanele Basarabeasca, Cantemir și Vulcănești (zona Sud) – de la 7,9 % la 14,9 %, iar în raioanele Briceni, Florești și Sângerei (zona Nord) – de la 9,8 % la 17,9 %.

Migrația parentală de muncă provoacă frecvent la copiii rămași un comportament delicvent. Deoarece copiii nu mai sunt monitorizați de părinte, de rude, de pedagog sau tutelă, fiind în conflict cu persoana îngrijitoare (au început să fumeze, să consume alcool și substanțe toxice), ceea ce le deteriorează sănătatea proprie. Copiii care nu au unde dormi riscă să ajungă „copiii străzii”, printre aceștia sunt persoane care consumă droguri cu frecvență infectare cu HIV/SIDA; iar acei copii care au început

să lucreze pentru a câștiga bani pot fi pradă ușoară pentru traficanții de ființe umane. Asistența medicală primară a acestor copii necesită perfecționare, deoarece vizitele profilactice și cele pe motiv de boală sunt neregulate, ceea ce ar cauza apariția unor perturbări ireversibile în organe și sisteme și cronicizarea proceselor patologice. Copiii afectați de migrația de muncă parentală manifestă un nivel ridicat al morbidității, fapt ce necesită elaborarea metodelor de monitorizare a stării sănătății acestor copii, aplicarea metodelor eficiente de profilaxie a maladiilor.

6. Conceptul de orfan social este atribuit copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare. Acești copii, în virtutea faptului că au părinți și nu sunt abandonați formal, locuiesc singuri sau în grija altor rude, dar sunt lipsiți de afecțiunea părintească și de context familial care să îi permită o bună dezvoltare. Comunicarea limitată între părinți și copii, lipsa atașamentului și al funcționării unui model familial se resimt la nivelul comportamentului multor copii. Fiind fără grija și supravegherea directă a părinților, copiii învață comportamente sociale și de comunicare nu din cele mai pozitive. Copiii nu se pot autoeduca fără a fi ghidați, fără a cunoaște reguli și limite, și cum anume acestea să fie respectate. Atunci când părinții, pe de o parte, compensează lipsa afecțiunii prin bunuri materiale, pe de altă parte, nu reușesc să reglementeze comportamentul copilului, acesta se comportă similar unui copil nesupravegheat. Plecarea părinților peste hotare a accelerat procesul de maturizare a multor copii prin supraîncărcarea cu sarcini și responsabilități de adult. În cazul copiilor ai căror părinți sunt plecați la muncă în străinătate, unele necesități sunt mai accentuate – nevoia de afecțiune, aprobare, acceptare, siguranță, protecție. Inexistența contactului fizic, precum și sentimentele de singurătate, dor și tristețe, accentuează aceste necesități. Efectele psihologice ale plecării părinților la muncă în străinătate asupra copiilor: regres școlar, corigență, tulburări de somn, agresivitate, izolare, timiditate, pasivitate, ostilitate verbală, minciună, labilitate emoțională, neglijență în îndeplinirea sarcinilor, anxietate, impulsivitate, frustrare, dependența de calculator, frecventarea grupurilor stradale, absentismul, lauda,

incapacitate de concentrare, pasivitate, depresii, nevroze, indisciplină, fuga de acasă, acuzarea părinților, revolta, resentiment față de părinți etc.

7. Lipsa posibilităților de educație și dezvoltarea abilităților de viață, odată cu lipsa unei participări semnificative și a accesului la activități organizate în timpul liber, impun expunerea tinerilor la activități criminale și abuzul de substanțe. Insuficiența sau lipsa grijii părintești este un generator fundamental al comportamentului antisocial sau delincvent al copilului. Copiii cu experiențe de migrare ale părinților la muncă și neglijare sunt mai predispuși la probleme de comportament, care ar putea cauza activitate antisocială sau chiar infracțională. Copiii marcați de migrația parentală de muncă sunt potențiale victime ale traficului de ființe umane. Migrația parentală constituie un factor de risc pe lângă alți factori care țin de: situația socioeconomică precară, relații familiale conflictuale, influența semenilor. Copiii, care au ajuns în conflict cu legea după ce au manifestat un comportament delincvent, sunt de cele mai multe ori victime ale neglijenței parentale specifice.

RECOMANDĂRI PRACTICE

În contextul european al strategiilor de protecție a copiilor, sunt necesare:

1) efectuarea analizei complexe a tendințelor naționale, regionale în problema asistenței medicale și sociale a copiilor afectați de migrația parentală de muncă;

2) asigurarea realizării unui program permanent de evaluare a efectelor negative ale migrației asupra sănătății copiilor, pentru prevenirea lor precoce, ameliorarea și optimizarea asistenței medicale a acestor copii;

3) elaborarea unor politici eficiente, interdisciplinare, care ar preveni, depista și elimina efectele negative medico-sociale ale migrației, prin elaborarea măsurilor de protecție ale copiilor rămași temporar fără îngrijire din motivul migrației parentale;

4) evaluarea periodică a structurii morbidității copiilor marcați de migrația parentală de muncă, pentru a elabora algoritmul managerial al patologiei acute și al celei cronice la acești copii;

5) dezvoltarea programelor de screening și realizarea metodelor de gestionare ale factorilor de risc al cronicizării maladiilor la copiii afectați de migrație; elaborarea algoritmului de conduită și optimizare a managementului profilactic și terapeutic al patologiei cronice;

6) elaborarea proiectului de acțiune al organului interdisciplinar, care are scopul principal de a monitoriza asistența complexă (medicală, socială, psihologică, pedagogică, juridică) a copiilor marcați de migrația parentală de muncă;

7) elaborarea conceptelor, strategiilor și planurilor de acțiuni strategice, a actelor normative de protecție a sănătății copiilor, afectați de migrație, pentru a le utiliza în cadrul activităților realizate în comisiile specializate ale Guvernului Republicii Moldova și în cele ale Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale;

8) asigurarea implementării în învățământul medical, social și pedagogic (perfecționarea asistenților medicali și sociali, pedagogilor și

medicilor) a temelor, care ar elucida problemele copiilor afectați de migrație și căile posibile de rezolvare a lor;

9) elaborarea unui sistem informațional cu abordare metodică specializată a copiilor afectați de migrație, privind riscurile de sănătate;

10) elaborarea unui mecanism disciplinar de colaborare între sistemul de ocrotire a sănătății și cel de tutelă pentru copiii afectați de migrație, pentru a stabili responsabilitatea oficială a celor care și-au asumat îngrijirea copiilor și pentru a evita apariția unor impedimente de ordin legal în acordarea asistenței medicale necesare.

BIBLIOGRAFIE

1. **Abraham, D.** *Situația adolescenților din România*. Raport final UNICEF Romania. Centrul de Sociologie Urbană și Regională. București, 2013, p.123.
2. *Accesul populației la serviciile de sănătate. Rezultatele studiului în gospodărie*. În: Raportul de sinteză elaborat de către Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. 2017. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/acces_servicii_sanatate/Access_servicii_sanatate_2016.pdf.
3. Acord ONU privind „*Pactul global cu privire la migrații*”. Marrakech (Maroc). 2018.
4. **Antonov, V., Gamanji T.** *Abandonul copilului în Republica Moldova: actori, soluții și lacune*. În: Monitor social, 2010, nr.6, pp.14-16.
5. *Anuar statistic 2018*. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. 2018. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Anuar_Statistic/2018/8_AS.pdf.
6. *Anuarul statistic al Sistemului de sănătate din Moldova, anul 2017*. Resursele ocrotirii sănătății. Centrul Național de Management în Sănătate. Chișinău. 2018, 42 p.
7. *Asigurarea Asistenței Medicale Primare cu personal medical*. Chișinău, 2015. Disponibil: <https://oamenisikilometri.md/wp-content/uploads/2016/11/Asigura>.
8. Aspecte privind nivelul de trai al populației în 2016. *Rezultatele Cercetării Bugetelor Gospodăriilor Casnice*. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Chișinău, 2017, 138p. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/aspecte_nivelul_trai/Aspecte_nivelul_trai_2016.pdf.
9. Aspecte privind nivelul de trai al populației în 2017. *Rezultatele Cercetării Bugetelor Gospodăriilor Casnice*. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Chișinău, 2018, 135p. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/aspecte_nivelul_trai/Aspecte_nivelul_trai_2017.pdf.
10. **Bălățescu, S.** *Bărdări psihosociale ale satisfacției și fericirii*. În: Revista Calitatea Vieții. Oradea, România, 2003, vol. XIV, nr. 2, p.14.
11. **Bălățescu, S.** *Modele ale percepției calității vieții*. În: Revista Calitatea Vieții. Oradea, România, 2000, vol.11, nr. 1-4, pp. 3-9.

12. **Bălățescu, S., Zamfir, C., Stănescu, S.** *Enciclopedia dezvoltării sociale*. Iași, România, 2007, pp. 56-57.
13. **Banciu, Dan., Rădulescu, Sorin.** *Evoluții ale delicvenței juvenile în România*. București, România, 2002, 271 p.
14. **Batog, M.** *Modalități de intervenție psihologică în cazul tulburării posttraumatice de stress la copii și adolescenți*. Academia de Științe a Moldovei. Institutul de Științe ale Educației. Chișinău, 2015, p.6-14. ISBN 978-9975-48-082-6.
15. **Boderscova, L.** *Aspectele medico-sociale ale sarcinii și nașterii la adolescente în Republica Moldova: tz. de doct. în medicină*. Chișinău, 2005, 442 p.
16. **Bologan-Vieru, O., Balan, V.** *Traficul de ființe umane și egalitatea genurilor în Moldova: acte normative actualizate*. Chișinău. 2011, 341 p. ISBN 978-9975-106-64-1.
17. **Buciuceanu-Vrabie, M.** *Copiii rămași singuri acasă în urma migrației părinților: Riscuri și Realități*. Institutul Integrare Europeană și Științe Politice. În: Revista de Filozofie, Sociologie și Științe Politice. Chișinău, 2011, nr. 1(155), pp.169-177. ISSN 1957-2294.
18. **Buciuceanu-Vrabie, M., Pahomi, I.** *Situația tinerilor în Republica Moldova: de la deziderate la oportunități*. În: Barometrul demografic. Institutul Național de Cercetări Economice, 2015, 4 p. Disponibil: http://ccd.ucoz.com/_Id/0/31_barometru_nr_3_.pdf.
19. **Bulai, T.** *Fenomenul migrației și criza familială*. Iași, România, 2006, 120 p. ISBN: 973-1703-22-5.
20. *Bunăstarea copilului în Republica Moldova (Indicatori disponibili)*. Biroul de cercetare UNICEF Moldova. www.unicef.md, 2012.
21. **Burdelni, E.** *Politici migraționale de muncă în relațiile Republicii Moldova cu Uniunea Europeană: tz. de dr. științe politice*. Chișinău, 2016, p. 50.
22. **Burdelni, E., Terzi-Barbăroșie, D.** *Migrația și dezvoltarea. UNDP–Moldova. Programul Pilot Comun Integrarea Migrației în Strategia Națională de Dezvoltare (MOMID)*. Chișinău, 2013, p. 21.
23. **Burian C.** *Fenomenul migrației și statul juridic al străinului în dreptul internațional public*. Inst. De Istorie, Stat și Drept al AȘM, USEM, Asociația de Drept Intern din R. Moldova—Chișinău, CEP USM, Chișinău, 2010, p. 90-192.
24. **Buruiian C.** *Apariția și evoluția fenomenului migrației și reglementarea juridică a acestuia în dreptul internațional public*. Edificarea statului de drept și punerea în valoare a patrimoniului cultural și istoric al Moldovei

- în contextul Integrării Europene. În: *Materialele Conferinței științifice internaționale anuale a tinerilor cercetători.*, ediția a V-a, 29 martie 2011, Chișinău. Ch., 2011, vol. III, 192 p.
25. *Buletin statistic*. BNS. 2019, I trimestru, pp. 77-82. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Buletin_trimestrial/Buletin_trim_I_2019.pdf
 26. **Butoi, T., Iftenie, V., Boroi, A., Butoi, A.** *Sinuciderea un paradox*. București, România. 2012, 138 p. CZU 616.89-008.441.44.
 27. **Cantarji, V.** *Impactul socio-economic al crizei economice asupra migrației și remitețelor în Republica Moldova*. Primii indicatori. Organizația Internațională pentru Migrație. Chișinău, 2009, p. 28.
 28. **Caragangiu A.** *Remitenți și remitențe în contextul creșterii economice*. Sinteza experienței internaționale. Chișinău, 2006, 68 p.
 29. **Caraman, I., Buciuceanu-Vrabie, M.** *Unele considerații privind devianta juvenilă*. În: *Revista de Filozofie, Sociologie și Științe Politice*. Chișinău, 2008, nr. 2(147), pp. 63-67. SSN 1957-2294.
 30. **Casiadi, O., Porcescu, S.** *Migrația: subiecte și subiecți*. Chișinău, 2008, pp. 337-338.
 31. **Ceban O., Etco L., Ciocanu M., Ețco C.** *Modelul de interacțiune a domeniilor de sănătate și educație în ocrotirea sănătății reproductive a tinerilor*. În: *Revista de Științe ale Sănătății din Moldova: Moldovan Journal of Health Sciences*. Chișinău, 2017, vol. 13, Nr. 3, p. 86-97. ISSN 2345-1467.
 32. **Ceban, O.** *Interacțiunea domeniilor de sănătate și educație pentru protejarea sănătății reproductive a tinerilor*: tz. De dr. în medicină. Chișinău, 2018. 148 p.
 33. **Cheianu-Andrei, D.** *Analiza lacunelor în domeniul managementului migrației*. Chișinău, 2015, 88 p.
 34. **Cheianu-Andrei, D.** *Migrația capitalului uman înalt calificat din Republica Moldova: Realități și Provocări*, *Sociologia: Interferențe naționale și internaționale*. În: *Materialele Conferinței științifice cu participare internațională*, 14-15 noiembrie 2012, Chișinău, 2012, 170 p.
 35. **Cheianu-Andrei, D., Gramma, R., Milicenco, S., Prican, V., Rusnac, V., Vaculovschi, D.** *Necesitățile specifice ale copiilor și vârstnicilor lăsați fără îngrijirea membrilor de familie, plecați la muncă peste hotare*. Chișinău, 2011. Ch.: CEP USM., 2011. 251 p. ISBN 978-9975-71-124-1.

36. **Cheianu-Andrei, Diana.** *Migrația cadrelor didactice din Moldova: brain gain sau brain waste?* În: Monitor Social. Chișinău, 2012, nr.15, pp. 15-25.
37. **Cheianu-Andrei, Diana.** *Necesitățile prestatorilor de servicii sociale în relaționarea cu copiii separați de părinți și copiii în situație de risc.* Min. Muncii, Protecției Sociale și Familiei., Centrul de Investigații și Consultanță „SocioPolis”. Chișinău, 2015, 122 p. ISBN 978-9975-80-978-8.
38. **Chira, A.** *Climatul psihosocial în familia migrantului.* În: Materialele Conferințe științifice cu participare internațională „Interferențe universitare – Integreare prin cercetare și inovare” din 25-26 septembrie 2012. Rezumate ale comunicărilor: Științe sociale. Chișinău, 2012, pp. 123-134.
39. **Ciurac, S., Cușnir, A.** *Tendențe actuale ale învățământului superior și preocupări pentru Republica Moldova în contextul Integrării Europene.* Brain Drain. Cazul Republicii Moldova. Chișinău, 2011. 251-259 p.
40. *Codul civil al Republicii Moldova, adoptat prin Legea nr. 1107/06.06.2009.* În: Monitorul Oficial, nr. 82-86, art. Nr. 661 din 22.06.2002, modificat LP 304 din 21.12.17, MO7-17/12.01.18 art.64; în vigoare din 12.01.18.
41. *Codul de procedură civilă al Republicii Moldova nr. 225/30.05.2003.* În: Monitorul Oficial nr. 130-134 , art .nr : 415 din 21.06.2013, modificat LP17 din 05.04.18, MO142-148/04.05.18 art.277; în vigoare 01.06.18.
42. *Codul Familiei al Republicii Moldova.* COD Nr. 1316 din 26.10.2000. În: Monitorul Oficial nr. 47-48 , art. nr. 210 din 26.04.2001, modificat LP79 din 24.05.18, MO195-209/15.06.18 art.338, în vigoare din 01.06.18.
43. *Codul Global de Practici al OMS privind recrutarea internațională a personalului medical.* A șaizeci și treia Asamblée Mondială a Sănătății . WHA63.16, Geneve, Mai 2010, p. 2-9.
44. *Codul penal al Republicii Moldova, adoptat prin Legea nr. 1985/18.04.2002* În: Monitorul Oficial, nr. 72-74, art. nr. 195 din 4.04.2009, modificat LP 233 din 08.11.18, MO448-460/07.12.18 art.731.
45. **Cojocaru M.** *Efectele migrației. Migrația și efectele ei în plan familial.* Univers pedagogic Nr. 2 (50) 2016, pag. 21-22.
46. *Compendiul Statistic al Profilului Migrațional Extins al Republicii Moldova pentru anii 2014-2016.* Ministerul Afacerilor Interne al Republicii Moldova. Biroul Migrație și Azil. Chișinău, 2017, 134 p. Disponibil:http://bma.gov.md/sites/default/files/media/cs_pme_2017.pdf.
47. *Consolidarea legăturii dintre migrație și dezvoltare în Moldova.* Centrul de analiza și investigații sociologice, politologice și psihologice. Agenția

- internațională pentru informație din țara de origine. Chișinău, 2010, pag 32-37. Disponibil: <http://siteresources.worldbank.org/INTMOLDOVA/Resources/ConsolidareaLegaturiiDintreMigratieDezvoltare.pdf>.
48. **Constantin, D., Nicolescu L.** *Perspective europene de abordare a azilului și migrației*. Institutul european din România. București, România, 2008, p. 6.
 49. **Constantin, M.** *Maltratarea copilului-între cunoaștere și intervenție*. Iași, România, 2004, pp.210-257. ISBN: 978-973-166-074-5.
 50. *Constituția Republicii Moldova, adoptată la 29.07.1994*. În: Monitorul Oficial nr. 1, modificat HCC7 din 04.03.16, MO59-67/18.03.16 art.10; în vigoare din 04.03.16.
 51. *Consumul de alcool, droguri și tutun în rândul elevilor din clasele a 8-a și a 9-a din R. Moldova, anul 2015*. Centrul European de Monitorizare a Drogurilor și Dependenței de Droguri. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Centrul Național de Management în Sănătate. 2016. Disponibil: <http://www.espad.org/en/Reports--Documents/ESPAD-Reports/>.
 52. *Copii în conflict cu legea*. Evaluarea necesităților pentru serviciile primare, secundare și terțiare de prevenire pentru copiii aflați în conflict cu legea în Republica Moldova. UNICEF Moldova. Chișinău, 2015, pp. 10-25.
 53. *Copiii Moldovei 2016*. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. UNICEF MOLDOVA. Chișinău, 2017, 254 p. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Copiii_Moldovei/Copii_Moldovei_2016.pdf.
 54. *Copiii în situații de stradă în Republica Moldova*. Raport de studiu calitativ. Terre des hommes., UNICEF Moldova. Chișinău 2018. 62 p. Disponibil: https://tdh-moldova.md/media/files/files/copiii_in_situatie_de_strada_ro_compressed_1609411.pdf.
 55. *Copiii rămași fără îngrijire părintească*. Evaluarea tutelei oficiale și neoficiale în cadrul sistemului de îngrijire și protecție a copilului în Republica Moldova. UNICEF Moldova. 2015. 89 p. Disponibil: <https://www.unicef.org/moldova/media/841/file/Copii-ramasi-fara-ingrijire-parinteasca.pdf>.
 56. **Costandachi, G.** *Republica Moldova la un sfert de secol de independență*. Chisinau, 2016. pp.44-49. Disponibil: <http://www.costandachi.eu/wp-content/uploads/2016/06/REPUBLICA-MOLDOVA-LA-UN-SFERT-DE-SECOL-DE-INDEPENDEN%C8%9A%C4%82.-REALIT%C4%82%C8%9AI-SOCIAL-ECONOMIC.pdf>.
 57. *Creștem mari în Republica Moldova*. UNICEF Moldova. Chișinău, 2008, p. 26-27.

58. **Crestenco, T.** *Analiza sistemului de protecție ai copiilor în situații de risc și ai celor rămași fără ocrotire părintească.* Chișinău, 2013, 45 p.
59. **Cristei, A.** *Abordări conceptuale ale migrației forței de muncă.* În: Materialele Conferinței științifice cu participare internațională „Interferențe universitare – Integrare prin cercetare și inovare” 25-26 sep-tembrie 2012. Rezumate ale comunicărilor: Științe sociale. Chișinău, 2012, p. 270.
60. **Cristei, A.** *Orientările valorice ale tinerilor afectați de fenomenul migrației, Sociologia: Interferențe naționale și internaționale.* În: Materialele Conferinței științifice cu participare internațională, 14-15 noiembrie 2012. Rezumate ale comunicărilor: Științe sociale. Chișinău, 2012, p. 170.
61. *Cum putem preveni separarea copilului de părinți.* Ghid pentru profesioniști. UNICEF Moldova. Chișinău, 2006, p. 17.
62. **Cușnir, A.** *Migrația și mobilitatea oamenilor de știință în contextul globalizării.* Brain Drain. Cazul Republicii Moldova. Chișinău, 2011, p. 259.
63. **Cuznețov, L.** *Situația copiilor rămași fără îngrijire părintească în urma migrației.* UNICEF Moldova. Raport de studiu. Chișinău, 2006, p. 4.
64. *Date statistice din Registrul de stat al populației referitor la cetățenii RM plecați peste hotare la loc permanent de trai, 2019.* Disponibil: <http://www.asp.gov.md/ro/node/1653>.
65. **Deleu, E.** *Generații secunde de migrație: cazul Republicii Moldova.* Chișinău, 2017, 344 p.
66. **Diaconescu, D.** *Tipuri de migrație – cauze, efecte asupra componentelor securității statului.* Sesiunea internațională de Comunicări Științifice: științe politice, relații internaționale și studii de securitate, Sibiu, România, 2010, pp. 262-269.
67. **Doraș, V.** *Fenomenul migrației: Considerente conceptuale.* Brain Drain. Cazul Republicii Moldova. Chișinău, 2011, pp. 256-259.
68. **Drăguț, A.** *Migrația internațională și problemele dezvoltării.* București, România, 1981, pp. 86-88.
69. *Efectele migrației: copiii rămași acasă.* Studiu. Fundația Soros, România, București, 2007, 59 p.
70. **Ețco C., Ferdohleb A.** *Copii sub 5 ani: Aspecte demografice, sociale și medicale.* În: Materialele Conferinței Internaționale: Transformările demografice și socio-economice ale populației. Actualitate și viitor, 5-6 decembrie 2006. Chișinău, p.80.
71. *Evaluarea sistemului de îngrijire a copilului în Republica Moldova.* Chișinău, 2012, pp. 23-29.

72. *Evaluarea sistemului de referire a victimelor traficului din Republica Moldova*. Chișinău , 2017, 68 p. Disponibil: http://antitrafic.gov.md/public/files/Evaluarea_SNR_ISMPD.pdf.
73. *Evaluarea strategică a sistemului de protecție ai copiilor în Republica Moldova*. Ministerul Educației, Culturii și Cercetării., Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. Chișinău: Tipografia „Bons Offices”, 2014, 220 p.
74. *Familii fără hotare: 20 Întrebări și răspunsuri despre copii, pentru părinții care pleacă peste hotare*. Terre des hommes Moldova. Chișinău, 2016, 64 p.
75. *Familii fără hotare: Copii rămași acasă? Părinți plecați în străinătate? Răspunsuri pentru profesioniști*. Terre des hommes Moldova. Chișinău, 2014, pp. 11-17.
76. *Forța de muncă în Moldova – ocupare și șomaj 2015*. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Chișinău, 2016. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/AFM_2016_rom.pdf.
77. *Forța de muncă în Republica Moldova: Ocupare și șomaj în anul 2016*. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Chișinău, 2016, 164 p.
78. *Forța de muncă în Republica Moldova: Ocupare și șomaj în anul 2018*. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Chișinău, 2019.
79. **Gagauz, O.** *Impactul migrației forței de muncă asupra relațiilor familiale*. În: *Materialele Conferinței Internaționale: Transformările demografice și socio-economice ale populației. Actualitate și viitor.*, 5-6 decembrie 2006, Chișinău, p.175.
80. **Gagauz, O.** *Sarcina în vârsta adolescenței*. Centrul de Cercetări Demografice, UNFRA. Chișinău, 2015, pp. 3-8.
81. **Gagauz, O.** *Situația copiilor rămași fără îngrijire părintească în urma migrației*. Raport de studiu. UNICEF Moldova. Chișinău, 2006, pp. 4-5.
82. **Gagauz, O., Bucuțeanu-Vrabie, M., Pahomii, I.** *Factorii determinanți ai excluziunii ocupaționale a tinerilor*. Institutul Național de Cercetări Economice al AȘM. În: *Revista de Filozofie, Sociologie și Științe Politice*. Chișinău, 2017, nr. 2 (174), pp.137-146. ISSN 1957-2294.
83. **Gagauz, O., Bucuțeanu-Vrabie, M., Pahomii, I.** *Părăsirea timpurie a sistemului educațional: factori și grupuri de risc*. Institutul Național de Cercetări Economice al AȘM. În: *Revista de Știință, Inovare, Cultură și Artă „Akademos”*. Chișinău, 2017, nr. 2(45), pp.98-104. ISSN 1857-0461.
84. **Galbur, O., Jelamschi, N.** *Fenomenul migrației cadrelor medicale în Republica Moldova*. Probleme actuale de sănătate publică și management. În: *Anale științifice: Zilele Univ.*, 17-19 oct. 2012, ediția a XIII-a, vol.2, Chișinău, 2012, p.635.

85. **Gaşper L.** *Aspecte Socio-psihologice ale preferințelor valorice la migrații de muncă.* În: Revista de filosofie, sociologie și științe politice. Chișinău, 2009,1(149), p.131.
86. *Ghencea, B., Gudumac, I. Migrația de muncă și remitențele în Republica Moldova .* Chișinău, 2005, pp.3-8.
87. *Ghidul pentru profesioniștii care lucrează cu copiii migraților.* Centrul de informare și documentare, privind drepturile copilului (CIDDC)., Organizația suedeză „Salvați copiii”, Organizația pentru Securitate și Cooperare în Europa (OSCE)., Organizația Internațională pentru migrație (OIM). Chișinău, 2014, pp. 23-26.
88. **Gonța, V.** *Aspecte și probleme ale migrației externe în perioada de tranziție a Republicii Moldova.* În: Matertialele Simpozionului Internațional: Probleme demografice ale populației în contextul Integrării Europene., 14-15 aprilie, 2005. Chișinău, 2005, p.322.
89. **Gonța, V.** *Impactul migrației populației asupra structurii demografice în spațiul urban.* În: Matertialele Conferinței Internaționale: Transformările demografice și socio-economice ale populației. Actualitate și viitor., 5-6 decembrie, 2006, Chișinău, 2006, p.154.
90. **Gorban A., Moraru V.** *Emigrarea ca parte a orientărilor migraționiste ale studenților.* Brain Drain. Cazul Republicii Moldova. Chișinău, 2011, p. 259.
91. **Gorban, A.** *Migrația potențială a studenților: Aspecte socio-economice.* Brain Drain. Cazul Republicii Moldova. Chișinău, 2011, p. 259.
92. **Gorban, A.** *Intențiile migraționiste ale studenților în contextul „ Exodului creierilor” Factorul economic.* În: Moldoscopie. Probleme de analiză politică. Chișinău, 2009, nr.4 (XLVII), p. 195.
93. **Gorban, A.** *Orientările migraționiste ale studenților: Aspectul Gender.* În: Moldoscopie. Chișinău, 2009, nr.3 (XLVI), p.198 p.
94. **Gorban, A., Rusnac, Gh.** *Migrația și învățământul superior.* Brain Drain. Cazul Republicii Moldova. Chișinău, 2011, p. 259.
95. **Gorbunov, G.** *Impactul migrației asupra sănătății copiilor.* În: Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2016, 3(71), p. 92.
96. **Gorbunov, G.** *Nivelul vaccinării copiilor marcați de migrația parentală de muncă.* În: Buletin de perinatologie. Chișinău, 2019, 2(83), pp. 38-42. ISSN 1810-5289.
97. **Gorobievski, S.** *Evoluția conceptui și metodelor de evaluare a Calității Vieții.* În: Journal „Economica”. 2013, vol.83, nr. 1, pp 7-23.

98. **Gorobievski, S.** *Concepte manageriale pe marginea calității vieții.* În: Anale ULIM, Seria Economie. Chișinău, 2009, nr.9, pp. 56-66.
99. **Gorobievski, S.** *Libertatea economică – condiție primordială de realizare a nevoilor umane.* În: Anale ULIM: Seria Economie. Chișinău, 2009, nr.9, pp.110-121.
100. **Gribincea, A., Negruță, A.** *Probleme actuale ale migrației, IIEȘP al AȘM Republica Moldova*”: Provocările migrației. Chișinău: Știința, 2010, 147 p.
101. **Grossu, D.** *Spre acces liber pe piață ale țărilor slab dezvoltate.* În: Buletin de informare privind OMC în RM , noiembrie 2001, nr. 10(34), pp. 33-34.
102. **Groza-Josanu, D.** *Migrația părinților în scop de muncă: o soluție pentru sărăcie sau un eșec al copilăriei?* În: Современные миграционные процессы: состояние и основные формы. Материалы международного научно-исследовательского семинара Тирасполь, 17 декабря, 2015, pp. 281-282.
103. *Hotărârea Guvernului Nr. 290 din 15 aprilie 2009 cu privire la regulile de eliberare al certificatului de luare în evidență al copilului care rămâne în țară, al cărui părinte/ tutore (curator), cetățean al Republicii Moldova, se angajează provizoriu în muncă în străinătate.* În: Monitorul Oficial nr. 80-81, art. nr: 341 din 24.04.2009, modificat HG130 din 22.02.10, MO30-31/26.02.10 art.177.
104. *Hotărârea Guvernului Nr. 1356 din 03.12.2008 cu privire la aprobarea Sistemului Informațional Structurii Automatizat „Asistența Socială”.* În: Monitorul Oficial nr. 221-222, art nr. 1378 din 12.12.2008.
105. *Hotărârea Guvernului Nr. 784 din 09.07. 2007. Pentru aprobarea strategiei naționale și a planului de acțiuni privind reforma sistemului rezidențial de îngrijire a copilului pe anii 2007-2012.* În: Monitorul Oficial Nr. 103-106 , art nr: 823 din 20.07.2007.
106. *Hotărârea Guvernului Nr. 450 din 29.04.2004 despre aprobarea Regulamentului privind orientarea profesională și susținerea psihologică a populației în problemele ce țin de carieră.* În: Monitorul Oficial al R.Moldova nr.77-79/607 din 14.05.2004. Modificat HG592 din 24.07.17, MO289-300/11.08.17 art.727.
107. *Hotărârea Guvernului Nr. 1005 din 10.12.2014 privind aprobarea Strategiei naționale de management integrat al frontierei de stat pentru perioada 2015-2017 și a Planului de implementare a acesteia.* În: Monitorul Oficial Nr. 372-384 din 19.12.2014.

108. *Hotărîrea Guvernului Nr. 1167 din 16-10-2008 pentru aprobarea Regulamentului cu privire la modul de stabilire și plată a ajutorului social.* În: Monitorul Oficial Nr. 189, art. 1173 din 21-10-2008.
109. *Hotărîrea Guvernului Nr. 1177 din 31 octombrie 2007 cu privire la instituirea copilului aflat în dificultate și aprobarea Regulamentului-cadru de activitate a acesteia.* În: Monitorul Oficial nr. 13-19, art.nr : 19, din 22.01.2016, modificat HG1131 din 20.12.17, MO441-450/22.12.17, art.1249.
110. *Hotărîrea Guvernului Nr. 1361 din 07 decembrie 2007 pentru aprobarea Regulamentului-cadru cu privire la serviciul de asistență parentală profesională.* În: Monitorul Oficial nr. 198-202, art. nr: 1436 din 21.12.2007.
111. *Hotărîrea Guvernului Nr. 1472 din 30.12.2016 cu privire la aprobarea Planului național de acțiuni pentru implementarea Acordului de Asociere Republica Moldova-Uniunea Europeană în perioada 2017–2019.* În: Monitorul Oficial Nr. 103-108, art nr 271 din 31.03.2017.
112. *Hotărîrea Guvernului Nr. 288 din 15.03.2005 cu privire la aprobarea Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului în Republica Moldova până în 2015 și a Primului Raport Național „Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului în Republica Moldova”.* În Monitorul Oficial nr. 46-50, art nr. 340 din 25.03.2005.
113. *Hotărîrea Guvernului nr. 452 din 15.04.2016 cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a resurselor umane din sistemul sănătății pentru anii 2016-2025.* În Monitorul Oficial nr. 106-113, art nr 506 din 22.04.2016.
114. *Hotărîrea Guvernului Nr. 523 din 11.07.2011 cu privire la aprobarea Programului de dezvoltare a educației incluzive în Republica Moldova pentru anii 2011-2020.* În Monitorul Oficial nr. 114-116, din 15.07.2011, art. nr 589, modificat HG 592 din 24.07.17. În Monitorul Oficial nr. 289-300/11.08.17 art.727.
115. *Hotărîrea Guvernului cu privire la „Planul de Acțiuni pentru implementarea acesteia pe anii 2011-2015; Planul de Acțiuni privind susținerea reintegrării cetățenilor reînțorși de peste hotare pentru anii 2014-2016, nr.339 din 20.05.2014.* În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr. 134-141 din 30.05.2014.
116. *Hotărîrea Guvernului nr. 270 din 08.04.2014 cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, reținerirea, asistența și monitorizarea copiilor*

- victime și potențiale victime a violenței, neglijării, exploatării și traficului.*
În: Monitorul Oficial nr. 92-98, art. nr. 297, din 18.04.2014.
117. **Ianachevici, M.** *Lipsa de supraveghere parentală: migrația părinților și suferințele copiilor.* In: Didactica pro. 2007, nr.5-6, pp. 45-46.
 118. **Iliadi-Tulbure, C., Jubirca, S.** *Influența vârstei ginecologice asupra dezvoltării complicațiilor materno-fetale la adolescentele gravide.* In: Buletinul AȘM. 2017, 2(54), pp. 291-298.
 119. *Impactul decăderii din drepturile părintești asupra dezvoltării copiilor rămași fără îngrijire părintească în urma migrației.* UNICEF Moldova. CIDDC. Chișinău, 2008. Disponibil: https://www.unicef.org/socialpolicy/files/The_Impact_of_Parental_Deprivation_on_the_Development_of_Children.pdf.
 120. *Impactul migrației asupra copiilor din Republica Moldova.* UNICEF Moldova. 2008, 46 p. Disponibil: [https://www.unicef.org/The_Impacts_of_Migration_on_Children_in_Moldova\(1\).pdf](https://www.unicef.org/The_Impacts_of_Migration_on_Children_in_Moldova(1).pdf).
 121. *Indicatori preliminari privind sănătatea populației și activitatea instituțiilor medico-sanitare pe anii 2016-2017.* MSMPS R. Moldova., Centrul Național de Management în Sănătate. Chișinău, 2018, p.11.
 122. *Infractionalitate juvenila. Justitie si infractionalitate indicatori revizuiti (2014-2018).* Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Chișinău, 2018,. Disponibil: <http://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=6268>
 123. *Institutul Integrare Europeană și Științe Politice.* În: Revista de Filozofie, Sociologie și Științe Politice. Chișinău, 2011,nr. 1(155), pp.169-177. ISSN 1957-2294.
 124. **Jubîrcă, S.** *Rezultatele materne și fetale ale evoluției sarcinii și nașterii la adolescente.* În: Buletin de perinatologie. Chișinău, 2014, nr. 4(64), pp. 49-57.
 125. **Jubîrcă, S.** *Unele aspecte medico-sociale ale sarcinilor și nașterilor juvenile în Republica Moldova, 2008-2012.* În: Buletin de perinatologie. Chișinău, 2014, nr. 1(61), pp. 26-34.
 126. **Jubîrcă S., Vozeac V.** *Particularitățile nașterii premature la vârsta juvenilă.* În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. Chișinău, 2014, nr. 1, pp. 113-119.
 127. **Jucov A., Larisa Spinei.** *Impactul migrației asupra sănătății copiilor.* In: Materialele Conferinței științifico-practice naționale cu participare internațională „Sănătatea copiilor și factorii exogeni de risc”. Chișinău, 2012, pp. 58-63.

128. **Jucov A., Larisa Spinei.** *Impactul migrației de muncă asupra sănătății migranților.* In: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. Chișinău, 2013, nr.3(39), pp.15-18.
129. **Jucov A., Spinei L.** *Evaluarea opiniilor lucrătorilor medicali privind atitudinea migranților de muncă față de serviciile de sănătate.* *Analele științifice: Zilele Universității:*16-18 oct. 2013, ediția a XIV-a, Vol. 2, *Probleme actuale ale sănătății publice și managementului*, 2013, pp. 250-255.
130. **Jucov, A.** *Accesibilitatea serviciilor medicale pentru migranții de muncă din Republica Moldova.* In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină.* 2013, nr.3(48). pp. 49-53.
131. **Jucov, A., Spinei, L.** *Unele aspecte ale sănătății migranților* In: *Analele Științifice ale USMF „N. Testemițanu”.* 2011, 2(12). ISSN 1857-1719.
132. *Lăsați în urma migrației: persoane în etate și copii din Moldova.* HelpAge International., UNICEF Moldova. 2014, pp. 21-24.
133. **Lazăr, L.** *Fenomenul migraționist contemporan: probleme și provocări etnice.* *Filosofia în contextul științei contemporane.* În: *Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 23 octombrie, 2009.* Chișinău: Editura ASEM , 2010, p.254.
134. *Legea Nr.207 pentru ratificarea Convenției Organizației Internaționale a Muncii nr. 97 privind migrația în scop de angajare, adoptată la Geneva la 1 iulie 1949 nr. 209-XVI din 29.07.2005.* În: *Monitorul Oficial* Nr. 107-109, art Nr : 579 din 12.08.2005.
135. *Legea cu privire la ieșirea și intrarea în Republica Moldova nr. 269-XIII din 09.11.94.* În: *Monitorul Oficial* Nr. 6, art Nr: 54 din 26.01.1995. Modificat prin LP 66 din 13.04.17, MO171-180/02.06.17 art.297.
136. *Legea cu privire la migrația de muncă nr. 180-XVI din 10.07.2008.* În: *Monitorul Oficial* nr. 162-164, art. nr. 598 din 29.08.2008, în vigoare 01.01.2009, modificat LP186 din 26.07.18, MO333-335/24.08.18 art.555.
137. *Legea cu privire la migrație nr. 1518-XV din 06.12.2002.* În *Monitorul Oficial* Nr. 1-2 , art nr. 2 din 15.01.2003.
138. *Legea învățământului nr. 547/21.07.1995.* În *Monitorul Oficial* nr. 62-63, art. nr. 692 din 09.11.1995. În vigoare din 09.11.1995, modificat HCC19 din 03.06.14, MO238-246/15.08.14 art.32; în vigoare din 03.06.14.
139. *Legea nr. 123 din 18.06.2010 privind serviciile sociale.* În *Monitorul Oficial* nr. 155-158, art. nr. 541 din 03.09.2010, în vigoare din 03.03.2011, modificat LP79 din 24.05.18, MO195-209/15.06.18 art. 338.
140. *Legea nr. 129 din 08.06.2012 privind acreditarea prestatorilor de servicii sociale.* În: *Monitorul Oficial* nr. 181-184, art.nr. 593 din 31.08.2012. în

- vigoare din 31.01.2013, modificat LP 79 din 24.05.18, MO195-209/15.06.18 art. 338.
141. Legea nr. 133-XVI din 13.06.2008 cu privire la ajutorul social, art. 7. În Monitorul Oficial nr. 179, art. nr : 625 din 30.09.2008.
 142. *Legea nr. 249 din 02.11.2012 privind bugetul de stat pe anul 2013.* În: Monitorul Oficial nr. 263-269, art nr. 853 din 21.12. 2012.
 143. *Legea nr. 338-XIII din 15.12.1994 privind drepturile copilului.* În Monitorul Oficial nr. 13, art. nr 127 din 02.03.1995, modificat LP 201 din 28.07.16, MO293-305/09.09.16 art.630; în vigoare din 09.09.16.
 144. *Legea nr. 45-XVI din 01.03.2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie.* În în Monitorul Oficial nr. 55-56, art. nr. 178 din 8.03.2008, în vigoare din 18.09.2008, modificat PL 238 din 08.11.18, MO441-447/30.11.18 art.709.
 145. *Legea nr. 547-XV din 25.12.2003 privind asistența socială.* În Monitorul Oficial nr. 42-44, art. nr. 249 din 2.03.2004, modificat LP 172 din 27.07.18, MO321-332/24.08.18 art.529; în vigoare din 24.08.18.
 146. *Legea privind protecția specială ai copiilor aflați în situație de risc și ai copiilor separați de părinți, nr. 140 din 14.06.2013.* În Monitorul Oficial nr. 167-172, art. nr. 534 din 02.08.2013, in vigoare din 01.01.2014, modificat LP 238 din 08.11.18, MO441-447/30.11.18 art.709.
 147. *Legea, privind drepturile copilului, nr.338-xiii din 15.12.1994.* În: Monitorul oficial al Republicii Moldova, 1995, nr.13/127.
 148. *Liniile Directoare ONU cu privire la îngrijirea alternativă ai copiilor.* New York: Națiunile Unite. Asociația SOS Satele Copiilor. București, Romania. 2017, 19 p. Disponibil: <https://www.sos-satelecopiilor.ro/>.
 149. *Lucrătorii medicali din Republica Moldova care au migrat în Italia și alte țări ale Uniunii Europene,* În OMS. Republica Moldova. Seria de lucrări în domeniul politicilor de sănătate. 2014, nr. 17, pp.167-169. Disponibil: http://www.old2.ms.gov.md/sites/default/files/lucratorii_medicali_din_r_moldova_care_au_migrat_spre_italia_si_alte_tari_ale_ue.pdf.
 150. **Lucuț, G., Rădulescu, S.** *Calitatea vieții și indicatorii sociali.* București, Babel. 2000, p. 59.
 151. **Luțic, A., Furtună, P.** *Politica migraționistă a Republicii Moldova în contextul integrării europene,* Procese integraționiste europene: Aspecte politice, economice, juridice și lingvistice. În: *Materialele Conferinței științifice studențești, consacrate aniversării a VIII-a de la fondarea IRIM,* 24 martie, 2011, Chișinău, 2011, p. 221 .

152. **Mărginean, I.** *Modelul social românesc din perspective calității vieții populației.* În: Revista Calitatea Vieții. București, România. 2004, vol. XV, nr. 3-4. pp. 215-216. ISSN 1844-5292.
153. **Mărginean, I.** *Quality of Life in Romania.* București: Editura Expert, 2004, p. 14. ISSN 1844-5292.
154. **Matei, C., Paladi, G., Sainsus, V.** Cartea Verde a populației Republicii Moldova. *Comisia Națională pentru Populație și Dezvoltare.* Chișinău, 2009, p. 15.
155. Memorandum de înțelegere între MSMPS R.Moldova și Agenția Elvețiană pentru dezvoltare și cooperare cu privire la Proiectul „*Generație sănătoasă. Servicii de sănătate prietenoase tinerilor în Republica Moldova*” Faza a doua: 01.11.2014 – 31.10.2018, p. 65-66.
156. *Migrația populației în cadrul țării și din alte țări.* Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. 2017. Disponibil: <http://statistica.gov.md/print.php?l=ro&idc=168&id=5676>.
157. *Migrația prin ochii părinților moldoveni.* Magenta Consulting. Cercetări, Consultanță și Strategie Marketing. 2016. Disponibil: <http://consulting.-md/rom/statistici-si-publicatii/migratia-prin-ochii-parintilor-moldoveni>.
158. *Modelul familiei în tranziție și răspunsul politicilor publice la schimbările de valori și structuri sociale în Republica Moldova.* Raport de cercetare IDIS „Viitorul” și Reprezentanța UNICEF în Republica Moldova. Chișinău, 2007, 58 p.
159. *Moldova în cifre.* Breviar statistic 2017. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova Chișinău, 2017. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Moldova_in_cifre/2017/Moldova_in_cifre_2017.pdf
160. *Moldova în cifre.* Breviar statistic 2018. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova Chișinău, 2018. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Moldova_in_cifre/2018/Breviar_ro_2018.pdf
161. *Moldova în cifre.* Breviar statistic 2019. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Chișinău, 2019. Disponibil: http://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Moldova_in_cifre/2019/Breviar_ro_2019.pdf.
162. **Moldovanu I., Jubîrcă S., Iliadi-Tulbure C.** *Influența statutului psihologic asupra evoluției sarcinii la adolescente.* În: A X-a ediție a conferinței

- „Zilele Neonatologiei Moldave”cu participere internațională. Murighiol, România, 2017, pp. 172-177.
163. *Monitorizarea situației femeilor și copiilor din Republica Moldova. Studiul de Indicatori Multipli în Cuiburi (MICS) 2012. Raport sumar.* UNICEF , Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova. Chișinău, 2014, 25p. Disponibil: <https://www.unicef.org/moldova/media/871/file/Moldova-MICS-Summary-Report-FINAL-RO.pdf>.
 164. **Morozan, C.** *Procedura de monitorizare a modului de creștere și îngrijire a copilului cu părinți plecați la muncă în străinătate.* Chișinău, 2016, pp. 12-18.
 165. **Moșneaga, V.** *Migrația de muncă din Republica Moldova: factorii de propensiune ai procesului.* Chișinău, 2015, 150 p.
 166. **Moșneaga, V.** *Politica migraționistă a Republicii Moldova: Etapa actuală. Brain Drain. Cazul Republicii Moldova.* Chișinău, 2011, pp. 257-259.
 167. **Moșneaga, V.** *Politici și practici ale reglementării migrației în contextul provocărilor modern.* În: Materialele Conferinței științifice internaționale or. Tiraspol, 27 ianuarie, 2017. Chișinău, 2017, p. 284.
 168. *Munca copiilor în Republica Moldova: Rezultatele cercetării din 2009 privind activitățile copiilor. Sinteză.* Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Chișinău, 2010, pp. 24-31. ISBN 978-9975-4131-0-7.
 169. **Nemerenco, A.** *Activitatea medicului de familie în echipă-instrument de îmbunătățire a calității serviciilor primare de sănătate.* În: Materialele Conferinței internaționale de medicină de familie „Medicina de familie în epoca tehnologiilor-oportunități și limite”. Iași, România, 2009, pp. 46-47.
 170. Nimeni nu e singur pe pământ. 11 întrebări și răspunsuri. MMPSȘF., OIM Moldova. Chișinău, 2012, p. 3-7.
 171. Agendă europeană privind migrația. Comunicare a comisiei către Parlamentul European, 13.5.2015 COM(2015) 240 final. Bruxelles, 2015, 25 p. Disponibil: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=CELEX:52015DC0240&from=EN>.
 172. **Oceretnii, A.** *Cartografierea situației cu privire la victimizarea copilului prin abuz și exploatare sexual în Republica Moldova.* Chișinău, 2012, 66 p.
 173. Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale N 144/a din 28.08.2013 Cu privire la Sistemul Informațional Automatizat „Asistența Socială”. Disponibil: https://msmps.gov.md/sites/default/files/document-/attachments/ordinul_nr_144_a_cu_privire_la_sistemul_informatiional_a_utomatizat_asistenta_sociala.pdf.

174. **Peru-Balan, A., Băhneanu, V.** *Gestionarea fenomenului migrației în contextul liberalizării regimului de vize între Republica Moldova și Uniunea Europeană.* În: *Moldoscopie*, 2011, nr.2, pp. 94-54.
175. **Petrov, A., Ciurea, I.** *Indexul de Tineret 2015.* Consiliul Național al Tineretului din Moldova. Chișinău. 2017, 30p. Disponibil:https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Policy%20brief_Youth%20Index_%20Ro.pdf.
176. **Poalelungi O.** *Aspecte ale migrației intelectuale din Republica Moldova.* Brain Drain. Cazul Republicii Moldova. Chișinău, 2011, pp. 59-64p.
177. **Poalelungi, O.** *Migrația și aspecte ale securității sociale a lucrătorilor migranți din Republica Moldova.* În: *Revista de Filosofie, Sociologie și Științe Politice.* Chișinău, 2011, 2 (156), p. 155-158.
178. *Politici educaționale pentru elevii de risc și cei cu disabilități din țările Europei de Sud-Est.* Moldova. Organizația de Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE), pentru versiunea Republica Moldova. Paris, 2007, 39 p. Disponibil: <https://www.oecd.org/countries/moldova/38614255.pdf>.
179. **Postolachi V., Chiriac P.** Republica Moldova. *Problemele Migrației,* CRIO, Chișinău, 2007, 380-381 p.
180. *Politici educaționale și de reglementare a migrației.* Disponibil: <https://msmps.gov.md/ro/content/politici-ocupationale-si-de-reglementare-migratiei>.
181. *Prevenirea discriminării, exploatării și abuzului femeilor lucrătoare migrante: Ghid informațional. Cartea 3. Recrutarea și călătoria pentru angajarea peste hotare.* Chișinău. 2006, 72 p. ISBN: 978-92-2-819511-8.
182. *Profilul migrațional extins al Republicii Moldova, 2008–2013.* Ministerul Afacerilor Interne al Republicii Moldova., Biroul Migrație și Azil . Raport analitic. Chișinău, 2014, 101 p. Disponibil: https://mai.gov.md/sites/default/files/document/attachments/raportul_analitic_al_pme_2008-2013.pdf.
183. *Profilul Migrațional Extins al Republicii Moldova 2010-2015.* Retrospectiva tendințelor migrației pentru perioada 2005–2015. Raport analitic. Biroul Migrație și Azil al Ministerului Afacerilor Interne al Republicii Moldova. Chișinău, 2017, pp. 51-55. Disponibil: https://www.iom.md/sites/default/files/publications/docs/EMP%20Moldova%202010-2015_RO.pdf.
184. *Profilul sociodemografic al Republicii Moldova la 20 de ani după adoptarea Programului de Acțiune de la Cairo. Centrul de Cercetări*

- Demografice al INCE al AȘM. Chișinău, 2014, 144 p. Disponibil: https://ince.md/uploads/files/1405586689_raport.cor-2.pdf.*
185. *Programul de activitate al Guvernului Republicii Moldova (2015-2018). Chișinău, 2015, 155 p. Disponibil: <https://gov.md/sites/default/files-/document/attachments/program-guvernare-strelet-2015-2018.pdf>.*
186. *Programul de dezvoltare al învățământului medical și farmaceutic în Republica Moldova pe anii 2011-2020, aprobat prin HG nr. 1006 din 27 octombrie 2010. Disponibil: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=336567>.*
187. **Prohnițchi, V., Lupușor, A.** *Opțiuni privind valorificarea remitențelor și economiilor emigranților pentru dezvoltarea Republicii Moldova. Chișinău: UNDP, 2013, p. 18.*
188. *Raport de monitorizare a procesului de implementare a Strategiei Sistemului Național de Referire pentru protecția și asistența victimelor și potențialelor victime ale traficului de ființe umane pe perioada anului 2016. Disponibil: https://msmps.gov.md/sites/default/files/document/-attachments/raport_snr_2016_final.pdf*
189. *Raport de evaluare ex-post de impact a legii Nr 140 cu privire la protecția specială ai copiilor aflați în situație de risc și ai copiilor separați de părinți. Parlamentul Republicii Moldova. 2018. Disponibil: <http://www.-parliament.md/Controlparlamentar/Audieri%c3%aencomisie/tabid/263/ContentId/5033/Page/0/language/en-US/Default.aspx>.*
190. *Raport privind evaluarea necesităților pentru serviciile primare, secundare și terțiare de prevenire pentru copiii aflați în conflict cu legea în Republica Moldova. Chișinău, UNICEF Moldova, 2015, 80 p. Disponibil: <https://www.unicef.org/moldova/media/1301/file/Copiii-in-conflict-cu-legea-2015.pdf>.*
191. *Raport Special al Națiunilor Unite privind Drepturile Migranților. Comisia pentru afaceri externe. Raportor: Marie-Christine Vergiat. 10.10.2016. Disponibil: http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2016-0245_RO.pdf.*
192. *Reforma sistemului de îngrijire a copilului în Moldova: Realizări și provocări. Raportul Ministrului Sănătății, Protecției Sociale și Familiei. Londra, septembrie 2017. Disponibil: <https://www.slideshare.net/measureevaluation/reforma-sistemului-de-ngrijire-a-copilului-n-moldova-realizri-i-provocri>.*
193. *Respectarea drepturilor copilului 2016. Raportul copiilor din Moldova pentru Comitetul ONU privind Drepturile Copilului. Chișinău. 2017, 64 p.*

194. **Riza, R.** *Repere istorice ale fenomenului migrațional*. In: Revista de Științe Politice. 2010, nr. 27, p. 30.
195. **Rusanovschi, S.** *Situația copiilor în contact cu sistemul de justiție din Republica Moldova*. UNICEF Moldova. 2015, pp. 12-13.
196. **Sainciuc, S.** *Noi tendințe în migrație – aspecte demografice*. Seminarul internațional organizat în contextul ședinței de lucru a Biroului Comisiei ONU pentru Populație și Dezvoltare. Chișinău, 17 ianuarie, 2013, pp. 45–46.
197. *Sănătatea migranților moldoveni: Impactul situației social-economice*. Centrul de Investigații Sociologice și Marketing „CBS-Axa”, OIM. Chișinău, 2010, 59 p.
198. **Sava, T.** *Copiii migranților: provocări și probleme*. În: Материалы международного научно-исследовательского семинара ”Современные миграционные процессы: состояние и основные формы”, Тирасполь, 17 декабря, 2015, pp. 282-283.
199. **Șimboteanu, D., Cheianu-Andrei, D.** *Corelația dintre abuzul sexual în copilărie și comportamentul sexual riscant ulterior*. Raport de studiu. Centrul de Investigații și Consultanță „SocioPolis”, Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii. Chișinău, 2016, pp. 42-50. ISBN 978-9975-89-014-4.
200. *Situația copiilor în Moldova în anul 2018*. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Chișinău, 2019. Disponibil: <http://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&id=6379&idc=168>
201. *Situația copiilor în Moldova în anul 2015*. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Chișinău, 2016. Disponibil: <http://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&id=5221&idc=168>.
202. *Situația copiilor în Republica Moldova în anul 2016*. Chișinău, 2016, 21p. Disponibil: <http://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&id=168&id=5638>.
203. *Situația copiilor în Moldova în anul 2017*. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Chișinău, 2018. Disponibil: <http://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&id=168&id=6017>.
204. *Situația copiilor rămași fără îngrijire părintească în urma migrației*. Raport de studiu. CIDDC., UNICEF Moldova. Chișinău, 2006, pp.19-68. Disponibil: https://drepturilecopilului.md/files/publications/raport_studiu_rom_2006.pdf.
205. **Spinei, L., Jucov, A.** *Atitudinea migranților față de sănătate*. In Anale științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Chișinău, 2013, vol. II, pp. 241-244.

206. *Strategia pentru protecția copilului pe anii 2014-2020, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 434 din 10 iunie 2014*. În: Monitorul Oficial nr. 160-166, art. nr. 481 din 20.06.2014. Disponibil: <https://www.slideshare.net/ghenador/strategia-de-protectie-a-copilului-i-familiei-3-prioriti-cheie-pentru-anii-20132020>.
207. *Statistici privind migrația și populația migrantă*. Eurostat 2017. Disponibil: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics/ro.
208. *Strategia de protecție al copilului și familiei: 3 priorități cheie pentru anii 2013-2020*. Chișinău, 2012. Disponibil: <https://www.slideshare.net/ghenador/strategia-de-protectie-a-copilului-i-familiei-3-prioriti-cheie-pentru-anii-20132020>.
209. *Strategia de dezvoltare a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova în perioada 2011-2020*. Chișinău, 2016, 82 p.
210. *Strategia sănătatea, dezvoltarea și bunăstarea copiilor și adolescenților în perioada 2015-2020*. Disponibil: <http://particip.gov.md/proiectview.php?l=ru&idd=2410#>.
211. *Studiul fenomenului trafic de copii în Republica Moldova*. Centrul Internațional pentru Protecția și Promovarea Drepturilor Femeii „La Strada”. Chișinău, 2010, 76 p. Disponibil: http://lastrada.md/publicatii/ebook/Child_Traffick_Ro_corr4.pdf.
212. *Studiul național privind situația copiilor aflați în dificultate și al copiilor ai căror părinți sunt plecați peste hotare*. Raport de studiu. MSMPS. Chișinău, 2012, 32 p.
213. *Tendințe și politici ale migrației în Regiunea Mării Negre: Cazurile Moldovei, României și Ucrainei*. Institutul pentru Politici Publice, București, Institutul pentru Dezvoltare și Inițiative Sociale — Viitorull, Chișinău, Centrul Internațional pentru Studii Politice, Kiev, 2008. Disponibil: www.ipp.ro/studiul-tendin355e-351i-politici-a.php.
214. **Tentiuc, T, Draghici, E.** *Monitorizarea respectării drepturilor copilului în procesul de acordare a asistenței medicale de urgență prespitalicească*. Avocatul poporului pentru protecția drepturilor copilului. Chișinău, 2016, 7 p.
215. *Tinerii în Republica Moldova în anul 2018*. BNS. 2019 .Disponibil: <http://www.statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=6431>
216. **Țurcan, V.** *Tineretul studios și experiența migraționistă*. Brain Drain. Cazul Republicii Moldova. Chișinău, 2011, pp.170-183.

217. **Vaculovschi, D.** *Migrația și dezvoltare: aspecte socio-economice.* Organizația Internațională pentru Migrație, Misiunea în Moldova. Chișinău, 2017, 228 p. ISBN 978-9975-89-074-8.
218. **Vîlcu, C.** *Migrația părinților la muncă în străinătate și efectele ei asupra copiilor rămași în țară.* Rezum. tz.de doctor în sociologie. Craiova, 2015, 46 p.
219. **Vremiș, M., Toartă, V., Rojco, A., Cheianu-Andrei, D.** *Abordări ale excluziunii sociale în Republica Moldova.* Aspecte metodologice și analitice. BNS., UNIFEM., UNDP. Ediția 1, Chișinău, 2010, pp.96-131.
220. **Zamfir, C.** *Determinanți ai calității vieții.* În: Revista Calitatea vieții. București, România. 1992, vol. III, nr. 2-4. p. 219-230.
221. **Akhtar, S.** *Remarks by Assistant-Secretary-General for Economic Development.* In: High Level Expert Policy Dialogue on Migration in the Post 2015 Development Agenda. Stockholm, 26th February, 2013. Disponibil: http://www.un.org/esa/population/migration/Akhtar_Sweden_Feb_2013_FIN.pdf.
222. *Assessment and recommendations to improve the resilience of the social protection system for a timely and flexible response to the needs of all vulnerable children and families facing shocks, disasters, and crises in Moldova.* Chisinau: UNICEF Moldova office. 2016. Disponibil: <http://www.merit.unu.edu/publications/uploads/1472459213.pdf>.
223. **Batra, A.** Round table theme 1: *Labour immigration.* In: Labour Migration and its Development Potential in the Age of Mobility. Malmö, Sweden, 15-16 Oct. 2009, p. 6. Disponibil: [Mobilite/Malmo/Malmo_imigratia_fortei_de_munca.pdf](http://www.mobilite.com/Malmo/Malmo_imigratia_fortei_de_munca.pdf).
224. *Being young in Europe today.* EUROSTAT. Statistical books. Luxembourg, 2015, 210 p. ISBN 978-92-79-43243-9. Disponibil: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/6776245/KS-05-14-031-EN-N.pdf>.
225. **Benedetti, E.** *EU migration policy and its relations with third countries: Russia, Ukraine, Belorussia and Moldova.* In: EU Migration Policy and its Reflection in Third Countries: Belarus, Moldova, Russia, Ukraine. Maribor : Iscomet, Institute for Ethnic and Regional Studies. Maribor, Slovenia, 2012, pp. 7-75. ISBN 978-961-6602-08-2.
226. **Benton M., Petrovic M.** How free is free movement? *Dynamics and drivers of mobility within the European Union.* Brussels: Migration Policy Institute Europe. 2013, p. 10.
227. **Bivol, S., Turcanu, Gh., Mosneaga, A., Soltan, V., Domete, S., Habicht, J.** *Barriers and facilitating factors in access to health services in the Republic of Moldova.* În :Republic of Moldova. Health Policy Paper

- Series No. 9. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark. 2012, pp.10-17. Disponibil: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/183510/e96775-final.pdf.
228. **Boswell, C.** *Migration in Europe*. In: A paper prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration. Migration Research Group. Hamburg: Institute of International Economics. 2005. 28 p. Disponibil: <https://pdfs.semanticscholar.org/a443/31ac850766c64699e604b72482b4875bf22f.pdf>.
229. **Carr, A., Higginson, I., Robinson, P.** *Quality of life*. În: BMJ Books, London, 2003, 133 p. ISBN0-7279-1544-4. Disponibil: DOI:10.1093/eurpub/cki178.
230. **Castles S., Miller M.** *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World*, 4th Edition. Palgrave MacMillan: UK and Guildford Press, 2009., p. 219.
231. **Cebotari, V., Siegel, M., Mazzucato, V.** *Migration and the education of children who stay behind in Moldova and Georgia*. În: International Journal of Educational Development. 2016, 51, pp. 96–107. Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.ijedudev>.
232. *COM-Communication from the Commission to the Council and the European Parliament. Integrating Migration Issues in the European Union's Relations with Third Countries*. COM (2002) 703 final, Brussels, 3.12.2002. Disponibil: [http://www.iemed.org/cd1/documents/Documents%20a%20linkar/Commission/Comissi%C3%B3%20europea%20informe%20Migration%20and%20development%20COM\(2002\)703.pdf](http://www.iemed.org/cd1/documents/Documents%20a%20linkar/Commission/Comissi%C3%B3%20europea%20informe%20Migration%20and%20development%20COM(2002)703.pdf).
233. **Desai, A., Zhou, C., Stanford, S., Haaland, W., Varni, J.** *Validity and responsiveness of the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) 4.0 Generic Core Scales in the pediatric inpatient setting*. În: JAMA Pediatrics, 2014, 68, p.1114-1121.
234. European Commission. Communication from the Commission: „*Policy Plan on Legal Migration*” {SEC(2005)1680}, Exploring the diversity of NEETs. Bruxelles, Luxembourg, 2016, 63 p.
235. **Gao, Y., Li, L., Kim, J., Congdon, N., Lau, J., Griffithss, S.** *The impact of parental migration on health status and health behaviours among left behind adolescent school children in China*. În: BMC Public Health. 2010, 10(56). Disponibil: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-56>.
236. **Garson, J., Loizillon, A.** Changes and Challenges. *Europe and Migration from 1950 to Present*. In: The Economic and Social Aspects of Migration. Conference Jointly Organised by The European Commission and the

- OECD. Brussels, Luxembourg, 21-22, January, 2003, p. 3. Disponibil: <http://www.oecd.org/els/mig/15516948.pdf>.
237. GLOPP. *Migration Networks and the Concept of Social Capital*. In: Adapted from: Susan Thieme. *Social Networks and Migration: Far West Nepalese Labour Migrants in Delhi*. Münster. 2006. Disponibil: http://www.glopp.ch/C1/en/multimedia/C1_pdf3.pdf.
238. **Gorbunov, G.** *Impact of labour migration of parents on children`s health in the republic of Moldova*. În: BMJ Journals. Archives of Disease in Childhood. Jun, 2017, 102 (Suppl2) A26. Disponibil: DOI: 10.1136/archdischild-2017-313273.67.
239. **Gushulak, B., MacPherson, D.** *Health aspects of the pre-departure phase of migration*. În: PLOS Med. 2011, 8(5). Disponibil: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001035>.
240. **Hanson, G.** *The Economic Consequences of the International Migration of Labor*. In: Annual Review of Economics, 2009, nr. 1, pp. 179–207. ISSN 1941-1383. Disponibil: DOI: 10.1146/annurev.economics.050708.143247.
241. *Health of refugee and migrant children*. Technical guidance. WHO Regional Office for Europe Copenhagen , Denmark. 2018, pp. 3-13. ISBN 978 92 890 5379 2. Disponibil: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/388361/tc-health-children-eng.pdf?ua=1.
242. **Hjern, A., Jeppson, O.** *Mental health care for refugee children*. In: Ingleby D, editor. *Forced migration and mental health; rethinking the care of refugees and displaced persons*. Copenhagen, Denmark. 2018. ISBN 978 92 890 5379 2.
243. Indicators of Immigrant Integration 2015. Settling In. Paris: OECD Publishing, 2015, 344 p. Disponibil: DOI:<https://dx.doi.org/10.1787/9789264234024-en>.
244. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015-2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2014. Disponibil: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/253768/64wd12g_Invest_CAHstrategy_140440.pdf?ua=1.
245. *Issop Migration Working Group*. ISSOP position statement on migrant child health. În: Child Care Health Dev, 2018, 44(1), pp.161–70.
246. **Jaeger, F., Hossain, M., Kiss, L., Zimmerman, C.** *The health of migrant children in Switzerland*. În: Int J Public Health. 2012,57(4).659–71. Disponibil: DOI:10.1007/s00038-012-0375-8.
247. **James, W., Varni, Ph.** *PedsQL Pediatric Quality of Life Inventory* . France. Lion, 2019. p. 122.

248. **Kulu, H., González-Ferrer, A.** *Family dynamics among immigrants and their descendants in Europe: Current research and opportunities.* În: European Journal of Population. 2014, 30(4), pp. 411–435. Disponibil: <https://doi.org/10.1007/s10680-014-9322-0>.
249. **Li, P.** *World Migration in the Age of Globalization: Policy Implications and Challenges.* In: New Zealand Population Review, 2008, 33/34, pp. 1-22.
250. **Michaud, P, Weber, M., Namazova-Baranova, L., Ambresin, A.** *Improving the quality of care delivered to adolescents in Europe: a time to invest.* În: Arch Dis Child. 2018. Disponibil: doi: 10.1136/archdischild-2017-314429.
251. *Migration and child health in Moldova and Georgia.* Comparative Migration Studies, 2018. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/323024569_Migration_and_child_health_in_Moldova_and_Georgia.
252. *Migration and Globalization.* In: The Levin Institute. The State University of New York, 2010. Disponibil: <http://www.globalization101.org/uploads/File/Migration/migration2010.pdf>.
253. **O’Higgins, A., Ott, E.M. and Shea, M.W.** (2018). *What is the Impact of Placement Type on Educational and Health Outcomes of Unaccompanied Refugee Minors? A Systematic Review of the Evidence,* Clinical Child and Family Psychology Review, 21(3), crp. 354-365
254. *Over 1200 migrant children deaths recorded since 2014, true number likely „much higher”.* Assessment report: borders, health situation at EU’s southern borders: migrant, occupational, and public health. Geneva: International Organization for Migration; 2015. Disponibil: <https://www.iom.int/news/un-migrationagency-over-1200-migrant-children-deaths-recorded-2014-true-numberlikely-much>.
255. *Report on Migration and Children:* Child Migration Research Network. Disponibil: http://www.childmigration.net/files/Rosalia_Cortes_07.pdf.
256. *Resolution 2020.* The alternatives to immigration detention of children. Strasbourg: Council of Europe. 2014. Disponibil: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=21295&lang=en>.
257. Save the Children and International Rescue Committee (2017). *Out of Sight, Exploited and Alone: A Joint Brief on the Situation for Unaccompanied and Separated Children in Bulgaria, The Former Yugoslav Republic of Macedonia, Serbia and Croatia,* March 2017.
258. **Semenza, J., Rocklov, J., Penttinen, P., Lindgren, E.** *Observed and projected drivers of emerging infectious diseases in Europe.* În: Ann N Y Acad Sci. 2016, 1382(1), pp.73– 83.

259. **Steel, Z., Liddell, B., Bateman-Steel, C., Zwi, A.** *Global protection and the health impact of migration interception.* În: PLOS Med. 2011, 8(6). Disponibil: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001038>.
260. **Stillman, S., McKenzie, D.** *The impact of immigration on child health: Experimental evidence from a migration lottery program.* În: Economic Inquiry. 2012, 50(1), pp. 62–81.
261. **Stubbe Ostergaard, L., Norredam, M., Mock-Munoz de Luna, C., Blair, M.** *Restricted health care entitlements for child migrants in Europe and Australia.* În: Eur J Public Health. 2017, 27(5):869–73. Disponibil: doi: 10.1093/eurpub/ckx083.
262. **Svintradze, I., Ubiria, G.** *How poverty separates families: Impact of international labour migration on families and children in Georgia Tbilisi.* Caucasus Research Resource Centre (CRRC): Georgia. Tbilisi, Georgia. 2007, p.9.
263. UNICEF. *Refugees and Internally Displaced Persons.*(2018). Disponibil: <https://data.unicef.org/topic/child-migration-and-displacement/displacement/#>.
264. UNICEF Moldova. TERMS OF REFERENCE. Specialist in Adolescents health communication (consultancy), Chişinău, 2016. Disponibil: <https://uncareer.net/vacancy/specialist-adolescents-health-communication-consultancy-94697>.
265. Uprooted. *The growing crisis for refugee and migrant children.* New York: United Nations Children’s Fund. 2016. Disponibil: <https://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/Uprooted.pdf>.
266. UNICEF (2016). Uprooted: *The Growing Crisis for Refugee and Migrant Children.* Нью-Йорк: ЮНИСЕФ.
267. **Vanore, M.** *Family-member migration and the psychosocial health outcomes of children in Moldova and Georgia: abstracts of doct. in sociology.* Maastricht University. 2015, 57 p. Disponibil: <http://digitalarchive.maastrichtuniversity.nl/fedora/get/guid:67fa2a26-bac5-49ff-adbe-cef3c0d0b74d/ASSET1>.
268. **Whitaker, B., Fisher, P., Jambhekar, S., Com, G., Razzaq, S., Thompson, J., Nick, T.** *Impact of degree of obesity on sleep, quality of life, and depression in youth.* În: Journal of Pediatric Health Care. 2018, 32, pp. 37-44.
269. **Wickramage, K., Siriwardhana, C., Vidanapathirana, P., Weerawarna S, Jayasekara B.** *Risk of mental health and nutritional problems for*

- leftbehind children of international labor migrants*. BMC Psychiatry. 2015, Mar 6. Disponibil: doi: 10.1186/s 12888-015-0412-2.
270. **Zimmerman, C., Kiss, L., Hossain, M.** *Migration and health: a framework for 21st century policy-making*. În: PLOS Med. 2011, 8(5). Disponibil: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001034>.
271. **Алешковский, И., Ионцев, В.** *Тенденции международной миграции в глобализирующемся мире*. În: Век Глобализации, 2007, nr. 2, p. 80.
272. Альбицкий, В., Одинаева, Н., Нечаева, Н. *Состояние здоровья детей первого года жизни из семей мигрантов*. În Вопросы современной педиатрии. 2006, 5(4), p. 5-7.
273. **Бурдельный, Е.** *Международная миграция в эпоху глобализации*. În: Procesul de globalizare, provocări și soluții. Chișinău: USM, CEPO. 2004, p.54.
274. **Винярская, И.** *Показатели качества жизни детей раннего возраста из семей мигрантов*. În: Казанский медицинский журнал. Приложение. III Региональная научно-практическая конференция Приволжского федерального округа „Педиатрия и детская хирургия в Приволжском федеральном округе”. 2006, p.178.
275. *Воздействие трудовой миграции на детей мигрантов, оставшихся в Таджикистане*. Дети мигрантов. UNICEF Tajikistan, 2011, p.184. Disponibil: http://www.unicef.org/tajikistan/resources_18660.html.
276. *Глобальный обзор политики в области питания*. Европейский портал информации здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 2018. Disponibil: <https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/gnpr-survey/>.
277. **Горбунова, Г.** *Трудовая миграция родителей и состояние здоровья детей и состояние здоровья детей Молдовы*. În Материалы II Всероссийской научно-практической конференции „Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья”. Новосибирск, Россия. 2017, pp. 27-30. УДК 616-084: 614.2.
278. **Горбунова, Г.** *Влияние трудовой миграции родителей на состояние здоровья детей Молдовы*. În Материалы III Всероссийской научно-практической конференции „Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья”. Новосибирск, Россия: Сибмедиздат, 2018, p. 50-52. УДК 616-084: 614.2.
279. **Горбунова, Г.** *Дети как социально-уязвимый слой населения и трудовые миграционные процессы в Республике Молдова*. În:

- Материалы III Всероссийской научно-практической конференции ” Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья”. Новосибирск, Россия: Сибмедиздат, 2018, pp. 48-50. УДК 616-084: 614.2.
280. **Горбунова, Г.** *Дети Молдавии и трудовая миграция родителей*. În: Матеріали Української науково-практичної конференції лікарів-педіатрів з міжнародною участю „Проблемні питання діагностики та лікування дітей з соматичною патологією”. Харків, Україна, 2017, стр. 69-70. УДК: 616-053.2:616.89-07-08.
281. **Горбунова, Г.** *Социально-медицинские аспекты здоровья детей-мигрантов в Республике Молдова*. Материалы II Всероссийской научно-практической конференции „Основные аспекты охраны репродуктивного здоровья подростков”. Новосибирск, Россия. 2018, стр.16-19. УДК 614.2.
282. **Горбунова, Г.** *Трудовые миграционные процессы в Республике Молдова и их влияние на здоровье детей*. Материалы II Всероссийской научно-практической конференции „Роль первичной медицинской профилактики в укреплении общественного здоровья ”. Новосибирск, Россия, 2017, стр. 25-27. УДК 616-084: 614.2.
283. **Горбунова, Г., Ецко, К.** *Влияние трудовой миграции родителей на состояние здоровья детей Молдовы*. Материалы Международной научно-практической конференции „Роль здравоохранения в охране общественного здоровья”. Бюллетень Национального Научно-Исследовательского Института Общественного Здоровья имени Н. А. Семашко. Москва, Россия. 2017, №1, стр. 30-35. Disponibil: <http://nriph.ru/index.php/byulleten/arkhiv-vypuskov.html>.
284. **Горбунова, Г., Ецко, К.** *Трудовая миграция в Республике Молдова*. Материалы Международной научно-практической конференции „Роль здравоохранения в охране общественного здоровья”. Бюллетень Национального Научно-Исследовательского Института Общественного Здоровья имени Н. А. Семашко. Москва, Россия 2017, №1, стр. 95-98. Disponibil: <http://nriph.ru/index.php/byulleten/arkhiv-vypuskov.html>.
285. *Данные Глобальной обсерватории здравоохранения (ГОЗ)*. Всемирная организация здравоохранения. Женева. 2018. Disponibil: <https://www.who.int/gho/ru/>.
286. *Детская бедность в Европе и Центральной Азии: определения, оценка масштабов, тенденции и рекомендации*. ЮНИСЕФ. Женева,

- Швейцария. Декабрь 2017, 80 стр. Disponibil: <https://www.unicef.org/eca/media/3401/file/Child-poverty-regional-report-russian.pdf>.
287. **Завтур, К., Турко, Т.** *Трудовая миграция и конфликт*. Население Молдовы и трудовая миграция: состояние и современные формы. Кишинёв. 2000, стр.83-96. ISBN: 9975-9551-7-7. Disponibil: <http://www.demoscope.ru/acrobat/book.pdf>.
288. *Здоровье беженцев и мигрантов – неотъемлемая часть общественного здоровья*. Доклад о здоровье беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ. Copenhagen, Denmark. Европейское региональное бюро. 2018, 140 стр. ISBN 978-92-890-5396-9. Disponibil: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311368>.
289. *Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020*. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. 2014. Disponibil: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/253776/64wd12_Rus_InvestCAHstrategy_140440.pdf.
290. Кыргызстан. *Женщины и дети из Кыргызстана, вовлеченные в миграцию наиболее уязвимые группы*. Отчет FIDH(Fédération Internationale des Ligues des droits de l’Homme). Paris, France. 2016, 76 стр. Disponibil: <https://www.osce.org/ru/odihf/343821?download=true>.
291. **Мошняга, В.** *Проблемы реинтеграции и возвращения трудовых мигрантов из Европейского Союза в страны Пограничья*. Вильнюс: ЕГУ, 2012, стр. 126.
292. **Мошняга, В.** *Регулирование трудовой миграции в Республике Молдова: основные этапы и их специфика*. În: MOLDOSCOPIE. Probleme de analiză politică. Chişinău. USM. 2007, №.1 (XXXVI). стр 33-48.
293. **Мошняга, В., Евдокимова, Л.** *Трудовая миграция в лицах: люди и судьбы*. Центр политического анализа и социальных технологий „САРТЕС”. Кишинёв. 2000, стр. 200-201.
294. **Мошняга, В., Руснак, Г.** *Мы строим Европу и не только*. Chişinău: CEPUSM. 2005, стр. 30–31.
295. **Мошняга, В., Руснак, Г., Цуркан, В., Завтур, А.** *Эффекты трудовой миграции молдавского населения в европейском контексте*. În: Cooperare regională și integrare europeană în sud-estul Europei: studii de caz. Chişinău. 2006, pp. 31-35.

296. **Нечаева, Н., Одинаева, Н.** *Социально-гигиенические показатели состояния здоровья детей раннего возраста семей мигрантов.* *Ин: Справочник педиатра.* Москва. 2006, №.10, стр.9-14.
297. **Одинаева, Н., Нецаева, Н.** *Особенности условий и образа жизни детей из семей мигрантов.* *Вопросы современной педиатрии.* Материалы X конгресса педиатров России „Актуальные проблемы педиатрии”. Москва. 2006, стр. 416.
298. **Одинаева, Н., Нецаева, Н., Домарева, Т.** *Показатели состояния здоровья детей раннего возраста из семей мигрантов.* *Вопросы современной педиатрии.* Материалы X конгресса педиатров России „Актуальные проблемы педиатрии”. Москва. 2006, стр.431.
299. *План действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья в поддержку выполнения Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г.* Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. 2016. Disponibil: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductivehealth/publications/2016/ action-plan-for-sexual-and-reproductive-health-towards-achieving-the-2030-agenda-for-sustainable-development-in-europe-leaving-no-one-behind-2016>.
300. *Семейство баз данных ЕРБ ВОЗ „Здоровье для всех”.* *Ин: Европейское региональное бюро ВОЗ.* Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. 2018. Disponibil: <http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-family-ofdatabases-hfa-db>
301. *Состояние здоровья детей и подростков в Европе.* Доклад Секретариата ВОЗ. ВОЗ. Европейское региональное бюро, 2018, р. 104-119. ISBN 978-92-8-905385-3.
302. *Социальный мониторинг. Социальная защита прав и благополучия детей в странах Центральной и Восточной Европы, Кавказа и Центральной Азии.* Доклад по правозащитной деятельности. Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). Региональное отделение по странам Центральной и Восточной Европы и Содружества Независимых Государств (ЦВЕ/СНГ). Женева, Швейцаря. 2015, стр. 4-8. Disponibil: http://transmonee.org/wp-content/uploads/2016/11/Social_Monitor_Advocacy_Brief_RUSSIAN_Final.pdf.
303. **Сошнев, А.** *Социальные факторы определяющие динамику миграционных процессов.* Вестник Межпарламентской Ассамблеи. Санкт-Петербург. 2000, №.2(25), стр. 230-237.

304. **Ходжиев, М., Измеров, Н., Бухтияров, И.** Изучение социально-психологических факторов формирования профессионального стресса у трудовых мигрантов. Анализ риска здоровью. 2017, №.3, стр.109–117. Disponibil: DOI: 10.21668/health.risk/2017.3.13.
305. **Цвятков, Н.** *Миграционные процессы в Республике Молдова: основные этапы.* Современные миграционные процессы: состояние и основные формы. Материалы международного научно-исследовательского семинара. Тирасполь, 17 декабря, 2015, стр. 70-76.
306. **Цуркан, В., Руснак, Г.** *Мотивы трудовой миграции: этнический аспект.* Население Молдовы и трудовая миграция: состояние и современные формы. Chişinău. 2000, стр. 158 - 170.
307. **Челидзе, Н., Бурдельный, Е.** *Международная трудовая миграция в контексте глобальных трансформаций.* Труды Тбилисского Государственного Университета. Экономика. Тбилиси. 2005, стр. 151.

Aspecte medico-sociale și psihologice ale migrației de muncă în Republica Moldova

Galina Gorbunov
Chișinău, 2021, 210 p.

Actualmente, cea mai dificilă problemă socială, politică și economică, cu care se confruntă Republica Moldova, este migrația forței de muncă. Migrația este un fenomen la fel de vechi ca și specia umană și, în funcție de responsabilii de această situație alarmantă, ea cauzează fie distrugerea statelor civilizate, fie formarea unor noi structuri sociale. Particularitățile migrațiunii în masă a populației Republicii Moldova formează un stil de viață specific. Migrația și-a pus amprenta pe toate sferele vieții; ea a schimbat comportamentul, modul de gândire și viziunile oamenilor.

Pentru Republica Moldova, printre factorii care favorizează migrația putem numi următorii: cererea forței de muncă peste hotare, democratizarea țării, nivelul educațional relativ înalt, tradițiile și memoria istorică, filierele de emigrare nereglementată, frontierele transparente și poroase, situația geografică favorabilă.

Actualmente, Republica Moldova se află în topul țărilor afectate de procesele migraționale. Efectele pozitive și cele negative ale migrației sunt resimțite de migranți și de societate în ansamblu, inclusiv de populația neimplicată în procesele migraționale, cum ar fi: copiii migranților și persoanele în etate care rămân să îngrijească de aceștia. Migrația de muncă generează provocări pentru sistemele de ocrotire ale sănătății în statele de origine și în cele de destinație, incluzând dificultățile referitoare la monitorizarea și ținerea sub control a stărilor de morbiditate și ale migrației lucrătorilor medicali. Migrația poate avea o influență nefavorabilă asupra sănătății persoanelor migrante și a copiilor rămași temporar fără grija părinților pe motivul migrației lor la muncă.

În lucrarea de față sunt elucidate particularitățile proceselor migraționale în Republica Moldova și ale efectelor generate asupra populației țării. O atenție deosebită se acordă evaluării calității asistenței medicale acordate migranților și copiilor lor, rămași în Republica Moldova.

Lucrarea este destinată tuturor celor angajați în prestarea serviciilor la nivelul asistenței medicale și sociale primare, conducătorilor instituțiilor medicale și sociale, rezidenților, studenților, precum și persoanelor care manifestă interes față de acest domeniu.

Monografia conține 29 de figuri, 64 de tabele, bibliografie din 307 titluri și șase anexe.

Медико-социальные и психологические аспекты трудовой миграции в Республике Молдова Кишинев

Галина Горбунова
Кишинев:, 2021. 210 стр.

Одна из самых сложных социальных, политических и экономических проблем которым противостоит Молдова это трудовая миграция. Миграция такой старый феномен как и человечество, и в зависимости от того, кто и как отвечает на вопросы может привести к разрушению государств или к образованию новых социальных структур. Особенности массовой миграции населения Молдовы образует новый образ жизни. Миграция отметила все сферы жизни, поменяла поведение, образ мышления и мировоззрение людей. Среди факторов, которые способствуют миграции в Республике Молдова можем отметить следующие: спрос на трудовую силу за рубежом, демократизация страны, относительно высокий образовательный уровень, традиции и историческая память, наличие путей нерегулируемой миграции, прозрачные границы и благоприятное географическое расположение.

В настоящее время Республика Молдова находится в топе стран подверженных миграционным процессам. Положительные и отрицательные эффекты миграции ощущают как мигранты, так и общество в целом, в том числе, население не вовлеченное в миграционные процессы, такие как: дети мигрантов и пожилые лица, ухаживающие за ними. Миграция создает различные провокационные проблемы для систем здравоохранения стран происхождения и стран назначения, включающие трудности относящиеся к мониторингу и контролю заболеваемости, контролю миграции медицинского персонала. Миграция, зачастую, может вызывать ухудшение здоровья мигрантов и негативно влиять на здоровье детей мигрантов, оставшихся в стране.

В данной работе освещены особенности миграционных процессов в Республике Молдова и вызываемых ею эффектов, действующих на население страны. Особенное внимание уделено оценке качеству медицинской помощи, оказанной мигрантам и их детям, оставшимся в стране.

Данная работа посвящена специалистам, вовлеченным в оказание медицинской, социальной и психологической помощи, студентам, резидентам, а также всем интересующимся данной темой.

Монография содержит 28 фигур, 64 таблиц, библиографические данные, состоящие из 307 наименований и 6 приложений.

Medical, social and psychological aspects of workforce migration in Republic of Moldova

Chisinau

Galina Gorbunov

Chişinău., 2021. 210 p.

The most difficult social, political and economical problem that the Republic of Moldova faces is workforce migration. Migration is a phenomenon as old as the human species itself, and depending on who responds the questions, it might bring to destroy civilized states or build the new social structures. The peculiarities of mass migration of the population of Republic of Moldova forms a specific mode of lifestyle. Migration made its impact upon almost all the domains of life, it had changed the behaviour, mode of thinking and peoples' views.

For Republic of Moldova, among those factors that encourage migration, one can name the following factors: workforce demand from the abroad, democratization of the country, a comparatively high level of education, traditions and historical memory, ways of unregulated migration, transparent borders and a favorable geographic situation.

Presently Republic of Moldova is placed on top of the countries that are affected by the migration processes. Both positive and negative effects of migration are felt by the migrants and the society, including as well the population that is not involved in the migration, such as: children of migrants and elderly people who stay to take care of the remaining. Migration generates different challenges for healthcare system in both mother countries and in the destination points, those difficulties, that include monitoring and disease control and the control of medical stuff. Migration can also provoke the worsening of health of the migrants and negatively influence their children's health, those who remained in the country

The given work illustrates the peculiarities of the migration process in the Republic of Moldova and its effect upon the population of the country. A special attention is dedicated to evaluation of the quality of medical assistance and social primary care, to managers of the medical and social institutions, researchers, students, as well as people who perform the interest towards this domain.

This monograph contains 28 figures, 64 tables, bibliography of 307 titles and 6 annexes.

ANEXE

ANEXA 1

Glosar de termeni selectivi în domeniul migrației internaționale

Acordul Schengen: la 14 iunie 1985, Republica Federală Germania, Franța, Belgia, Luxemburg și Olanda au semnat Acordul Schengen cu privire la eliminarea treptată a controlului de la frontierele comune ale acestor țări. Principalele prevederi ale acordului vizează crearea, în urma eliminării controlului de frontieră, a unui spațiu comun de securitate și justiție.

Circulația creierelor: deplasarea în străinătate pentru studii sau pentru a obține un loc de muncă în țară gazdă și, ulterior, revenirea în țara de origine.

Comunități gazdă: comunitățile locale în care sunt integrați imigranții (integrarea socială).

Diasporă/comunitate de migranți: numele dat unei comunități de imigranți stabiliți permanent în alte țări decât cea de origine.

Cetățenie: legătură juridică specială între o persoană și statul său, dobândită prin naștere sau prin naturalizare, indiferent că este prin declarație, opțiune, căsătorie ori alte mijloace, în conformitate cu legislația națională.

Emigrarea: acțiunea prin care o persoană, care a avut anterior reședința obișnuită pe teritoriul unui stat, încetează să mai aibă reședința obișnuită pe teritoriul statului în cauză pentru o perioadă care este sau se așteaptă să fie de cel puțin 12 luni.

„Exodul creierelor”: emigrarea lucrătorilor calificați dintr-o țară, sector economic sau domeniu de activitate, pentru a beneficia de un regim favorabil al salarizării și condițiilor de trai.

Fluxuri de migranți: numărul persoanelor care intră într-o altă țară sau părăsesc teritoriul țării lor într-o anumită perioadă de timp.

Gestionarea migrației: sistemul instituțiilor de stat, cadrelor legale, mecanismelor și practicilor care își au drept scop reglementarea migrației și protecția migranților.

Imigrație: acțiunea prin care o persoană își stabilește reședința obișnuită pe teritoriul unui alt stat pentru o perioadă care este sau se așteaptă să fie de cel puțin 12 luni, după ce, în prealabil, a avut reședința

obișnuită într-un alt stat.

Imigrant: persoana sosită dintr-o țară străină pentru a se stabili cu traiul (definitiv sau temporar) în țara de destinație.

Integrare: procesul prin care migrantul se acceptă în societate, atât individual, cât și în grup.

Integrarea migrației în dezvoltare: procesul de evaluare a impactului migrației asupra oricărei acțiuni (sau scopuri) prevăzute în cadrul unei Strategii de Dezvoltare.

Irosirea inteligenței: situația în care migrații înalt calificați sunt angajați în posturi pentru care ei dețin o calificare mai înaltă.

Managementul migrației: atribuțiile instituțiilor de stat în cadrul sistemului național de administrare a migrației transfrontaliere, în special cu privire la gestionarea intrărilor și aflarea străinilor pe teritoriul statului național, precum și cu privire la protecția refugiaților și altor persoane în căutarea protecției.

Migrant: persoana care se află pe teritoriul unui stat străin mai mult de un an, indiferent de cauză, de caracterul voluntar sau involuntar ori mijloacele regulamentare sau neregulamentare la care s-a recurs pentru a migra.

Migrantul economic: persoană care părăsește locul său obișnuit de reședință cu scopul de a se stabili cu traiul în afara țării sale de origine, pentru îmbunătățirea calității sale de viață.

Migrație: presupune deplasări de diferite tipuri, cum ar fi părăsirea țării de origine de către migrați economici sau de către refugiați, precum și de membrii familiilor acestora.

Migrație circulară: migrație fluidă a oamenilor între țări, inclusiv deplasările temporare sau de lungă durată care pot să aducă beneficii tuturor actorilor, dacă aceasta se întâmplă voluntar și este relaționată la cerințele pentru forță de muncă a țărilor de origine și destinație.

Migrație neregulamentară: deplasare care are loc în afara cadrului normativ al țărilor de origine, de tranzit sau destinație.

Migrant pe termen lung: o persoană care se mută în altă țară, decât cea de reședință obișnuită, pentru o perioadă de cel puțin un an.

Migranți permanenți: migranți permanenți sunt acei migranți care pleacă în străinătate fără nici o intenție de a reveni sau care beneficiază de un statut ce le permite să rămână în țara gazdă pe termen nelimitat.

Migrant pe termen scurt: persoană care se mută într-o altă țară decât țara lor de reședință obișnuită, pentru o perioadă de cel puțin trei luni, dar mai mică de 12 luni, cu excepția cazurilor în care mutarea în acea țară este în scopuri de recreere, vacanță, vizite la prieteni și rude, afaceri, tratament medical sau pelerinaj.

Migrantul de muncă: persoana care migrează pentru un loc de muncă.

Migranți temporari sau sezonieri: migranții care rămân în țara de destinație pentru o perioadă limitată și, ulterior, revin acasă permanent sau pentru o perioadă scurtă înainte de a emigra din nou (către aceeași sau altă țară de destinație).

Permis de ședere: reprezintă o autorizație de orice tip emisă de către un stat care acorda, în acest mod, unui străin, dreptul de ședere pe teritoriul său.

Politica migrațională: acțiunile statului, direcționate spre exercitarea reglementării și controlului asupra intrării pe teritoriul statului, precum și spre crearea condițiilor pentru aflarea persoanelor care intenționează să se stabilească cu traiul permanent, să obțină un loc temporar de muncă sau statut de azil.

Potențial migrator: numărul estimat al persoanelor cu probabilitate ridicată de a migra spre anumite locații, în anumite condiții (de exemplu, libera circulație).

Reintegrare: re-includerea sau reîncorporarea unei persoane într-un grup sau proces (de exemplu, a migrantului în societatea țării de baștină sau de reședință obișnuită).

Remitențe: reprezintă transferuri de mijloace bănești și de bunuri de peste hotare, ce au impact asupra veniturilor gospodăriilor.

Stat (țară) de destinație: statul (țară) în care imigrantul vrea să se instaleze (legal sau ilegal).

Stat (țară) de origine: statul (țară) de proveniență a emigrantului.

Stat (țară) de tranzit: statul (țară), al cărui teritoriu este traversat de imigrant în scopul ajungerii în statul (țară) de destinație.

Evoluția migrației temporare a cetățenilor Republicii Moldova în Uniunea Europeană

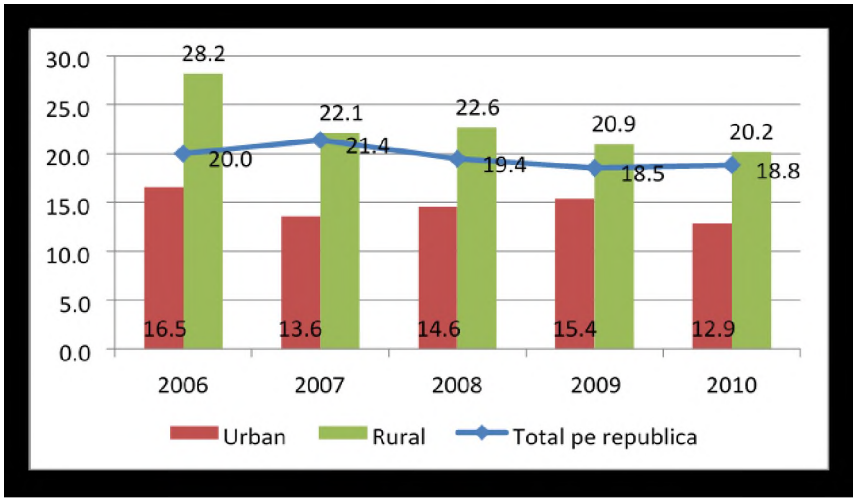
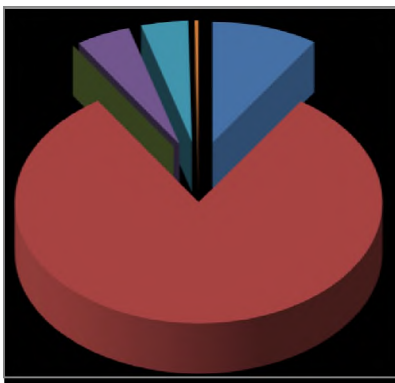


Figura A 2. 1. Evoluția migrației temporare din mediul urban și cel rural, %

Surse: Burdelniț E., Vremiș M., Craievschi-Toartă V., ș.a. *Profilul Migrațional Extins al Republicii Moldova*, Organizația Internațională pentru Migrație (OIM), Chișinău, 2013, p.45-46



- Lipsa locurilor de muncă conform competențelor/calificării sale în Moldova
- Salarii mici din Moldova
- Condiții de muncă proaste în Moldova
- Dorința de a acumula experiență, carieră profesională (dezvoltare)
- Motive familiale (reuniunea familiei, etc.)

Figura A2.2. Motivele plecării peste hotare, %, anul 2013

Surse: *Compendiul Statistic al Profilului Migrațional Extins al Republicii Moldova*

Tendențele generale ale migrației de muncă a cetățenilor RM în UE

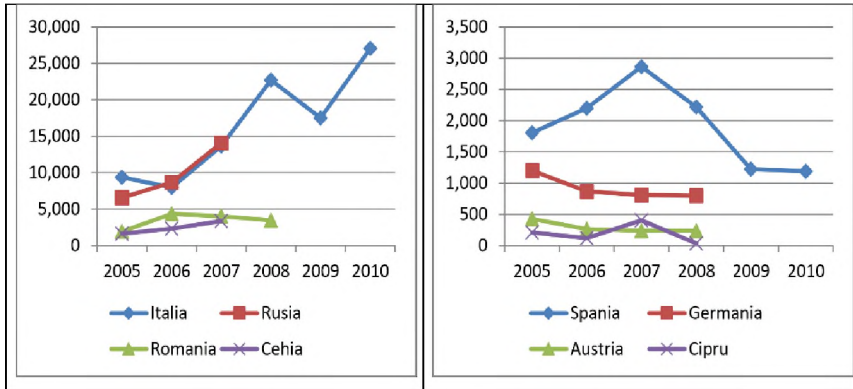


Figura A3.1. Evoluția imigrării din Moldova, în funcție de țările de destinație

Surse: Burdelnii E. ș.a. *Profilul Migrațional Extins al Republicii Moldova*, Organizația Internațională pentru Migrație (OIM), Chișinău, 2013

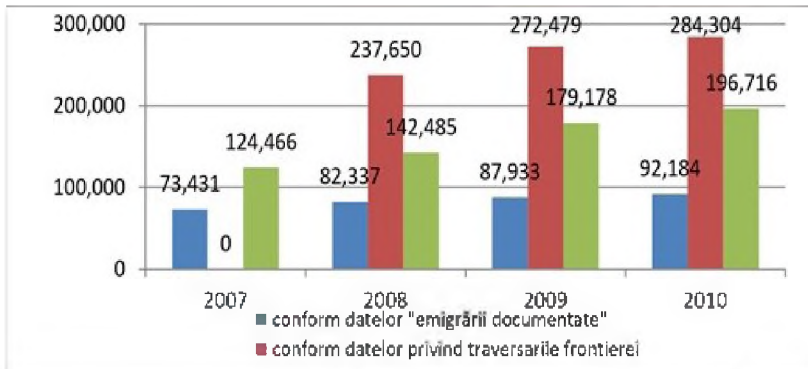
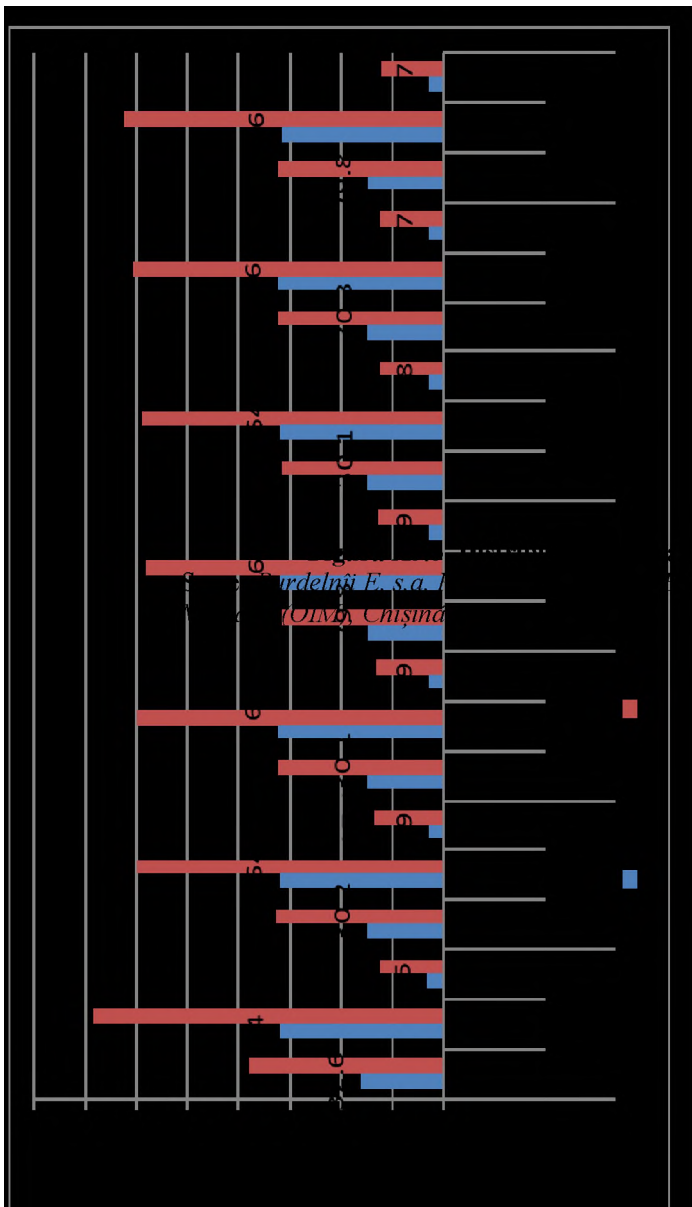


Figura A3.2. Evoluția numărului de cetățeni moldoveni care locuiesc peste hotare, persoane

Surse: Burdelnii E. ș.a. *Profilul Migrațional Extins al Republicii Moldova*, Organizația Internațională pentru Migrație (OIM), Chișinău, 2013, p. 57-58



...ului medical pe medii de
...ins al Republicii Moldova

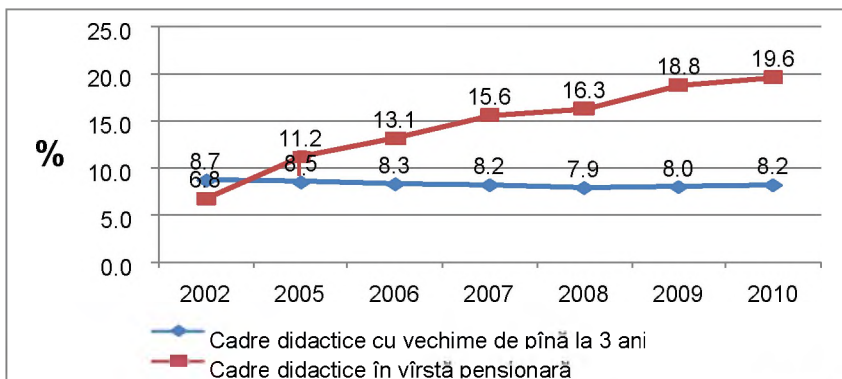


Figura A.3. 4. Ponderea cadrelor didactice tînere și a celor de vîrstă pensionară în sistemul învățămîntului general, anii 2002-2010

Surse: Burdelnii E. ș.a. *Profilul Migrațional Extins al Republicii Moldova*, Organizația Internațională pentru Migrație (OIM), Chișinău, 2013, p. 157

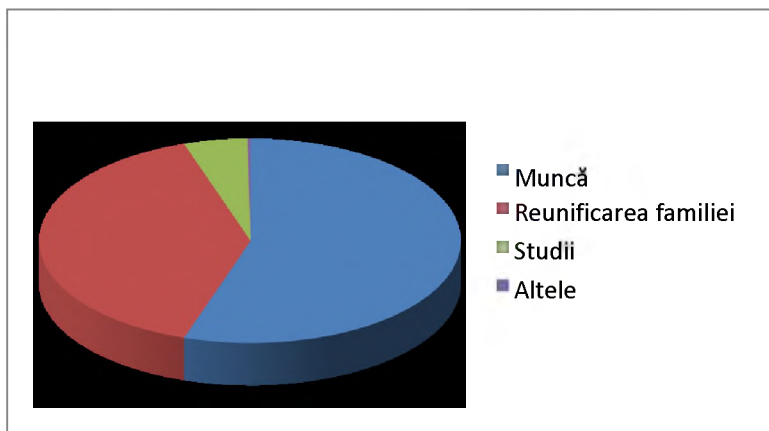


Figura A3.5. Motive pentru imigrația moldovenilor în statele-membre ale UE, în conformitate cu datele EUROSTATUL-ului, anul 2010

Surse: *Moldova After the Global Crisis. Promoting Competitiveness and Shared Growth*. In: Report No. 55195-MD. World Bank, Poverty Reduction and Economic Management Unit, Europe and Central Asia Region. June 14, 2011, p. 62

Impactul migrației. Aspecte generale

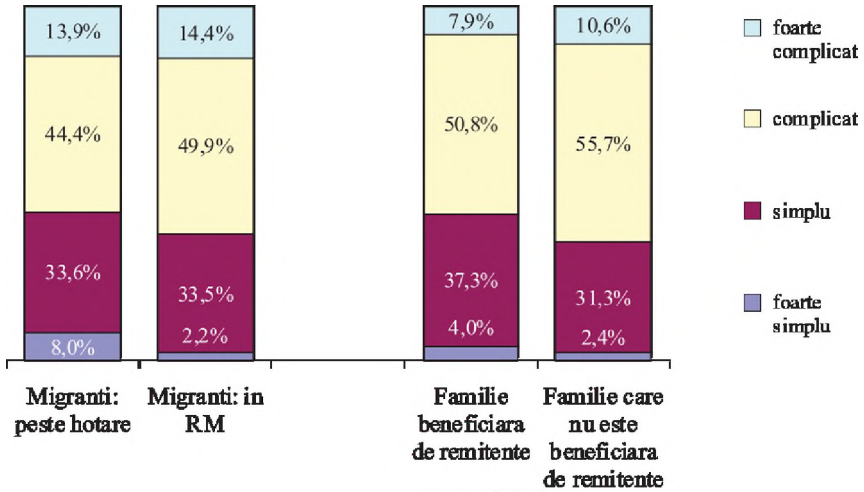


Figura A4.1. Percepția accesibilității asistenței medicale

Sursa: „Sănătatea migranților moldoveni. Impactul situației social-economice”, Centrul de Investigații Sociologice și Marketing „CBS-AXA”, 2010

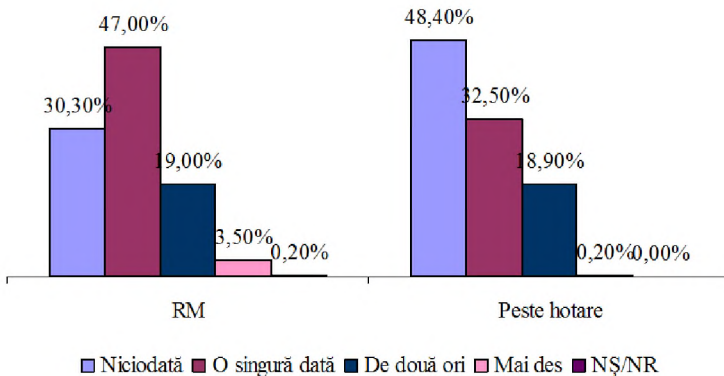


Figura A4.2. Rata internărilor migranților de muncă în spitalele din Republica Moldova și de peste hotare în ultimele 12 luni (%)

Sursa: „Sănătatea migranților moldoveni. Impactul situației social-economice”, Centrul de Investigații Sociologice și Marketing „CBS-AXA”, 2010

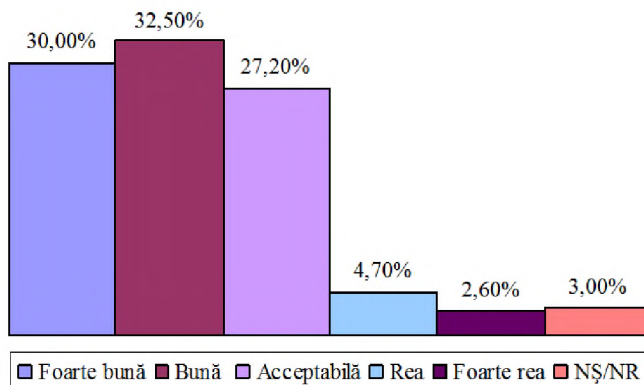


Figura A4.3. Stărea de sănătate a migranților de muncă până la prima plecare peste hotare (%)

Sursa: „Sănătatea migranților moldoveni. Impactul situației social-economice”, Centrul de Investigații Sociologice și Marketing „CBS-AXA”, 2010

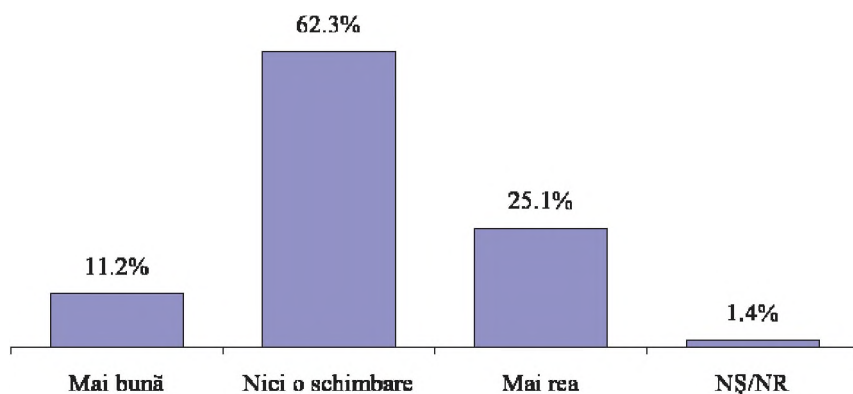


Figura A4.4. Starea sănătății migranților în prezent, în raport cu perioada anterioară migrației

Sursa: „Sănătatea migranților moldoveni. Impactul situației social-economice”, Centrul de Investigații Sociologice și Marketing „CBS-AXA”, 2010

Tabelul A4.1.

Factorii de risc ai stării de sănătate a migranților de muncă

| Nr. d/o | Factori | Absolut | λ | Locul |
|---------|---|---------|-----------|-------|
| 1 | Încălzirea insuficientă | 393 | 0,317 | XII |
| 2 | Umiditate sporită | 696 | 0,486 | VI |
| 3 | Iluminare insuficientă | 666 | 0,432 | VIII |
| 4 | Spațiu de trai limitat | 934 | 0,824 | I |
| 5 | Persoane concubine (4>) | 489 | 0,402 | IX |
| 6 | Regim de muncă (10-12 ore) | 463 | 0,394 | XI |
| 7 | Săptămâna de muncă (6 zile) | 708 | 0,701 | V |
| 8 | Sarcini nedorite la femei | 308 | 0,286 | XV |
| 9 | Munca în pofida problemelor de sănătate | 371 | 0,298 | XIV |
| 10 | Amenințări din partea angajatorului | 677 | 0,457 | VII |
| 11 | Lipsa locului de trai | 811 | 0,726 | IV |
| 12 | Lipsa banilor | 840 | 0,754 | III |
| 13 | Stres excesiv | 889 | 0,802 | II |
| 14 | Neadresarea la medic | 437 | 0,398 | X |
| 15 | Renunțare la tratament | 369 | 0,312 | XIII |

Sursa: Jucov A., Larisa Spinei. *Impactul migrației de muncă asupra sănătății migranților. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale, Chișinău, 2013, nr.3*

Tabelul A4.2.

Factorii de protecție ai stării de sănătate a migranților de muncă

| Nr. d/o | Factori | Absolut | λ | Locul |
|---------|---|---------|-----------|-------|
| 1. | Expedierea de medicamente | 803 | 0,612 | III |
| 2 | Apelarea medicului de familie din RM | 700 | 0,604 | IV |
| 3 | Tratament desinestătător | 569 | 0,584 | VII |
| 4 | Adresarea la medic peste hotare | 628 | 0,603 | V |
| 5 | Prezența asigurării medicale în RM | 926 | 0,708 | II |
| 6 | Prezența asigurării medicale peste hotare | 183 | 0,726 | I |
| 7 | Efectuarea controlului medical profilactic(1 dată/an) | 277 | 0,318 | XI |
| 8 | Vaccinare | 169 | 0,206 | XII |
| 9 | Atitudinea atentă față de sănătate | 413 | 0,356 | IX |
| 10 | Control medical la plecare | 284 | 0,324 | X |
| 11 | Starea civilă (căsătorit/ă) | 548 | 0,561 | VIII |
| 12 | Studiile superioare | 654 | 0,598 | VI |

Sursa: Jucov A., Larisa Spinei. *Impactul migrației de muncă asupra sănătății migranților. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale, Chișinău, 2013, nr.3*

Impactul migrației parentale de muncă asupra copiilor

Tabelul A5.1.

Distribuția gospodăriilor cu copii după prezența migranților în gospodărie
(anii 2012-2016)

| | 2014 | | 2015 | | 2016 | |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| | cu migranți | fără migranți | cu migranți | fără migranți | cu migranți | fără migranți |
| Mediul de reședință | | | | | | |
| Urban | 28,2 | 49,3 | 30,0 | 49,2 | 30,1 | 48,6 |
| Rural | 71,8 | 50,7 | 70,0 | 50,8 | 69,9 | 51,4 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Numărul de copii în gospodărie | | | | | | |
| 1 copil | 51,8 | 57,1 | 57,7 | 52,9 | 54,1 | 54,8 |
| 2 copii | 37,1 | 33,4 | 34,2 | 36,7 | 35,8 | 34,7 |
| 3 și mai mulți copii | 11,0 | 9,5 | 8,1 | 10,4 | 10,2 | 10,5 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Tipul gospodăriei | | | | | | |
| Cuplu familial cu copii | 35,5 | 50,3 | 35,2 | 57,0 | 47,1 | 51,8 |
| Părinte cu copii | 1,2 | 7,9 | 0,3 | 6,4 | - | 8,7 |
| Alte gospodării cu copii | 63,4 | 41,8 | 64,5 | 36,5 | 52,9 | 39,5 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Sursa: BNS, Copiii Moldovei, 2016

Tabelul A 5.2.

Fumatul în ultimele 30 de zile (%)

| | | Total | Sexul | | Clasa | | Mediul de reședință | | | | Trăiesc în familie completă | |
|---|----------|-------|-------|------|-------|------|---------------------|-----------|-------------|-------|-----------------------------|------|
| | | | Băiat | Fată | 8 | 9 | Urban mare | Urban mic | Urban total | Rural | Da | Nu |
| | | | | | | | | | | | | |
| Număr țigări fumate zilnic în ultimele 30 de zile | Nici una | 92.2 | 87.4 | 97.1 | 94.1 | 90.5 | 89.3 | 92.9 | 91.0 | 92.8 | 93.6 | 91.1 |
| | <1 | 3.7 | 5.6 | 1.7 | 2.8 | 4.4 | 4.8 | 3.7 | 4.2 | 3.4 | 3.3 | 3.9 |
| | 1-5 | 2.0 | 3.4 | 0.4 | 1.4 | 2.4 | 2.4 | 1.9 | 2.2 | 1.8 | 1.6 | 2.3 |
| | 6-10 | 0.9 | 1.6 | 0.3 | 0.6 | 1.3 | 1.9 | 0.4 | 1.2 | 0.8 | 0.8 | 1.0 |
| | 11-20 | 0.6 | 1.0 | 0.1 | 0.5 | 0.6 | 0.7 | 0.6 | 0.7 | 0.5 | 0.4 | 0.8 |

Sursa: Consumul de alcool, droguri și tutun în rândul elevilor din clasele a 8-a și a 9-a din R.Moldova, anul 2015. Centrul European de Monitorizare a Drogurilor și Dependenței de droguri. MSMPS al Republicii Moldova. Centrul Național de Management în Sănătate. 2016

Prevalența consumului de alcool, %

| | | Total | | Sexul | | Clasa | | Mediul de reședință | | | | Trăiesc |
|--|-----------|-------|------|-------|------|------------|-----------|---------------------|-------|------|------|---------|
| | | Băiat | Fată | 8 | 9 | Urban mare | Urban mic | Urban total | Rural | Da | | |
| Consumul de băuturi alcoolice pe parcursul vieții, număr ori | Niciodată | 20.5 | 17.7 | 23.4 | 24.0 | 17.4 | 18.4 | 19.5 | 18.9 | 21.4 | 22.0 | |
| | 1-2 ori | 28.2 | 23.8 | 32.7 | 29.9 | 26.7 | 21.5 | 24.9 | 23.1 | 30.8 | 27.4 | |
| | 3-5 | 17.7 | 18.2 | 17.2 | 16.4 | 18.9 | 14.9 | 18.7 | 16.7 | 18.2 | 17.6 | |
| | 6-9 | 10.9 | 11.8 | 9.9 | 10.3 | 11.5 | 13.0 | 12.2 | 12.6 | 10.0 | 10.3 | |
| | 10-19 | 8.7 | 10.5 | 6.9 | 8.1 | 9.3 | 11.7 | 8.6 | 10.2 | 7.9 | 8.5 | |
| | 20-39 | 5.5 | 6.4 | 4.6 | 4.5 | 6.4 | 8.2 | 6.8 | 7.5 | 4.5 | 6.0 | |
| | 40 + | 8.5 | 11.6 | 5.2 | 6.9 | 9.8 | 12.4 | 9.2 | 10.8 | 7.2 | 8.3 | |
| În ultimele 12 luni | Niciodată | 28.2 | 25.0 | 31.5 | 32.4 | 24.4 | 25.4 | 27.0 | 26.2 | 29.3 | 29.8 | |
| | 1-2 ori | 34.0 | 29.6 | 38.5 | 35.0 | 33.1 | 29.1 | 34.7 | 31.8 | 35.2 | 33.0 | |
| | 3-5 | 17.0 | 18.4 | 15.7 | 15.3 | 18.6 | 18.0 | 16.5 | 17.3 | 16.9 | 16.9 | |
| | 6-9 | 9.5 | 11.3 | 7.7 | 8.0 | 10.9 | 11.8 | 9.7 | 10.8 | 8.9 | 9.2 | |
| | 10-19 | 6.2 | 8.4 | 3.9 | 5.0 | 7.1 | 9.2 | 6.9 | 8.1 | 5.2 | 6.1 | |
| | 20-39 | 2.8 | 3.8 | 1.7 | 1.9 | 3.5 | 3.6 | 3.0 | 3.3 | 2.5 | 2.9 | |
| | 40 + | 2.3 | 3.5 | 1.1 | 2.2 | 2.4 | 3.0 | 2.2 | 2.6 | 2.2 | 2.1 | |
| În ultimele 30 de zile | Niciodată | 46.9 | 42.4 | 51.6 | 51.0 | 43.3 | 45.0 | 47.6 | 46.2 | 47.3 | 47.8 | |
| | 1-2 ori | 36.3 | 34.9 | 37.6 | 34.8 | 37.6 | 34.4 | 34.8 | 34.6 | 37.1 | 35.6 | |
| | 3-5 | 10.1 | 12.8 | 7.3 | 8.4 | 11.6 | 12.5 | 10.6 | 11.6 | 9.4 | 10.1 | |
| | 6-9 | 3.7 | 5.2 | 2.3 | 3.1 | 4.3 | 4.4 | 3.7 | 4.0 | 3.6 | 4.0 | |
| | 10-19 | 1.5 | 2.6 | 0.5 | 1.3 | 1.8 | 2.5 | 1.9 | 2.2 | 1.2 | 1.0 | |
| | 20-39 | 0.6 | 0.8 | 0.4 | 0.5 | 0.7 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.7 | |
| | 40 + | 0.8 | 1.2 | 0.4 | 0.9 | 0.7 | 0.6 | 0.8 | 0.7 | 0.9 | 0.7 | |
| Au consumat alcool în ultimele 30 de zile | 53.1 | 57.6 | 48.4 | 49.0 | 56.7 | 55.0 | 52.4 | 53.8 | 52.7 | 52.2 | | |

Sursa: Consumul de alcool, droguri și tutun în rândul elevilor din clasele a 8-a și a 9-a din Republica Moldova, anul 2015. Centrul European de Monitorizare a Drogurilor și Dependenței de Droguri. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Centrul Național de Management în Sănătate. 2016

Tabelul A.5.-

Frecvența utilizării drogurilor ilicite pe parcursul vieții

| | Total | Sexul | | Clasa | | Mediul de reședință | | | | Trăiesc în familie completă | | |
|--|-------|-------|------|-------|------|---------------------|-----------|-------------|-------|-----------------------------|------|------|
| | | Băiat | Fată | 8 | 9 | Urban mare | Urban mic | Urban total | Rural | Da | Nu | |
| Utilizat droguri ilicite (canabis, hashish, LSD, amfetamine, metamfetamine, cocaina, crack, LSD, halucinatorii, opiacee produse locale), număr de zile | 0 | 95.1 | 92.9 | 97.3 | 96.4 | 93.9 | 91.7 | 95.8 | 93.7 | 95.8 | 96.0 | 94.0 |
| | 1-2 | 2.4 | 3.4 | 1.3 | 1.7 | 3.0 | 3.5 | 2.2 | 2.8 | 2.1 | 1.8 | 3.0 |
| | 3-9 | 1.4 | 2.0 | 0.8 | 0.8 | 2.0 | 2.6 | 1.4 | 2.0 | 1.1 | 1.2 | 1.6 |
| | 10-19 | 0.2 | 0.3 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.3 | 0.3 | 0.2 | 0.2 | 0.3 |
| | 20-39 | 0.5 | 0.7 | 0.4 | 0.4 | 0.6 | 0.9 | 0.3 | 0.6 | 0.5 | 0.5 | 0.3 |
| | 40+ | 0.4 | 0.6 | 0.1 | 0.4 | 0.3 | 1.1 | 0.0 | 0.6 | 0.3 | 0.3 | 0.4 |
| nu au dat o dată | 4.9 | 7.1 | 2.7 | 3.6 | 6.1 | 8.3 | 4.2 | 6.3 | 4.2 | 4.0 | 5.8 | |

Sursa: *Consumul de alcool, droguri și tutun în rândul elevilor din clasele a 8-a și a 9-a din Republica Moldova, anul 2015*.
 Raportul European de Monitorizare a Drogurilor și Dependenței de Droguri. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova.
 Centrul Național de Management în Sănătate. 2016

ANEXA 6

**Efecte juridice asupra copiilor marcați de migrația parentală de
muncă**

Tabelul A6.1.

Identificarea victimelor TFU la nivel local

| | Raioane | Adulți | | Copii | TOTAL |
|----|--------------|--------|---------|-------|-------|
| | | Femei | Bărbați | | |
| 1 | Anenii Noi | 3 | 0 | 2 | 5 |
| 2 | Basarabesca | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 3 | Bălți | 2 | 1 | 0 | 3 |
| 4 | Briceni | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 5 | Cahul | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 6 | Cantemir | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | Călărași | 1 | 3 | 2 | 6 |
| 8 | Căușeni | 1 | 2 | 0 | 3 |
| 9 | Chișinău | 3 | 6 | 0 | 9 |
| 10 | Ciadâr-Lunga | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 11 | Cimișlia | 0 | 3 | 1 | 4 |
| 12 | Comrat | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 13 | Criuleni | 1 | 3 | 1 | 5 |
| 14 | Dondușeni | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15 | Drochia | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 16 | Dubăsari | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 17 | Edineț | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 18 | Fălești | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 19 | Florești | 3 | 2 | 0 | 5 |
| 20 | Glodeni | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 21 | Hâncești | 2 | 2 | 0 | 4 |
| 22 | Ialoveni | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 23 | Leova | 2 | 1 | 1 | 4 |
| 24 | Nisporeni | 3 | 0 | 1 | 4 |
| 25 | Ocnîța | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 26 | Orhei | 1 | 6 | 1 | 8 |
| 27 | Rezina | 1 | 0 | 1 | 2 |
| 28 | Râșcani | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 29 | Sângerei | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 30 | Soroca | 1 | 1 | 0 | 2 |

| | | | | | |
|----|-------------|----|----|----|----|
| 31 | Strășeni | 3 | 1 | 0 | 4 |
| 32 | Ștefan Vodă | 3 | 0 | 0 | 3 |
| 33 | Șoldănești | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 34 | Taraclia | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 35 | Telenești | 3 | 0 | 0 | 3 |
| 36 | Ungheni | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 37 | Vulcănești | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | TOTAL | 41 | 32 | 14 | 87 |

Sursa: Raport de monitorizare a procesului de implementare a Strategiei Sistemului Național de Referire pentru protecția și asistența victimelor și potențialelor victime ale traficului de ființe umane pe perioada anului 2016

Tabelul A6.2.

Cazuri potențiale victime ale TFU identificate și asistate prin SNR, conform datelor UNC din cadrul MMPSF, anul 2016

| | Raioane | Total cazuri potențiale victime ale TFU | Potențiale victime ale TFU după statut social vulnerabili | VVF | Minori VVF | Migranți în dificultate | Minori neînsoțiți | Copii rămași fără îngrijire |
|----|-------------|---|---|-----|------------|-------------------------|-------------------|-----------------------------|
| 1 | Bălți | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 | Edineț | 9 | 2 | 1 | 1 | 4 | 0 | 1 |
| 3 | Căușeni | 38 | 5 | 8 | 20 | 0 | 1 | 4 |
| 4 | Cahul | 12 | 1 | 1 | 1 | 2 | 6 | 1 |
| 5 | Călărași | 30 | 21 | 5 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | Cimișlia | 35 | 11 | 6 | 16 | 1 | 0 | 1 |
| 7 | Hâncești | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 8 | Ștefan Vodă | 42 | 9 | 5 | 13 | 3 | 0 | 12 |
| 9 | Florești | 7 | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| 10 | Telenești | 29 | 10 | 5 | 13 | 1 | 0 | 0 |
| 11 | Leova | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 12 | Soroca | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 13 | Ungheni | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 14 | Nisporeni | 20 | 17 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 15 | Cantemir | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 16 | Comrat | 13 | 0 | 5 | 3 | 5 | 0 | 0 |
| 17 | Fălești | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 18 | Chișinău | 107 | 9 | 50 | 35 | 12 | 1 | 0 |

| | | | | | | | | |
|----|---|-------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|
| 19 | Șoldănești | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 20 | Sângerei | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 21 | Anenii Noi | 10 | 2 | 3 | 1 | 2 | 0 | 2 |
| 22 | Ocnîța | 8 | 3 | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 23 | Vulcănești | 31 | 31 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 24 | Rezina | 11 | 3 | 3 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 25 | Râșcani | 11 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 8 |
| 26 | Orhei | 33 | 12 | 5 | 10 | 6 | 0 | 0 |
| 27 | Basarabeasca | 21 | 4 | 7 | 8 | 0 | 0 | 2 |
| 28 | Briceni | 3 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 29 | Drochia | 3 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| 30 | Glodeni | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 31 | Criuleni | 21 | 11 | 3 | 6 | 1 | 0 | 0 |
| 32 | Ialoveni | 16 | 5 | 6 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 33 | Strășeni | 19 | 6 | 5 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| 34 | Dondușeni | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 35 | Dubăsari | 16 | 7 | 3 | 1 | 5 | 0 | 0 |
| 36 | Ciadâr-Lunga | 6 | 3 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 37 | Taraclia | 6 | 1 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 38 | Transnistria | 369 | 111 | 162 | 18 | 47 | 27 | 4 |
| 39 | Alte țări (apatrizi, fără domiciliu) | 135 | 5 | 1 | 1 | 107 | 8 | 13 |
| | TOTAL | 1075 | 299 | 301 | 177 | 205 | 45 | 48 |

Sursa: Raport de monitorizare a procesului de implementare a Strategiei Sistemului Național de Referire pentru protecția și asistența victimelor și potențialelor victime ale traficului de ființe umane pe perioada anului 2016.

Tabelul A6.3.

Statistica cazurilor identificate și asistate prin SNR deținută de UNC

| Victime ale TFU | | | | | | | |
|----------------------------|------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|------------------|-----------------------------|
| mei TFU | | Fete VTFU | | Bărbați VTFU | | Băieți VTFU | |
| 66 | | 11 | | 43 | | 3 | |
| | | 77 | | | | 46 | |
| | | | | 123 | | | |
| Potențiale victime ale TFU | | | | | | | |
| e ale violenței în familie | | Persoane vulnerabile | | Migranți în dificultate | | Copii neînsoțiți | Copii rămași fără îngrijire |
| e | Victime ale VF, minori | Persoane vulnerabile, adulți | Persoane vulnerabile, minori | Migranți în dificultate | Copii ai migranților în dificultate | Copii neînsoțiți | Copii rămași fără îngrijire |
| | 177 | 135 | 164 | 118 | 87 | 45 | <u>48</u> |
| 478 | | 299 | | 205 | | 45 | |
| | | | | 1075 | | | |

de monitorizare a procesului de implementare a Strategiei Sistemului Național de Referire pentru protecția și melor și potențialelor victime ale traficului de ființe umane pe perioada anului 2016