GUVERNAREA BAZATĂ PE DATE

Elveția.

UNFPA

Centrul Cercetări Demografice
"Academician Gheorghe Paladi"

SPRE O ÎMBĂTRÂNIRE DEMNĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA: PROVOCĂRI SOCIALE, ECONOMICE ȘI PRIORITĂȚI DE POLITICI

De la anticiparea schimbărilor populației la politici, bugete și servicii adaptate



Chișinău, 2026

SPRE O ÎMBĂTRÂNIRE DEMNĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA:

provocări sociale, economice și priorități de politici

De la anticiparea schimbărilor populației la politici, bugete și servicii adaptate

Chișinău, 2026

CZU 314.1-044.7(478)
G 13

Această publicație a fost elaborată cu sprijinul proiectului *„Consolidarea guvernării bazate pe date demografice fiabile și dezagregate pentru autoritățile centrale și locale”,* finanțat de Elveția și cofinanțat și implementat de Fondul Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA) în Republica Moldova.

Intervenția are ca scop consolidarea capacităților în utilizarea datelor demografice pentru fundamentarea proceselor decizionale și dezvoltarea unor politici bazate pe dovezi. Proiectul sprijină autoritățile locale și centrale în analiza, interpretarea și aplicarea datelor statistice în planificarea strategică, în integrarea nevoilor în documentele de politici și în ajustarea acestora în funcție de tendințele demografice. Activitățile includ mentorat tehnic, coaching individual și suport metodologic pentru elaborarea și implementarea inițiativelor comunitare orientate spre îmbunătățirea bunăstării populației, precum și pentru identificarea surselor suplimentare de finanțare și atragerea investițiilor relevante.

Prin consolidarea competențelor instituționale și prin promovarea unei guvernanțe locale bazate pe date, proiectul contribuie la dezvoltarea unor practici administrative mai incluzive, mai receptive și mai adaptate diversității și schimbărilor demografice.

Totodată, această analiză face parte și din cadrul Subprogramului de cercetare *”030102 Tranziția demografică în Republica Moldova: particularități, implicații socio-economice și consolidarea rezilienței demografice”* (perioada de implementare 2024-2027).

Lucrarea este aprobată spre publicare de Consiliul Științific al Institutului Național de Cercetări Economice al ASEM, proces-verbal nr.5 din 23.11.2026.

Opiniile exprimate în această publicație aparțin autorilor și nu reflectă în mod necesar pozițiile oficiale ale UNFPA sau ale altor parteneri ai proiectului.

Editor:
Olga GAGAUZ, doctor habilitat în sociologie, conferențiar cercetător

Autori:
Olga GAGAUZ, doctor habilitat în sociologie, conferențiar cercetător
Mariana BUCIUCEANU-VRABIE, doctor în sociologie, conferențiar cercetător
Natalia BARGAN, cercetător științific

Recenzenți:
Olga PENINA, doctor habilitat în medicină, conferențiar universitar, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie ”Nicolae Testemițanu”
Raluca POPESCU, doctor habilitat în sociologie, profesor universitar, Universitatea din București, Facultatea de Sociologie și Asistență socială

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Gagauz, Olga.
Spre o îmbătrânire demnă în Republica Moldova: provocări sociale, economice și priorități de politici : De la anticiparea schimbărilor populației la politici, bugete și servicii adaptate / Olga Gagauz, Mariana Buciuceanu-Vrabie, Natalia Bargan ; Centrul Cercetări Demografice "Academician Gheorghe Paladi". – Chișinău : [S. n.], 2026 (SEP ASEM). – 111 p. : fig., tab. color.
Cerințe de sistem: PDF Reader.
Aut. indicați pe verso p. de tit. – Ref. bibliogr. în subsol. – Finanțat de Elveția și cofinanțat, implementat de Fondul Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA) în Republica Moldova.
ISBN 978-9975-182-51-5 (PDF).
Text : electronic.
314.1-044.7(478)
G 13

ISBN 978-9975-182-51-5 (PDF). DOI: https://doi.org/10.36004/nier.ccd.2026.sdrp

© Centrul Cercetări Demografice ”Academician Gheorghe Paladi”, INCE ASEM, 2026, www.ccd.ince.md
© Fondului ONU pentru Populație UNFPA https://moldova.unfpa.org/ro
© Editura ASEM, 2026

CUPRINS

Listă de abrevieri 5

Lista tabelelor 7

Lista figurilor 8

SUMAR EXECUTIV 9

INTRODUCERE 11

1. METODOLOGIA CERCETĂRII ŞI SURSELE DE DATE 13

2. CADRUL NAȚIONAL ŞI INTERNAȚIONAL DE POLITICI PUBLICE PRIVIND ÎMBĂTRÂNIREA ACTIVĂ ŞI SĂNĂTOASĂ 18

2.1. Evoluția paradigmei: de la îmbătrânirea activă la longevitate sănătoasă, autonomie şi drepturi 18

2.2. Cadrul național de politici publice şi reglementare 24

Concluzii analitice 28

3. PERSOANELE ÎN VÂRSTĂ: PROFILUL DEMOGRAFIC ŞI SOCIOECONOMIC 30

3.1. Profilul demografic al persoanelor în vârstă 30

3.2. Caracteristici socioeconomice principale 36

3.3. Securitatea economică şi autonomia financiară 43

3.4. Condiții de trai, locuire şi accesibilitatea mediului 45

3.5. Sărăcie, deprivare multidimensională şi vulnerabilitate cumulativă 49

3.6. Implicații pentru politici şi monitorizarea vulnerabilității socioeconomice 52

Concluzii analitice 55

4. EDUCAȚIA PERSOANELOR ÎN VÂRSTĂ ŞI OPORTUNITĂȚILE DE ÎNVĂȚARE PE TOT PARCURSUL VIEȚII 56

4.1. Educația şi învățarea pe tot parcursul vieții în paradigma longevității 56

4.2. Participarea la învățarea continuă: nivel redus şi inegalități de acces 58

4.3. Competențele digitale şi autonomia într-o societate digitalizată 60

4.4. Educația pentru sănătate, educația financiară şi cunoaşterea drepturilor 61

4.5. Infrastructura învățării la vârste înaintate: de la proiecte-pilot la rețele comunitare 63

4.6. Direcții de dezvoltare a educației într-o societate care îmbătrâneşte 64

Concluzii analitice 67

5. SĂNĂTATEA PERSOANELOR ÎN VÂRSTĂ ŞI VIAŢA INDEPENDENTĂ 68
5.1. De la starea de sănătate la capacitatea funcţională şi viaţa independentă 68
5.2. Profilul de sănătate: de la bolile cronice la riscul pierderii autonomiei 69
5.3. Autoaprecierea stării de sănătate 70
5.4. Nevoia nesatisfăcută de servicii medicale specializate 72
5.5. Structura limitărilor funcţionale la persoanele de 65 de ani şi peste 73
5.6. Nevoia de îngrijire şi gradul de acoperire a acestuia 74
5.7. Limitările funcţionale şi riscul pierderii autonomiei 76
5.8. Accesul la servicii şi necesitatea trecerii la îngrijirea integrată 78
5.9. Prevenirea declinului funcţional şi modelul ICOPE 79
5.10. Viaţa independentă şi continuitatea dintre sănătate, reabilitare şi îngrijire de lungă durată 81
5.11. Priorităţi pentru politici şi monitorizare 82
Concluzii analitice 85
6. IMPACTUL ECONOMIC AL ÎMBĂTRÂNIRII POPULAŢIEI 86
6.1. Cadrul analitic: de la presiunea asupra bugetului la economia generaţională 86
6.2. Sistemul de pensii: între îmbătrânire, baza contributivă şi adecvarea veniturilor 89
6.3. Sănătatea şi îngrijirea de lungă durată: de la cheltuieli bugetare la costul economic total 91
6.4. Forţa de muncă, productivitatea şi capacitatea economiei de a finanţa longevitatea 92
6.5. Dimensiunea teritorială a costurilor îmbătrânirii şi depopulării 94
6.6. Sustenabilitatea fiscală: nu numai volumul, ci şi structura cheltuielilor 96
6.7. Scenarii de evoluţie până în anul 2040 98
Concluzii analitice 101
7. CONCLUZII ŞI RECOMANDĂRI DE POLITICI 102
FOAIE DE PARCURS PENTRU IMPLEMENTAREA POLITICILOR PUBLICE PRIVIND ÎMBĂTRÂNIREA ACTIVĂ ŞI SĂNĂTOASĂ, 2028–2035 107
Etapa I. 2028–2030 - Instituţionalizare, date şi pilotarea mecanismelor integrate ... 107
Etapa II. 2031–2033 - Extinderea serviciilor şi integrarea la nivel teritorial 108
Etapa III. 2034–2035 - Consolidare, sustenabilitate şi evaluarea impactului 109

LISTĂ DE ABREVIERI

Abreviere	Semnificaţie
AFM	Ancheta Forţei de Muncă (BNS)
ANAS	Agenţia Naţională pentru Asistenţă Socială
BNS	Biroul Naţional de Statistică al Republicii Moldova
CBGC	Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice
CEDAW	Convenţia ONU privind Eliminarea Discriminării faţă de Femei
CNAM	Compania Naţională de Asigurări în Medicină
CNAS	Casa Naţională de Asigurări Sociale
CNDDCM	Consiliul Naţional pentru Determinarea Dizabilităţii şi Capacităţii de Muncă
CDF	Centrul pentru Drepturile Femeilor
CRPD	Convenţia ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilităţi
CSE(R)	Carta Socială Europeană (Revizuită)
GBV	Gender-Based Violence — Violenţă bazată pe gen
ISM	Indicele Sărăciei Multidimensionale
MIPAA	Planul Internaţional de Acţiune pentru Îmbătrânire de la Madrid
MMPS	Ministerul Muncii şi Protecţiei Sociale
ODD	Obiectivele de Dezvoltare Durabilă (Agenda 2030)
OMS/WHO	Organizaţia Mondială a Sănătăţii
ONU/UN	Organizaţia Naţiunilor Unite
RPL	Recensământul Populaţiei şi Locuinţelor
TIC	Tehnologia informaţiei şi comunicaţiilor
UNFPA	Fondul Naţiunilor Unite pentru Populaţie
ADL	Activities of Daily Living — activităţi de bază ale vieţii cotidiene
APL	Autorităţi publice locale
BNT	Boli netransmisibile
CCD	Centrul Cercetări Demografice ”Academician Gheorghe Paladi”
CIP	Catalogarea înaintea publicării

CNT	Conturile Naţionale de Transfer
COICOP	Classification of Individual Consumption According to Purpose — Clasificarea consumului individual după destinaţie
CONFINTEA	Conferinţa Internaţională privind Educaţia Adulţilor
CZU	Clasificarea Zecimală Universală
DCV	Deficitul ciclului de viaţă
GGS	Generations and Gender Survey — Studiul Generaţii şi Gen
IADL	Instrumental Activities of Daily Living — activităţi instrumentale ale vieţii cotidiene
ICOPE	Integrated Care for Older People — îngrijire integrată pentru persoanele în vârstă
IÎA	Indicele Îmbătrânirii Active (AAI – Active Ageing Index, în sursele internaţionale)
ÎLD	Îngrijire de lungă durată
LCD	Life Cycle Deficit — deficitul ciclului de viaţă
LTC	Long-Term Care — îngrijire de lungă durată
MS	Ministerul Sănătăţii
NTA	National Transfer Accounts — Conturile Naţionale de Transfer
OECD	Organizaţia pentru Cooperare şi Dezvoltare Economică
OECD/INFE	Reţeaua internaţională pentru educaţie financiară a OECD
OHCHR	Oficiul Înaltului Comisar al ONU pentru Drepturile Omului
PIB	Produsul intern brut
SUA	Statele Unite ale Americii
UE	Uniunea Europeană
UN DESA	Departamentul ONU pentru Afaceri Economice şi Sociale
UNECE	Comisia Economică a Organizaţiei Naţiunilor Unite pentru Europa
UV3	Universitatea Vârstei a Treia

LISTA TABELELOR

Tabel	Denumirea
Tabelul 1.1.	Surse de date utilizate în raport şi rolul lor analitic
Tabelul 2.1.	Lacunele principale ale cadrului normativ şi direcţiile prioritare de răspuns
Tabelul 3.1.	Indicatori demografici selectivi ai populaţiei în vârstă din Republica Moldova
Tabelul 3.2.	Condiţii de locuire ale gospodăriilor formate numai din persoane în vârstă, 2024
Tabelul 3.3.	Profiluri de vulnerabilitate cumulativă la vârste înaintate şi tipul de sprijin corespunzător
Tabelul 4.1.	Participarea şi barierele privind învăţarea la vârste înaintate
Tabelul 4.2.	Direcţii prioritare pentru dezvoltarea educaţiei persoanelor în vârstă
Tabelul 5.1.	Suport oferit în îngrijirea personală, pe grupe de vârstă ale beneficiarilor, %
Tabelul 5.2.	Prevalenţa limitărilor funcţionale severe după vârstă, RPL 2024
Tabelul 5.3.	Direcţii prioritare pentru sănătatea şi viaţa independentă a persoanelor în vârstă
Tabelul 6.1.	Scenarii de politici privind îmbătrânirea populaţiei până în anul 2040
Tabelul 7.1.	Etapa I, 2028–2030: instituţionalizare, date şi pilotarea mecanismelor integrate
Tabelul 7.2.	Etapa II, 2031–2033: extinderea serviciilor şi integrarea la nivel teritorial
Tabelul 7.3.	Etapa III, 2034–2035: consolidare, sustenabilitate şi evaluarea impactului

LISTA FIGURILOR

Figura	Denumirea
Fig. 2.1.	Paradigma contemporană a longevităţii active şi sănătoase
Fig. 5.1.	Autoaprecierea stării de sănătate de către bărbaţi, pe grupe de vârstă, %
Fig. 5.2.	Autoaprecierea stării de sănătate de către femei, pe grupe de vârstă, %
Fig. 5.3.	Ponderea persoanelor care au avut nevoie de consultaţia unui medic specialist şi nu au putut beneficia de ea, pe grupe de vârstă şi sexe, %
Fig. 5.4.	Dificultăţi întâmpinate în desfăşurarea activităţilor zilnice, persoane de 65 de ani şi peste, pe sexe, %
Fig. 5.5.	Ponderea persoanelor în vârstă care au nevoie de îngrijire regulată, pe grupe de vârstă şi sexe, %
Fig. 6.1.	Impactul economic şi fiscal al îmbătrânirii populaţiei
Fig. 6.2.	Utilizarea prognozelor demografice în planificarea teritorială a serviciilor pentru populaţia vârstnică
Fig. 6.3.	Utilizarea prognozelor demografice în planificarea cheltuielilor asociate îmbătrânirii populaţiei
Fig. 6.4.	Algoritmul de utilizare a prognozelor demografice în planificarea strategică

SUMAR EXECUTIV

Îmbătrânirea populației a încetat să fie o perspectivă demografică și a devenit o condiție de funcționare a societății. La începutul anului 2025, în Republica Moldova trăiau 616,5 mii de persoane de 60 de ani și peste, reprezentând 25,9% din populația cu reședință obișnuită, față de 22,4% cu numai patru ani mai devreme. Particularitatea situației naționale nu constă însă în nivelul acestui indicator, ci în faptul că îmbătrânirea se produce concomitent cu depopularea, cu migrația externă a generațiilor de vârstă activă și cu diminuarea resurselor familiale de sprijin. Potrivit prognozei demografice oficiale, în scenariul mediu populația țării s-ar putea reduce până în 2040 la aproximativ 1,96 milioane de persoane, în timp ce ponderea celor de 65 de ani și peste ar urma să crească spre 25,8%.

Populația în vârstă se restructurează intern. Ponderea grupei de 70–74 de ani a crescut de la 19,0% la 22,0% din totalul persoanelor în vârstă, în timp ce grupa de 60–64 de ani a scăzut de la 33,8% la 29,3%. Această îmbătrânire în interiorul îmbătrânirii schimbă natura cererii sociale: grupele care cresc sunt tocmai cele cu probabilitate ridicată de limitare funcțională, văduvie și trai solitar. Feminizarea este pronunțată: femeile reprezintă 60,2% din populația de 60 de ani și peste, iar la 85 de ani și peste revin doar 39 de bărbați la 100 de femei.

Vulnerabilitatea nu este determinată de vârstă, ci de acumularea dezavantajelor. Persoanele de 60 de ani și peste rămân grupa cea mai expusă sărăciei absolute, cu o rată de 38,9% în anul 2025, față de 31,1% la nivel național. Gospodăriile formate exclusiv din persoane în vârstă depind de prestațiile sociale în proporție de circa 67,2% din veniturile disponibile, iar 69,3% din cheltuielile lor de consum acoperă numai alimentele și întreținerea locuinței. Dintre aceste gospodării, 69,5% sunt formate dintr-o singură persoană, iar 64% se află în mediul rural, unde 52,1% nu dispun de baie sau duș în locuință și 89,4% se încălzesc cu lemne sau cărbune. Decalajul de gen în pensii este de 16,3%, iar el reflectă inegalități acumulate de-a lungul întregii vieți active, nu momentul pensionării.

*Recensământul din 2024 ca și cel din 2014 a furnizat, o măsură națională a capacității funcționale***.** Prevalența limitărilor severe crește de la 13,1% în grupa de 50–59 de ani la 23,0% la 60–69 de ani, 38,4% la 70–79 de ani, 61,7% la 80–89 de ani și 78,2% după 90 de ani. Mobilitatea și vederea sunt domeniile dominante, iar diferența rurală este substanțială: 15,2% prevalență în mediul rural față de 10,0% în urban. Aceste date permit trecerea de la o politică organizată în jurul diagnosticului și al statutului administrativ de dizabilitate spre una organizată în jurul funcționalității efective.

Sistemul formal de îngrijire acoperă în prezent o fracțiune din nevoie. Nevoia de ajutor regulat pentru autoîngrijire se multiplică de aproximativ șase ori între grupele 60–69 și 80+, dar sprijinul instituțional public identificat în cercetare privește câteva zeci de cazuri. Restul sarcinii este preluat de rețeaua informală, concentrată asupra femeilor de 40–59 de ani, adică exact populația a cărei participare pe piața muncii constituie principala rezervă de creștere a bazei contributive. Mai mult, sprijinul informal scade tocmai acolo unde nevoia crește: implicarea în ajutorarea persoanelor de peste 75 de ani este de 14,3%, față de circa 19% pentru persoanele mai tinere.

*Cadrul de politici este modern la nivel declarativ, dar fragmentat la nivel operaţional***.** Republica Moldova dispune de un Program privind îmbătrânirea activă şi sănătoasă pentru anii 2023–2027, de legislaţie antidiscriminare şi privind dizabilitatea, de standarde pentru îngrijirea medicală la domiciliu şi de angajamente internaţionale relevante. Lipseşte însă un cadru unificator, iar monitorizarea rămâne orientată spre activităţi, nu spre rezultate. Indicele Îmbătrânirii Active (IÎA) a ajuns la 29,8 puncte în 2024, faţă de 27,1 în 2016, însă participarea economică şi socială rămâne mai redusă comparativ cu dimensiunile privind viaţa independentă şi mediul favorabil îmbătrânirii active.

Efectul economic al îmbătrânirii depinde de răspunsul politicilor, nu de demografie în sine. Presiunea asupra sistemelor publice nu este determinată exclusiv de numărul persoanelor în vârstă, ci de baza contributivă efectivă, restrânsă prin migraţie şi ocupare informală. Raportul delimitează trei scenarii de politică: continuitatea modelului actual, care menţine cheltuiala publică redusă transferând costurile către familii; extinderea protecţiei fără schimbare structurală, care majorează cheltuiala fără câştig proporţional de eficienţă; şi dezvoltarea unui model integrat de longevitate activă, care presupune investiţii iniţiale mai mari, dar poate limita costurile evitabile ale dependenţei.

Şase priorităţi sistemice sunt formulate pentru perioada următoare: integrarea îmbătrânirii în politicile de dezvoltare şi consolidarea guvernanţei intersectoriale; trecerea de la intervenţia tardivă la identificarea timpurie a vulnerabilităţii; construirea unui sistem integrat de îngrijire de lungă durată centrat pe viaţa în comunitate; planificarea teritorială a serviciilor pe baza necesităţilor; consolidarea securităţii economice şi a capacităţii de adaptare pe parcursul unei vieţi mai lungi; şi consolidarea drepturilor, egalităţii de gen şi participării persoanelor în vârstă. Implementarea lor este eşalonată într-o foaie de parcurs pe trei etape, până în anul 2035.

Raportul semnalează totodată limitele sistemului naţional de date. Nu există date publice care să combine simultan vârsta, sexul, dizabilitatea, mediul de reşedinţă, venitul şi tipul gospodăriei, deşi tocmai aceste intersecţii definesc grupurile cu risc cumulativ. Domenii precum violenţa asupra persoanelor în vârstă, abuzul economic, neglijarea, singurătatea şi necesarul real de îngrijire de lungă durată rămân slab măsurate administrativ. Dezvoltarea unui set comun de indicatori dezagregaţi, inclusiv ADL şi IADL, este o condiţie prealabilă pentru orice politică bazată pe rezultate.

INTRODUCERE

Îmbătrânirea demografică reprezintă una dintre cele mai profunde transformări sociale ale perioadei contemporane. Ea nu se limitează la modificarea structurii pe vârste a populației, ci schimbă raporturile dintre generații, presiunea asupra sistemelor de protecție socială, cererea de servicii medicale și de îngrijire, capacitatea comunităților de a susține persoanele vulnerabile și modul în care statul trebuie să își organizeze politicile publice. Republica Moldova este un caz deosebit de relevant, deoarece îmbătrânirea populației se produce simultan cu declin demografic, migrație externă, concentrarea unor vulnerabilități în mediul rural și resurse instituționale limitate[1].

În acest context, persoanele în vârstă nu pot fi tratate ca un grup omogen. O persoană de 60-64 de ani, activă economic, cu educație superioară și reședință urbană, are un profil de risc foarte diferit față de o femeie de 80 de ani și peste din mediul rural, văduvă, cu pensie modestă, limitări funcționale și acces digital redus. Tocmai această diversitate internă justifică necesitatea unui raport analitic construit pe dezagregări statistice și pe o perspectivă intersecțională. Vârsta este importantă, dar ea nu explică singură vulnerabilitatea. Riscul social apare prin combinarea vârstei cu genul, dizabilitatea, venitul, mediul de reședință, starea de sănătate, locuirea și accesul la servicii.

Justificarea raportului rezultă și din actualitatea cadrului de politici publice. Republica Moldova dispune de un *Program privind îmbătrânirea activă și sănătoasă pentru anii 2023-2027*, de programe privind egalitatea de gen și prevenirea violenței, precum și de angajamente internaționale relevante, inclusiv în cadrul ONU, OMS, CEDAW, CRPD, MIPAA și proceselor europene. În același timp, rapoartele recente și datele oficiale arată că implementarea rămâne incompletă, iar unele grupuri de persoane în vârstă continuă să fie insuficient vizibile în monitorizare, bugetare și prestarea serviciilor[2].

Raportul este elaborat pentru a oferi o bază analitică solidă pentru decidenți, administrație publică centrală și locală, organizații ale societății civile, parteneri de dezvoltare și mediul academic. Valoarea sa practică constă în combinarea datelor statistice recente cu interpretarea sociojuridică și cu recomandări prioritizate. Prin această abordare, documentul poate fi utilizat atât ca raport de fundamentare, cât și ca instrument de advocacy, planificare locală și dialog interinstituțional.

---

[1] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ AL REPUBLICII MOLDOVA. *Vârstnicii în Republica Moldova în anul 2024*. Chișinău: BNS, 30 septembrie 2025. [comunicat statistic online]. Depozit: portalul oficial al BNS. Disponibil: https://statistica.gov.md/ro/varstnicii-in-republica-moldova-in-anul-2024-9578_62003.html [citat: 08.09.2026]

[2] *Programul privind îmbătrânirea activă și sănătoasă pentru anii 2023–2027*. Aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 434/2023. [document de politici online]. Depozit: Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova; copie de lucru: UNFPA Moldova. Disponibil: https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programul_national_imbatranire_activa_si_sanatoasa_2023_-_2027.pdf [citat: 08.09.2026]; OHCHR/UN Docs, A/HRC/57/42/Add.2, „Visit to the Republic of Moldova - Report of the Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons", 30 iulie 2024: https://docs.un.org/en/A/HRC/57/42/Add.2

Scopul general al raportului este evaluarea situației persoanelor în vârstă de 60 de ani și peste din Republica Moldova din perspectiva egalității de gen, dizabilității și incluziunii sociale, cu accent pe transformarea constatărilor statistice în recomandări de politici publice. Raportul urmărește să evidențieze nu doar nivelul indicatorilor, ci și mecanismele prin care vulnerabilitățile se acumulează, se transmit de-a lungul vieții și se amplifică la vârste înaintate.

Primul obiectiv specific este descrierea contextului demografic și a tendințelor de îmbătrânire, prin analiza populației de 60 ani și peste din perspectiva de gen, grupe de vârstă, medii de reședință și, acolo unde datele permit, în profil teritorial. Al doilea obiectiv este evaluarea situației socioeconomice, inclusiv veniturile, pensiile, sărăcia, cheltuielile și participarea economică a persoanelor în vârstă. Al treilea obiectiv este analiza sănătății, dizabilității, dificultăților funcționale și accesului la servicii medicale, sociale și de îngrijire. Al patrulea obiectiv este examinarea cadrului juridic și de politici publice, cu accent pe relevanță, coerență și implementare. Al cincilea obiectiv este identificarea barierelor structurale, a riscurilor de excluziune și a lacunelor de date și servicii. Al șaselea obiectiv este formularea unui set de recomandări prioritizate, realizabile și orientate spre grupurile cu risc sporit.

Raportul este construit pe trei repere conceptuale complementare. Primul este perspectiva cursului vieții, care arată că situația persoanei la vârsta înaintată este rezultatul unei succesiuni de oportunități, constrângeri și evenimente acumulate de-a lungul întregii vieți. Din această perspectivă, pensia redusă, starea de sănătate precară sau nevoia de sprijin nu apar brusc la 60 sau 65 de ani, ci reflectă parcursuri de educație, muncă, îngrijire, venit, acces la servicii și locuire. Al doilea reper este teoria dezavantajului cumulativ, potrivit căreia inegalitățile inițiale tind să se amplifice în timp. Al treilea reper este intersecționalitatea, care permite analiza simultană a vârstei, genului, dizabilității, ruralității și sărăciei.

Această abordare se aliniază cu orientările internaționale privind îmbătrânirea activă și sănătoasă. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește îmbătrânirea activă prin optimizarea oportunităților de sănătate, participare și securitate pentru creșterea calității vieții, iar raportul mondial privind îmbătrânirea și sănătatea plasează accentul pe capacitatea funcțională, autonomia persoanei și mediile favorabile. În aceeași direcție, *Planul Internațional de Acțiune de la Madrid privind Îmbătrânirea* cere integrarea persoanelor în vârstă în dezvoltare, promovarea sănătății și asigurarea unor medii favorabile. Raportul utilizează aceste repere nu ca formulări generale, ci ca grilă de evaluare a politicilor naționale[3].

Dimensiunea de gen este analizată atât în raport cu prezentul, cât și cu inegalitățile istorice acumulate de-a lungul vieții. Vulnerabilitățile cu care se pot confrunta femeile în vârstă nu rezultă

[3] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active Ageing: A Policy Framework*, 2002, https://iris.who.int/handle/10665/67215; WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World report on ageing and health*. Geneva: OMS, 2015. ISBN 978-92-4-156504-2. [raport online]. Depozit instituțional: IRIS. Disponibil: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042 [citat: 08.09.2026]; UNITED NATIONS. *Madrid International Plan of Action on Ageing*. New York: ONU, 2002. [document online]. Depozit: UN DESA, Division for Inclusive Social Development. Disponibil: https://undesadspd.org/Ageing/Resources/MadridInternationalPlanofActiononAgeing.aspx [citat: 08.09.2026]

doar din ponderea lor mai mare la vârste înaintate, ci şi din inegalităţile acumulate pe parcursul vieţii: cariere mai fragmentate, salarii mai mici, responsabilităţi de îngrijire neplătită şi o probabilitate mai mare de a ajunge văduve sau de a trăi singure. În acelaşi timp, raportul evită o interpretare unidimensională: bărbaţii în vârstă se confruntă cu riscuri distincte, inclusiv speranţă de viaţă mai redusă, mortalitate mai ridicată prin anumite cauze şi acces uneori întârziat la prevenţie şi servicii de sănătate.

Dizabilitatea este abordată atât ca statut administrativ, cât şi ca dificultate funcţională. Această dublă perspectivă este necesară deoarece nu toate persoanele cu limitări funcţionale sunt încadrate administrativ în grad de dizabilitate, iar la vârste înaintate pierderea autonomiei poate apărea gradual, prin acumularea bolilor cronice, reducerea mobilităţii, deteriorarea vederii sau auzului şi dificultăţi cognitive. Convenţia ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilităţi oferă cadrul normativ pentru accesibilitate, participare şi adaptare rezonabilă, iar raportul aplică aceste principii persoanelor în vârstă cu limitări funcţionale[4].

1. METODOLOGIA CERCETĂRII ŞI SURSELE DE DATE

Metodologia raportului este una mixtă, bazată pe analiza secundară cantitativă a datelor statistice oficiale şi pe analiza calitativă a documentelor de politici publice, a cadrului normativ, a rapoartelor instituţionale şi a literaturii ştiinţifice. Raportul nu utilizează date primare colectate prin anchetă proprie, ci valorifică surse secundare oficiale şi instituţionale credibile, cu verificare încrucişată acolo unde a fost posibil. Această opţiune metodologică este adecvată pentru un raport de politici, deoarece permite integrarea rapidă a datelor disponibile şi identificarea lacunelor din sistemul naţional de monitorizare.

În forma actuală, raportul se bazează pe analiză documentară extinsă, date statistice oficiale şi surse instituţionale secundare. Componenta de consultări cu părţile interesate nu este tratată ca cercetare primară distinctă în această etapă; de aceea, constatările privind experienţele directe ale persoanelor în vârstă sunt formulate cu prudenţă şi sunt susţinute de studii tematice existente, rapoarte instituţionale şi date oficiale. Pentru validarea finală a recomandărilor, este recomandabilă organizarea unei runde scurte de consultări cu reprezentanţi ai autorităţilor, organizaţiilor societăţii civile, femei şi bărbaţi în vârstă, inclusiv persoane cu dizabilităţi.

Baza empirică prioritizează perioada 2024-2026, utilizând datele anilor anteriori numai atunci când sunt necesare pentru tendinţe sau când nu există date mai recente. Sursele principale

[4] UNITED NATIONS. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Disponibil:* https://social.desa.un.org/issues/disability/crpd/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpd

sunt Biroul Național de Statistică (BNS)[5], Casa Națională de Asigurări Sociale (CNAS)[6], Ministerul Muncii și Protecției Sociale (MMPS), Ministerul Sănătății (MS), Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM), legislația publicată prin platformele oficiale și documentele internaționale ale ONU, OMS, Consiliului Europei și agențiilor partenere. Pentru indicatorii privind îmbătrânirea activă, raportul utilizează ediția 2024 a Indicelui Îmbătrânirii Active (IÎA; engl. Active Ageing Index – AAI) - un instrument compozit de evaluare a participării, vieții independente și capacității/mediului favorabil îmbătrânirii active[7].

Din punct de vedere al procedurii analitice, datele au fost grupate pe domenii: demografie, venituri și pensii, sărăcie, sănătate, dizabilitate, servicii sociale și medicale, digitalizare, participare socială, violență și cadru juridic. În fiecare domeniu, indicatorii au fost interpretați prin întrebări de politici: cine este afectat, prin ce mecanism, unde este riscul mai mare, ce instituție are responsabilitate și ce măsură ar putea reduce vulnerabilitatea. Această metodă transformă indicatorii din simple valori descriptive în argumente pentru acțiune publică.

Tabelul 1.1. Surse de date utilizate în raport și rolul lor analitic

Sursă / instituție	Tip de date	Utilizare în raport	Limită metodologică
Biroul Național de Statistică	Date demografice, venituri, cheltuieli, sărăcie, vârstnici, speranță de viață, RPL.	Fundament empiric principal pentru capitolele demografice, economice și de sănătate.	Unele tabele nu permit dezagregări simultane pe toate variabilele necesare.
Casa Națională de Asigurări Sociale	Pensii, indexări, cuantumuri minime, prestații sociale.	Analiza adecvării veniturilor și protecției sociale.	Datele agregate trebuie completate cu analize pe sexe, grupe de vârstă și tipuri de beneficiari.
MMPS	Programe de politici, rapoarte de monitorizare, servicii sociale.	Evaluarea implementării programelor și a arhitecturii instituționale.	Monitorizarea rămâne adesea orientată spre activități, nu spre impact.

[5] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ AL REPUBLICII MOLDOVA. *Vârstnicii în Republica Moldova în anul 2024*, 30 septembrie 2025. Disponibil: https://statistica.gov.md/ro/varstnicii-in-republica-moldova-in-anul-2024-9578_62003.html ; BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ AL REPUBLICII MOLDOVA. Veniturile și cheltuielile populației în anul 2025. Chișinău: BNS, 8 aprilie 2026. [comunicat statistic online]. Depozit: portalul oficial al BNS. Disponibil: https://statistica.gov.md/ro/veniturile-si-cheltuielile-populatiei-in-anul-2025-9442_62396.html [citat: 08.09.2026]

[6] CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI SOCIALE. *La 1 aprilie 2026 pensiile și unele prestații sociale* se indexează cu 6,84%", 1 aprilie 2026, Disponibil: https://cnas.gov.md/ro/node/632

[7] BUCIUCEANU-VRABIE, Mariana. Indicele Îmbătrânirii Active în Republica Moldova, ediția 2024. Chișinău: Centrul de Cercetări Demografice, Institutul Național de Cercetări Economice al ASEM, 2025. [raport analitic online]. Depozit instituțional: RSES INCE. Disponibil: https://social.gov.md/wp-content/uploads/2026/02/4276_indicele_imbatraniri_active_2024-1.pdf [citat: 08.09.2026]

Sursă / instituție	Tip de date	Utilizare în raport	Limită metodologică
Ministerul Sănătății / CNAM	Standarde, asigurare medicală, servicii medicale la domiciliu.	Analiza accesului la îngrijiri și a integrării medical-sociale.	Nu toate datele sunt disponibile public pe grupe fine de vârstă și sex.
ONU/OMS/Consiliul Europei	Standarde internaționale, rapoarte de evaluare și cadre de drepturi.	Încadrarea juridică și comparativă a recomandărilor.	Necesită adaptare la capacitatea instituțională națională.
UNFPA/HelpAge /CCD și alte rapoarte instituționale	Studii tematice privind abuzul, egalitatea de gen, vulnerabilitatea și îmbătrânirea.	Completarea datelor oficiale cu perspective calitative și de politici.	Unele studii trebuie actualizate pentru a reflecta situația post-2024.
Generations and Gender Survey (GGS), Valul II, 2024	Date de anchetă privind autoaprecierea sănătății, nevoile medicale nesatisfăcute, limitările funcționale, necesarul de îngrijire și sprijin.	Fundament empiric pentru subcapitolele 5.3–5.6 și pentru cinci figuri ale raportului.	Date autoraportate, care nu echivalează cu evaluări clinice; efectivele pe subgrupe devin reduse la vârste foarte înaintate.
Conturile Naționale de Transfer (CNT)	Profiluri pe vârste ale consumului, veniturilor din muncă, transferurilor publice și private și realocărilor bazate pe active.	Fundament analitic pentru capitolul 6, privind economia generațională și sustenabilitatea sistemelor de redistribuire.	Profilurile sunt sensibile la ipotezele privind ocuparea informală și remitențele; exercițiile prospective au caracter ilustrativ, nu de prognoză bugetară.
Prognoza demografică oficială până în 2040	Scenarii de evoluție a efectivului și structurii pe vârste a populației, la nivel național și teritorial.	Fundament pentru proiecțiile din capitolul 6 și pentru planificarea teritorială din capitolul 7.	Există două serii succesive, cu ani de bază diferiți (2023 și, respectiv, RPL 2024), care nu trebuie combinate în aceeași comparație.

Sursa: elaborat în baza surselor documentare utilizate în raport[8].

[8] MINISTERUL MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE. *Raport privind implementarea.* Programului privind îmbătrânirea activă și sănătoasă pentru anii 2023-2027, 2024. Disponibil: https://social.gov.md/wp-content/uploads/2024/06/Raport-Plan-de-actiuni-pentru-implementarea-Programului-privind-imbatranirea-activa-si-sanatoasa-pentru-anii-2023-2027.pdf ; COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ. Categoriile persoanelor asigurate. Chișinău: CNAM. [pagină web instituțională]. Depozit: portalul oficial al CNAM. Disponibil: https://cnam.md/beneficiari/categoriile-persoanelor-asigurate/ [citat: 08.09.2026]

Pentru dimensiunile care nu pot fi acoperite din statistica administrativă şi din recensământ, raportul valorifică datele studiului *Generations and Gender Survey (GGS),* realizat în Republica Moldova. Din acest studiu provin indicatorii privind autoaprecierea stării de sănătate, nevoile medicale nesatisfăcute, dificultăţile în desfăşurarea activităţilor zilnice, necesarul de îngrijire regulată şi sprijinul acordat între generaţii, analizaţi în subcapitolele 5.3–5.6. Eşantionul persoanelor de 60 de ani şi peste cuprinde 2741 de respondenţi. Această subpopulaţie include şi respondenţi care, fiind parte a panelului longitudinal iniţiat în 2020, au depăşit vârsta de 79 de ani până la Valul II, de aceea, analizele pentru 2024 includ distinct şi grupa de 80 de ani şi peste.

Utilizarea acestor date impune trei precauţii. Prima ţine de natura autoraportării: indicatorii exprimă percepţia respondentului, nu o evaluare clinică, iar indicatorii privind memorarea şi concentrarea trebuie interpretaţi ca autoevaluări şi nu ca estimări clinice ale afectării cognitive. A doua ţine de efectivele pe subgrupe: la vârstele foarte înaintate, dezagregarea simultană pe sexe şi grupe cincinale conduce la efective mici, iar diferenţele observate trebuie interpretate ca tendinţe, nu ca estimări precise. A treia ţine de compatibilitate: datele GGS nu sunt direct comparabile nici cu datele administrative privind gradul de dizabilitate, nici cu rezultatele RPL 2024 privind limitările funcţionale, deoarece instrumentele, pragurile şi populaţiile de referinţă diferă. Din acest motiv, raportul le tratează ca surse complementare, nu ca serii alternative ale aceluiaşi indicator.

În raport, pentru referirea generală la populaţia aflată la vârste înaintate se utilizează cu prioritate sintagma *”persoane în vârstă”,* ca formulare neutră şi centrată pe persoană. În contexte statistice şi de monitorizare se indică explicit pragul de vârstă corespunzător indicatorului, de exemplu: persoane de 60 de ani şi peste sau alte grupe de vârstă. Sintagma *”vârste foarte înaintate”* se referă, acolo unde datele permit această delimitare, la persoanele de 80 de ani şi peste. Termenii utilizaţi în denumirile oficiale ale actelor normative, programelor, iniţiativelor sau surselor statistice se păstrează în forma consacrată. Pentru indicatorii internaţionali standardizaţi se menţin definiţiile şi pragurile metodologice specifice, inclusiv pragul de 65 de ani şi peste pentru indicatorii de dependenţă demografică aferenţi populaţiei la vârste înaintate şi pentru anumite comparaţii europene. Diferenţele de prag reflectă adaptarea metodologică la natura indicatorului şi la disponibilitatea datelor.

Raportul are câteva limitări metodologice care trebuie menţionate explicit. Prima limitare se referă la disponibilitatea şi comparabilitatea datelor. Sursele utilizate nu aplică întotdeauna aceleaşi praguri de vârstă, definiţii sau aceeaşi periodicitate. În consecinţă, grupele de vârstă sunt păstrate conform definiţiei fiecărei surse. Acolo unde datele permit, analiza diferenţiază grupele 60–64, 65–69, 70–74, 75–79 şi 80 de ani şi peste, iar utilizarea altor praguri este menţionată explicit.

A doua limitare ţine de lipsa dezagregărilor simultane. Pentru multe domenii nu există date publice care să combine în acelaşi timp vârsta, sexul, dizabilitatea, mediul de reşedinţă, venitul şi statutul gospodăriei. Tocmai aceste intersecţii sunt însă esenţiale pentru identificarea grupurilor cu risc sporit. De exemplu, o rată agregată pentru persoanele 60+ poate ascunde diferenţe majore între femeile 80+ din rural şi bărbaţii 60-64 din urban.

A treia limitare se referă la domeniile slab măsurate administrativ: violența asupra persoanelor în vârstă, abuzul economic, neglijarea, singurătatea, sănătatea mintală, nevoia reală de îngrijire de lungă durată, accesul la servicii financiare și calitatea îngrijirii. În aceste domenii, raportul utilizează surse instituționale și studii tematice, dar subliniază necesitatea actualizării cercetărilor și a dezvoltării unor indicatori permanenți.

În pofida acestor limitări, raportul are o utilitate practică. El consolidează într-o formă coerentă datele și documentele disponibile, identifică zonele în care informația este suficientă pentru acțiune imediată și evidențiază domeniile unde sistemul național trebuie să producă date mai bune. Astfel, raportul nu este doar o descriere a situației persoanelor în vârstă, ci și un instrument de îmbunătățire a capacității instituționale de a planifica, monitoriza și evalua politicile publice.

Metodologia documentară mixtă oferă raportului o bază adecvată pentru analiza de politici, deoarece corelează date statistice oficiale cu documente normative, rapoarte instituționale și literatura științifică. Verificarea încrucișată a surselor consolidează argumentarea, însă robustețea concluziilor rămâne condiționată de disponibilitatea, actualitatea și compatibilitatea datelor secundare utilizate.

2. CADRUL NAȚIONAL ȘI INTERNAȚIONAL DE POLITICI PUBLICE PRIVIND ÎMBĂTRÂNIREA ACTIVĂ ȘI SĂNĂTOASĂ

2.1. Evoluția paradigmei: de la îmbătrânirea activă la longevitate sănătoasă, autonomie și drepturi

Abordarea internaţională a îmbătrânirii populaţiei a cunoscut în ultimele decenii o transformare substanţială: de la o perspectivă centrată predominant pe protecţia socială şi gestionarea vulnerabilităţilor asociate vârstei înaintate spre una multidimensională, orientată spre capacitate funcţională, autonomie, participare, drepturi şi valorificarea potenţialului longevităţii pe întreg parcursul vieţii. În această evoluţie, conceptele de „îmbătrânire activă" şi „îmbătrânire sănătoasă" nu trebuie privite ca paradigme concurente, ci ca abordări complementare dezvoltate în etape succesive şi integrate treptat într-un cadru mai larg al longevităţii.

Un moment de referinţă l-a constituit cadrul *Active Ageing: A Policy Framework*, elaborat de Organizaţia Mondială a Sănătăţii în 2002. OMS a definit îmbătrânirea activă drept procesul de optimizare a oportunităţilor pentru sănătate, participare şi securitate în scopul îmbunătăţirii calităţii vieţii pe măsura înaintării în vârstă[9]. Termenul *„activ"* depăşeşte astfel semnificaţia restrânsă de activitate profesională sau fizică şi include participarea socială, economică, culturală, spirituală şi civică. Această abordare a contribuit la depăşirea unei reprezentări predominant pasive a persoanelor în vârstă şi la recunoaşterea resurselor, competenţelor, experienţei şi capacităţii lor de contribuţie la familie, comunitate şi societate.

În acelaşi an, *Planul Internaţional de Acţiune de la Madrid privind Îmbătrânirea – MIPAA (2002)* a instituit cadrul global de politici privind îmbătrânirea, structurat în jurul a trei direcţii majore: participarea persoanelor în vârstă la dezvoltare; promovarea sănătăţii şi bunăstării pe parcursul îmbătrânirii; crearea unor medii favorabile şi de sprijin[10]. Importanţa MIPAA constă nu numai în formularea unor priorităţi sectoriale, ci şi în recunoaşterea faptului că îmbătrânirea populaţiei reprezintă o problemă transversală de dezvoltare. Politicile privind persoanele în vârstă nu mai pot fi limitate la pensii şi asistenţă socială, ci trebuie integrate în politicile de ocupare, sănătate, educaţie, locuire, mobilitate, dezvoltare teritorială şi participare socială.

O etapă conceptuală decisivă a fost marcată de *World Report on Ageing and Health* al OMS din 2015, care a introdus paradigma *„îmbătrânirii sănătoase"*. În centrul acesteia nu se află absenţa bolii, ci capacitatea funcţională – capacitatea persoanei de a fi şi de a face ceea ce consideră valoros. Capacitatea funcţională rezultă din interacţiunea dintre capacitatea intrinsecă a individului – ansamblul capacităţilor sale fizice şi mentale – şi mediul în care acesta trăieşte[11].

---

[9] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponibil: https://iris.who.int/handle/10665/67215

[10] UNITED NATIONS. *Madrid International Plan of Action on Ageing*. UN, 2002. Disponibil: https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf

[11] WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on ageing and health. WHO, 2015. Disponibil: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5174879e-b0dc-43fc-b3a8-b1db31c51d4c/content

Această schimbare are implicaţii majore pentru modul în care este înţeleasă bătrâneţea. Prezenţa bolilor cronice sau a unei dizabilităţi nu exclude îmbătrânirea sănătoasă dacă persoana îşi poate păstra autonomia, relaţiile sociale, mobilitatea şi posibilitatea de a lua decizii privind propria viaţă. Invers, absenţa unei patologii grave nu garantează bunăstarea atunci când persoana trăieşte izolată, dispune de venituri insuficiente, nu are acces la transport, locuieşte într-un mediu neadaptat sau nu poate beneficia de serviciile necesare. Astfel, sănătatea la vârste înaintate devine rezultatul interacţiunii dintre caracteristicile individuale şi mediul social, economic, fizic şi instituţional.

Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health 2016–2020 a transformat această viziune într-o agendă de acţiune multisectorială şi a consolidat abordarea bazată pe parcursul vieţii. În această perspectivă, condiţiile unei bătrâneţi active şi sănătoase nu se formează după atingerea unei anumite vârste, ci se acumulează de-a lungul întregii vieţi prin sănătate, educaţie, condiţii de muncă, venituri, locuire, relaţii sociale şi acces la protecţie socială. Inegalităţile din copilărie şi din perioada activă se pot cumula şi manifesta la vârste înaintate sub forma unei sănătăţi mai precare, a unor venituri reduse, a unei probabilităţi mai mari de dizabilitate, limitări funcţionale sau nevoie de sprijin şi a unui acces mai limitat la servicii[12].

Această evoluţie conceptuală a fost consolidată prin proclamarea Deceniului ONU pentru Îmbătrânire Sănătoasă 2021–2030 *(United Nations Decade of Healthy Ageing).* Planul de acţiune al Deceniului plasează persoanele în vârstă în centrul politicilor şi stabileşte patru domenii interdependente de acţiune: schimbarea modului în care societatea gândeşte, simte şi acţionează în raport cu vârsta şi îmbătrânirea; dezvoltarea comunităţilor care susţin capacităţile persoanelor în vârstă; asigurarea serviciilor integrate şi centrate pe persoană; precum şi accesul la îngrijire de lungă durată pentru persoanele care au nevoie de aceasta[13].

Prin urmare, paradigma contemporană nu opune autonomia nevoii de sprijin. O persoană poate avea nevoie de sprijin sau de îngrijire de lungă durată şi, simultan, să-şi păstreze capacitatea de decizie, relaţiile sociale şi participarea la viaţa comunităţii. În acest sens, *Integrated Care for Older People – ICOPE* dezvoltat de OMS promovează trecerea de la sisteme fragmentate, organizate în jurul bolilor, la servicii integrate, coordonate şi centrate pe persoană, orientate spre menţinerea capacităţii intrinseci şi funcţionale[14]. Îngrijirea nu mai este tratată exclusiv ca răspuns la incapacitate, ci ca una dintre condiţiile care permit menţinerea demnităţii şi autonomiei.

O altă componentă esenţială a noului cadru este combaterea ageismului. *Global Report on Ageism*, elaborat în 2021 de OMS împreună cu OHCHR, UN DESA şi UNFPA, a demonstrat că

---

[12] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2017. https://mpsv.gov.cz/cms/documents/88f81005-4737-872d-b0ce-fa22004179af/Global+strategy+and+Action+plan+on+Ageing+and+Health_WHO.pdf [citat: 08.09.2026]

[13] WORLD HEALTH ORGANIZATION. UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030. Disponibil: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28&download=true [citat: 08.09.2026]

[14] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponibil: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2f8222a2-f473-4d1d-9396-dd55b11d14f0/content .

stereotipurile, prejudecăţile şi discriminarea pe criteriul vârstei afectează sănătatea, participarea socială, accesul la servicii şi posibilităţile de ocupare ale persoanelor în vârstă. *Ageismul* este astfel abordat nu doar ca problemă de atitudine individuală, ci şi ca fenomen instituţional, capabil să influenţeze legislaţia, practicile medicale, piaţa muncii, mass-media şi distribuirea resurselor. Combaterea *ageismului* devine, în consecinţă, o condiţie pentru realizarea efectivă a îmbătrânirii active şi sănătoase[15].

În paralel, abordarea contemporană deplasează treptat accentul de la politicile destinate unei categorii definite administrativ drept *„persoane în vârstă"* spre o perspectivă a longevităţii şi a parcursului vieţii. *Green Paper on Ageing al Comisiei Europene (2021)* utilizează explicit abordarea ciclului de viaţă, subliniind că răspunsul la îmbătrânirea demografică trebuie să înceapă înainte de vârsta înaintată şi să combine educaţia şi dezvoltarea competenţelor, prevenirea, vieţi profesionale mai lungi şi de calitate, protecţia socială, solidaritatea între generaţii şi servicii adecvate[16]. Direcţia este dezvoltată şi de OMS prin iniţiativa privind extinderea beneficiilor îmbătrânirii sănătoase pe întreg parcursul vieţii, care conectează dezvoltarea sănătoasă la vârste tinere cu longevitatea sănătoasă la vârste înaintate[17].

Pentru regiunea UNECE, , cadrul regional actual este reprezentat de Declaraţia ministerială de la Roma din 2022 – *A Sustainable World for All Ages: Joining Forces for Solidarity and Equal Opportunities Throughout Life* care stabileşte agenda regională pentru perioada 2022–2027. Aceasta formulează trei obiective majore: promovarea îmbătrânirii active şi sănătoase pe tot parcursul vieţii; asigurarea accesului la îngrijire de lungă durată şi sprijinirea îngrijitorilor şi familiilor; integrarea problematicii îmbătrânirii în toate politicile pentru construirea unei societăţi pentru toate vârstele[18].

Declaraţia de la Roma este deosebit de importantă deoarece extinde agenda îmbătrânirii către domenii care anterior ocupau un loc secundar: combaterea ageismului şi discriminării; participarea efectivă a persoanelor în vârstă la elaborarea politicilor; egalitatea de gen; învăţarea pe tot parcursul vieţii; digitalizarea accesibilă; prevenirea izolării şi singurătăţii; recunoaşterea contribuţiei economice şi sociale a persoanelor în vârstă ; dezvoltarea „economiei argintii"; precum şi consolidarea sistemelor de îngrijire de lungă durată şi a sprijinului pentru îngrijitorii formali şi informali. Astfel, politica privind îmbătrânirea se transformă într-o politică transversală de dezvoltare şi nu mai poate fi atribuită exclusiv sistemelor de sănătate sau protecţie socială.

---

[15] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global report on ageism*. Geneva: WHO, 2021. ISBN 978-92-4-001686-6. [raport online]. Depozit instituțional: IRIS. Disponibil: https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866 [citat: 08.09.2026]

[16] EUROPEAN COMMISSION. The Green Paper on Ageing was adopted on 27 January 2021, COM (2021) 50 final. Disponibil: https://commission.europa.eu/system/files/2021-06/green_paper_ageing_2021_en.pdf [citat: 08.09.2026]

[17] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Beyond the Decade of Healthy Ageing: extending the benefits of healthy ageing across the life course*. Geneva: OMS, 2024. [document online]. Depozit instituțional: portalul OMS. Disponibil: https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing [citat: 08.09.2026].

[18] UNITED NATIONS ECONOMIC COMMISSION FOR EUROPE (UNECE). *A Sustainable World for All Ages: Joining Forces for Solidarity and Equal Opportunities Throughout Life. UNITED NATIONS, Geneva, 2022. Disponibil: https://unece.org/sites/default/files/2022-10/ECE_WG.1_41_WEB.pdf*

O dimensiune tot mai importantă este și integrarea transversală a perspectivei îmbătrânirii în toate politicile *(mainstreaming ageing)*. Aceasta presupune evaluarea sistematică a efectelor politicilor economice, sociale, teritoriale, digitale și de mediu asupra diferitelor generații și includerea perspectivei vârstei în procesul de elaborare, implementare și evaluare a politicilor publice. În același timp, persoanele în vârstă trebuie implicate în aceste procese nu doar în calitate de beneficiari consultați, ci ca participanți la luarea deciziilor. Acest principiu este relevant mai ales în societățile în care îmbătrânirea se combină cu depopularea și schimbările structurale ale comunităților.

Perspectiva drepturilor omului conferă o dimensiune suplimentară acestei schimbări de paradigmă. În 2024, Adunarea Generală a ONU a finalizat activitatea *Open-ended Working Group on Ageing* și a solicitat continuarea examinării modalităților de consolidare a protecției drepturilor persoanelor în vârstă . Un pas major a urmat în 2025, când Consiliul ONU pentru Drepturile Omului a adoptat Rezoluția A/HRC/RES/58/13 din 3 aprilie 2025[19], instituind un grup interguvernamental deschis pentru elaborarea unui instrument internațional juridic obligatoriu privind promovarea și protecția drepturilor persoanelor în vârstă . Această evoluție indică trecerea de la recunoașterea generică a vulnerabilității persoanelor în vârstă spre definirea mai clară a obligațiilor statelor privind autonomia, egalitatea, participarea, îngrijirea, accesibilitatea și protecția împotriva discriminării și abuzului.

Pentru Republica Moldova, această perspectivă este susținută direct de Raportul Expertului Independent al ONU privind exercitarea tuturor drepturilor omului de către persoanele în vârstă, publicat în 2024 în urma vizitei efectuate în țară în noiembrie 2023. Raportul recomandă explicit schimbarea perspectivei asupra îmbătrânirii și aplicarea unei abordări bazate pe drepturile omului în legislație, politici și practici. Sunt evidențiate probleme precum securitatea economică, discriminarea pe criteriul vârstei, accesibilitatea serviciilor și spațiului public, dezvoltarea insuficientă a serviciilor comunitare și de îngrijire de lungă durată, situația persoanelor în vârstă din mediul rural, accesul la educație și formare pe tot parcursul vieții, precum și riscurile asociate excluziunii digitale[20].

În plus, cadrul internațional actual pune un accent tot mai mare pe eterogenitatea populației în vârstă . Vârsta cronologică nu este un indicator suficient al capacității, nevoilor sau vulnerabilității unei persoane. Genul, dizabilitatea, veniturile, mediul de reședință, nivelul de educație, istoricul ocupațional, responsabilitățile de îngrijire și accesul la tehnologii pot produce traiectorii foarte diferite ale îmbătrânirii. Dezavantajele acumulate de-a lungul vieții se pot

[19] UN. HUMAN RIGHTS COUNCIL *Open-ended intergovernmental working group for the elaboration of a legally binding instrument on the promotion and protection of the human rights of older persons*. Rezoluție adoptată fără vot la 3 aprilie 2025, sesiunea a 58-a. Depozit: UN Digital Library. Disponibil: https://digitallibrary.un.org/record/4081193?v=pdf [citat: 08.09.2026]

[20] UNITED NATIONS. Human Rights Council Sixtieth session 8 September–3 October 2025 *Visit to the Republic of Moldova - Report of the Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons, Claudia Mahler. 30 July 2024. Disponibil: https://docs.un.org/en/A/HRC/57/42/Add.2*

suprapune și amplifica la vârste înaintate, ceea ce justifică integrarea abordării de gen și a intersecționalității atât în cercetare, cât și în proiectarea politicilor publice.

O evoluție recentă importantă este trecerea de la formularea principiilor generale la măsurarea rezultatelor îmbătrânirii sănătoase. Raportul de progres al Deceniului ONU pentru Îmbătrânire Sănătoasă 2021–2023 a evidențiat necesitatea accelerării implementării la nivel național, iar în 2025 OMS a publicat un nou cadru de monitorizare și un set de indicatori pentru evaluarea progresului și impactului Deceniului. Această abordare consolidează rolul datelor dezagregate, al evaluării capacității funcționale, al monitorizării accesului la servicii și al participării persoanelor în vârstă în evaluarea politicilor[21].

În acest context, conceptul contemporan de îmbătrânire activă și sănătoasă poate fi înțeles ca parte a unei paradigme mai largi a longevității, în care obiectivul politicilor publice nu este doar prelungirea vieții sau compensarea pierderilor asociate vârstei, ci creșterea numărului de ani trăiți cu autonomie, demnitate, capacitate de alegere și participare. Longevitatea devine astfel simultan o realizare socială, o provocare pentru sistemele de protecție și îngrijire și o resursă de dezvoltare.

Pentru Republica Moldova, această schimbare este deosebit de relevantă. Îmbătrânirea demografică se desfășoară concomitent cu depopularea, migrația populației de vârstă activă, concentrarea populației în anumite centre urbane și diminuarea resurselor familiale și comunitare de sprijin. În aceste condiții, o politică limitată la pensii, prestații sociale și tratamentul bolilor nu poate răspunde complexității procesului de îmbătrânire. Este necesară o abordare integrată care să urmărească atât prevenirea pierderii capacității funcționale, cât și adaptarea mediului la capacitățile persoanei, menținerea participării, accesul la servicii și îngrijire atunci când acestea devin necesare.

Figura 2.1 sintetizează această evoluție de paradigmă: de la protecția predominant pasivă și compensarea riscurilor spre un model centrat pe autonomie, capacitate funcțională, drepturi, participare și contribuție pe întreg parcursul vieții. Cadrul contemporan nu substituie paradigma îmbătrânirii active, ci o extinde prin integrarea sănătății, participării, securității, capacității funcționale, autonomiei, drepturilor și mediilor favorabile într-o perspectivă mai largă a longevității. În această perspectivă, pensiile, asistența socială, serviciile medicale și îngrijirea de lungă durată sunt integrate alături de mediul social și fizic, oportunitățile de învățare și muncă, tehnologiile, relațiile intergenerаționale și posibilitatea persoanei de a lua decizii asupra propriei vieți.

În acest sens, pentru Republica Moldova pot fi delimitate șase dimensiuni interdependente ale noii paradigme: combaterea ageismului și schimbarea percepțiilor sociale; garantarea

[21] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Measuring the progress and impact of the UN Decade of Healthy Ageing (2021-2030): framework and indicators recommended by WHO Technical Advisory Group.* Geneva: World Health Organization; 2025. Disponibil: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f788fb7a-851c-4719-8cac-ea67bb8e2168/content; WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing 2021–2023*. WHO, 2023. Disponibil: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/623af080-e779-4941-bed7-e41bd7e6c105/content [citat: 08.09.2026]

drepturilor, autonomiei şi participării; extinderea oportunităţilor de muncă, educaţie şi contribuţie socială pe parcursul vieţii; dezvoltarea serviciilor integrate de sănătate, servicii sociale şi îngrijire de lungă durată; crearea unor medii fizice şi digitale accesibile şi favorabile îmbătrânirii; consolidarea guvernanţei prin integrarea îmbătrânirii în toate politicile, finanţare sustenabilă, participarea persoanelor în vârstă şi utilizarea datelor dezagregate. Aceste dimensiuni permit trecerea de la o politică „pentru persoanele în vârstă ” la o politică a longevităţii şi a societăţii pentru toate vârstele.



Fig. 2.1. **Dimensiunile integrate ale îmbătrânirii active şi sănătoase în perspectiva longevităţii**

Sursa: elaborat de autori, pe baza convergenţei abordărilor OMS-ONU-UNECE.

2.2. Cadrul național de politici publice și reglementare

Cadrul juridic și de politici publice privind persoanele în vârstă din Republica Moldova trebuie evaluat nu doar prin inventarierea actelor normative, ci mai ales prin capacitatea acestora de a transforma drepturile formale în acces efectiv la venituri, servicii, protecție, participare și demnitate. Constituția consacră egalitatea în drepturi și dreptul la asistență socială în caz de *"bătrânețe"*, iar protecția este dezvoltată prin legislația privind pensiile, egalitatea, dizabilitatea, serviciile sociale și sănătatea, precum și prin programe naționale și angajamente internaționale[22]. Totuși, această arhitectură rămâne dispersată și nu este integrată printr-o lege-cadru privind drepturile persoanelor în vârstă. Raportul Expertului Independent al ONU, elaborat în urma vizitei în Republica Moldova, a semnalat, de asemenea, lipsa unei legislații dedicate protejării drepturilor acestui grup[23].

Fragmentarea normativă are consecințe practice. O persoană în vârstă din mediul rural, cu pensie modestă, boli cronice și mobilitate redusă, interacționează simultan cu sistemele de pensii, sănătate, asistență socială, dizabilitate, transport și protecție împotriva discriminării sau abuzului. Eficiența protecției depinde astfel de cooperarea instituțională și de capacitatea administrației locale de a organiza accesul la servicii.

Analiza cadrului existent se bazează pe patru criterii complementare: relevanța pentru nevoile persoanelor în vârstă și ale subgrupurilor vulnerabile; coerența dintre domeniile de reglementare; implementarea prin resurse, servicii și mecanisme de responsabilizare; și intersecționalitatea, respectiv luarea în considerare simultană a vârstei, genului, dizabilității, sărăciei și mediului de reședință[24]. Principala distanță dintre drepturi și protecția efectivă apare la nivelul implementării, mai ales pentru femeile aflate la vârste foarte înaintate, persoanele singure, persoanele cu dizabilități și persoanele în vârstă din mediul rural.

Pilonul protecției economice la vârste înaintate este Legea nr.156/1998 privind sistemul public de pensii, care reglementează condițiile de stabilire, calculare, reexaminare și indexare a pensiilor[25]. Caracterul contributiv al sistemului oferă predictibilitate persoanelor cu cariere stabile, dar poate reproduce inegalitățile acumulate pe parcursul vieții. Femeile cu întreruperi de activitate pentru îngrijirea familiei, persoanele ocupate informal, lucrătorii cu salarii mici și populația rurală riscă pensii mai reduse. Prin urmare, sistemul asigură un venit la la vârste înaintate, însă nu compensează automat dezavantajele de gen și ocupaționale.

---

[22] *Constituția Republicii Moldova*. Art. 16 și art. 47. Chișinău, 2024. [document online]. Depozit: pagina oficială a Președinției Republicii Moldova. Disponibil: https://old.parlament.md/LinkClick.aspx?fileticket=H4u8MeoMz44%3D&tabid=151&language=ro-RO [citat: 08.09.2026]

[23] UNITED NATIONS. Human Rights Council Sixtieth session 8 September–3 October 2025 Visit to the Republic of Moldova - Report of the Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons, Claudia Mahler. 30 July 2024. Disponibil: https://docs.un.org/en/A/HRC/57/42/Add.2 [citat: 08.09.2026]

[24] Ibidem.

[25] *Legea nr. 156/1998 privind sistemul public de pensii*. Versiune consolidată. [act normativ online]. Depozit: Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=132852&lang=ro [citat: 08.09.2026]

Indexările din ultimii ani au urmărit protejarea puterii de cumpărare: pensiile şi unele prestaţii sociale au fost indexate cu 10% de la 1 aprilie 2025 şi cu 6,84% de la 1 aprilie 2026[26]. În 2025 a fost introdusă şi o pensie minimă majorată, de 3 300 lei, pentru persoanele cu un stagiu de cotizare de cel puţin 40 de ani[27]. Acest cuantum nu trebuie confundat cu pensia minimă generală pentru limită de vârstă, stabilită la 3 264,66 lei începând cu 1 aprilie 2026: este vorba despre două categorii distincte de garanţie minimă, iar compararea directă a valorilor ar induce în eroare. Aceste măsuri consolidează protecţia minimă, dar nu rezolvă problema adecvării veniturilor în raport cu cheltuielile pentru sănătate, locuire şi îngrijire şi nu acoperă suficient persoanele cu stagii fragmentate. De aceea, politica de pensii trebuie corelată cu serviciile medicale şi sociale şi cu măsurile de prevenire a sărăciei.

Legea nr.121/2012 privind asigurarea egalităţii oferă baza pentru combaterea discriminării pe criterii de vârstă, sex şi dizabilitate în domeniul muncii, al serviciilor şi al accesului la bunuri publice[28]. Efectivitatea sa depinde însă de cunoaşterea drepturilor, accesul la mecanisme de adresare cu petiţii şi existenţa unor remedii accesibile. Persoanele în vârstă care trăiesc în izolare, cu venituri mici sau competenţe digitale reduse pot întâmpina dificultăţi chiar în utilizarea instrumentelor create pentru protecţia lor.

O problemă distinctă priveşte participarea persoanelor în vârstă pe piaţa muncii. Prevederile Codului muncii referitoare la încetarea contractului persoanelor care au dobândit statutul de pensionar trebuie aplicate astfel încât să nu transforme vârsta într-un mecanism automat de excludere[29]. Munca după vârsta standard de pensionare nu trebuie nici impusă de insuficienţa veniturilor, nici limitată prin stereotipuri privind productivitatea şi adaptabilitatea. În sens mai larg, discriminarea apare adesea indirect: prin proceduri excesiv de complicate, digitalizarea exclusivă a serviciilor, lipsa transportului sau spaţii inaccesibile. Sunt necesare servicii asistate, alternative offline şi personal instruit să identifice aceste bariere.

Legea nr.60/2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilităţi este esenţială pentru persoanele în vârstă cu limitări funcţionale, chiar dacă nu este dedicată exclusiv acestora[30].

---

[26] CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI SOCIALE. *La 1 aprilie 2026 pensiile şi unele prestaţii sociale se indexează cu 6,84%*. Chișinău: CNAS, 1 aprilie 2026. [comunicat online]. Depozit: portalul oficial al CNAS. Disponibil: https://cnas.gov.md/ro/node/632 [citat: 08.09.2026]; CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI SOCIALE. *La 1 aprilie 2025 pensiile şi unele prestaţii sociale se indexează cu 10%*. Chișinău: CNAS, 1 aprilie 2025. [comunicat online]. Depozit: portalul oficial al CNAS. Disponibil: https://cnas.gov.md/ro/node/430 [citat: 08.09.2026]

[27] MINISTERUL MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE. *Pensie minimă de 3 300 lei pentru cei cu un stagiu de cotizare de cel puțin 40 de ani: decizie aprobată de Guvern*. Chișinău: MMPS, 23 aprilie 2025. [comunicat online]. Depozit: portalul oficial al MMPS. Disponibil: https://social.gov.md/comunicare/comunicate/pensie-minima-de-3-300-lei-pentru-cei-cu-un-stagiu-de-cotizare-de-cel-putin-40-de-ani-decizie-aprobata-de-guvern/ [citat: 08.09.2026]

[28] *Legea nr. 121/2012 cu privire la asigurarea egalității*. Versiune consolidată. [act normativ online]. Depozit: Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=10604&lang=ro [citat: 08.09.2026]

[29] *Codul muncii al Republicii Moldova nr. 154/2003*. Versiune consolidată. [act normativ online]. Depozit: Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=124959&lang=ro [citat: 08.09.2026]

[30] *Legea nr. 60/2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități*. Versiune consolidată. [act normativ online]. Depozit: Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=151196&lang=ro [citat: 08.09.2026]

Abordarea bazată pe drepturi deplasează accentul de la diagnostic la interacţiunea dintre limitările individuale şi barierele mediului. Mobilitatea redusă, dificultăţile de vedere sau auz şi afecţiunile cronice nu trebuie să conducă la excluziune dacă există transport accesibil, servicii apropiate, comunicare adaptată şi sprijin la domiciliu. Principiile Convenţiei ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilităţi - accesibilitate, adaptare rezonabilă, participare şi viaţă independentă - sunt, prin urmare, direct relevante pentru politicile de îmbătrânire[31].

Aplicarea acestor principii rămâne limitată de resurse şi de fragmentarea serviciilor. Persoanele în vârstă cu limitări funcţionale au nevoie de evaluare integrată, reabilitare, adaptarea locuinţei, transport social şi îngrijire la domiciliu, nu doar de recunoaşterea administrativă a dizabilităţii. Separarea intervenţiilor medicale de cele sociale transferă povara coordonării asupra persoanei sau familiei.

În acest context, aprobarea Standardului naţional pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, ediţia a II-a, prin Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 1225 din 26 decembrie 2025, reprezintă un progres important. Standardul pune accent pe continuitatea îngrijirii, colaborarea interinstituţională, prevenţie, tratament şi reabilitare în mediul de viaţă al beneficiarului[32]. Totuşi, îngrijirea de lungă durată nu poate fi redusă la servicii medicale sau la plasament rezidenţial. Ea trebuie organizată ca un continuum care include prevenţie, sprijin comunitar, îngrijire socială şi medicală la domiciliu, reabilitare, centre de zi, suport pentru îngrijitorii informali şi servicii rezidenţiale doar atunci când soluţiile comunitare nu mai sunt suficiente. Componentele există în cadrul actual, dar integrarea şi acoperirea lor teritorială rămân incomplete.

Principalul document strategic destinat direct persoanelor în vârstă este Programul privind îmbătrânirea activă şi sănătoasă pentru anii 2023–2027, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 434/2023. În concordanţă cu paradigma OMS, Programul abordează persoanele în vârstă nu doar ca beneficiari ai pensiilor şi asistenţei sociale, ci ca titulari ai dreptului la sănătate, autonomie, participare, învăţare continuă şi incluziune digitală[33]. Caracterul său transversal este un avantaj, deoarece îmbătrânirea implică simultan sănătatea, ocuparea, educaţia, protecţia socială, infrastructura locală şi viaţa comunitară.

---

[31] UN DESA. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*. New York: ONU, 2006. [convenție online]. Depozit: UN DESA. Disponibil: https://social.desa.un.org/issues/disability/crpd/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpd [citat: 08.09.2026]

[32] MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA. *Standardul național pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu*. Ediția a II-a. Aprobat prin Ordinul nr. 1225 din 26 decembrie 2025. Chișinău: MS, 2025. [standard online]. Depozit: portalul oficial al Ministerului Sănătății. Disponibil: https://ms.gov.md/legislatie/ghiduri-protocoale-standarde/standard-national-de-ingrijiri-medicale-la-domiciliu/ [citat: 08.09.2026]

[33] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: WHO, 2002. Document WHO/NMH/NPH/02.8. [document online]. Depozit instituțional: IRIS. Disponibil: https://iris.who.int/items/46476232-b305-47b4-ab28-e3931607c70c [citat: 08.09.2026]; *Programul privind îmbătrânirea activă și sănătoasă pentru anii 2023–2027*. Aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 434/2023. [document de politici online]. Depozit: Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova; copie de lucru: UNFPA Moldova. Disponibil: https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programul_national_imbatranire_activa_si_sanatoasa_2023_-_2027.pdf [citat: 08.09.2026]

Eficienţa Programului depinde însă de aplicarea la nivel local. Raportul de monitorizare al MMPS evidenţiază comunităţi-pilot, instruiri şi acţiuni de dezvoltare instituţională, dar rezultatele trebuie evaluate prin schimbările produse în viaţa beneficiarilor şi prin reducerea inegalităţilor teritoriale[34]. Indicatorii de activitate — numărul de instruiri, proiecte sau acţiuni — sunt insuficienţi fără măsurarea accesului efectiv la servicii, a autonomiei şi a participării persoanelor în vârstă.

Agenda îmbătrânirii este completată de Programul de promovare şi asigurare a egalităţii între femei şi bărbaţi şi de Programul naţional privind prevenirea şi combaterea violenţei faţă de femei şi a violenţei în familie pentru anii 2023–2027[35]. Aceste documente sunt importante deoarece dezavantajele economice şi sociale la vârste înaintate reflectă adesea inegalităţi acumulate de-a lungul vieţii. Totuşi, femeile în vârstă nu sunt suficient delimitate ca grup distinct. Pensia redusă, văduvia, traiul solitar, nevoie de îngrijire şi riscul de abuz economic, psihologic sau de neglijare necesită indicatori şi servicii adaptate vârstei înaintate.

Analiza evidenţiază nu absenţa reglementărilor şi programelor, ci fragmentarea dintre domenii, instituţii şi mecanismele de implementare. Principalele lacune şi răspunsurile necesare sunt sintetizate în Tabelul 2.1.

Tabelul 2.1. Lacunele principale ale cadrului normativ şi direcţiile prioritare de răspuns

Lacună principală	Consecinţă	Direcţie prioritară
Lipsa unui cadru unificator privind drepturile persoanelor în vârstă	Protecţia este dispersată între legi, programe şi instituţii	Adoptarea unei legi-cadru sau consolidarea unui mecanism intersectorial cu responsabilităţi şi indicatori comuni
Fragmentarea serviciilor sociale şi medicale	Beneficiarul sau familia trebuie să coordoneze instituţii care funcţionează separat	Evaluare multidimensională, management de caz şi trasee integrate de referire
Acoperirea redusă a serviciilor comunitare şi de îngrijire de lungă durată	Izolare, spitalizări evitabile, instituţionalizare şi nevoie crescută de sprijin familial	Extinderea serviciilor la domiciliu, centrelor de zi, reabilitării, transportului social şi sprijinului pentru îngrijitori

[34] MINISTERUL MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE. *Raport. Planului de acțiuni pentru implementarea Programului privind îmbătrânirea activă și sănătoasă pentru anii 2023–2027*. Chișinău: MMPS, 2024. [raport online]. Depozit: portalul oficial al MMPS. Disponibil: https://social.gov.md/wp-content/uploads/2024/06/Raport-Plan-de-actiuni-pentru-implementarea-Programului-privind-imbatranirea-activa-si-sanatoasa-pentru-anii-2023-2027.pdf [citat: 08.09.2026]

[35] MINISTERUL MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE. *Programul național privind prevenirea și combaterea violenței față de femei și a violenței în familie pentru anii 2023–2027*. Chișinău, 2023. [document de politici online]. Depozit: portalul oficial al MMPS. Disponibil: https://social.gov.md/wp-content/uploads/2023/03/Programul-VFF-si-VF_-15.03.2023_final.pdf [citat: 08.09.2026]; *Programul de promovare și asigurare a egalității între femei și bărbați în Republica Moldova pentru anii 2023–2027*. Aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 203/2023. [document de politici online]. Depozit internațional: FAOLEX. Disponibil: https://faolex.fao.org/docs/pdf/mol223952.pdf [citat: 08.09.2026]

Lacună principală	Consecinţă	Direcţie prioritară
Integrarea insuficientă a perspectivei de gen	Femeile în vârstă şi formele specifice de vulnerabilitate rămân slab vizibile	Măsuri şi indicatori dedicaţi femeilor în vârstă în politicile de gen, protecţie socială şi prevenire a violenţei
Date insuficient dezagregate şi monitorizare orientată spre activităţi	Inegalităţile sunt mascate de valori medii, iar efectele politicilor nu pot fi evaluate	Sistem integrat de indicatori pe vârstă, sex, dizabilitate, venit şi mediu de reşedinţă; evaluări de rezultat şi impact

Sursa: elaborat de autori în baza cadrului normativ analizat în raport.

Lipsa unui cadru unificator nu înseamnă absenţa protecţiei, ci dificultatea de a răspunde nevoilor complexe ale aceleiaşi persoane. Pensiile acoperă riscul de venit, sistemul medical tratează boala, legislaţia dizabilităţii vizează accesibilitatea, iar serviciile sociale răspund nevoilor de sprijin şi îngrijire. Pentru beneficiar, aceste dimensiuni sunt însă inseparabile. O lege-cadru sau un mecanism intersectorial consolidat ar trebui să stabilească obligaţii instituţionale, standarde comune şi mecanisme de coordonare.

Prioritatea imediată este integrarea serviciilor sociale, medicale şi comunitare. Aceasta presupune evaluarea multidimensională a nevoilor, managementul de caz, schimbul de informaţii între instituţii şi un punct clar de acces pentru beneficiar. Dezvoltarea îngrijirii de lungă durată trebuie să privilegieze menţinerea autonomiei şi viaţa în comunitate, reducând instituţionalizarea prematură şi povara disproporţionată suportată de familie, în special de către femei.

În acelaşi timp, politicile trebuie să recunoască diversitatea populaţiei în vârstă. Femeile aflate la vârste foarte înaintate, persoanele care locuiesc singure, persoanele în vârstă din mediul rural şi persoanele cu dizabilităţi pot necesita intervenţii diferite. Bărbaţii în vârstă pot avea, la rândul lor, riscuri distincte legate de supramortalitate, de participarea redusă la prevenţie şi de sănătatea mintală. O abordare intersecţională evită tratarea persoanelor de 60 de ani şi peste ca un grup omogen.

Consolidarea normativă trebuie însoţită de finanţare predictibilă, standarde de calitate şi monitorizarea efectelor asupra beneficiarilor. Adoptarea unor noi norme fără servicii şi resurse ar menţine caracterul declarativ al drepturilor, iar dezvoltarea serviciilor fără standarde comune ar perpetua inegalităţile teritoriale.

Concluzii analitice

Analiza cadrului internaţional evidenţiază o schimbare fundamentală de paradigmă: îmbătrânirea nu mai este abordată exclusiv prin protecţie socială şi compensarea vulnerabilităţilor, ci prin capacitate funcţională, autonomie, participare, drepturi şi intervenţii pe întreg parcursul vieţii. Pensia, serviciile medicale şi îngrijirea rămân componente esenţiale, dar eficienţa lor depinde de integrarea cu mediul de viaţă, educaţia, ocuparea, accesibilitatea şi posibilitatea persoanei de a lua decizii asupra propriei vieţi.

În Republica Moldova, principala problemă nu este lipsa instrumentelor normative şi de politici, ci coerenţa redusă a implementării lor. Fragmentarea reglementărilor şi a serviciilor, acoperirea teritorială inegală şi monitorizarea centrată predominant pe activităţi limitează accesul efectiv la drepturi şi servicii, în special atunci când vârsta se intersectează cu dizabilitatea, genul, traiul solitar, veniturile reduse şi mediul rural. Prioritatea revine consolidării coordonării intersectoriale şi dezvoltării unor servicii integrate, accesibile teritorial.

Deficitul central este, prin urmare, unul de guvernanţă şi implementare integrată. Efectele sale sunt mai severe atunci când vârsta se intersectează cu dizabilitatea, genul, traiul solitar, venitul redus şi ruralitatea, deoarece persoana sau familia este obligată să coordoneze sisteme care funcţionează separat. În aceste condiţii, dezvoltarea unui cadru unificator sau a unui mecanism intersectorial consolidat trebuie corelată cu evaluarea multidimensională, managementul de caz, trasee clare de referire şi servicii comunitare.

Implementarea trebuie susţinută prin finanţare predictibilă, standarde comune de calitate, date dezagregate şi evaluarea rezultatelor privind autonomia, accesul la servicii şi participarea. Implicarea persoanelor în vârstă în elaborarea şi monitorizarea politicilor este necesară pentru ca abordarea bazată pe drepturi să funcţioneze în practică, iar integrarea îmbătrânirii în toate politicile devine condiţia pentru adaptarea societăţii la longevitate.

3. PERSOANELE ÎN VÂRSTĂ: PROFILUL DEMOGRAFIC ŞI SOCIOECONOMIC

3.1. Profilul demografic al persoanelor în vârstă

Profilul sociodemografic al persoanelor în vârstă din Republica Moldova trebuie analizat ca rezultat al unor procese demografice, economice, familiale şi instituţionale care se acumulează de-a lungul întregii durate a vieţii. Împlinirea vârstei de 60 de ani nu înseamnă intrarea într-un grup social omogen. Dimpotrivă, la vârste înaintate devin mai vizibile diferenţele generate anterior de gen, educaţie, statut ocupaţional, venit, mediu de reşedinţă, stare civilă, sănătate, dizabilitate şi acces la servicii. În acest sens, perspectiva contemporană asupra îmbătrânirii se îndepărtează de imaginea unei categorii omogene a persoanelor în vârstă şi pune accent pe diversitatea traiectoriilor individuale şi sociale.

Această abordare este susţinută de teoria avantajului şi dezavantajului cumulativ**,** dezvoltată în gerontologia socială. Dannefer (2003) arată că diferenţele dintre indivizi şi grupuri sociale nu dispar odată cu înaintarea în vârstă, ci se pot acumula şi amplifica în timp. Educaţia mai redusă, ocuparea instabilă, veniturile mici, condiţiile dificile de muncă sau accesul limitat la servicii de sănătate pot produce efecte succesive asupra sănătăţii, resurselor economice şi capacităţii funcţionale la vârste înaintate[36]. OECD utilizează în acest sens conceptul de *„ageing unequally"***,** subliniind că inegalităţile în educaţie, sănătate, ocupare şi venit se dezvoltă de-a lungul vieţii şi se manifestă la vârste înaintate în diferenţe importante de longevitate, sănătate şi securitate economică[37].

Această perspectivă este confirmată şi de literatura ştiinţifică recentă. Revizuirea sistematică realizată de Ye et al. (2026), care sintetizează 47 de studii longitudinale, arată că nivelurile mai înalte de educaţie şi venit sau avere sunt asociate în mod constant cu rezultate mai favorabile ale îmbătrânirii sănătoase. Dezavantajele socioeconomice din copilărie şi din perioadele ulterioare ale vieţii pot avea efecte cumulative, iar mobilitatea socială ascendentă poate atenua o parte dintre acestea[38]. Prin urmare, profilul populaţiei în vârstă nu reflectă numai caracteristicile acesteia la momentul observării, ci şi istoria socială a generaţiilor care au ajuns la vârste înaintate.

Aceeaşi logică stă la baza abordării pe parcursul vieţii *(life-course approach),* consolidată recent de OMS. În cadrul publicat în 2025, OMS subliniază că sănătatea şi bunăstarea la vârste înaintate sunt modelate de factori biologici, psihosociali şi de mediu care acţionează încă din copilărie şi continuă pe tot parcursul vieţii[39]. Din această perspectivă, îmbătrânirea nu trebuie

---

[36] DANNEFER, Dale. *Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory*, The Journals of Gerontology: Series B, Volume 58, Issue 6, November 2003, Pages S327–S337, https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327 [citat: 08.09.2026]

[37] OECD. *Preventing Ageing Unequally*. Paris: OECD Publishing, 2017. Disponibil: https://doi.org/10.1787/9789264279087-en. [citat: 08.09.2026]

[38] YE, Yisheng, LONG, Chengxu, CHUA, Kia-Chong, MORENO-AGOSTINO, Darío, PRINA, Matthew. *Socio-economic position and healthy ageing across the life course: a systematic review of longitudinal studies*. GeroScience (2026). Disponibil: https://doi.org/10.1007/s11357-026-02137-7 [citat: 08.09.2026].

[39] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Framework to implement a life course approach in practice.* WHO, 2025. Disponibil: https://www.who.int/publications/i/item/9789240112575 [citat: 08.09.2026].

analizată ca o etapă izolată, ci ca rezultatul unor traiectorii de viaţă. Aceasta are o semnificaţie deosebită pentru Republica Moldova, unde generaţiile care intră în prezent în vârste înaintate au parcurs perioade de transformări economice şi sociale profunde, restructurarea pieţei muncii, migraţie masivă şi schimbări ale sistemelor de protecţie socială.

OMS accentuează totodată faptul că nu există o persoană vârstnică „tipică”**.** Unele persoane de 80 de ani îşi pot păstra capacităţi fizice şi mentale comparabile cu cele ale unor persoane mult mai tinere, în timp ce altele pot necesita sprijin important pentru activităţile cotidiene. OMS estimează că o mare parte a diversităţii observate la vârste înaintate este asociată efectului cumulativ al avantajelor şi dezavantajelor de-a lungul vieţii. De aceea, vârsta cronologică nu trebuie utilizată ca substitut pentru starea de sănătate, capacitatea funcţională sau nevoia de sprijin[40].

Pentru Republica Moldova, datele demografice confirmă atât accelerarea îmbătrânirii, cât şi modificarea structurii interne a populaţiei în vârstă . Conform comunicatului tematic al BNS privind situaţia vârstnicilor, la începutul anului 2025 erau înregistrate 616,5 mii persoane în vârstă de 60 de ani şi peste**,** reprezentând 25,9% din populaţia cu reşedinţă obişnuită[41]. Dintre acestea, 371,4 mii persoane erau femei, ceea ce corespunde unei ponderi de 60,2%; 40,0 mii dintre femeile în vârstă aveau 80 de ani şi peste[42].

Mai importantă decât valoarea unui singur indicator este însă dinamica structurii pe vârste. Ponderea persoanelor de 60 de ani şi peste a crescut de la 22,4% la începutul anului 2021 la 25,9% la începutul anului 2025. În acelaşi timp, în interiorul populaţiei în vârstă s-a produs o deplasare către grupele de vârstă mai avansată: ponderea persoanelor de 70–74 de ani a crescut de la 19,0% la 22,0%, în timp ce ponderea grupei de 60–64 de ani s-a redus de la 33,8% la 29,3%[43]. Acest proces evidenţiază *îmbătrânirea internă a populaţiei de 60 ani şi peste.*

Creşterea ponderii persoanelor de 70-74 ani, 75-79 ani şi 80 de ani şi peste este deosebit de importantă pentru politicile publice. Persoanele aflate imediat după vârsta de 60 de ani pot continua activitatea profesională, pot dispune de o stare de sănătate relativ bună şi pot rămâne furnizori de sprijin pentru alte generaţii. La vârste mai avansate creşte probabilitatea limitărilor funcţionale, a multimorbidităţii, văduviei, traiului solitar şi necesităţii de sprijin pentru activităţile cotidiene. Literatura de specialitate privind populaţia de vârstă foarte înaintată *(oldest old)* arată că extinderea grupelor de 80 de ani şi peste schimbă profilul cererii sociale, crescând importanţa

[40] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Healthy ageing and functional ability*. Geneva: OMS. [întrebări și răspunsuri, resursă web]. Depozit: portalul oficial al OMS. Disponibil: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability [citat: 08.09.2026]

[41] Indicatorii pentru populația de 60 de ani și peste la 1 ianuarie 2025 provin din seria disponibilă la data publicării comunicatului BNS și preced revizuirea seriilor populației din februarie 2026, realizată pe baza rezultatelor RPL 2024.

[42] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ. Vârstnicii în Republica Moldova în anul 2024. Comunicat: 30.09.2025. Disponibil: https://statistica.gov.md/ro/varstnicii-in-republica-moldova-in-anul-2024-9578_62003.html

[43] Ibidem.

îngrijirii integrate, a raportului dintre îngrijirea formală şi informală, a locuirii adaptate şi a menţinerii integrării comunitare[44].

Această diferenţiere justifică evitarea utilizării categoriei „60 ani şi peste" ca unitate analitică unică**.** Din perspectiva politicilor sociale este utilă delimitarea cel puţin a grupelor 60–64, 65–69, 70–74, 75–79 şi 80 ani şi peste, iar pentru unele domenii – în special sănătatea, dizabilitatea şi îngrijirea de lungă durată – şi a grupelor de 80–84 ani şi de 85 ani şi peste. Nu se discută despre atribuirea automată a unor nevoi în funcţie de vârstă, ci despre identificarea etapelor în care probabilitatea anumitor riscuri se modifică. Persoanele foarte în vârstă constituie ele însele un grup foarte eterogen, fapt subliniat şi de cercetările privind populaţia de 80 ani şi peste[45].

O caracteristică fundamentală a îmbătrânirii în Republica Moldova este feminizarea progresivă a vârstelor înaintate**.** Coeficientul de îmbătrânire a populaţiei feminine constituia 29,1% la începutul anului 2025 cu 6,9 puncte procentuale peste nivelul înregistrat în rândul bărbaţilor – 22,2%. Raportul pe sexe era de 66 bărbaţi la 100 de femei pentru populaţia de 60 de ani şi peste, dar dezechilibrul devenea mult mai pronunţat la vârste foarte înaintate: în grupa de 85 de ani şi peste reveneau numai 39 de bărbaţi la 100 de femei[46].

Feminizarea îmbătrânirii nu reprezintă doar o particularitate statistică, ci are implicaţii pentru structura gospodăriilor, protecţia socială, sănătate şi necesarul de servicii. Femeile trăiesc mai mult şi, în consecinţă, sunt mai expuse probabilităţii de a petrece o parte mai lungă a vieţii în văduvie sau trai solitar, de a depinde o perioadă mai lungă de venituri din pensie şi de a ajunge la vârste la care probabilitatea limitărilor funcţionale este mai ridicată. În acelaşi timp, abordarea de gen nu trebuie să transforme femeile în vârstă într-o categorie definită exclusiv prin vulnerabilitate. De-a lungul vieţii, acestea au avut şi continuă să aibă un rol important în îngrijirea membrilor familiei, menţinerea gospodăriei şi transmiterea sprijinului între generaţii, contribuţii care nu sunt întotdeauna surprinse de indicatorii economici convenţionali.

Diferenţele de gen sunt vizibile şi în longevitate. În anul 2024, o femeie care ajungea la vârsta de 60 de ani avea o speranţă de viaţă suplimentară de 20,6 ani, comparativ cu 15,9 ani pentru un bărbat de aceeaşi vârstă. Decalajul era astfel de 4,7 ani şi crescuse comparativ cu anul 2020. BNS indică, de asemenea, existenţa supramortalităţii masculine în majoritatea principalelor clase de cauze de deces[47]. La nivelul întregii populaţii, speranţa de viaţă la naştere în 2024 era de 76,4 ani pentru femei şi 67,6 ani pentru bărbaţi[48].

---

[44] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Making older persons visible in the Sustainable Development Goals' monitoring framework and indicators. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponibil: https://iris.who.int/handle/10665/376154 .

[45] WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponibil: https://iris.who.int/handle/10665/186463

[46] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ AL REPUBLICII MOLDOVA. Vârstnicii în Republica Moldova în anul 2024, op. cit.

[47] Ibidem.

[48] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ AL REPUBLICII MOLDOVA. *Durata medie a vieții în anul 2024*. Comunicat: 09.07.2025. Depozit: portalul oficial al BNS. Disponibil: https://statistica.gov.md/ro/durata-medie-a-vietii-in-anul-2024-9578_61864.html [citat: 08.09.2026]

Această diferenţă trebuie însă interpretată cu prudenţă. Longevitatea mai mare nu este echivalentă automat cu un număr mai mare de ani trăiţi în sănătate şi autonomie. Din perspectiva OMS, criteriul central este capacitatea funcţională – posibilitatea persoanei de a-şi satisface necesităţile, de a lua decizii, de a fi mobilă, de a menţine relaţii şi de a contribui la societate[49]. Prin urmare, pentru analiza îmbătrânirii este necesară combinarea indicatorilor de mortalitate şi longevitate cu cei privind sănătatea, dizabilitatea, limitările funcţionale şi accesul la servicii.

În acelaşi timp, profilul populaţiei în vârstă este influenţat puternic de structura gospodăriilor şi reţelele familiale. În anul 2024, 44,6% dintre gospodăriile Republicii Moldova aveau în componenţă cel puţin o persoană de 60 de ani şi peste. Dintre acestea, 75,3% erau gospodării formate exclusiv din persoane în vârstă , iar dintre gospodăriile constituite numai din vârstnici 69,5% erau formate dintr-o singură persoană. Totodată, 64% dintre gospodăriile formate exclusiv din vârstnici se aflau în mediul rural[50].

Aceşti indicatori au o semnificaţie care depăşeşte structura statistică a gospodăriei. Traiul solitar nu este sinonim cu izolarea socială**,** după cum coabitarea cu alte persoane nu garantează automat existenţa sprijinului. Totuşi, o pondere ridicată a gospodăriilor unipersonale formate din persoane în vârstă, indică necesitatea monitorizării accesului la sprijin cotidian, transport, servicii de proximitate, participare socială şi intervenţie în situaţii de urgenţă. În contextul migraţiei externe de lungă durată, distanţa geografică dintre generaţii poate modifica profund modul tradiţional de organizare a sprijinului familial pentru persoanele în vârstă.

Acest aspect este deosebit de relevant în cazul Republicii Moldova, unde îmbătrânirea se suprapune peste depopulare şi migraţia adulţilor tineri. Cele mai recente estimări BNS, revizuite pe baza Recensământului populaţiei şi locuinţelor din 2024, arată că populaţia cu reşedinţă obişnuită s-a redus la 2 388,6 mii de persoane la începutul anului 2025 şi la aproximativ 2 365,6 mii de persoane la începutul anului 2026. Scăderea a fost mai accentuată în mediul rural, iar BNS identifică migraţia internaţională netă negativă şi sporul natural negativ drept principalii factori ai diminuării populaţiei[51]. Piramida populaţiei evidenţiază în special efectul cumulativ al migraţiei în grupele adulţilor tineri. Această configuraţie înseamnă că îmbătrânirea nu se produce numai prin supravieţuirea unui număr mai mare de persoane la vârste înaintate, ci şi prin reducerea numerică a generaţiilor mai tinere care formează baza demografică a familiilor, comunităţilor, pieţei muncii şi sistemelor de protecţie socială**.**

Dimensiunea teritorială devine, prin urmare, parte integrantă a profilului sociodemografic. Datele BNS pentru începutul anului 2026 arată că ponderea populaţiei în vârstă a crescut în toate regiunile de dezvoltare, iar regiunea Nord avea cea mai mare pondere a populaţiei aflate peste

---

[49] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Healthy ageing and functional ability*, op. cit.

[50] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ AL REPUBLICII MOLDOVA. Vârstnicii în Republica Moldova în anul 2024, op. cit.

[51] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ AL REPUBLICII MOLDOVA. *Numărul populației cu reședință obișnuită pe sexe, grupe de vârstă și în profil teritorial la 1 ianuarie 2026*. Chișinău: BNS, 2026. Comunicat: 05.06.2026. Depozit: portalul oficial al BNS. Disponibil: https://statistica.gov.md/ro/numarul-populatiei-cu-resedinta-obisnuita-pe-sexe-grupe-de-9578_62481.html [citat: 08.09.2026]

vârsta de pensionare – 26,5% – și cea mai mică pondere a copiilor[52]. Acest tip de dezechilibru teritorial poate avea consecințe importante asupra sustenabilității serviciilor locale, disponibilității forței de muncă, transportului și capacității comunităților de a organiza îngrijirea.

UNECE recomandă ca vulnerabilitatea la vârste înaintate să fie analizată tocmai prin intersecția mai multor factori, precum sărăcia, dizabilitatea, izolarea socială, locuirea, accesul la sănătate și îngrijire și riscul de abuz. Organizația avertizează că utilizarea unor categorii statistice prea largi poate face invizibile atât capacitățile, cât și vulnerabilitățile anumitor grupuri de persoane în vârstă și subliniază necesitatea unor date dezagregate și a implicării persoanelor în vârstă în formularea politicilor[53].

Această abordare este relevantă pentru Republica Moldova deoarece vulnerabilitățile se pot suprapune**.** Situația unui bărbat de 62 de ani activ profesional și cu stare bună de sănătate diferă substanțial de cea a unei femei de 84 de ani care locuiește singură într-o localitate rurală și are dificultăți de mobilitate. Ambele persoane fac parte statistic din categoria 60+, însă resursele, rolurile sociale și nevoile lor sunt fundamental diferite. În mod similar, aceeași vârstă cronologică poate corespunde unor niveluri foarte diferite de autonomie, în funcție de educație, venit, starea de sănătate, accesul la transport și servicii și existența unei rețele familiale sau comunitare.

Din acest motiv, profilul sociodemografic al populației în vârstă trebuie construit multidimensional și dezagregat. Pe lângă sex și grupele de vârstă, monitorizarea ar trebui să includă mediul de reședință, regiunea, nivelul de educație, starea civilă și tipul gospodăriei, participarea economică, dizabilitatea și limitările funcționale. OMS recomandă explicit monitorizarea diferențelor dintre și în interiorul grupurilor de populație și analizarea îmbătrânirii prin prisma determinanților sociali, economici, de gen și de sănătate[54]. O asemenea abordare permite trecerea de la descrierea unui „vârstnic mediu" la identificarea unor profiluri diferențiate de resurse și nevoi.

[52] Ibidem.
[53] UNECE. *Older Persons in Vulnerable Situations*. Policy Brief on Ageing. Geneva: UNECE, 2023. [publicație online]. Depozit instituțional: UNECE. Disponibil: https://unece.org/population/publications/older-persons-vulnerable-situations [citat: 08.09.2026]
[54] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Improving understanding, measurement and monitoring of healthy ageing*. Geneva: OMS. [resursă web instituțională]. Depozit: portalul oficial al OMS. Disponibil: https://www.who.int/our-work/life-course/improving-understanding-measurement-and-monitoring-of-healthy-ageing [citat: 08.09.2026]

Tabelul 3.1. Indicatori demografici selectivi ai populaţiei în vârstă din Republica Moldova

Indicator	Valoare	Interpretare analitică
Populaţie 60+, începutul anului 2025	616,5 mii	Populaţia vârstnică reprezintă un segment demografic major
Ponderea 60+ în populaţie	25,9%	Nivel avansat al îmbătrânirii demografice
Ponderea 60+ la începutul anului 2021	22,4%	Creşterea rapidă a ponderii populaţiei în vârstă
Ponderea grupei 60–64 în populaţia vârstnică	29,3% în 2025, faţă de 33,8% în 2021	Scade ponderea relativă a grupei 60-64 ani
Ponderea grupei 70–74 în populaţia vârstnică	22,0% în 2025, faţă de 19,0% în 2021	Evidenţiază îmbătrânirea internă a populaţiei 60+
Ponderea femeilor în populaţia 60+	60,2%	Feminizarea structurală a îmbătrânirii
Coeficientul de îmbătrânire – femei	29,1%	Îmbătrânire mai avansată a populaţiei feminine
Coeficientul de îmbătrânire – bărbaţi	22,2%	Nivel inferior celui feminin, influenţat de mortalitatea masculină mai ridicată
Raport pe sexe la 60+	66 bărbaţi / 100 femei	Dezechilibru de gen care se accentuează odată cu vârsta
Raport pe sexe la 85+	39 bărbaţi / 100 femei	Feminizare foarte pronunţată la vârste foarte înaintate
Speranţa de viaţă la 60 ani – femei	20,6 ani	Perioadă mai lungă de viaţă după 60 de ani
Speranţa de viaţă la 60 ani – bărbaţi	15,9 ani	Dezavantaj masculin important în longevitate
Gospodării formate numai din vârstnici, constituite dintr-o singură persoană	69,5%	Relevanţă majoră pentru sprijinul cotidian şi serviciile de proximitate
Gospodării numai cu vârstnici aflate în rural	64,0%	Legătură puternică între îmbătrânire, ruralitate şi accesibilitatea serviciilor

Sursa: elaborat în baza datelor Biroului Naţional de Statistică, „Vârstnicii în Republica Moldova în anul 2024[55]"; pentru interpretare analitică – WHO, OECD şi UNECE.

[55] BNS a revizuit în februarie 2026 populația cu reședință obișnuită pentru 1 ianuarie 2024 și 1 ianuarie 2025 pe baza rezultatelor RPL 2024; populația totală revizuită la 1 ianuarie 2025 este de 2 388,6 mii persoane, iar la 1 ianuarie 2026 – preliminar – de 2 365,6 mii persoane. www.statistica.gov.md Comunicarea tematică „Vârstnicii în Republica Moldova în anul 2024", din care provin cele 616,5 mii persoane 60+, a fost elaborată înaintea acestei revizuiri.

În ansamblu, profilul sociodemografic al populației în vârstă din Republica Moldova este definit nu doar prin creșterea ponderii persoanelor de 60 de ani și peste, ci prin îmbătrânirea internă a acestei populații, feminizarea accentuată la vârste foarte înaintate, extinderea perioadei de viață după 60 de ani, ponderea ridicată a gospodăriilor formate dintr-o singură persoană și suprapunerea îmbătrânirii cu depopularea și migrația. Aceste procese modifică raportul dintre resurse și nevoi și contribuie la diversificarea profilurilor de îmbătrânire.

Reieșind din acestea, analiza persoanelor în vârstă trebuie să se deplaseze de la întrebarea „câte persoane au 60 de ani și peste?" spre întrebări mai relevante pentru politicile publice: cine sunt aceste persoane, în ce etapă a îmbătrânirii se află, cu cine locuiesc, ce resurse individuale și familiale au, ce capacitate funcțională își păstrează și ce bariere ale mediului le limitează autonomia? Această schimbare permite conectarea analizei demografice cu paradigma îmbătrânirii sănătoase și cu evaluarea ulterioară a securității economice, condițiilor de locuire, sărăciei, sănătății și nevoii de îngrijire.

3.2. Caracteristici socioeconomice principale

Caracteristicile socioeconomice ale persoanelor în vârstă de 60 de ani și peste trebuie analizate într-o perspectivă mai largă decât cea oferită de nivelul pensiei sau de venitul monetar curent. Cercetările contemporane privind îmbătrânirea evidențiază caracterul cumulativ al avantajelor și dezavantajelor din cursul vieții[56]. Raportul OECD *Preventing Ageing Unequally* (2017) arată că diferențele de educație, sănătate, participare pe piața muncii, stabilitate ocupațională și venituri se consolidează reciproc de-a lungul vieții și se transformă la vârste înaintate în diferențe semnificative privind pensiile, starea de sănătate, dizabilitatea, patrimoniul și capacitatea de a trăi independent[57]. În acest sens, inegalitățile observate la vârste înaintate nu apar odată cu pensionarea, ci reflectă avantajele și dezavantajele acumulate de-a lungul traiectoriilor sociale și economice anterioare. OECD subliniază că persoanele cu locuri de muncă instabile, venituri reduse, condiții de muncă dificile și acces limitat la servicii de sănătate tind să ajungă la vârsta pensionării atât cu resurse financiare mai reduse, cât și cu o stare de sănătate mai precară.

Această interpretare converge cu abordarea OMS privind îmbătrânirea sănătoasă. Bunăstarea la vârste înaintate depinde nu numai de starea biologică a persoanei, ci și de posibilitatea acesteia de a-și satisface necesitățile de bază, de a se deplasa, de a lua decizii, de a menține relații sociale și de a contribui la societate. Venitul, locuința, accesul la servicii, educația și mediul comunitar pot influența capacitatea funcțională. OMS Europa arată că inegalitățile de sănătate se acumulează de-a lungul vieții și sunt strâns legate de condițiile de muncă, venituri,

[56] DANNEFER, Dale. Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. The Journals of Gerontology: Series B, 2003, vol. 58, nr. 6, pp. S327–S337. https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327
[57] OECD. *Preventing Ageing Unequally.* Paris: OECD Publishing, 2017. https://doi.org/10.1787/9789264279087-en

protecţia socială, locuire şi accesul la servicii[58]. Dovezile longitudinale sintetizate în subcapitolul 3.1 confirmă această relaţie[59]. Un studiu transversal realizat de Talifu et al. (2026) pe date armonizate pentru 70 189 de persoane de 60 de ani şi peste din 22 de ţări evidenţiază un gradient socioeconomic clar nu numai în privinţa sănătăţii, ci şi a forţei musculare, performanţei fizice şi participării comunitare[60]. Fiind vorba despre o analiză transversală, rezultatele documentează asocierea, nu succesiunea cauzală, care rămâne susţinută de studiile longitudinale citate anterior.

Această abordare este deosebit de relevantă pentru Republica Moldova, unde procesul de îmbătrânire demografică se desfăşoară într-un context de venituri relativ reduse, depopulare, migraţie externă de lungă durată şi disparităţi teritoriale semnificative. Creşterea ponderii şi feminizarea populaţiei de 60 de ani şi peste[61] documentate în subcapitolul 3.1, înseamnă că bunăstarea acestei categorii nu mai poate fi tratată ca o problemă sectorială limitată la sistemul de pensii. Ea influenţează consumul, piaţa muncii, cererea de servicii medicale şi sociale, organizarea comunităţilor, necesarul de îngrijire şi relaţiile dintre generaţii.

Una dintre principalele caracteristici socioeconomice ale populaţiei în vârstă din Republica Moldova este dependenţa ridicată de sistemul public de transferuri. Pentru gospodăriile formate exclusiv din persoane de 60 de ani şi peste, prestaţiile sociale reprezentau în anul 2024 circa 67,2% din veniturile disponibile şi ajungeau la 69,7% în mediul rural. Activitatea salarială genera 18,2% din venit, iar activitatea agricolă individuală 5,6%. În gospodăriile mixte, în care persoanele în vârstă locuiau împreună cu membri de alte vârste, structura era diferită: salariile reprezentau 53,4% din venit, iar prestaţiile sociale 27,3%[62]. Această diferenţă demonstrează importanţa componenţei gospodăriei: acelaşi nivel individual al pensiei poate avea efecte foarte diferite asupra bunăstării în funcţie de existenţa sau absenţa altor venituri în gospodărie.

În acest sens, pensia trebuie privită nu numai ca prestaţie individuală, ci şi ca element al economiei gospodăriei. În gospodăriile multigeneraţionale ea poate fi combinată cu salarii, remitenţe şi alte venituri şi, în unele situaţii, poate constitui chiar o resursă relativ stabilă care susţine întreaga familie. În gospodăriile formate exclusiv din vârstnici, însă, pensia şi alte prestaţii publice devin principala bază economică a vieţii cotidiene. Vulnerabilitatea creşte şi mai mult în

---

[58] WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Reducing inequities in health across the life-course: early years, childhood and adolescence*. Copenhaga: OMS Europa, 2019. Document WHO/EURO:2019-3531-43290-60672. [raport online]. Depozit instituțional: IRIS. Disponibil: https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2019-3531-43290-60672 [citat: 08.09.2026]

[59] YE, Yisheng, LONG, Chengxu, CHUA, Kia-Chong, MORENO-AGOSTINO, Darío, PRINA, Matthew. Socio-economic position and healthy ageing across the life course: a systematic review of longitudinal studies. În: *GeroScience*. 2026. DOI: 10.1007/s11357-026-02137-7. PMID: 41790168. Depozit: PubMed Central, PMC7619130. Disponibil: https://doi.org/10.1007/s11357-026-02137-7 [citat: 08.09.2026]. Erată: *GeroScience*, 2026, vol. 48, nr. 3, pp. 5089–5092. DOI: 10.1007/s11357-026-02277-w. *GeroScience*, op. cit.

[60] TALIFU, Zuliyaer, GAO, Jiatong, WEI, Xinyue [et al.]. Socioeconomic inequalities in healthy ageing: functional capacity and community participation in older adults across 22 countries. În: *BMC Public Health*. 2026, vol. 26, nr. 1, art. 1966. DOI: 10.1186/s12889-026-27145-2. PMID: 42092917. Depozit: PubMed Central, PMC13317217. Disponibil: https://doi.org/10.1186/s12889-026-27145-2 [citat: 08.09.2026]

[61] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ AL REPUBLICII MOLDOVA. *Vârstnicii în Republica Moldova în anul 2024*, op. cit.

[62] Ibidem.

cazul persoanelor care locuiesc singure. Structura gospodăriilor prezentată în subcapitolul 3.1 - predominanţa celor formate exclusiv din vârstnici, dintre care aproape 70% unipersonale şi aproape două treimi rurale - capătă astfel o semnificaţie economică directă[63]. Această configuraţie amplifică riscurile asociate nu numai insuficienţei veniturilor, ci şi singurătăţii, dificultăţilor de mobilitate şi lipsei sprijinului cotidian.

Sărăcia reprezintă o altă trăsătură structurală a situaţiei socioeconomice a populaţiei în vârstă . Datele BNS arată că în anul 2025 persoanele de 60 de ani şi peste continuau să reprezinte grupa de vârstă cea mai expusă sărăciei absolute, cu o rată de 38,9%[64]. Pentru comparaţie, în anul 2024 rata sărăciei absolute pentru populaţia de 60 de ani şi peste fusese estimată la 43,4%[65]. Cele două valori nu sunt însă direct comparabile. Prin Ordinul Directorului general al BNS nr. 42 din 28 mai 2026, metodologia de calculare a pragului absolut al sărăciei a fost modificată: agregatul de consum include acum cheltuielile de sănătate, iar codurile de cheltuieli au fost aliniate la clasificarea internaţională COICOP 2018. BNS avertizează explicit că datele pentru anul 2025 nu sunt pe deplin comparabile cu cele din anii precedenţi, prin urmare, diferenţa observată nu poate fi interpretată exclusiv ca o evoluţie reală a fenomenului, fără a ţine cont de schimbarea metodologiei de măsurare. Mai important decât variaţia anuală este faptul că populaţia în vârstă rămâne unul dintre grupurile cu cel mai înalt risc de sărăcie.

Din perspectivă internaţională, această constatare nu este specifică exclusiv Republicii Moldova. Pensions at a Glance 2025 arată că, în medie, 14,8% dintre persoanele de peste 65 de ani din ţările OECD se află în sărăcie relativă, faţă de 11,5% pentru populaţia totală. Riscul creşte odată cu vârsta: media OECD este de 13,1% pentru persoanele de 66–75 de ani şi 17,2% pentru cele de peste 75 de ani[66]. Indicatorul OECD nu este direct comparabil cu rata sărăciei absolute utilizată de BNS în Republica Moldova, deoarece metodologia şi pragul sunt diferite, însă comparaţia evidenţiază o regularitate importantă: vulnerabilitatea economică tinde să se accentueze în interiorul populaţiei în vârstă odată cu înaintarea în vârstă. Această diferenţiere este deosebit de importantă pentru politicile naţionale, deoarece populaţia de 60–69 de ani are un profil socioeconomic diferit de populaţia de 75–79 sau 80+ ani.

În Republica Moldova, presiunea asupra bunăstării persoanelor în vârstă este amplificată şi de relaţia dintre venituri şi cheltuielile obligatorii. În anul 2025, venitul disponibil mediu al populaţiei a constituit 5 767 lei pe persoană pe lună, iar cheltuielile de consum 4 995,5 lei.

---

[63] Ibidem.

[64] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ *Măsurarea sărăciei în Republica Moldova în anul 2025*. Comunicat: 29 mai 2026. Depozit: portalul oficial al BNS. Disponibil: https://statistica.gov.md/ro/masurarea-saraciei-in-republica-moldova-in-anul-2025-10102_62467.html [citat: 08.09.2026]

[65] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ. *Aspecte privind nivelul de trai al populației*. Ediția 2025. Chișinău: BNS, 2025. [publicație electronică]. Depozit: portalul oficial al BNS. Disponibil: https://statistica.gov.md/files/files/publicatii_electronice/aspecte_nivelul_trai/Publicatia_CBGC_editia_2025.pdf [citat: 08.09.2026]

[66] OECD. Old-age income poverty. În: *Pensions at a Glance 2025: OECD and G20 Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2025. DOI: 10.1787/e40274c1-en. [capitol online]. Depozit instituțional: OECD iLibrary. Disponibil: https://www.oecd.org/en/publications/pensions-at-a-glance-2025_e40274c1-en/full-report/old-age-income-poverty_3cd946d7.html [citat: 08.09.2026]

Cheltuielile au crescut cu 13,3% faţă de anul precedent, mai rapid decât veniturile, care au crescut cu 9,1%[67]. Pentru populaţia vârstnică această evoluţie este relevantă deoarece posibilitatea de ajustare a veniturilor prin intensificarea participării la muncă este mai redusă, în special la vârste înaintate.

Mai mult, structura consumului gospodăriilor formate numai din vârstnici evidenţiază ponderea ridicată a cheltuielilor pentru necesităţi esenţiale. În anul 2024, 47,1% din cheltuielile acestor gospodării erau destinate alimentelor şi băuturilor nealcoolice, iar alte 22,2% locuinţei, apei, electricităţii şi gazelor. Împreună, aceste două categorii absorbeau 69,3% din cheltuielile de consum. Pentru sănătate reveneau 6,3%, transportului 2,9%, iar telecomunicaţiilor 4,2%[68]. O pondere atât de mare a cheltuielilor esenţiale reduce posibilitatea finanţării altor componente ale bunăstării – reparaţia sau adaptarea locuinţei, mobilitatea, participarea culturală, recreerea, educaţia continuă sau utilizarea unor servicii suplimentare de îngrijire.

Această situaţie sugerează că evaluarea nivelului de trai exclusiv prin venit poate subestima vulnerabilitatea reală. O persoană poate avea un venit situat deasupra unui prag monetar de sărăcie, dar poate fi nevoită să renunţe la medicamente, investigaţii medicale, transport, încălzire adecvată sau participare socială. Din această perspectivă, introducerea de către BNS a măsurării sărăciei multidimensionale este relevantă pentru analiza îmbătrânirii. În anul 2025, incidenţa sărăciei multidimensionale a constituit 27,4% din populaţie, indicatorul acoperind deprivări în sănătate, educaţie, condiţii de trai şi ocupare. Diferenţa teritorială este foarte pronunţată: 42,2% în mediul rural faţă de 10,5% în mediul urban. Cele mai frecvente deprivări privesc sanitaţia - 24,7%, lipsa asigurării medicale - 24,2% şi utilizarea combustibililor poluanţi pentru încălzire - 23,9%, respectiv exact acele dimensiuni în care gospodăriile formate numai din persoane în vârstă din mediul rural sunt cel mai expuse[69]. Pentru populaţia vârstnică ar fi necesară în perspectivă o dezagregare mai detaliată a acestui indicator, în special în ceea ce priveşte accesul la servicii medicale, sanitaţie, încălzire adecvată, mobilitate şi conectivitate.

Diferenţa urban–rural constituie o altă axă fundamentală a inegalităţii la vârste înaintate. În anul 2024, gospodăriile formate numai din vârstnici dispuneau în medie de 5 080,4 lei pe persoană pe lună, dar venitul era de 6 478,1 lei în mediul urban şi numai 4 315,7 lei în rural[70]. Disparitatea monetară este amplificată de diferenţele de infrastructură locativă, analizate pe medii de reşedinţă în subcapitolul 3.4 şi sintetizate în tabelul 3.2[71].

Aceste diferenţe corespund unei probleme identificate şi la nivel internaţional. UNECE subliniază că îmbătrânirea demografică este adesea mai avansată în zonele rurale şi îndepărtate,

---

[67] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ AL REPUBLICII MOLDOVA. *Veniturile și cheltuielile populației în anul 2025*, op. cit.
[68] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ AL REPUBLICII MOLDOVA. *Vârstnicii în Republica Moldova în anul 2024*, op. cit.
[69] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ AL REPUBLICII MOLDOVA. *Sărăcia multidimensională în Republica Moldova în anul 2025*. Comunicat: 29.05.2026. Depozit: portalul oficial al BNS. Disponibil: https://statistica.gov.md/ro/masurarea-saraciei-in-republica-moldova-in-anul-2025-10102_62467.html [citat: 08.09.2026]
[70] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ. *Vârstnicii în Republica Moldova în anul 2024*, op. cit.
[71] Ibidem.

în timp ce densitatea redusă a populației crește costurile de furnizare a serviciilor. Persoanele în vârstă din aceste teritorii pot avea concomitent acces mai slab la sănătate, transport, servicii sociale și oportunități de participare, precum și un risc mai mare de izolare[72]. În Republica Moldova, migrația populației tinere și de vârstă activă intensifică această problemă prin reducerea resurselor familiale și comunitare disponibile pentru sprijinirea vârstnicilor.

Participarea economică după vârsta de 60 de ani reprezintă o caracteristică importantă, dar care necesită o interpretare nuanțată. În anul 2024 - 98,2 mii persoane de 60 de ani și peste erau active din punct de vedere economic, reprezentând 16,1% din populația aceleiași grupe de vârstă. Populația ocupată de 60+ ani constituia 96,3 mii persoane. Circa 71,2% dintre vârstnicii ocupați aveau 60–64 de ani, 20,7% aveau 65–69 de ani, iar participarea devenea marginală la vârste foarte înaintate[73]. Această distribuție confirmă necesitatea diferențierii între grupele 60-64 ani și grupele de vârstă mai înaintată.

Tendința de reducere a ocupării odată cu vârsta este generală. În țările OECD, rata medie de ocupare în 2024 era de 75,7% pentru grupa de 55–59 ani, 56,5% pentru 60–64 ani și numai 26,4% pentru 65–69 ani[74]. În ultimele două decenii, ocuparea persoanelor de 55–64 de ani a crescut puternic în majoritatea țărilor OECD, ceea ce reflectă atât creșterea vârstelor de pensionare, cât și ameliorarea stării de sănătate, niveluri educaționale mai înalte și transformarea structurii ocupaționale[75]. Datele pentru Republica Moldova și cele OECD nu sunt direct comparabile din cauza grupelor de vârstă și indicatorilor diferiți, însă arată aceeași regularitate: participarea la ocupare se reduce odată cu înaintarea în vârstă, mai accentuat după 65 de ani.

Prin urmare, ocuparea la vârste înaintate nu trebuie interpretată automat drept dovadă a bunăstării. Din perspectiva paradigmei îmbătrânirii active, continuarea activității profesionale poate exprima dorința de participare, valorificarea experienței, menținerea relațiilor sociale și autonomia economică. Într-un sistem cu pensii relativ reduse, însă, ea poate reprezenta și o strategie de compensare a insuficienței veniturilor. Această ambivalență este vizibilă în structura ocupării populației în vârstă din Republica Moldova. O parte importantă lucrează în agricultură, iar diferențele de gen sunt pronunțate: bărbații sunt mai frecvent ocupați în agricultură și industrie, în timp ce femeile în vârstă sunt mai concentrate în învățământ, sănătate și asistență socială[76].

---

[72] UNECE. *Policy Briefs on Ageing*. Depozit instituțional: UNECE. Disponibil: https://unece.org/population/policy-briefs [citat: 08.09.2026]

[73] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ. *Vârstnicii în Republica Moldova în anul 2024*, op. cit.

[74] OECD. *Employment rates of older workers and gender gaps*. În: *Pensions at a Glance 2025: OECD and G20 Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2025. DOI: 10.1787/e40274c1-en. [capitol online]. Depozit instituțional: OECD iLibrary. Disponibil: https://www.oecd.org/en/publications/2025/11/pensions-at-a-glance-2025_76510fe4/full-report/employment-rates-of-older-workers-and-gender-gaps_cb8a2f7b.html [citat: 08.09.2026]

[75] OECD. *Changes in employment rates of older workers*. În: *Pensions at a Glance 2025: OECD and G20 Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2025. DOI: 10.1787/e40274c1-en. [capitol online]. Depozit instituțional: OECD iLibrary. Disponibil: https://www.oecd.org/en/publications/pensions-at-a-glance-2025_e40274c1-en/full-report/changes-in-employment-rates-of-older-workers_b7554479.html [citat: 08.09.2026]

[76] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ. *Vârstnicii în Republica Moldova în anul 2024*, op. cit.

În consecinţă, obiectivul politicilor publice nu trebuie să fie prelungirea activităţii profesionale cu orice preţ, ci crearea unor oportunităţi reale pentru persoanele care doresc şi pot să rămână active. Sunt necesare locuri de muncă adaptate, forme flexibile de organizare a timpului de lucru, combaterea discriminării pe criteriul vârstei, actualizarea competenţelor, inclusiv digitale, şi dezvoltarea mentoratului intergeneraţional. În acelaşi timp, participarea la muncă nu poate substitui necesitatea unei pensii adecvate şi nici nu trebuie să constituie unica soluţie pentru evitarea sărăciei.

Dimensiunea de gen reprezintă o altă caracteristică structurală a situaţiei socioeconomice la vârste înaintate. Femeile trăiesc, în medie, mai mult, predomină numeric în populaţia de vârste avansate şi au o probabilitate mai ridicată de a ajunge la vârste înaintate în situaţie de văduvie sau trai solitar. În Republica Moldova, două treimi dintre pensionarii pentru limită de vârstă erau femei. Pensia medie pentru limită de vârstă era de 3 740,2 lei pentru femei şi 4 469,0 lei pentru bărbaţi, ceea ce reprezintă un decalaj de 16,3%[77].

Această diferenţă nu apare la momentul pensionării, ci reflectă inegalităţile acumulate în perioada activă: diferenţe salariale, întreruperi ale carierei, ocupare în sectoare mai slab remunerate şi distribuirea inegală a muncii de îngrijire neplătite. OECD (2025) ajunge la aceeaşi concluzie în analiza diferenţei de pensie pe sexe: la nivelul OECD, pensiile femeilor erau în 2024 cu aproximativ 23% mai mici decât cele ale bărbaţilor, iar diferenţele de ocupare, număr de ore lucrate şi salarii de-a lungul vieţii constituie principalii factori explicativi[78]. În UE, Eurostat estimează pentru 2024 un decalaj mediu al pensiei de 24,5% în defavoarea femeilor[79]. Indicatorul european nu este metodologic identic cu cel calculat de BNS pentru pensia de limită de vârstă şi, prin urmare, valorile nu trebuie comparate mecanic. Totuşi, ambele confirmă caracterul structural al inegalităţilor de gen în securitatea economică la bătrâneţe.

Dimensiunea de gen este legată şi de vârsta foarte înaintată. OECD arată că sărăcia relativă în rândul femeilor de peste 65 de ani este în medie de 16,9%, faţă de 11,7% în cazul bărbaţilor, iar riscul creşte în grupele de vârstă mai înaintată[80]. Pentru Republica Moldova acest mecanism este deosebit de relevant din cauza speranţei de viaţă mai mari a femeilor şi a ponderii lor ridicate în populaţia de 80+ ani. Astfel, genul, vârsta, traiul solitar, veniturile şi starea de sănătate tind să se suprapună, ceea ce justifică o analiză intersecţională şi evitarea tratării populaţiei de 60+ ani ca grup omogen.

---

[77] Ibidem.

[78] OECD. *Pensions at a Glance 2025: OECD and G20 Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2025. DOI: 10.1787/e40274c1-en. [monografie online]. Depozit instituțional: OECD iLibrary. Disponibil: https://doi.org/10.1787/e40274c1-en [citat: 08.09.2026]

[79] EUROSTAT. *Gender pension gap in the EU*. Statistici în evidență, 25 februarie 2026. Luxemburg. [comunicat online]. Depozit instituțional: Eurostat. Disponibil: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20260225-1 [citat: 08.09.2026]

[80] OECD. Old-age income poverty. În: *Pensions at a Glance 2025: OECD and G20 Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2025. DOI: 10.1787/e40274c1-en. [capitol online]. Depozit instituțional: OECD iLibrary. Disponibil: https://www.oecd.org/en/publications/pensions-at-a-glance-2025_e40274c1-en/full-report/old-age-income-poverty_3cd946d7.html [citat: 08.09.2026]. *Pensions at a Glance 2025: OECD and G20 Indicators*, op. cit.

Un reper sintetic pentru evaluarea poziției Republicii Moldova îl oferă Indicele Îmbătrânirii Active (IÎA) 2024. Valoarea totală a indicelui a ajuns la 29,8 puncte, față de 27,1 în 2016 și 28,6 în 2020. Totuși, ea rămâne sub reperul de 36,8 puncte al mediei Uniunii Europene, calculat pentru ultima rundă completă a Active Ageing Index (2018). Diferențele sunt vizibile în toate domeniile: ocuparea pe piața muncii – 28,7 puncte în Moldova față de 33,8 în UE; participarea în societate – 13,3 față de 17,9; viața independentă, sănătoasă și în condiții de siguranță – 52,7 față de 70,4; capacitatea și mediul favorabil pentru îmbătrânirea activă – 49,3 față de 58,1[81]. Comparația are caracter orientativ, deoarece anii de referință ai indicatorilor UE și Moldova nu sunt identici, însă decalajul structural pentru domeniile indicelui este relevant.

Indicele evidențiază și diferența teritorială: scorul general al îmbătrânirii active este de 32,6 puncte în mediul urban și de 28,1 puncte în mediul rural. Autorii analizei constată că progresul recent al Republicii Moldova este mai pronunțat în domeniile asociate condițiilor de viață și mediului favorabil, în timp ce participarea economică și socială evoluează mai lent. Aceasta înseamnă că mecanismele de protecție și adaptare se dezvoltă într-o anumită măsură mai repede decât oportunitățile efective de valorificare a potențialului persoanelor în vârstă [82].

În ansamblu, profilul socioeconomic al populației în vârstă din Republica Moldova poate fi caracterizat prin dependență ridicată de transferurile publice, risc sporit de sărăcie, venituri și condiții de trai diferențiate teritorial, participare economică concentrată predominant la vârstele de 60–64 de ani, feminizarea grupelor de vârstă avansată, persistența decalajului de gen în pensii, ponderea ridicată a gospodăriilor unipersonale conduse de persoane în vârstă și o și flexibilitatea redusă a structurii consumului. Aceste vulnerabilități nu acționează separat. Venitul redus poate limita accesul la sănătate și mobilitate; starea de sănătate precară poate reduce posibilitatea continuării activității economice; traiul în mediul rural poate diminua accesul la servicii, iar traiul solitar poate transforma o dificultate funcțională relativ moderată într-o nevoie de îngrijire.

Din această perspectivă, conceptul de bunăstare economică la vârste înaintate trebuie extins. Adecvarea venitului nu înseamnă doar depășirea unui prag monetar de sărăcie, ci capacitatea resurselor disponibile de a susține autonomia și participarea persoanei. Un venit poate fi considerat funcțional adecvat în măsura în care permite accesul la alimentație, locuire și încălzire, medicamente și servicii medicale, transport, comunicare, tehnologii digitale, relații sociale și, atunci când este necesar, servicii de sprijin și îngrijire. Această interpretare apropie analiza socioeconomică de paradigma OMS a capacității funcționale și permite trecerea de la întrebarea *„cât venit are persoana în vârstă?”* la întrebarea mai relevantă pentru politica publică: *„în ce măsură resursele economice, familiale, comunitare și publice de care dispune îi permit să trăiască autonom, în siguranță și să participe la viața societății?*”

Prin urmare, pentru Republica Moldova, evaluarea situației socioeconomice a populației în vârstă ar trebui să se bazeze pe un sistem de indicatori care să combine veniturile și adecvarea pensiilor, sărăcia monetară și multidimensională, ocuparea și calitatea muncii, structura

[81] BUCIUCEANU-VRABIE, Mariana. *Indicele Îmbătrânirii Active în Republica Moldova, e…*, op. cit.
[82] Ibidem.

gospodăriei, genul, mediul de reşedinţă, condiţiile locative, starea de sănătate şi dizabilitatea, accesul la servicii sociale şi medicale, mobilitatea, competenţele digitale şi participarea socială. O asemenea abordare permite nu doar identificarea persoanelor cu venituri mici, ci şi delimitarea grupurilor cu risc cumulativ ridicat – de exemplu, femeile de 75 ani şi peste care locuiesc singure în mediul rural, persoanele cu dizabilităţi sau limitări funcţionale, persoanele în vârstă fără sprijin familial şi cei pentru care accesul teritorial la servicii este redus.

În consecinţă, politicile destinate persoanelor în vârstă nu pot fi construite exclusiv în jurul sistemului de pensii. Adecvarea pensiilor rămâne fundamentală, dar trebuie completată prin măsuri de reducere a sărăciei, sprijin pentru costurile locuirii şi energiei, acces la servicii de sănătate şi îngrijire de lungă durată, dezvoltarea transportului şi serviciilor comunitare în mediul rural, oportunităţi de ocupare flexibilă pentru cei care doresc să continue activitatea, recunoaşterea muncii de îngrijire neplătite şi reducerea decalajelor digitale. În această perspectivă, obiectivul politicii privind îmbătrânirea nu este doar protejarea venitului după pensionare, ci menţinerea capacităţii persoanei de a transforma resursele economice şi sociale disponibile în autonomie, sănătate, securitate şi participare pe întreaga durată a vieţii.

3.3. Securitatea economică și autonomia financiară

Securitatea economică la vârste înaintate nu poate fi redusă la existenţa unei pensii, ci trebuie analizată prin prisma adecvării, stabilităţii şi posibilităţii persoanei de a controla şi utiliza resursele de care dispune. În acest sens, pensia îndeplineşte simultan mai multe funcţii: înlocuieşte parţial venitul pierdut după retragerea de pe piaţa muncii, protejează împotriva sărăciei şi oferă un minimum de predictibilitate financiară într-o etapă a vieţii în care posibilitatea suplimentării veniturilor prin muncă se reduce progresiv. Principiile ONU pentru persoanele în vârstă plasează în mod explicit accesul la venit, locuire, alimentaţie, sănătate şi posibilitatea de a lua decizii asupra propriei vieţi în cadrul principiului independenţei, alături de participare, îngrijire, autorealizare şi demnitate[83]. În aceeaşi logică, abordarea contemporană a îmbătrânirii sănătoase tratează securitatea veniturilor ca una dintre condiţiile care permit menţinerea autonomiei şi capacităţii funcţionale.

Pentru Republica Moldova, sistemul public de pensii rămâne principalul mecanism instituţional de securitate a veniturilor la vârste înaintate. Datele prezentate în subcapitolul anterior au evidenţiat ponderea ridicată a prestaţiilor sociale în veniturile gospodăriilor formate exclusiv din persoane în vârstă. În continuarea acestei analize, mai relevantă decât repetarea ponderii pensiei în venit este evaluarea adecvării acesteia în raport cu nevoile şi costurile care pot apărea la vârste înaintate. O pensie care permite acoperirea consumului alimentar de bază poate rămâne insuficientă atunci când persoana are cheltuieli permanente pentru medicamente, necesită transport frecvent către servicii medicale, are nevoie de ajutor la domiciliu sau locuieşte într-o

[83] UNITED NATIONS. *United Nations Principles for Older Persons*. Rezoluția Adunării Generale 46/91 din 16 decembrie 1991. [rezoluție online]. Depozit: OHCHR. Disponibil: https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-principles-older-persons [citat: 08.09.2026]

gospodărie cu costuri energetice ridicate. Prin urmare, adecvarea pensiei trebuie apreciată în raport cu nivelul de trai pe care îl poate susține, și nu numai prin comparație cu valoarea pensiei din anul precedent.

Cele mai recente date confirmă continuarea creșterii nominale a pensiilor, dar și persistența diferențelor de gen. La 1 ianuarie 2026, pensia medie pentru limită de vârstă constituia 4 162,0 lei pentru femei și 4 964,3 lei pentru bărbați, diferența fiind de peste 800 lei lunar. Începând cu 1 aprilie 2026, pensiile și prestațiile sociale au fost indexate cu 6,84%, iar pensia minimă pentru limită de vârstă a fost stabilită la 3 264,66 lei. Aceste măsuri contribuie la protejarea veniturilor, însă indexarea nu poate compensa integral diferențele acumulate pe parcursul vieții și nici costurile foarte diferite suportate de gospodăriile conduse de persoane în vârstă.

Diferența de pensie dintre femei și bărbați trebuie interpretată în cadrul mai larg al inegalităților cumulative pe parcursul vieții. OECD arată că diferențele de pensie pe sexe reflectă în mare măsură diferențele anterioare în ocupare, durata carierei, numărul de ore lucrate, salarii și responsabilități de îngrijire neplătită. Mai important, OECD avertizează că indicatorul „gender pension gap" nu trebuie confundat cu diferența de nivel de trai, deoarece bunăstarea persoanei depinde și de alte venituri, de componența gospodăriei și de existența sau absența unui partener[84]. Această observație este relevantă și pentru Republica Moldova: o diferență de pensie are consecințe mult mai severe pentru o femeie de 80 de ani care locuiește singură decât pentru o persoană cu același nivel al pensiei care locuiește într-o gospodărie multigenerațională cu alte surse de venit.

Din această perspectivă, problema nu constă numai în cuantumul pensiei, ci și în capacitatea persoanei de a-și administra independent resursele. Autonomia financiară presupune posibilitatea de a primi și gestiona veniturile, de a efectua plăți, de a înțelege informația financiară, de a utiliza servicii bancare și poștale, de a decide asupra propriilor cheltuieli și de a fi protejată împotriva fraudei, manipulării sau abuzului economic. Această dimensiune devine tot mai importantă odată cu digitalizarea rapidă a serviciilor financiare și publice.

Digitalizarea poate facilita semnificativ viața persoanelor cu mobilitate redusă: plata facturilor de la distanță, transferurile electronice, programările online și accesul la servicii publice pot reduce necesitatea deplasărilor. În același timp, însă, trecerea serviciilor în mediul digital poate crea o nouă formă de inegalitate. OECD arată că persoanele de vârste mai înaintate au, în medie, competențe digitale mai reduse și utilizează într-o proporție mai mică serviciile financiare digitale. În economiile cu venituri mici și medii, diferențele dintre generații în utilizarea plăților digitale

[84] OECD. *Gender pension gap*. În: *Pensions at a Glance 2025: OECD and G20 Indicators*. Paris: OECD Publishing, 2025. DOI: 10.1787/e40274c1-en. [capitol online]. Depozit instituțional: OECD iLibrary. Disponibil: https://www.oecd.org/en/publications/2025/11/pensions-at-a-glance-2025_76510fe4/full-report/gender-pension-gap_90ed13b5.html [citat: 08.09.2026]

sunt deosebit de pronunţate. Lipsa competenţelor digitale şi financiare sporeşte totodată expunerea la fraude, utilizarea neautorizată a datelor personale şi alte forme de abuz financiar[85].

Astfel, incluziunea financiară nu trebuie confundată cu digitalizarea integrală. Pentru persoanele în vârstă este necesar un model multicanal: servicii digitale pentru cei care le pot şi doresc să le utilizeze, dar simultan menţinerea posibilităţii de acces fizic sau asistat pentru persoanele cu competenţe digitale reduse, deficienţe de vedere sau auz, dificultăţi cognitive ori acces limitat la internet. OECD/INFE include deja digital *"financial literacy"* ca dimensiune distinctă în evaluarea alfabetizării financiare, alături de cunoştinţe, comportamente, incluziune financiară şi bunăstare financiară[86]. Pentru Republica Moldova, această abordare este deosebit de relevantă în mediul rural şi pentru persoanele de vârste mai înaintate, în special pentru cele de 80 de ani şi peste, unde digitalizarea serviciilor poate reduce distanţa geografică, dar numai dacă este însoţită de instruire şi acces asistat.

În acelaşi timp, autonomia financiară presupune protecţie împotriva excluderii pe criteriul vârstei. Accesul la servicii bancare, produse de economisire, asigurări sau, atunci când este justificat, creditare responsabilă trebuie să fie evaluat în raport cu situaţia financiară reală a persoanei, şi nu exclusiv prin vârsta cronologică. Obiectivul nu este stimularea îndatorării persoanelor în vârstă, ci garantarea tratamentului echitabil şi a posibilităţii de a lua decizii financiare informate. Această abordare corespunde paradigmei contemporane bazate pe drepturi, în care persoana vârstnică este titular de drepturi şi actor al propriilor decizii, nu beneficiar pasiv al protecţiei sociale.

În consecinţă, evaluarea securităţii economice la vârste înaintate ar trebui să combine cel puţin trei dimensiuni: adecvarea venitului, capacitatea de control asupra resurselor şi accesibilitatea serviciilor necesare pentru utilizarea acestora. O pensie adecvată, dar inaccesibilă practic unei persoane care are nevoie de sprijinul altor persoane pentru retragerea banilor sau plata facturilor, nu asigură autonomie deplină; tot astfel, servicii financiare digitale performante nu produc incluziune dacă o parte a populaţiei în vârstă nu le poate utiliza.

3.4. Condiţii de trai, locuire şi accesibilitatea mediului

Importanţa condiţiilor de locuire pentru bunăstarea persoanelor în vârstă creşte odată cu modificarea structurii interne a populaţiei în vârstă. În Republica Moldova creşterea ponderii populaţiei de 60 de ani şi peste, este însoţită de extinderea grupelor de vârstă mai înaintată, ceea ce sporeşte relevanţa accesibilităţii locuinţei şi a serviciilor de proximitate. Odată cu înaintarea în

[85] OECD. *Financial Planning and Financial Education for Old Age in Times of Change*. Paris: OECD Publishing, 2022. DOI: 10.1787/e1d4878e-en. [raport online]. Depozit instituțional: OECD iLibrary. Disponibil: https://doi.org/10.1787/e1d4878e-en [citat: 08.09.2026]

[86] OECD. *OECD/INFE 2023 International Survey of Adult Financial Literacy*. Paris: OECD Publishing, 2023. DOI: 10.1787/56003a32-en. [raport online]. Depozit instituțional: OECD iLibrary. Disponibil: https://doi.org/10.1787/56003a32-en [citat: 08.09.2026]

vârstă, creşte probabilitatea limitărilor de mobilitate şi a nevoii de sprijin pentru activităţile cotidiene[87].

La vârste foarte înaintate, predominanţa femeilor, determinată inclusiv de diferenţele de longevitate între sexe, impune ca politicile privind locuirea şi serviciile de proximitate să ţină cont de probabilitatea mai ridicată a văduviei, traiului solitar şi reducerii reţelelor de sprijin[88].

Această evoluţie demografică schimbă sensul locuinţei la vârste înaintate. În abordările contemporane ale îmbătrânirii sănătoase, locuinţa nu reprezintă numai un bun material sau un element al patrimoniului, ci o componentă a mediului care poate susţine sau limita capacitatea funcţională. Modelul ecologic al îmbătrânirii, formulat de Lawton şi Nahemow (1973)[89] şi dezvoltat ulterior de Wahl, Iwarsson şi Oswald (2012)[90] a pus în evidenţă relaţia dintre capacităţile individuale şi exigenţele mediului *(person–environment fit)*. O scară, lipsa unei băi în interiorul locuinţei sau necesitatea transportării lemnelor pentru încălzire pot constitui inconveniente relativ moderate pentru o persoană fără limitări funcţionale semnificative, dar se pot transforma într-o barieră majoră pentru o persoană cu dificultăţi de mobilitate.

Această perspectivă este în concordanţă cu paradigma OMS privind îmbătrânirea sănătoasă. În această paradigmă, mediul fizic, social şi instituţional poate compensa o reducere a capacităţilor individuale sau, dimpotrivă, poate accentua limitările funcţionale şi nevoia de sprijin. O persoană cu mobilitate redusă poate continua să trăiască autonom dacă dispune de o locuinţă adaptată, transport accesibil, servicii de proximitate şi suport comunitar; aceeaşi limitare funcţională poate conduce la izolare şi pierderea autonomiei[91].

Datele pentru Republica Moldova evidenţiază existenţa unor bariere materiale importante. În anul 2024, gospodăriile formate exclusiv din persoane în vârstă erau mai slab dotate cu comodităţi decât gospodăriile în care persoanele în vârstă locuiau împreună cu membri de alte vârste. Astfel, 86,3% dintre gospodăriile formate numai din persoane în vârstă dispuneau de apeduct, comparativ cu 91,5% dintre gospodăriile mixte. Diferenţele sunt mult mai pronunţate în funcţie de mediul de reşedinţă. În mediul urban, 97,1% dintre gospodăriile formate numai din persoane în vârstă aveau apeduct, 95,3% dispuneau de sistem de canalizare şi 86,6% de baie sau duş în locuinţă. În mediul rural, proporţiile corespunzătoare erau de numai 80,3%, 66,5% şi, respectiv, 52,1%[92].

O diferenţă deosebit de relevantă priveşte încălzirea locuinţei. În mediul urban, 74,5% dintre gospodăriile formate numai din persoane în vârstă dispuneau de încălzire centrală sau autonomă,

---

[87] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ. *Vârstnicii în Republica Moldova în anul 2024*, op. cit.
[88] Ibidem.
[89] LAWTON, M. Powell, NAHEMOW, Lucille. Ecology and the aging process. În: EISDORFER, C., LAWTON, M. P. (ed.). *The Psychology of Adult Development and Aging*. Washington, DC: American Psychological Association, 1973, pp. 619–674. DOI: 10.1037/10044-020. Depozit: APA PsycNet. Disponibil: https://doi.org/10.1037/10044-020 [citat: 08.09.2026]
[90] WAHL, H.-W., IWARSSON, S., OSWALD, F. Aging Well and the Environment. The Gerontologist, Volume 52, Issue 3, June 2012, Pages 306–316, Disponibil: https://doi.org/10.1093/geront/gnr154
[91] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Healthy ageing and functional ability*, op. cit.
[92] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ. *Vârstnicii în Republica Moldova în anul 2024*, op. cit.

în timp ce în mediul rural 89,4% utilizau sobe cu lemne sau cărbune[93]. Pentru persoanele de vârste mai înaintate, această diferenţă nu reprezintă numai o particularitate tehnică a locuinţei. Aprovizionarea cu combustibil, transportarea şi depozitarea lemnelor, aprinderea şi întreţinerea focului presupun efort fizic repetat şi pot deveni dificil de realizat atunci când apar limitări locomotorii, boli cardiovasculare sau alte probleme de sănătate. Astfel, infrastructura locativă poate genera ea însăşi o nevoie de ajutor cotidian, chiar înainte ca limitările funcţionale să genereze o nevoie constantă de sprijin.

Aceste constatări sunt în concordanţă cu *WHO Housing and Health Guidelines*, care tratează locuirea ca determinant important al sănătăţii şi recomandă intervenţii privind temperatura adecvată în locuinţă, prevenirea accidentărilor şi accesibilitatea pentru persoanele cu limitări funcţionale. OMS subliniază că importanţa condiţiilor locative pentru sănătate creşte în contextul îmbătrânirii populaţiei[94].

Prin urmare, pentru populaţia în vârstă din Republica Moldova trebuie avută în vedere nu numai calitatea locuinţei, ci şi volumul de efort necesar pentru utilizarea ei cotidiană. Lipsa apei în interiorul locuinţei, canalizării sau băii, încălzirea manuală cu combustibil solid, treptele, suprafeţele alunecoase sau iluminarea insuficientă pot creşte riscul de cădere şi accidentare şi pot accelera pierderea independenţei. În acest sens, adaptarea locuinţelor poate constitui nu numai o politică socială, ci şi o intervenţie preventivă care poate amâna sau reduce nevoia de îngrijire de intensitate crescută.

O relevanţă specială o are situaţia persoanelor aflate la vârste foarte înaintată din mediul rural. Aici se pot suprapune mai multe tipuri de dezavantaj: vârsta înaintată, limitările funcţionale, infrastructura locativă mai slab dezvoltată, distanţa mai mare până la servicii şi diminuarea reţelelor familiale ca urmare a migraţiei. Această suprapunere corespunde constatării UNECE citate mai sus privind accesul mai redus la servicii şi costul mai ridicat al menţinerii infrastructurii în zonele rurale şi îndepărtate[95].

Constatări sugerează că diferenţa urban–rural nu poate fi interpretată exclusiv prin nivelul veniturilor, deoarece costurile directe şi indirecte ale accesului la servicii diferă între cele două medii de reşedinţă. Într-un oraş, persoana poate suporta cheltuieli monetare mai ridicate, dar medicul, farmacia, transportul public, magazinul şi serviciile sociale sunt de regulă mai apropiate. Într-o localitate rurală, autoconsumul şi proprietatea asupra locuinţei pot reduce unele cheltuieli monetare, dar distanţele, lipsa transportului, infrastructura gospodăriei şi necesitatea unui însoţitor pot majora considerabil costurile indirecte ale accesului la servicii.

Această interpretare este susţinută şi de structura cheltuielilor: o pondere redusă a cheltuielilor pentru transport sau sănătate în mediul rural nu trebuie interpretată automat drept

---

[93] Ibidem.
[94] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Housing and health guidelines*. Geneva: OMS, 2018. ISBN 978-92-4-155037-6. [ghid online]. Depozit instituțional: IRIS. Disponibil: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550376 [citat: 08.09.2026]
[95] UNECE. *Policy Briefs on Ageing*, op. cit.

cost sau nevoie mai mică. Ea poate exprima consum constrâns – renunţarea la deplasări, consultaţii sau servicii deoarece acestea nu sunt accesibile. Prin urmare, analiza bunăstării trebuie să distingă între lipsa nevoii şi nevoia nesatisfăcută. Pentru o persoană în vârstă, accesul real la un serviciu medical presupune nu numai existenţa formală a serviciului, ci şi posibilitatea de a ajunge la acesta, de a suporta costurile conexe şi de a reveni acasă în condiţii de siguranţă.

În literatura internaţională, această problematică este abordată prin conceptul de *ageing in place* – posibilitatea persoanei de a îmbătrâni în propria locuinţă şi comunitate, menţinându-şi independenţa şi relaţiile sociale. Wiles et al. (2012) arată că pentru persoanele în vârstă *„a îmbătrâni acasă”* are nu numai o semnificaţie funcţională, ci şi una identitară şi emoţională: locuinţa şi comunitatea sunt asociate cu sentimentul de apartenenţă, securitate şi continuitate a vieţii[96].

Totuşi, *ageing in place* nu trebuie confundat cu simpla rămânere a persoanei în propria locuinţă. Dacă aceasta este inaccesibilă, dacă nu există transport şi servicii comunitare, iar reţeaua familială s-a redus, menţinerea la domiciliu poate însemna în realitate creşterea izolării şi transferarea integrală a responsabilităţii de îngrijire asupra familiei sau vecinilor. UNECE recomandă tocmai o abordare integrată în care locuirea este corelată cu sănătatea, serviciile sociale, îngrijirea şi transportul pentru a permite menţinerea efectivă a persoanelor în vârstă în comunitate[97].

Aceeaşi logică se regăseşte în cadrul OMS privind *Age-friendly Cities and Communities*, în care locuinţa reprezintă numai una dintre componentele mediului favorabil îmbătrânirii, alături de transport, spaţii exterioare, participare socială, comunicare şi acces la servicii comunitare şi medicale. În această abordare, locuinţa trebuie analizată împreună cu mobilitatea şi accesul la servicii[98].

Datele subiective privind nivelul de trai completează acest tablou. În 2024, numai 6,7% dintre gospodăriile formate exclusiv din persoane în vârstă îşi apreciau nivelul de trai ca fiind bun sau foarte bun. Diferenţa teritorială era pronunţată: 11,5% în mediul urban şi doar 4,0% în mediul rural. Deşi evaluările subiective nu pot substitui indicatorii obiectivi ai bunăstării, ele sugerează că diferenţele de infrastructură, venit şi acces la servicii sunt resimţite direct de populaţia în vârstă[99].

---

[96] WILES, Janine L., LEIBING, Annette, GUBERMAN, Nancy, REEVE, Jeanne, ALLEN, Ruth E. S. The meaning of ‘aging in place’ to older people. În: *The Gerontologist*. 2012, vol. 52, nr. 3, pp. 357–366. DOI: 10.1093/geront/gnr098. Depozit: Oxford Academic. Disponibil: https://doi.org/10.1093/geront/gnr098 [citat: 08.09.2026]

[97] UNECE. *Older Persons in Rural and Remote Areas*. Policy Brief on Ageing nr. 18. Geneva: UNECE, 2017. Document ECE/WG.1/25. [publicaţie online]. Depozit instituţional: UNECE. Disponibil: https://unece.org/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG1-25-E.pdf [citat: 08.09.2026]

[98] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Age-friendly practices: Housing*. Global Network for Age-friendly Cities and Communities. Geneva: OMS. [resursă web instituţională]. Depozit: WHO Age-friendly World. Disponibil: https://extranet.who.int/agefriendlyworld/age-friendly-practices/housing/ [citat: 08.09.2026]

[99] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ. *Vârstnicii în Republica Moldova în anul 2024*, op. cit.

Tabelul 3.2. Condiţii de locuire ale gospodăriilor formate numai din persoane în vârstă, 2024

Indicator	Urban	Rural	Relevanţă pentru autonomia la vârste înaintate
Apeduct	97,1%	80,3%	Lipsa apei în locuinţă poate creşte efortul fizic şi nevoia de ajutor
Sistem de canalizare	95,3%	66,5%	Influenţează igiena, sănătatea şi posibilitatea vieţii independente
Baie sau duş în locuinţă	86,6%	52,1%	Devine esenţială în cazul mobilităţii reduse
Încălzire centrală/autonomă	74,5%	–	Reduce volumul muncii fizice necesare încălzirii
Încălzire cu lemne/cărbune	–	89,4%	Poate genera efort fizic, riscuri de accidentare şi o nevoie mai mare de sprijin
Nivel de trai apreciat bun/foarte bun	11,5%	4,0%	Reflectă diferenţe importante în bunăstarea percepută

Sursa: elaborat în baza datelor Biroului Naţional de Statistică, „Vârstnicii în Republica Moldova în anul 2024".

În perspectivă, politicile privind locuirea persoanelor în vârstă din Republica Moldova ar trebui să urmărească nu numai modernizarea generală a fondului locativ, ci şi adaptarea acestuia la îmbătrânirea populaţiei. Prioritare devin programele de adaptare a locuinţei la mobilitate redusă, îmbunătăţirea accesului la apă şi sanitaţie, eficienţa energetică şi simplificarea sistemelor de încălzire, prevenirea căderilor, transportul accesibil şi dezvoltarea serviciilor de proximitate şi la domiciliu. Pentru persoanele aflate la vârste foarte înaintate şi cele care locuiesc singure, astfel de intervenţii pot constitui o condiţie pentru menţinerea autonomiei şi pentru reducerea riscului de instituţionalizare prematură.

În Republica Moldova, unde îmbătrânirea demografică se intersectează cu ruralitatea şi depopularea unor comunităţi, susţinerea vieţii în propria locuinţă şi comunitate *(ageing in place)* trebuie integrată explicit în politicile privind îmbătrânirea activă şi sănătoasă.

3.5. Sărăcie, deprivare multidimensională şi vulnerabilitate cumulativă

Sărăcia la vârste înaintate reprezintă mai mult decât insuficienţa resurselor monetare. Datele privind riscul ridicat de sărăcie al populaţiei în vârstă, prezentate în subcapitolul 3.2, trebuie completate prin analiza consecinţelor pe care veniturile insuficiente le au asupra posibilităţii persoanei de a funcţiona şi participa în societate. O persoană poate să nu fie clasificată formal drept săracă din punct de vedere monetar şi, în acelaşi timp, să nu îşi permită încălzirea adecvată a locuinţei, transportul către medic, adaptarea spaţiului locativ sau participarea la activităţi sociale.

Această perspectivă corespunde abordărilor multidimensionale ale sărăciei şi excluziunii sociale. În gerontologie, excluziunea la vârste înaintate este descrisă ca un proces care poate cuprinde simultan acces limitat la resurse materiale şi financiare, servicii, relaţii sociale, participare civică şi comunitară. Cercetarea coordonată de Walsh et al. (2017) evidenţiază faptul că dezavantajele la vârste înaintate tind să se interconecteze şi să se consolideze reciproc, astfel încât sărăcia materială poate conduce treptat la excluziune socială şi teritorială[100].

Acest mecanism cumulativ descris de OECD prin conceptul de *ageing unequally*, arată că vulnerabilitatea la vârste înaintate poate reflecta acumularea dezavantajelor de-a lungul vieţii şi nu apare odată cu pensionarea[101].

Pentru Republica Moldova, această perspectivă este esenţială deoarece sărăcia persoanelor în vârstă se intersectează frecvent cu alte vulnerabilităţi: ruralitatea, traiul solitar, dizabilitatea, nivelul redus de educaţie, lipsa sprijinului familial şi accesul dificil la servicii. Din acest motiv, analiza nu ar trebui să urmărească doar „câte persoane sunt sărace", ci şi ce combinaţii de factori transformă sărăcia monetară într-o pierdere a autonomiei.

Dizabilitatea şi limitările funcţionale pot amplifica vulnerabilitatea socioeconomică. În anul 2025, rata sărăciei absolute pentru persoanele cu dizabilităţi a constituit 38,7%, comparativ cu 30,6% pentru persoanele fără dizabilităţi, diferenţa fiind de 8,1 puncte procentuale. Persoanele cu dizabilităţi reprezentau totodată 8,3% din totalul populaţiei aflate în sărăcie. Reducerea decalajului faţă de estimările anilor precedenţi nu trebuie interpretată automat ca o ameliorare reală, având în vedere modificarea metodologiei de calcul al pragului absolut al sărăciei aplicată datelor pentru anul 2025, prezentată în subcapitolul 3.2. Pentru persoanele în vârstă, costurile asociate dizabilităţii sau limitărilor funcţionale pot accentua vulnerabilitatea economică, în special atunci când se cumulează cu venituri reduse şi acces dificil la transport, servicii medicale sau îngrijire.

În interpretarea acestor date trebuie luate în considerare şi costurile suplimentare asociate dizabilităţii. Raportul global OMS privind echitatea în sănătate pentru persoanele cu dizabilităţi arată că acestea şi gospodăriile lor suportă costuri suplimentare asociate serviciilor medicale, locuirii, transportului, asistenţei personale şi produselor asistive[102]. Aceasta înseamnă că două persoane cu acelaşi venit nominal nu au neapărat acelaşi nivel real de trai. Persoana care trebuie să cumpere medicamente permanent, să plătească transport adaptat sau să beneficieze de ajutor pentru activităţi cotidiene dispune de o parte mai mică din venit pentru celelalte nevoi.

Din perspectivă metodologică, statutul administrativ de persoană cu dizabilitate nu surprinde toate limitările funcţionale existente în populaţia în vârstă. O persoană poate să nu

---

[100] WALSH, Kieran, SCHARF, Thomas, KEATING, Norah. Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. În: *European Journal of Ageing*. 2017, vol. 14, nr. 1, pp. 81–98. DOI: 10.1007/s10433-016-0398-8. Depozit: PubMed Central, PMC5550622. Disponibil: https://doi.org/10.1007/s10433-016-0398-8 [citat: 08.09.2026]

[101] OECD. *Preventing Ageing Unequally*, op. cit.

[102] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global report on health equity for persons with disabilities*. Geneva: OMS, 2022. ISBN 978-92-4-006360-0. [raport online]. Depozit instituțional: IRIS. Disponibil: https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600 [citat: 08.09.2026]

deţină oficial un grad de dizabilitate, dar să aibă dificultăţi semnificative de mers, vedere, auz, memorie sau realizare a activităţilor cotidiene. Din perspectiva OMS privind îmbătrânirea sănătoasă, pentru evaluarea nevoilor sunt mai relevante capacitatea intrinsecă şi funcţionalitatea efectivă decât simpla existenţă a unui diagnostic sau a unui statut administrativ.

O altă dimensiune a sărăciei este restrângerea participării sociale. Atunci când venitul este insuficient, gospodăriile reduc mai întâi cheltuielile considerate amânabile: deplasări, activităţi recreative şi culturale, întâlniri, comunicaţii sau alte forme de participare. În timp, constrângerea economică poate contribui la izolare socială. OMS consideră izolarea şi singurătatea determinanţi sociali importanţi ai sănătăţii, cu efecte asupra sănătăţii fizice şi mentale, calităţii vieţii şi longevităţii[103]. Sărăcia la vârste înaintate trebuie, prin urmare, analizată inclusiv prin efectul său asupra relaţiilor şi participării, nu numai asupra consumului material.

În mod similar, sărăcia energetică şi dificultăţile de mobilitate pot amplifica efectele veniturilor reduse asupra sănătăţii şi autonomiei. Reducerea temperaturii în locuinţă pentru economisirea resurselor, amânarea reparaţiilor sau renunţarea la deplasări către medic nu apar integral în indicatorii monetari clasici. Din acest motiv, WHO Europe recomandă abordarea inegalităţilor la vârste înaintate prin intervenţii combinate asupra veniturilor şi protecţiei sociale, condiţiilor de viaţă, serviciilor de sănătate, capacităţilor personale şi comunitare şi condiţiilor de ocupare de-a lungul vieţii[104].

Analiza necesită, de asemenea, evidenţierea distinctă a persoanelor de 80 de ani şi peste, fără includerea lor exclusivă în categoria agregată „60+”. La aceste vârste pot deveni mai frecvente cumularea limitărilor funcţionale, văduvia, traiul solitar şi nevoia de îngrijire. În acelaşi timp, literatura internaţională constată că persoanele de vârste foarte înaintate sunt încă insuficient reprezentate în cercetările privind inegalităţile în accesul la sănătate şi îngrijire de lungă durată[105]. Pentru Republica Moldova, dezagregarea indicatorilor pentru grupele 75–79, 80–84 şi 85+ devine tot mai importantă pentru identificarea diferenţelor interne ale populaţiei în vârstă.

Rezultă că vulnerabilitatea socioeconomică la vârste înaintate trebuie înţeleasă ca un risc cumulativ şi intersecţional. Venitul mic produce efecte diferite în funcţie de vârstă, gen, starea de sănătate, dizabilitate, mediul de reşedinţă, tipul gospodăriei şi accesul la servicii. Cea mai severă vulnerabilitate nu se află neapărat într-o singură categorie statistică, ci la intersecţia mai multor dezavantaje – de exemplu, în cazul unei femei de 80+ ani, cu pensie redusă, dificultăţi de mobilitate, care locuieşte singură într-o localitate cu acces dificil la servicii.

---

[103] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Reducing social isolation and loneliness among older people*. Geneva: OMS. [resursă web instituțională]. Depozit: portalul oficial al OMS. Disponibil: https://www.who.int/health-topics/ageing/reducing-social-isolation-and-loneliness-among-older-people [citat: 08.09.2026]

[104] WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Reducing inequities in health across the life-course…*, op. cit.

[105] HASSELER, Martina [et al.]. *Social inequalities in health care and long-term care for the very old: a scoping review.* J Public Health (Berl.) 34, 1649–1664 (2026). https://doi.org/10.1007/s10389-024-02370-4 Depozit: SpringerLink. Disponibil: https://doi.org/10.1007/s10389-024-02370-4 [citat: 08.09.2026]

În această logică, măsurarea sărăciei persoanelor în vârstă trebuie să combine indicatorii monetari cu indicatori privind deprivarea materială, condiţiile de locuire, accesul efectiv la sănătate şi îngrijire, mobilitatea, limitările funcţionale, accesul digital şi participarea socială. O asemenea abordare permite identificarea situaţiilor în care venitul formal disponibil nu este suficient pentru menţinerea autonomiei şi demnităţii.

3.6. Implicaţii pentru politici şi monitorizarea vulnerabilităţii socioeconomice

Protecţia socioeconomică a persoanelor în vârstă nu poate fi construită printr-un singur instrument. Pensia, serviciile, locuirea, sănătatea, mobilitatea şi participarea formează un sistem interdependent. Majorarea venitului poate avea un efect limitat dacă persoana nu are acces la servicii; în acelaşi timp, existenţa serviciilor nu garantează accesul dacă transportul, medicamentele sau costurile conexe nu pot fi suportate.

În concordanţă cu *Deceniul ONU pentru Îmbătrânire Sănătoasă 2021–2030,* răspunsul de politici trebuie să integreze combaterea ageismului, dezvoltarea comunităţilor favorabile îmbătrânirii, serviciile centrate pe persoană şi accesul la îngrijire de lungă durată. Securitatea financiară trebuie abordată în relaţie cu accesul la servicii şi cu menţinerea capacităţii funcţionale şi a autonomiei. Pentru Republica Moldova, aceasta presupune deplasarea accentului de la intervenţii uniforme pentru populaţia de 60 de ani şi peste spre politici diferenţiate în funcţie de capacitatea funcţională, resurse, contextul de viaţă şi acumularea vulnerabilităţilor. La vârstele apropiate de pensionare sunt importante ocuparea flexibilă, competenţele şi pregătirea pentru pensionare. La vârste mai înaintate cresc importanţa adecvării pensiei, accesului la servicii şi prevenirii izolării, iar pentru persoanele cu limitări funcţionale inclusiv din grupele de vârste foarte înaintate devin centrale îngrijirea la domiciliu, transportul accesibil, tehnologiile asistive şi adaptarea locuinţei. Această diferenţiere nu trebuie transformată în praguri rigide de vârstă, deoarece nevoile sunt determinate de funcţionalitate şi context, nu numai de vârsta cronologică.

Pentru operaţionalizarea acestei abordări, profilurile de vulnerabilitate pot fi delimitate nu după o singură caracteristică, ci după combinaţiile de dezavantaje asociate unui risc mai ridicat de pierdere a autonomiei. Tabelul 3.3 sintetizează aceste combinaţii, indicând pentru fiecare principalele bariere şi măsurile de sprijin care poate fi prioritizate. Structura sa urmăreşte să transforme constatările statistice ale capitolului în repere pentru identificarea situaţiilor de vulnerabilitate şi orientarea serviciilor la nivel local.

Tabelul 3.3. Profiluri de vulnerabilitate cumulativă la vârste înaintate şi măsuri prioritare de sprijin

Profil de vulnerabilitate	Dezavantaje care se suprapun	Bariera principală	Măsuri prioritare de sprijin	Indicator de monitorizare
Femeie de 80de ani şi peste, care locuieşte singură în mediul rural	Văduvie/trai solitar, pensie redusă, limitări de mobilitate, infrastructură locativă deficitară, distanţă faţă de servicii	Imposibilitatea de a ajunge la servicii şi de a întreţine locuinţa	Îngrijire la domiciliu, adaptarea locuinţei, transport social, vizite de proximitate, sisteme de alertă	Ponderea persoanelor de 80 de ani şi peste, singure, din rural, care beneficiază de cel puţin un serviciu la domiciliu
Persoană în vârstă cu limitări funcţionale severe în două sau mai multe domenii	Mobilitate redusă, deficit senzorial, risc de cădere, multimorbiditate	Cumulul de limitări, care depăşeşte capacitatea unei intervenţii sectoriale	Evaluare multidimensională, management de caz, reabilitare, tehnologii asistive	Ponderea persoanelor cu limitări în două sau mai multe domenii care beneficiază de management de caz
Persoană în vârstă cu dizabilitate recunoscută şi venit fix	Costuri suplimentare ale dizabilităţii, cheltuieli permanente pentru medicamente, transport adaptat	Costul real depăşeşte venitul nominal	Compensarea costurilor suplimentare, dispozitive asistive, asistenţă personală	Ponderea cheltuielilor pentru sănătate în venitul gospodăriei
Cuplu de persoane în vârstă în care unul dintre parteneri oferă îngrijire celuilalt	Îngrijitor informal de 60 ani şi peste, absenţa sprijinului formal, epuizare	Fragilitatea unei reţele de sprijin formate dintr-o singură persoană	Servicii de respiro, instruirea îngrijitorului, monitorizare periodică	Numărul îngrijitorilor informali de 60+ ani care beneficiază de servicii de respiro
Bărbat de 60–74 de ani din mediul rural, cu acces redus la servicii şi sprijin familial limitat	Supramortalitate, accesare tardivă a prevenţiei, izolare socială, autoevaluare polarizată a sănătăţii	Contactul tardiv cu sistemul de sănătate	Screening funcţional activ în medicina primară, programe de prevenţie orientate	Ponderea bărbaţilor de 60–74 de ani cu cel puţin o evaluare preventivă anuală
Persoană în vârstă cu competenţe digitale reduse, care depinde de intermediari pentru	Excluziune digitală, dependenţă de intermediari, expunere la fraudă	Imposibilitatea de a accesa autonom drepturi şi servicii	Puncte locale de acces asistat, alternative offline, educaţie financiară şi digitală	Ponderea persoanelor 65+ care utilizează autonom cel puţin un serviciu public electronic

Profil de vulnerabilitate	Dezavantaje care se suprapun	Bariera principală	Măsuri prioritare de sprijin	Indicator de monitorizare
accesarea serviciilor electronice				
Femeie în vârstă cu autonomie financiară redusă şi/sau cu nevoie de sprijin pentru activităţile cotidiene	Acces limitat la resurse proprii, izolare, risc de abuz economic sau neglijare	Invizibilitatea situaţiei în raport cu mecanismele de sesizare	Identificarea riscului în cadrul serviciilor medicale şi sociale, mecanisme accesibile de sesizare	Numărul cazurilor identificate prin serviciile de proximitate

Sursa: elaborat pe baza analizei din subcapitolele 3.1–3.5 şi a datelor RPL 2024 privind limitările funcţionale.

Utilitatea unei asemenea grile constă în faptul că deplasează criteriul de intervenţie de la categoria administrativă la combinaţia de factori. Două persoane de aceeaşi vârstă, cu acelaşi nivel al pensiei, pot necesita intervenţii complet diferite în funcţie de compoziţia gospodăriei, de starea funcţională şi de accesibilitatea teritorială a serviciilor. Invers, aceeaşi măsură, de exemplu majorarea unei prestaţii, produce efecte foarte diferite după profilul de risc: pentru unele persoane rezolvă o constrângere reală, pentru altele nu compensează absenţa serviciului de care au efectiv nevoie.

O componentă esenţială o constituie dezagregarea sistematică a datelor. Indicatorii privind veniturile, sărăcia, ocuparea, sănătatea şi accesul la servicii ar trebui publicaţi, în măsura în care dimensiunea eşantioanelor permite, pe sexe, grupe cincinale de vârstă, mediu de reşedinţă, regiune, dizabilitate şi tip de gospodărie. Media pentru populaţia de 60 de ani şi peste poate ascunde diferenţe importante de ordin structural între persoane aflate încă pe piaţa muncii şi persoane de 80–85 de ani care pot avea nevoi mai frecvente de sprijinul altora.

În plus, monitorizarea ar trebui să evolueze de la măsurarea predominantă a resurselor la măsurarea rezultatelor. Nu este suficient să se cunoască valoarea pensiei sau existenţa unui serviciu; trebuie evaluat dacă persoana îşi poate procura medicamentele necesare, dacă poate ajunge la medic, dacă îşi poate încălzi locuinţa, dacă poate efectua plăţi păstrând controlul asupra propriilor resurse, inclusiv atunci când utilizează sprijinul altei persoane, dacă dispune de ajutor atunci când îl necesită şi dacă poate menţine relaţii şi participare socială. În acest fel, indicatorii socioeconomici se conectează direct cu cadrul OMS al capacităţii funcţionale.

Prin urmare, politicile privind persoanele în vârstă trebuie evaluate nu numai prin nivelul prestaţiilor şi serviciilor oferite, ci şi prin măsura în care acestea susţin autonomia, accesul efectiv la servicii, siguranţa şi participarea socială.

Concluzii analitice

Profilul populației în vârstă din Republica Moldova este determinat de mai multe transformări concomitente: creșterea ponderii persoanelor de 60 de ani și peste, îmbătrânirea internă a acestui grup, feminizarea vârstelor foarte înaintate, extinderea traiului solitar și suprapunerea îmbătrânirii cu depopularea și migrația. Aceste procese confirmă că populația 60+ nu poate fi tratată ca o categorie omogenă, iar vârsta cronologică nu poate substitui informația despre funcționalitate, resurse și contextul de viață.

Vulnerabilitatea socioeconomică rezultă din relația dintre veniturile disponibile și costurile necesare menținerii autonomiei. Dependența ridicată de transferurile publice, riscul de sărăcie, rigiditatea cheltuielilor pentru necesități esențiale, decalajul de gen în pensii și participarea economică redusă la vârste avansate limitează capacitatea multor persoane de a finanța sănătatea, mobilitatea, locuirea adecvată, comunicarea și îngrijirea. Din acest motiv, adecvarea venitului nu poate fi evaluată exclusiv prin pensia medie sau prin depășirea unui prag monetar.

Diferența urban-rural are o semnificație care depășește nivelul veniturilor. Infrastructura locativă mai slabă, încălzirea dependentă de efort fizic, distanțele față de servicii și reducerea rețelelor familiale pot transforma limitări funcționale moderate în pierderea autonomiei. Locuința adaptată, transportul și serviciile de proximitate constituie, prin urmare, componente ale infrastructurii îmbătrânirii sănătoase și nu domenii secundare ale politicii sociale.

Cea mai severă vulnerabilitate apare la intersecția mai multor dezavantaje, nu într-o singură categorie statistică. Femeile în vârstă foarte înaintată, care locuiesc singure în mediul rural, persoanele cu dizabilități sau limitări funcționale și cele fără sprijin familial necesită răspunsuri diferențiate, construite pe profiluri de risc. Această abordare permite alocarea sprijinului în funcție de bariera dominantă și de efectul acesteia asupra autonomiei reale.

În consecință, protecția socioeconomică trebuie să combine adecvarea pensiilor cu servicii de sănătate și îngrijire, adaptarea locuinței, mobilitate, incluziune digitală și oportunități de participare. Monitorizarea trebuie să utilizeze date dezagregate pe grupe de vârstă, sex, dizabilitate, mediu și tip de gospodărie și să măsoare dacă resursele și serviciile permit persoanei să trăiască în siguranță, cu demnitate și control asupra propriei vieți.

4. EDUCAȚIA PERSOANELOR ÎN VÂRSTĂ ȘI OPORTUNITĂȚILE DE ÎNVĂȚARE PE TOT PARCURSUL VIEȚII

4.1. Educaţia şi învăţarea pe tot parcursul vieţii în paradigma longevităţii

Îmbătrânirea populaţiei şi extinderea duratei vieţii schimbă fundamental rolul educaţiei. Modelul tradiţional, în care educaţia este concentrată predominant în prima parte a vieţii, urmată de o perioadă lungă de activitate profesională bazată pe competenţele dobândite iniţial, devine tot mai puţin adecvat unei societăţi caracterizate prin longevitate, schimbări tehnologice rapide şi transformarea continuă a instituţiilor, pieţei muncii şi serviciilor publice. În acest context, capacitatea de a învăţa, de a actualiza competenţele şi de a utiliza informaţii noi devine o resursă importantă pentru autonomie, participare şi adaptare.

Această perspectivă este consacrată în cadrul internaţional actual privind educaţia adulţilor. *Marrakech Framework for Action*, adoptat la cea de-a şaptea Conferinţă Internaţională privind Educaţia Adulţilor - CONFINTEA VII în 2022, reafirmă că educaţia adulţilor reprezintă o componentă centrală a învăţării pe tot parcursul vieţii şi include nu numai calificarea profesională, ci şi competenţele de bază, educaţia comunitară, dezvoltarea personală şi competenţele necesare participării sociale şi civice[106].

Această abordare este importantă pentru analiza persoanelor în vârstă deoarece extinde rolul educaţiei dincolo de pregătirea şi actualizarea competenţelor profesionale, către autonomie şi participare pe întreg parcursul vieţii. Pe măsură ce rolurile profesionale şi sociale se modifică, obiectivele învăţării pot include:. înţelegerea şi utilizarea serviciilor publice şi medicale, gestionarea sănătăţii şi resurselor financiare, adaptarea la digitalizare, cunoaşterea drepturilor, participarea comunitară, menţinerea relaţiilor sociale şi dezvoltarea unor interese personale.

Aceeaşi orientare este promovată la nivelul Uniunii Europene. Noua Agendă Europeană pentru Învăţarea Adulţilor 2021–2030 tratează educaţia adulţilor ca instrument de adaptare nu numai la transformările pieţei muncii, ci şi la schimbările demografice, tehnologice, ecologice şi sociale. Ea pune accent pe accesibilitate, incluziune şi dezvoltarea unor oportunităţi formale, nonformale şi informale de învăţare pentru întreaga populaţie adultă[107]. În cadrul Pilonului european al drepturilor sociale, obiectivul stabilit pentru anul 2030 este ca cel puţin 60% dintre adulţi să participe anual la activităţi de formare[108].

---

[106] UNESCO INSTITUTE FOR LIFELONG LEARNING. *Marrakech Framework for Action: Harnessing the transformational power of adult learning and education*. CONFINTEA VII. Hamburg: UIL, 2022. [document online]. Depozit instituțional: UNESCO UIL. Disponibil: https://www.uil.unesco.org/sites/default/files/medias/fichiers/2022/06/FINAL%20MarrakechFrameworkForActionEN.pdf [citat: 08.09.2026]

[107] *Council Resolution on a new European agenda for adult learning 2021–2030*. Document ST 14485/2021 INIT. Bruxelles, 2021. [document online]. Depozit instituțional: Registrul public al Consiliului UE. Disponibil: https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14485-2021-INIT/en/pdf [citat: 08.09.2026]

[108] COMISIA EUROPEANĂ. *About adult learning*. European Education Area. Bruxelles. [resursă web instituțională]. Depozit: portalul Comisiei Europene. Disponibil: https://education.ec.europa.eu/education-levels/adult-learning/about-adult-learning [citat: 08.09.2026]

Pentru regiunea UNECE, importanţa învăţării pe tot parcursul vieţii pentru persoanele în vârstă este consacrată prin Declaraţia ministerială de la Roma din 2022. Statele membre s-au angajat să faciliteze şi să investească în oportunităţi formale şi informale de învăţare pentru persoanele în vârstă, inclusiv dincolo de educaţia profesională, precum şi să dezvolte competenţele digitale necesare participării într-o societate tot mai digitalizată[109].

Învăţarea pe tot parcursul vieţii se conectează astfel direct cu paradigma OMS privind îmbătrânirea sănătoasă în care capacitatea funcţională include posibilitatea persoanei de a învăţa, a se dezvolta şi a lua decizii, în interacţiune cu mediul în care trăieşte[110]. Educaţia la vârste înaintate nu trebuie, prin urmare, tratată drept activitate secundară sau simplă modalitate de petrecere a timpului liber, ci ca una dintre resursele care permit persoanei să-şi păstreze controlul asupra propriei vieţi.

Literatura ştiinţifică susţine această interpretare. Revizuirea sistematică şi meta-analiza realizate de Noble et al. (2021), care au inclus 32 de studii privind educaţia şi învăţarea la vârste înaintate, evidenţiază asocieri favorabile cu funcţia cognitivă, satisfacţia faţă de viaţă, încrederea în sine, calitatea vieţii şi sentimentul de apartenenţă. Autorii avertizează asupra heterogenităţii studiilor şi riscului de selecţie, ceea ce impune evitarea unor concluzii cauzale simpliste, dar ansamblul dovezilor indică faptul că învăţarea la vârste înaintate poate constitui o resursă importantă pentru bunăstare[111]. Un studiu longitudinal recent pe peste 12 mii de persoane de 65 de ani şi peste din SUA a constatat, de asemenea, că participarea la activităţi educaţionale la vârste înaintate era asociată cu niveluri mai bune ale funcţiei cognitive pe parcursul perioadei de observaţie[112].

Pentru Republica Moldova, digitalizarea serviciilor şi disparităţile teritoriale sporesc importanţa competenţelor necesare accesării informaţiei, utilizării serviciilor şi comunicării la distanţă. În această perspectivă, învăţarea pe tot parcursul vieţii pentru persoanele în vârstă trebuie integrată în politicile de îmbătrânire activă şi sănătoasă, în legătură cu autonomia, participarea socială şi accesul la servicii.

---

[109] UNECE. *A Sustainable World for All Ages: Joining Forces for Solidarity and Equal Opportunities Throughout Life*. Declarația ministerială de la Roma, 2022. [declarație online]. Depozit instituțional: UNECE. Disponibil: https://unece.org/sites/default/files/2022-06/Rome__Ministerial_Declaration.pdf [citat: 08.09.2026]

[110] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Age-friendly practices*. Global Network for Age-friendly Cities and Communities. Geneva: OMS. [resursă web instituțională]. Depozit: WHO Age-friendly World. Disponibil: https://extranet.who.int/agefriendlyworld/age-friendly-practices/ [citat: 08.09.2026]

[111] NOBLE C, MEDIN D, QUAIL Z, YOUNG C, CARTER M. *How Does Participation in Formal Education or Learning for Older People Affect Wellbeing and Cognition? A Systematic Literature Review and Meta-Analysis.* Gerontol Geriatr Med. 2021 Jan 7;7:2333721420986027. doi: 10.1177/2333721420986027. PMID: 33457462; PMCID: PMC7797596. Depozit: PubMed. Disponibil: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33457462/ [citat: 08.09.2026]

[112]WANG N, Xu H, DHINGRA R, XIAN Y, MCCONNELL ES, WU B, DUPRE ME. *The Impact of Later-Life Learning on Trajectories of Cognitive Function Among U.S. Older Adults*. Innov Aging. 2025 Feb 27;9(5):igaf023. doi: 10.1093/geroni/igaf023. PMID: 40386023; PMCID: PMC12082096. Disponibil: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12082096/ [citat: 08.09.2026].

4.2. Participarea la învățarea continuă: nivel redus și inegalități de acces

În pofida importanței crescânde a învățării pe tot parcursul vieții, participarea adulților la activități educaționale rămâne foarte redusă în Republica Moldova. Datele BNS indică pentru anul 2024 un grad de implicare în programe de educație permanentă a populației de 25–64 ani de numai 2,1% în rândul bărbaților și 3,6% în rândul femeilor[113]. Indicatorul se referă la populația de 25–64 ani și nu poate caracteriza direct participarea persoanelor în vârstă, dar oferă contextul general al participării reduse la învățarea continuă pe parcursul vieții adulte.

La nivelul Uniunii Europene, indicatorul comparabil ca grupă de vârstă indică un nivel mai ridicat al participării. În 2024, aproximativ 13,3% din populația UE de 25–64 ani participase la educație sau formare în ultimele patru săptămâni, conform indicatorului Eurostat privind învățarea adulților[114]. Comparația trebuie interpretată cu prudență, deoarece indicatorii provin din surse și cadre metodologice diferite; valorile indică însă un nivel considerabil mai redus al participării raportate pentru Republica Moldova. Pentru grupa de vârstă 55–74 ani, datele Indicelui Îmbătrânirii Active (IÎA) 2024 oferă o imagine mai specifică. Participarea la învățarea pe tot parcursul vieții în grupa de 55–74 ani este de aproximativ 2%, cu valori de 2,0% pentru femei și 1,5% pentru bărbați. Valorile evidențiază un nivel redus al participării la activități de învățare și o diferență importantă între mediul urban (2,6%) și rural (1,4%)[115].

Participarea redusă la învățarea pe tot parcursul vieții poate fi analizată și în raport cu interesele exprimate pentru diferite activități cu potențial educațional. În cadrul unui studiu sociologic realizat în 2024 în rândul persoanelor de 55 de ani și peste[116], printre activitățile dorite au fost menționate utilizarea telefonului, computerului și internetului (9,4%), activitățile fizice și de menținere a sănătății (8,2%) și educația pentru o viață sănătoasă fizică și mentală (6,7%). Aceste rezultate nu măsoară direct participarea la educație sau cererea pentru programe de instruire, dar evidențiază existența unor interese pentru activități cu o componentă de învățare aplicativă.

Barierele raportate pot contribui la această diferență dintre interes și participare. Starea de sănătate este invocată de 22,4% dintre respondenți, munca în gospodărie de 14,3%, activitatea de bază de 10,8%, distanța și dificultățile de deplasare de 8,3%, iar lipsa activităților organizate la nivel local de 5,7%[117]. Aceste bariere se pot cumula: o persoană din mediul rural cu mobilitate redusă se poate confrunta simultan cu distanța, lipsa transportului și oferta redusă de programe.

---

[113] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ. *Portretul statistic al femeilor și bărbaților în Republica Moldova*. Comunicat: 05.03.2026. Depozit: portalul oficial al BNS. Disponibil: https://statistica.gov.md/ro/portretul-statistic-al-femeilor-si-barbatilor-in-republica-moldova-9617_62343.html [citat: 08.09.2026]

[114] EUROSTAT. *Adult learning statistics*. Statistics Explained. Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, 2025. [publicație online]. Depozit instituțional: Eurostat. Disponibil: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Adult_learning_statistics [citat: 08.09.2026]

[115] BUCIUCEANU-VRABIE, Mariana. *Indicele Îmbătrânirii Active în Republica Moldova 2024.* op. cit.

[116] HelpAge Moldova, 2024. Participarea populației vârstnice în viața comunității. Raportul studiului baseline. Chișinău, 2024.

[117] Ibidem

Prin urmare, nivelul participării trebuie analizat nu numai prin prisma interesului individual, ci şi în raport cu accesibilitatea oportunităţilor de învăţare. Această concluzie corespunde cercetărilor recente privind participarea socială la vârste înaintate, care evidenţiază rolul combinat al stării de sănătate, resurselor psihologice, reţelelor de sprijin şi oportunităţilor comunitare în facilitarea sau limitarea participării[118].

Tabelul 4.1. Participarea şi barierele privind învăţarea la vârste înaintate

Indicator	Valoare	Interpretare
Învăţare pe tot parcursul vieţii, 55–74 ani	cca 2%	Participare foarte redusă
Femei, 55–74 ani	2,0%	Uşor peste nivelul bărbaţilor
Bărbaţi, 55–74 ani	1,5%	Participare redusă
Mediul urban	2,6%	Participare mai ridicată decât în mediul rural
Mediul rural	1,4%	Participare mai redusă decât în mediul urban
Interes pentru telefon/computer/internet	9,4%	Interes exprimat pentru dezvoltarea competenţelor digitale
Interes pentru activităţi fizice/sănătate	8,2%	Interes exprimat pentru activităţi fizice şi teme de sănătate asociată şi cu menţinerea capacităţii funcţionale
Barieră: starea de sănătate	22,4%	Necesitatea unor programe accesibile şi adaptate
Barieră: munca în gospodărie	14,3%	Poate afecta mai ales femeile şi populaţia rurală
Barieră: distanţă/deplasare	8,3%	Indicii privind necesitatea programelorde proximitate şi a formelor flexibile de participare (hibride)
Barieră: lipsa activităţilor locale	5,7%	Indică existenţa unor lacune ale ofertei locale pentru o parte dintre respondenţi

Sursa: elaborat în baza Indicelui Îmbătrânirii Active (IÎA) 2024 şi a studiului Participarea populaţiei vârstnice în viaţa comunităţii (HelpAge 2024).

Extinderea participării presupune nu numai creşterea ofertei de activităţi, ci şi adaptarea condiţiilor de acces şi participare. Oferta trebuie să ţină cont de ritmul de învăţare, mobilitate, accesibilitate, starea de sănătate, experienţa educaţională anterioară şi relevanţa practică a conţinutului. Programele de proximitate, formele flexibile de participare, posibilitatea reluării

[118] YANG Yufan, CHEN Siye, WANG Gaiyan, et al., *Determinants of social participation among community-dwelling older adults: A mixed-methods systematic review*, International Journal of Nursing Studies, Volume 181, 2026, 105574, ISSN 0020-7489, https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2026.105574. Depozit: ScienceDirect. Disponibil: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748926002464 [citat: 08.09.2026].

conținutului, sprijinul individual și metodele practice pot facilita participarea persoanelor care întâmpină bariere de acces la activitățile educaționale.

4.3. Competențele digitale și autonomia într-o societate digitalizată

Digitalizarea conferă educației persoanelor în vârstă o dimensiune nouă. Serviciile publice, plățile, programările, informațiile privind prestațiile sociale, comunicarea cu instituțiile și o parte din serviciile de sănătate sunt tot mai frecvent accesate prin instrumente digitale. Pentru persoanele care nu au utilizat asemenea tehnologii în perioada lor de formare și activitate profesională, această transformare poate crea bariere suplimentare de acces la informații și servicii, independent de alte forme de vulnerabilitate.

UNECE descrie această situație prin conceptul de *digital divide* la vârste înaintate. *Policy Brief*-ul *Ageing in the Digital Era* arată că digitalizarea poate facilita învățarea, relațiile sociale, autonomia și accesul la servicii, dar persoanele în vârstă sunt simultan mai expuse riscului de excluziune digitală. Documentul recomandă accesibilitatea și caracterul prietenos al serviciilor online, menținerea alternativelor offline, programe de alfabetizare digitală și utilizarea învățării intergeneraționale și între egali[119].

Din perspectiva autonomiei, problema depășește simpla utilizare a smartphone-ului. O persoană care nu poate accesa independent informații, efectua o plată sau comunica cu o instituție poate avea nevoie de sprijinul rudelor, vecinilor sau altor intermediari pentru accesarea unor servicii. În acest sens, excluziunea digitală poate limita autonomia în gestionarea activităților cotidiene chiar și în absența unor limitări fizice sau cognitive semnificative.

OECD subliniază în Policy Brief-ul Digital Skills for Seniors din 2025 că programele standard de instruire digitală, concepute pentru populația generală, nu răspund întotdeauna nevoilor vârstnicilor. Ritmul de învățare, familiaritatea redusă cu tehnologia și dificultățile asociate vârstei necesită programe mai practice, adaptate și orientate spre sarcini relevante pentru viața cotidiană[120]. Această concluzie susține trecerea de la cursuri generale de „informatică" la instruire privind activități concrete: comunicarea cu familia, plăți, programări, servicii publice, navigarea sigură pe internet sau recunoașterea tentativelor de fraudă.

În Republica Moldova, incluziunea digitală a persoanelor în vârstă a fost integrată în Programul privind îmbătrânirea activă și sănătoasă pentru anii 2023–2027, care prevede inclusiv obiectivul de a dota 25 de mii de persoane în vârstă cu telefoane mobile și de a le instrui în utilizarea acestora[121]. Potrivit analizei situației populației Republicii Moldova publicate în 2026, în

---

[119] UNECE. *Policy Briefs on Ageing*, op. cit.
[120] OECD. *Digital Skills for Seniors*. Paris: OECD Publishing, 2025. DOI: 10.1787/9edfa7ef-en. [policy brief online]. Depozit instituțional: OECD iLibrary. Disponibil: https://doi.org/10.1787/9edfa7ef-en [citat: 08.09.2026]
[121] MINISTERUL MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE. *Prima platformă pentru îmbătrânire activă și incluziune digitală a vârstnicilor, lansată în Republica Moldova*. Chișinău: MMPS. [comunicat online]. Depozit: portalul oficial al MMPS. Disponibil: https://social.gov.md/comunicare/comunicate/prima-platforma-pentru-imbatranire-activa-si-incluziune-digitala-

perioada 2023–2024 aproximativ 3 300 de persoane de 60 de ani și peste, inclusiv refugiați din Ucraina, au fost instruite în utilizarea telefoanelor inteligente, internetului, rețelelor sociale și serviciilor publice electronice, iar aproximativ 1 200 au primit dispozitive mobile[122].

Datele raportate indică însă o acoperire încă limitată în raport cu obiectivul programului și cu dimensiunea populației de 60 de ani și peste. Extinderea intervențiilor presupune dezvoltarea unor mecanisme permanente de sprijin digital la nivel comunitar, complementare activităților de instruire punctuale.

Pentru persoanele cu experiență digitală redusă, inclusiv pentru cele care încep să utilizeze tehnologiile la vârste mai înaintate, o singură sesiune de instruire poate fi insuficientă. Consolidarea competențelor presupune repetare, posibilitatea de a exersa, suport ulterior și existența unei persoane sau instituții la care utilizatorul să poată reveni atunci când întâmpină dificultăți. În acest sens, bibliotecile, centrele comunitare, centrele de zi și Universitatea Vârstei a Treia pot funcționa nu numai ca locuri de formare, ci și ca puncte permanente de acces digital asistat**.**

Conținutul programelor trebuie diferențiat în funcție de experiența digitală anterioară, nevoile concrete, rolurile sociale și profesionale și eventualele cerințe de accesibilitate, nu prin asocierea rigidă a anumitor competențe cu o anumită vârstă. Oferta poate include, în funcție de necesități, utilizarea serviciilor publice electronice, plăți și operațiuni financiare, comunicare, informare, participare civică, competențe profesionale, programări, siguranță online, recunoașterea tentativelor de fraudă și solicitarea ajutorului în situații de urgență.

Siguranța digitală trebuie să constituie o componentă importantă a acestor programe. Odată cu extinderea accesului la tehnologii cresc și riscurile de fraudă, furt de date, manipulare și abuz financiar. Alfabetizarea digitală trebuie astfel asociată cu educația financiară și juridică, nu abordată separat.

În consecință, competențele digitale constituie o resursă pentru autonomia persoanelor în vârstă. Ele pot facilita accesul la informații, servicii și comunicare la distanță, reducând unele efecte ale barierelor teritoriale sau de mobilitate, fără a substitui serviciile accesibile fizic și alternativele offline.

4.4. Educația pentru sănătate, educația financiară și cunoașterea drepturilor

Învățarea la vârste înaintate nu poate fi limitată la digitalizare. O altă componentă importantă o reprezintă alfabetizarea pentru sănătate *(health literacy)*. OMS definește aceasta drept

---

a-varstnicilor-lansata-in-republica-moldova-apel-la-actiune-si-parteneriate-in-sprijinul-persoanelor-varstnice/ [citat: 08.09.2026]

[122] FONDUL NAȚIUNILOR UNITE PENTRU POPULAȚIE (UNFPA) MOLDOVA, CENTRUL DE CERCETĂRI DEMOGRAFICE AL INCE. *Analiza situației populației Republicii Moldova, 2025*. [raport analitic online]. Depozit: UNFPA Moldova. Disponibil: https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2026-01/Analiza%20situa%C8%9Biei%20popula%C8%9Biei%20Republicii%20Moldova_2025.pdf [citat: 08.09.2026].

capacitatea de a accesa, înţelege, evalua şi utiliza informaţii şi servicii pentru menţinerea sănătăţii şi bunăstării. *Health literacy* este considerată un determinant al sănătăţii şi prezintă un gradient social: persoanele cu resurse educaţionale şi sociale mai reduse întâmpină mai frecvent dificultăţi în navigarea sistemelor de sănătate[123].

Pentru persoanele în vârstă, această competenţă este deosebit de relevantă în situaţiile în care gestionarea bolilor cronice, utilizarea simultane a mai multor medicamente sau contactul frecvent cu serviciile medicale şi sociale necesită accesarea şi înţelegerea unor informaţii complexe. Raportul mondial OMS privind îmbătrânirea şi sănătatea evidenţiază rolul alfabetizării în sănătate pentru managementul bolilor cronice şi dezvoltarea capacităţii de autogestionare[124].

Educaţia pentru sănătate ar trebui, prin urmare, să fie practică şi centrată pe activităţi cotidiene: administrarea corectă a medicamentelor, alimentaţie şi activitate fizică adecvată capacităţii funcţionale şi preferinţelor persoanei, prevenirea căderilor, recunoaşterea semnelor de deteriorare a sănătăţii, sănătatea mintală, accesarea serviciilor şi pregătirea pentru consultaţia medicală. Modelul ICOPE al OMS include explicit furnizarea către persoanele în vârstă şi îngrijitorii acestora a informaţiilor şi instrumentelor necesare pentru autogestionare, prevenirea complicaţiilor şi menţinerea capacităţii funcţionale[125].

Această abordare nu înseamnă transferarea responsabilităţii de la sistemul medical asupra persoanei. Alfabetizarea pentru sănătate funcţionează numai atunci când şi organizaţiile oferă informaţie clară, servicii accesibile şi comunicare adaptată. Responsabilitatea este, prin urmare, împărţită între dezvoltarea competenţelor persoanei şi capacitatea instituţiilor de a oferi informaţii şi servicii uşor de înţeles, accesat şi utilizat.

Educaţia financiară reprezintă o altă componentă a autonomiei. Digitalizarea plăţilor, modificările sistemului de pensii, serviciile bancare şi multiplicarea produselor financiare fac ca gestionarea banilor să necesite competenţe tot mai complexe. Pentru persoanele în vârstă, educaţia financiară poate viza în special securitatea tranzacţiilor, înţelegerea costurilor şi contractelor, evitarea supra îndatorării şi recunoaşterea tentativelor de fraudă.

La aceasta se adaugă educaţia juridică. Cunoaşterea drepturilor privind pensiile, prestaţiile, proprietatea, moştenirea, serviciile sociale, protecţia consumatorului şi mecanismele de sesizare poate sprijini luarea unor decizii informate, accesarea directă a drepturilor şi utilizarea mecanismelor de protecţie în situaţii de abuz. Această dimensiune este în concordanţă cu trecerea cadrului internaţional de la o abordare predominant orientată spre protecţie la una bazată pe drepturile persoanelor în vârstă.

---

[123] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health literacy*. Fișă informativă. [resursă web instituțională]. Depozit: portalul oficial al OMS. Disponibil: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy [citat: 08.09.2026]

[124] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World report on ageing and health*. WHO, 2015. ISBN 978-92-4-156504-2. [raport online]. Depozit instituțional: IRIS. Disponibil: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042 [citat: 08.09.2026]

[125] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Integrated Care for Older People (ICOPE)*. [resursă web instituțională]. Depozit: portalul oficial al OMS. Disponibil: https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/integrated-care-for-older-people-icope [citat: 08.09.2026]

O perspectivă bazată pe parcursul vieții presupune dezvoltarea din timp a competențelor necesare pentru adaptarea la schimbările asociate etapelor ulterioare ale vieții. Programele adresate inclusiv populației de 55–64 ani pot integra planificarea tranziției spre pensionare, promovarea sănătății, gestionarea resurselor, adaptarea locuinței, competențele digitale, relațiile sociale și oportunitățile de participare. În această abordare, învățarea contribuie la consolidarea resurselor individuale și la susținerea autonomiei pe parcursul vieții.

4.5. Infrastructura învățării la vârste înaintate: de la proiecte-pilot la rețele comunitare

Dezvoltarea oportunităților de învățare pentru persoanele în vârstă necesită nu numai conținut educațional, ci și instituții și spații în care învățarea să poată avea loc. În Republica Moldova, unul dintre cele mai relevante exemple este Universitatea Vârstei a Treia (UV3), lansată în 2023 ca program-pilot de educație nonformală. Prima promoție a cuprins 40 de persoane de 60 de ani și peste, care au urmat cursuri de dezvoltare a competențelor digitale, de comunicare și stare de bine[126].

Inițiativa s-a extins ulterior. În anul academic 2025–2026, peste 150 de persoane în vârstă din Chișinău, Bălți și Cahul au participat la programele UV3, oferta incluzând competențe digitale, limba engleză, educație juridică, longevitate sănătoasă și istorie. A fost organizată și o grupă online destinată inclusiv persoanelor cu dizabilități și celor din mediul rural, pentru care participa în format fizic putea fi dificilă[127].

Modelul a fost extins și în afara centrelor universitare. În 2025, programul „Universitatea Vârstei a 3-a – Mai aproape de tine" a fost dezvoltat în raionul Fălești, implicând persoane în vârstă din oraș și din nouă comunități rurale în activități de educație digitală, sănătate și dezvoltare personală[128]. În iunie 2026, 92 de persoane în vârstă au absolvit promoția UV3 de la Chișinău[129].

Evoluția participării și extinderea teritorială indică dezvoltarea treptată a modelului, însă acoperirea acestuia rămâne limitată în raport cu dimensiunea populației de 60 de ani și peste. Extinderea accesului poate fi susținută prin conectarea inițiativelor existente cu universitățile,

---

[126] ORGANIZAȚIA NAȚIUNILOR UNITE ÎN REPUBLICA MOLDOVA. *Seniorii merg la studii: în Republica Moldova a fost lansată în premieră Universitatea Vârstei a Treia*. Comunicat de presă: 02 octombrie 2023. [comunicat online]. Depozit: portalul ONU Moldova. Disponibil: https://moldova.un.org/ro/249798-seniorii-merg-la-studii-%C3%AEn-republica-moldova-fost-lansat%C4%83-%C3%AEn-premier%C4%83-universitatea-v%C3%A2rstei [citat: 08.09.2026]

[127] MINISTERUL EDUCAȚIEI ȘI CERCETĂRII AL REPUBLICII MOLDOVA. *Peste 150 de persoane în etate au revenit pe băncile facultății în cadrul Universității Vârstei a Treia*. Chișinău: MEC, 2025. [comunicat online]. Depozit: portalul oficial al MEC. Disponibil: https://edu.gov.md/ro/content/peste-150-de-persoane-etate-au-revenit-pe-bancile-facultatii-cadrul-universitatii-varstei [citat: 08.09.2026]

[128] MINISTERUL MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE. *Universitatea Vârstei a Treia își extinde prezența în raionul Fălești: noi oportunități de educație și incluziune pentru persoanele în etate*. Chișinău: MMPS, 2025. [comunicat online]. Depozit: portalul oficial al MMPS. Disponibil: https://social.gov.md/comunicare/comunicate/universitatea-varstei-a-treia-isi-extinde-prezenta-in-raionul-falesti-noi-oportunitati-de-educatie-si-incluziune-pentru-persoanele-in-etate/ [citat: 08.09.2026]

[129] MINISTERUL MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE. *92 de seniori au absolvit Universitatea Vârstei a Treia la Chișinău*. Chișinău: MMPS, iunie 2026. [comunicat online]. Depozit: portalul oficial al MMPS. Disponibil: https://social.gov.md/comunicare/comunicate/92-de-seniori-au-absolvit-universitatea-varstei-a-treia-la-chisinau/ [citat: 08.09.2026]

bibliotecile, centrele comunitare şi de zi, organizaţiile societăţii civile şi autorităţile publice locale. Această extindere nu presupune reproducerea unui model universitar clasic. *Marrakech Framework for Action* pune accent pe complementaritatea educaţiei formale, nonformale şi informale[130]. În cazul oportunităţilor de învăţare la vârste înaintate sunt relevante formatele flexibile, învăţarea în grupuri mici, activităţile comunitare şi schimbul de experienţă.

Un rol deosebit îl pot avea bibliotecile publice, în special în localităţile fără infrastructură educaţională specializată. Ele pot funcţiona ca puncte locale de alfabetizare digitală, educaţie financiară şi juridică, activităţi culturale, socializare şi acces asistat la servicii electronice. Centrele de zi şi serviciile sociale comunitare pot integra module educaţionale în activităţile lor curente, iar echipele mobile pot extinde accesul în localităţile mici şi în cazul persoanelor cu mobilitate redusă.

Învăţarea intergeneraţională reprezintă o altă resursă pentru extinderea oportunităţilor educaţionale. Participanţii de vârste diferite pot face schimb de competenţe digitale, profesionale, culturale şi practice, astfel încât procesul de învăţare să funcţioneze în ambele sensuri şi să contribuie la consolidarea solidarităţii dintre generaţii.

Această funcţie socială este importantă deoarece activităţile educaţionale creează concomitent oportunităţi de relaţionare. O revizuire sistematică recentă asupra implicării sociale la vârste înaintate arată că participarea socială este asociată în general cu niveluri mai înalte de bunăstare, iar beneficiile pot fi deosebit de relevante pentru persoanele aflate în situaţii dezavantajate[131]. Astfel, evaluarea programelor educaţionale pentru persoanele în vârstă poate lua în considerare, pe lângă competenţele dobândite, şi dimensiuni precum relaţiile create, încrederea în sine şi participarea în viaţa comunităţii.

4.6. Direcţii de dezvoltare a educaţiei într-o societate care îmbătrâneşte

Datele disponibile indică necesitatea trecerii de la iniţiative punctuale la o politică sistemică de învăţare pe tot parcursul vieţii care să includă explicit persoanele în vârstă. O asemenea politică trebuie să pornească de la heterogenitatea populaţiei în vârstă şi să evite utilizarea unui singur model de instruire pentru toate vârstele şi nivelurile de autonomie.

Oferta educaţională trebuie diversificată în funcţie de nevoile, interesele, experienţa şi capacitatea funcţională a persoanelor, evitând asocierea rigidă a anumitor tipuri de învăţare cu vârsta cronologică. O prioritate distinctă este reducerea inegalităţii teritoriale. Diferenţa dintre participarea urbană şi rurală arată că nu este suficientă creşterea ofertei în centrele universitare.

---

[130] UNESCO INSTITUTE FOR LIFELONG LEARNING. *Marrakech Framework for Action: Harnessing the trans…*, op. cit.

[131] MONTEIRO JM, GONÇALVES R, BASTOS A, BARBOSA MR. Social engagement and wellbeing in late life: a systematic review. Ageing and Society. 2025;45(7):1327-1354. doi:10.1017/S0144686X24000011, Disponibil: https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/social-engagement-and-wellbeing-in-late-life-a-systematic-review/B2316932EC196AC8BA8CEFA83DD71175 [citat: 08.09.2026]

Bibliotecile, centrele comunitare, centrele de zi şi instituţiile de asistenţă socială trebuie integrate într-o reţea de educaţie de proximitate, completată de programe mobile şi online.

În acelaşi timp, digitalizarea nu trebuie să devină pretext pentru retragerea canalelor tradiţionale de acces conform principiului UNECE al incluziunii digitale[132]. Pentru persoanele cu dizabilităţi senzoriale, cognitive sau motorii trebuie utilizate soluţii asistive şi materiale adaptate.

O problemă importantă de echitate este accesul inegal la oportunităţile de învăţare. Extinderea programelor trebuie să urmărească şi includerea grupurilor care pot întâmpina bariere mai mari de participare, inclusiv persoane de 75 şi 80 de ani şi peste, persoane care locuiesc singure, persoane cu dizabilităţi, locuitori ai mediului rural şi persoane cu nivel educaţional redus.

Tabelul 4.2. Direcţii prioritare pentru dezvoltarea oportunităţilor de învăţare la vârste înaintate

Direcţie	Grupuri prioritare	Mecanism	Efect urmărit
Extinderea reţelei Universităţii Vârstei a Treia	60+, urban şi rural	Parteneriate între universităţi, biblioteci, centre de zi şi APL	Participare şi incluziune socială
Educaţie digitală de proximitate	Persoane cu acces digital redus, inclusiv din mediul rural şi persoane cu mobilitate redusă	Cursuri practice repetate şi suport local permanent	Autonomie digitală
Educaţie pentru sănătate	Persoane cu boli cronice, 60+	Medicină primară, centre comunitare, instruire pentru autogestionare	Menţinerea capacităţii funcţionale
Educaţie juridică şi financiară	Persoane care locuiesc singure şi/sau întâmpină dificultăţi în accesarea informaţiilor şi serviciilor	Ateliere privind drepturile, proprietatea, plăţile şi fraudele	Reducerea abuzului şi vulnerabilităţii
Pregătire pentru pensionare şi longevitate	55–64 ani	Module integrate privind sănătatea, veniturile, locuirea şi participarea	Tranziţie informată către pensionare şi etapele ulterioare ale parcursului de viaţă
Învăţare intergeneraţională	Persoane din generaţii diferite	Mentorat reciproc şi activităţi comune	Solidaritate şi transfer de competenţe

[132] UNECE. *Ageing in the Digital Era*. Policy Brief on Ageing nr. 26. Geneva: UNECE, 2021. Document ECE/WG.1/38. [publicaţie online]. Depozit instituţional: UNECE. Disponibil: https://unece.org/sites/default/files/2021-07/PB26-ECE-WG.1-38_0.pdf [citat: 08.09.2026]

Direcție	Grupuri prioritare	Mecanism	Efect urmărit
Acces asistat la servicii digitale	Persoane care întâmpină bariere în accesarea autonomă a serviciilor digitale	Biblioteci și centre comunitare ca puncte permanente de sprijin	Reducerea excluziunii digitale
Monitorizarea participării	Toate grupurile	Date pe sexe, vârste, mediu, educație și dizabilitate	Politici bazate pe evidențe

Sursa: elaborat de autori în baza materialelor MMPS, UNFPA, UNECE.

Politicile publice trebuie să includă și un sistem adecvat de monitorizare a participării**.** Indicatorul actual pentru grupa 55–74 ani este util, dar insuficient. El poate ascunde diferențe importante între persoane aflate în etape diferite ale parcursului profesional și de viață, cu niveluri diferite de funcționalitate și acces la oportunități de învățare. Ar fi utilă dezagregarea participării cel puțin pentru grupele 55–64, 65–74 și 75+, pe sexe, mediu de reședință, nivel educațional și dizabilitate.

Monitorizarea trebuie să urmărească nu doar numărul participanților, ci și efectele programelor: dobândirea și menținerea competențelor, utilizarea autonomă a serviciilor, extinderea relațiilor sociale, creșterea încrederii în sine și capacitatea persoanei de a accesa și utiliza serviciile cu nivelul de sprijin necesar. Astfel, evaluarea programelor de învățare destinate persoanelor în vârstă se apropie de cadrul OMS al capacității funcționale și măsoară rezultatul real al intervențiilor, nu numai volumul activităților organizate.

În condițiile longevității crescute, învățarea pe tot parcursul vieții capătă o semnificație care depășește calificarea profesională. Pentru persoanele în vârstă, educația devine resursă de adaptare, autonomie și participare, contribuind la capacitatea de a utiliza serviciile, gestiona sănătatea și resursele financiare, menține relațiile sociale și răspunde schimbărilor tehnologice și instituționale.

Republica Moldova pornește însă de la un nivel redus al participării la învățarea continuă. Participarea de aproximativ 2% în grupa de 55–74 ani, precum și diferența dintre mediul urban și rural, indică un nivel redus al participării și diferențe teritoriale care justifică aprofundarea analizei accesului la oportunitățile de învățare. În același timp, rezultatele privind activitățile dorite și barierele de participare prezentate anterior[133] sugerează că nivelul redus al participării nu poate fi explicat exclusiv prin interesul individual. Inițiativele dezvoltate în ultimii ani – Universitatea Vârstei a Treia, programele de incluziune digitală și activitățile comunitare – creează o bază importantă pentru dezvoltarea domeniului. Provocarea următoarei etape constă în trecerea de la proiecte-pilot la infrastructură permanentă, accesibilă teritorial și și diversității nevoilor de învățare pe parcursul vieții.

[133] HelpAge Moldova, 2024. Participarea populației vârstnice în viața comunității. Raportul studiului baseline. Chișinău, 2024.

În acest sens, investiţiile în învăţarea pe tot parcursul vieţii a persoanelor în vârstă trebuie privite şi ca investiţii preventive. Competenţele dobândite pot sprijini accesarea şi utilizarea serviciilor, susţine gestionarea sănătăţii şi resurselor, facilita participarea socială şi compensa parţial unele dezavantaje asociate mobilităţii reduse sau distanţei geografice.

Prin urmare, într-o societate în care oamenii trăiesc mai mult, educaţia trebuie să dureze mai mult. Învăţarea la vârste înaintate nu este un beneficiu marginal oferit după retragerea din activitatea profesională, ci una dintre componentele infrastructurii longevităţii active şi sănătoase. Rolul ei este de a susţine capacitatea persoanei de a continua să înveţe, să decidă, să se adapteze, să participe şi să rămână conectată la societate pe întreaga durată a vieţii.

Concluzii analitice

În contextul longevităţii şi digitalizării , învăţarea pe tot parcursul vieţii reprezintă o resursă pentru autonomia şi participarea persoanelor în vârstă. Competenţele digitale, de sănătate, financiare şi juridice pot susţine accesarea serviciilor, gestionarea resurselor, luarea deciziilor informate şi menţinerea relaţiilor sociale.

Participarea la activităţi de învăţare rămâne redusă, iar diferenţele dintre mediul urban şi rural indică inegalităţi care necesită aprofundarea accesului şi a ofertei educaţionale. Rezultatele privind activităţile dorite şi barierele de participare sugerează că nivelul redus al implicării nu poate fi explicat exclusiv prin interesul individual; dificultăţile de deplasare, starea de sănătate, responsabilităţile gospodăreşti şi lipsa activităţilor locale pot constitui bariere şi pentru participarea la oportunităţi de învăţare.

Iniţiativele dezvoltate în ultimii ani, inclusiv Universitatea Vârstei a Treia şi programele de incluziune digitală, indică extinderea treptată a oportunităţilor de învăţare, dar acoperirea acestora rămâne limitată. Dezvoltarea domeniului trebuie să urmărească accesul echitabil, inclusiv pentru persoanele de 75 şi 80 de ani şi peste, persoanele care locuiesc singure, persoanele cu dizabilităţi, locuitorii mediului rural şi persoanele cu nivel educaţional redus, iar evaluarea programelor să includă nu doar participarea, ci şi menţinerea competenţelor, accesul la servicii, autonomia şi relaţiile sociale.

5. SĂNĂTATEA PERSOANELOR ÎN VÂRSTĂ ŞI VIAŢA INDEPENDENTĂ

5.1. De la starea de sănătate la capacitatea funcţională şi viaţa independentă

În abordarea contemporană a îmbătrânirii, starea de sănătate a persoanelor în vârstă nu mai poate fi evaluată exclusiv prin prezenţa sau absenţa bolilor. Creşterea longevităţii face tot mai importantă diferenţa dintre anii suplimentari de viaţă şi anii trăiţi cu autonomie şi capacitate funcţională**.** În regiunea europeană a OMS există încă un decalaj de peste cinci ani între speranţa de viaţă la 60 de ani şi speranţa de viaţă sănătoasă la aceiaşi vârstă, ceea ce evidenţiază importanţa menţinerii sănătăţii şi capacităţii funcţionale pe măsura creşterii longevităţii[134].

Această schimbare de perspectivă este consacrată prin conceptul OMS de îmbătrânire sănătoasă, în centrul căruia se află capacitatea funcţională *(functional ability)*. Aceasta exprimă posibilitatea persoanei de a realiza ceea ce consideră important: să-şi satisfacă necesităţile de bază, să ia decizii, să fie mobilă, să menţină relaţii şi să contribuie la societate. Capacitatea funcţională rezultă din interacţiunea dintre capacitatea intrinsecă – totalitatea capacităţilor fizice şi mentale ale persoanei – şi mediul în care aceasta trăieşte[135].

Din această perspectivă, două persoane cu acelaşi diagnostic şi aceeaşi vârstă cronologică pot avea niveluri foarte diferite de autonomie. O persoană cu mai multe boli cronice, dar bine controlate, cu mobilitate păstrată şi acces la servicii poate continua să trăiască independent. În schimb, o persoană fără o boală gravă diagnosticată poate întâmpina dificultăţi în menţinerea autonomiei şi poate necesita sprijin dacă pierderea vederii, auzului, mobilităţii sau capacităţii cognitive se combină cu bariere ale mediului şi lipsa sprijinului.

Literatura recentă confirmă relevanţa acestei schimbări. O meta-analiză bazată pe 15 studii longitudinale şi peste 53 de mii de participanţi a constatat că deteriorarea capacităţii intrinseci este asociată cu un risc mai mare de pierdere a autonomiei în activităţile cotidiene, iar mobilitatea, cogniţia, vitalitatea şi starea psihologică sunt dimensiuni deosebit de importante[136]. Alte sinteze longitudinale arată că reducerea capacităţii intrinseci este asociată inclusiv cu dizabilitate, căderi, spitalizare şi mortalitate[137].

---

[134] WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Leadership course on Ageing is Living: unlocking the potential of population ageing – 2026 edition. Bilbao, 13–15 May 2026. Disponibil: https://www.who.int/france/events/item/2026/05/13/default-calendar/leadership-course-on-ageing-is-living--unlocking-the-potential-of-population-ageing---2026-edition--applications-now-open%21

[135] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Healthy ageing and functional ability*. WHO: 26 October 2020. Disponibil: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability?utm_source

[136] CHENG Y, LI W, XIAO S, CHEN Y, QI X. *Intrinsic capacity and its dimensions in relation to functional ability in older adults: A systematic review and meta-analysis.* Arch Gerontol Geriatr. 2025 Aug;135:105860. doi: 10.1016/j.archger.2025.105860. Epub 2025 Apr 18. PMID: 40344941. Disponibil: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40344941/ [citat: 08.09.2026]

[137] SÁNCHEZ-SÁNCHEZ JL, LU WH, GALLARDO-GÓMEZ D, DEL POZO CRUZ B, DE SOUTO BARRETO P, LUCIA A, VALENZUELA PL. Association of intrinsic capacity with functional decline and mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Lancet Healthy Longev. 2024 Jul;5(7):e480-e492. doi: 10.1016/S2666-7568(24)00092-8. PMID: 38945130. Disponibil: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38945130/ [citat: 08.09.2026]

Pentru Republica Moldova, această abordare schimbă întrebarea centrală a politicii de sănătate pentru persoanele în vârstă. Nu este suficient să se cunoască prevalența bolilor sau numărul persoanelor încadrate oficial într-un grad de dizabilitate. Este necesar să se determine în ce măsură persoanele își păstrează mobilitatea, vederea, auzul, cogniția, vitalitatea și capacitatea de a desfășura activitățile vieții cotidiene și ce intervenții pot preveni sau încetini deteriorarea acestora.

Această orientare este în concordanță și cu noua direcție strategică a OMS pentru regiunea europeană. Strategia *Ageing is Living: Promoting a Lifetime of Health and Well-being 2026–2030*, aflată în proces de finalizare și care urmează să fie examinată pentru adoptare la sesiunea a 76- a Comitetului Regional pentru Europa[138], este structurată în jurul prevenirii pe tot parcursul vieții, transformării sistemelor de îngrijire, creării mediilor favorabile și combaterii ageismului[139].

5.2. Profilul de sănătate: de la bolile cronice la riscul pierderii autonomiei

Profilul de sănătate al populației în vârstă din Republica Moldova este influențat de povara bolilor netransmisibile. Bolile cardiovasculare, cancerul, diabetul, bolile respiratorii cronice și problemele de sănătate mintală constituie principalele grupuri de patologii vizate de Programul național de prevenire și control al bolilor netransmisibile prioritare pentru anii 2023–2027. Programul promovează o abordare integrată a factorilor de risc și consolidarea prevenirii și managementului bolilor cronice în cadrul serviciilor de sănătate[140].

Importanța bolilor netransmisibile pentru populația vârstnică este vizibilă inclusiv în datele privind cancerul. În anul 2024 au fost înregistrate în Republica Moldova 11,2 mii cazuri noi de tumori maligne, iar aproximativ 74% dintre acestea au revenit persoanelor de 60 de ani și peste. În total, 8,3 mii persoane în vârstă au fost diagnosticate pentru prima dată cu tumori maligne. Incidența era mai ridicată la bărbații în vârstă decât la femei – aproximativ 1 800 față de 1 062 cazuri noi la 100 mii persoane de sexul respectiv[141].

Aceste date evidențiază necesitatea prevenirii, depistării precoce și continuității tratamentului, însă pentru evaluarea îmbătrânirii sănătoase diagnosticul medical trebuie completat prin evaluarea efectului bolii asupra vieții cotidiene. O afecțiune cardiovasculară, oncologică sau osteo-articulară poate avea consecințe foarte diferite în funcție de stadiu,

---

[138] WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE, sesiunea a 75-a. *Ageing is living: a strategy for promoting a lifetime of health and well-being in the WHO European Region 2026–2030*. Copenhaga: OMS Europa, 2025. Document EUR/RC75/19. [document strategic online]. Depozit instituțional: IRIS. Disponibil: https://iris.who.int/handle/10665/382724 [citat: 08.09.2026]

[139] WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL COMMITTEE FOR EUROPE, sesiunea a 75-a. *Ageing is living: a strategy for promoting a lifetim…*, op. cit.

[140] MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA. *Guvernul a aprobat Programul național de prevenire și control al bolilor netransmisibile prioritare în Republica Moldova pentru anii 2023–2027*. Chișinău: MS, 2023. [comunicat online]. Depozit: portalul oficial al Ministerului Sănătății. Disponibil: https://ms.gov.md/comunicare/comunicate/guvernul-a-aprobat-programul-national-de-prevenire-si-control-al-bolilor-netransmisibile-prioritare-in-republica-moldova/ [citat: 08.09.2026]

[141] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ. *Vârstnicii în Republica Moldova în anul 2024*, op. cit.

tratament, recuperare şi mediul de viaţă. Din perspectiva persoanei, problema centrală este dacă boala afectează mobilitatea, autoîngrijirea, participarea socială sau generează nevoia de sprijin din partea altor persoane.

Această distincţie este importantă şi pentru interpretarea datelor privind dizabilitatea. Indicatorul administrativ al dizabilităţii şi indicatorul funcţional nu sunt echivalente. Primul reflectă recunoaşterea oficială a unei dizabilităţi conform criteriilor instituţionale, în timp ce al doilea măsoară dificultăţile efective cu care se confruntă persoana în realizarea unor activităţi.

Datele administrative pentru anul 2024 indică faptul că, în rândul persoanelor în vârstă recunoscute pentru prima dată cu dizabilitate, cele mai frecvente cauze au fost bolile aparatului circulator – 30,4%, tumorile maligne – 16,4% şi bolile sistemului osteo-articular, ale muşchilor şi ţesutului conjunctiv – 11,8%[142]. Aceste informaţii sunt utile pentru identificarea principalelor patologii, însă nu permit evaluarea completă a capacităţii persoanelor de a funcţiona independent.

Rezultatele Recensământului populaţiei şi locuinţelor din 2024 reprezintă un progres metodologic deosebit de important. Acestea permit trecerea de la simpla identificare a statutului de dizabilitate la evaluarea unor limitări funcţionale concrete, în conformitate cu abordarea internaţională bazată pe funcţionalitate.

5.3. Autoaprecierea stării de sănătate

Autoaprecierea stării de sănătate oferă o evaluare sintetică şi subiectivă a modului în care persoana îşi percepe propria stare de sănătate. Indicatorul completează informaţiile clinice şi funcţionale, dar nu este echivalent cu evaluarea capacităţii funcţionale sau a capacităţii intrinseci[143]. În analiza de faţă, acesta este utilizat pentru evidenţierea diferenţelor de percepţie a sănătăţii între grupele de vârstă şi între femei şi bărbaţi.

Distribuţia autoaprecierii stării de sănătate diferă între grupele de vârstă. În cazul bărbaţilor, evaluările mai puţin favorabile devin mai frecvente în grupele de vârstă mai înaintată[144]. Primul se situează în jurul vârstei de 50 de ani: la bărbaţii de 50–59 de ani, 31,5% îşi apreciază sănătatea drept „satisfăcătoare”, iar 18,5% drept „rea” sau „foarte rea”, faţă de o percepţie aproape exclusiv pozitivă sub 30 de ani (30% „foarte bună” şi 46,8% „bună”). Al doilea prag apare după 70 de ani, când aproape jumătate dintre bărbaţii de 70–79 de ani se plasează în zona „satisfăcătoare”, iar peste 30% în zona negativă, proporţia ajungând la 42,2% la 80 de ani şi peste (Fig. 5.1).

Semnificaţia pentru politicile publice a acestei distribuţii este că degradarea sănătăţii percepute începe cu aproximativ un deceniu înainte de vârsta de pensionare. Intervalul 50–59 de

---

[142] Ibidem.

[143] Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Social Science & Medicine, 69(3), 307–316. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013; World Health Organization. (2017). Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO. WHO – Integrated Care for Older People

[144] REPUBLICA MOLDOVA – STUDIUL GENERAȚII ȘI GEN (2024). Ministerul Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova; Biroul Național de Statistică (eșantionul studiului); UNFPA Moldova; NIDI-GGP (partener și distribuitor)

ani devine, prin urmare, fereastra de intervenţie preventivă cu cel mai bun raport cost–eficacitate, iar nu vârsta de 60 sau 65 de ani, la care o parte din pierderea de capacitate este deja instalată.

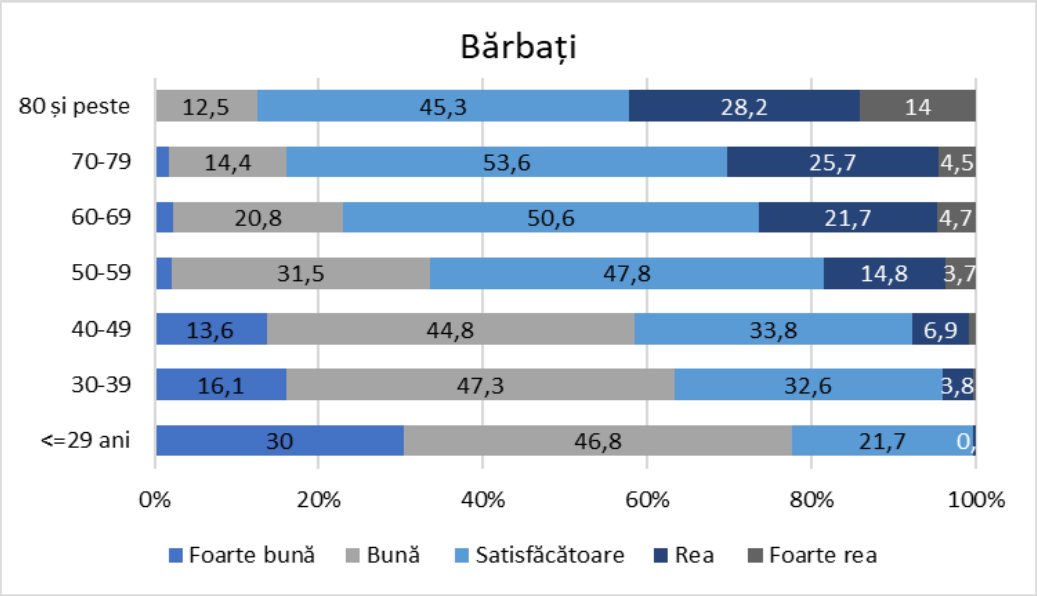

Fig. 5.1. **Autoaprecierea stării de sănătate de către bărbaţi, pe grupe de vârstă, %**

Sursa: calculele autorilor în baza datelor Studiului Generaţii şi Gen, Valul II, 2024"[145].

Distribuţia autoaprecierii stării de sănătate diferă şi în funcţie de sex. La 50–59 de ani, 56,2% dintre femei aleg categoria "satisfăcătoare", faţă de 31,5% dintre bărbaţi; la 80 de ani şi peste, 48% dintre femei se regăsesc în această categorie, în timp ce 42,2% dintre bărbaţi apreciază starea de sănătate drept "rea" sau "foarte rea", faţă de 33,7% dintre femei. Diferenţe sunt observabile şi la vârste mai tinere (Fig. 5.2).

Această configuraţie are o consecinţă practică pe care indicatorii agregaţi o ascund. Dacă serviciile de prevenţie sunt orientate către persoanele care declară o stare de sănătate proastă, ele vor identifica preponderent bărbaţii şi vor rata femeile aflate în declin funcţional, care se autoevaluează drept „satisfăcătoare". Invers, subestimarea sistematică a riscului de către bărbaţii tineri şi de vârstă mijlocie contribuie la accesarea tardivă a serviciilor şi este consecventă cu supramortalitatea masculină documentată de BNS. Rezultă că autoaprecierea nu poate fi utilizată ca unic criteriu de triaj, ci trebuie combinată cu screening funcţional obiectiv.

[145] REPUBLICA MOLDOVA – STUDIUL GENERAȚII ȘI GEN (2024). Ministerul Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova; Biroul Național de Statistică (eșantionul studiului); UNFPA Moldova; NIDI-GGP (partener și distribuitor)

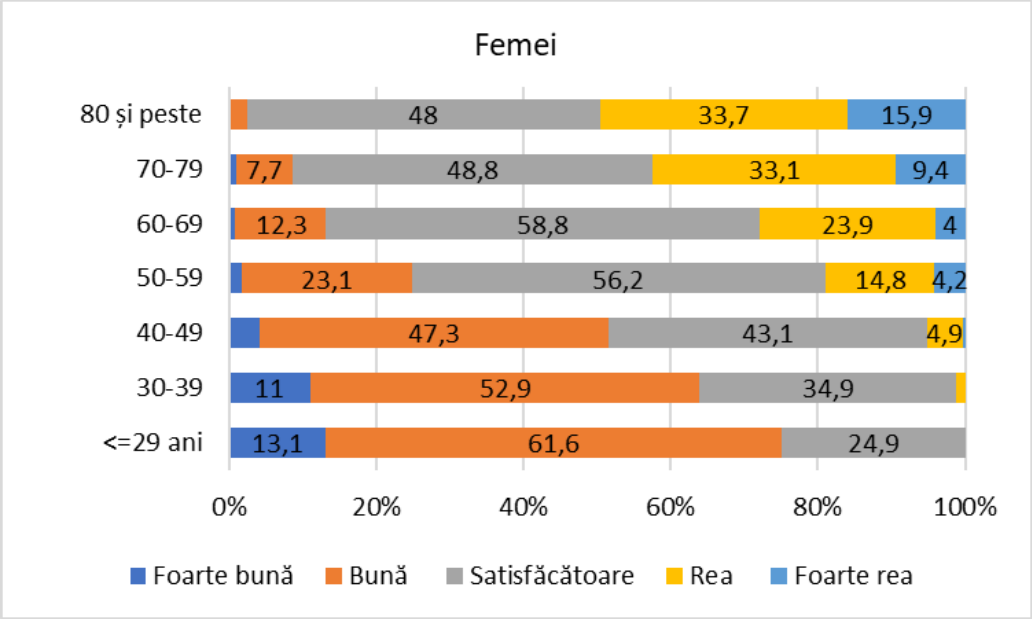

Fig. 5.2. **Autoaprecierea stării de sănătate de către femei, pe grupe de vârstă, %**

Sursa: calculele autorilor în baza datelor Studiului Generaţii şi Gen, Valul II, 2024.

5.4. Nevoia nesatisfăcută de servicii medicale specializate

Ponderea persoanelor care declară că au avut nevoie de consultaţia unui medic specialist fără să o poată obţine variază între aproximativ 27% şi 36% în grupele de vârstă analizate. Distribuţia nu evidenţiază o creştere constantă odată cu înaintarea în vârstă, nivelul nevoii nesatisfăcute menţinându-se ridicat în toate grupele analizate (Fig. 5.3).

Această stabilitate sugerează că barierele de acces nu sunt specifice exclusiv vârstei înaintate şi pot reflecta probleme mai generale de acces la serviciile specializate. Ponderea cea mai ridicată se înregistrează la 50–59 de ani (36,2% dintre bărbaţi şi 33,4% dintre femei), adică înainte de vârstele de pensionare, în grupa care încă lucrează şi dispune, în principiu, de venituri proprii şi de asigurare medicală prin contribuţie. Faptul că valorile nu cresc constant odată cu vârsta sugerează că barierele de acces nu pot fi explicate exclusiv prin venit sau mobilitate. La 60–69 de ani indicatorul scade uşor (27% la bărbaţi, 31,4% la femei), iar la 70–79 şi 80+ ani revine la 29–33% în rândul bărbaţilor şi 32–35% în rândul femeilor.

Diferenţa pe sexe este modestă, dar sistematică după 70 de ani, femeile raportând mai frecvent dificultăţi de acces. Acest decalaj poate fi analizat în contextul ponderii lor mai mari în grupele de vârstă foarte înaintată, traiului solitar mai frecvent şi duratei mai lungi de viaţă petrecute cu limitări funcţionale, factori analizaţi în subcapitolele anterioare.

Implicaţia de politică este că accesibilitatea serviciilor specializate trebuie tratată ca problemă de organizare şi acces , nu exclusiv ca problemă a populaţiei în vârstă. Măsurile centrate exclusiv pe compensarea costurilor pentru persoanele în vârstă nu ar fi suficiente, întrucât nevoia nesatisfăcută este prezentă şi în grupele de vârstă mai tinere. Sunt necesare intervenţii asupra

timpilor de aşteptare, distribuţiei teritoriale a specialiştilor şi mecanismelor de referire din asistenţa medicală primară, dublate de măsuri specifice de transport şi acompaniere pentru persoanele cu mobilitate redusă.

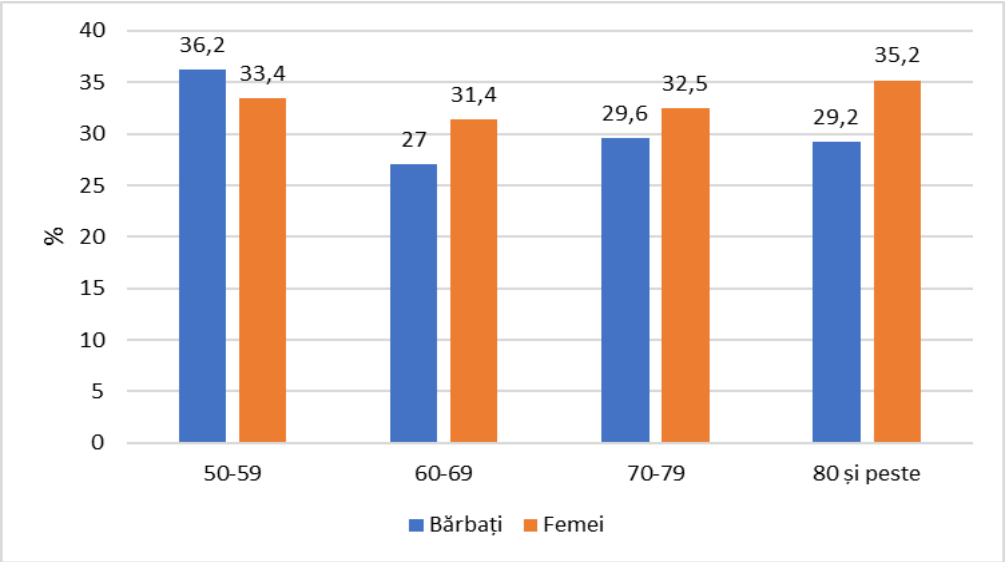

Fig. 5.3. **Ponderea persoanelor care au avut nevoie de consultaţia unui medic specialist, cu excepţia stomatologului, şi nu au putut beneficia de ea**

Sursa: calculele autorilor în baza datelor Studiului Generaţii şi Gen, Valul II, 2024.

5.5. Structura limitărilor funcţionale la persoanele de 65 de ani şi peste

Limitările funcţionale nu se distribuie uniform pe domenii, iar structura lor este relevantă pentru planificarea intervenţiilor. La persoanele de 65 de ani şi peste, dificultăţile locomotorii şi de vedere domină net celelalte domenii, ceea ce orientează priorităţile spre reabilitare, adaptarea mediului fizic şi corecţie senzorială, mai degrabă decât spre servicii de suplinire a comunicării (Fig. 5.4).

Mobilitatea este domeniul cu cel mai pronunţat decalaj de gen: 28% dintre femei declară dificultăţi mari, faţă de 16,9% dintre bărbaţi. Raportul se inversează însă în cazul incapacităţii totale (1,3% la femei faţă de 2,3% la bărbaţi), ceea ce sugerează că femeile acumulează un volum mai mare de limitări moderate şi severe, în timp ce bărbaţii ajung mai rar în această situaţie, dar în forme mai grave. Pentru dimensionarea serviciilor, aceasta înseamnă că nevoia de sprijin de intensitate medie, la domiciliu, este predominant feminină, în timp ce nevoia de îngrijire de intensitate mare are o componentă masculină mai importantă decât ar sugera ponderea bărbaţilor în populaţia de 65 de ani şi peste.

Dificultăţile de vedere sunt raportate la niveluri relativ apropiate de femei şi bărbaţi (14,8–17,3% pentru dificultăţi mari), iar incapacitatea totală rămâne sub 1%. Aceste valori susţin relevanţa accesului la evaluare oftalmologică şi la mijloace de corecţie, fără a permite estimarea proporţiei dificultăţilor care pot fi corectate. În cazul auzului, dificultăţile mari sunt raportate mai

frecvent de bărbaţi (6,2%) decât de femei (4,5%), datele prezentate nu permit însă atribuirea acestei diferenţe unei cauze specifice.

Dificultăţile de memorare şi de autoîngrijire se situează la 3–4%, fără diferenţe importante între sexe, iar dificultăţile de comunicare sub 2% la bărbaţi şi sub 1% la femei. Aceste valori trebuie interpretate în raport cu natura autoraportată a indicatorilor şi nu pot fi considerate estimări clinice ale prevalenţei declinului cognitiv. În ansamblu, dintre domeniile investigate, dificultăţile locomotorii şi de vedere sunt raportate cel mai frecvent, ceea ce confirmă relevanţa mediului accesibil, reabilitării şi tehnologiilor asistive.

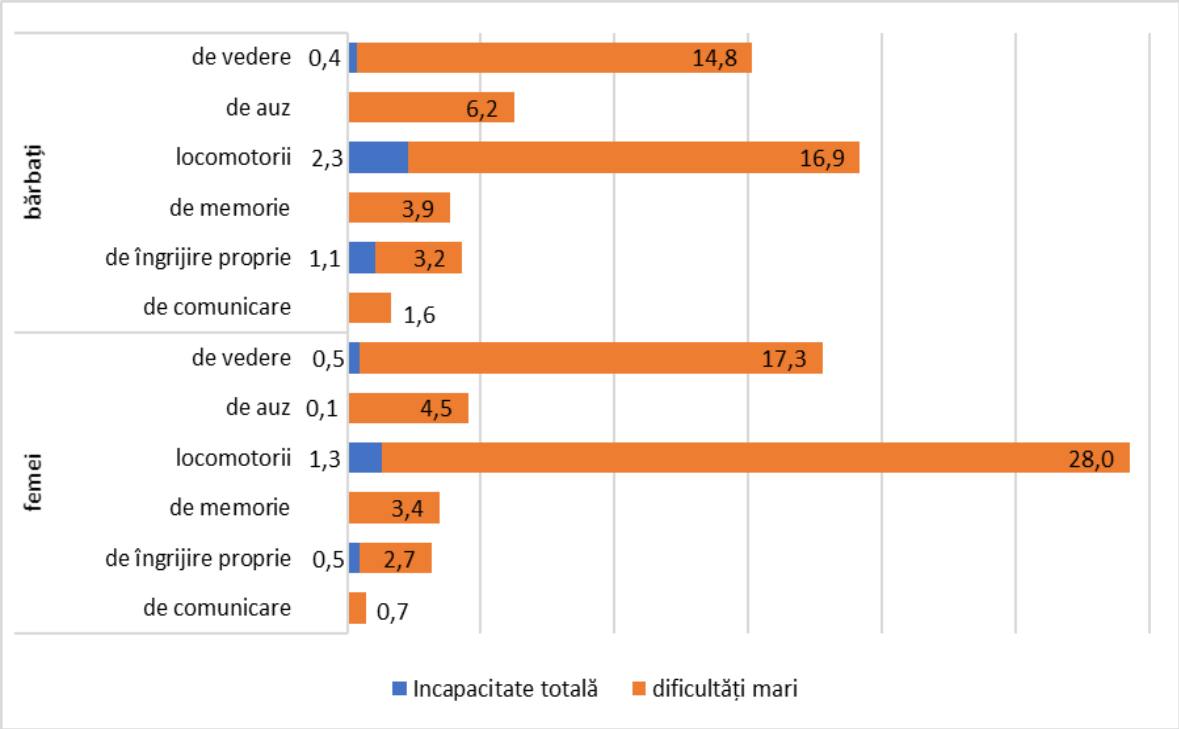

Fig. 5.4. Dificultăţi întâmpinate în desfăşurarea activităţilor zilnice, persoane de 65 de ani şi peste, pe sexe, %

Sursa: calculele autorilor în baza datelor Studiului Generaţii şi Gen, Valul II, 2024

5.6. Nevoia de îngrijire şi gradul de acoperire a acestuia

Nevoia declarată de ajutor regulat pentru activităţile de autoîngrijire este, la nivel agregat, relativ redusă: dintre cele 2.741 de persoane de 60 de ani şi peste investigate, 7,3% (199 de persoane) au raportat o astfel de nevoie. Valoarea agregată ascunde însă o creştere abruptă pe grupe de vârstă, care este elementul relevant pentru planificarea serviciilor.

În grupa de 60–69 ani, nevoia declarată de sprijin regulat este de 3,3% la bărbaţi şi 3,6% la femei; la 70–79 ani aceasta ajunge la 9,8% şi, respectiv, 8,0%, iar la 80 de ani şi peste la 19,6% dintre femei şi peste 22% dintre bărbaţi (Fig. 5.5). Datele evidenţiază astfel o creştere pronunţată

a nevoii declarate la grupele de vârstă mai înaintată, în special la 80 de ani şi peste. Pentru planificarea serviciilor este, prin urmare, importantă monitorizarea distinctă a populaţiei de 80 de ani şi peste.

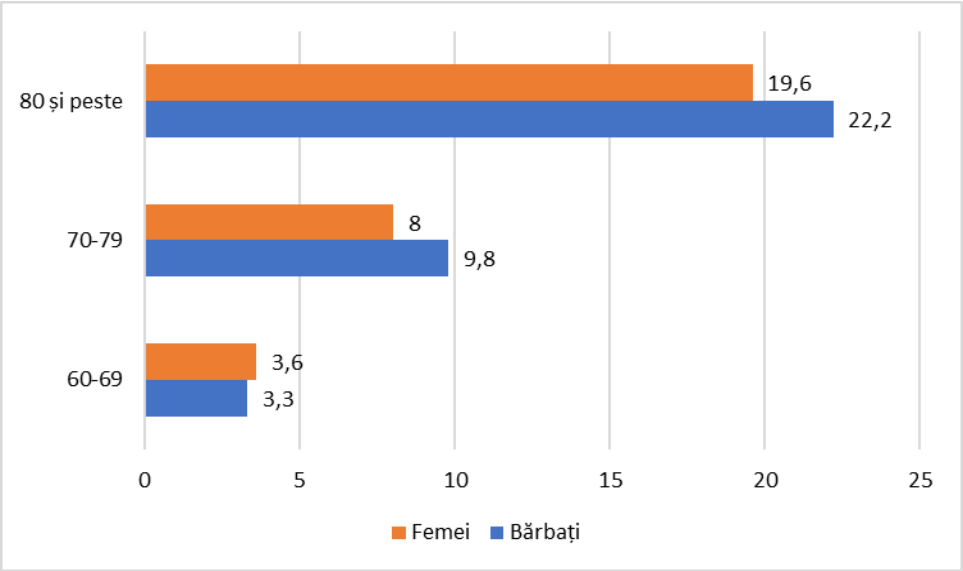

Fig. 5.5. **Ponderea persoanelor în vârstă care au nevoie de îngrijire regulată, %**

Sursa: calculele autorilor în baza datelor Studiului Generaţii şi Gen, Valul II, 2024

Datele privind sprijinul primit oferă informaţii suplimentare despre sursele ajutorului. Peste jumătate dintre persoanele care au declarat o nevoie de sprijin au primit efectiv ajutor în ultimele 12 luni, categoria predominantă fiind cea de 70–79 de ani. Dintre respondenţii care au indicat o sursă instituţională, 23 au menţionat instituţii publice, 7 instituţii private, iar în 4 cazuri tipul instituţiei nu a putut fi identificat. Aceste efective sugerează un rol limitat al furnizorilor instituţionali în sprijinul raportat de respondenţi. Cu alte cuvinte, acoperirea formală, publică şi privată împreună, se referă la câteva zeci de cazuri dintr-un total de aproape două sute de persoane cu nevoie declarată, ceea ce indică un rol încă limitat al furnizorilor instituţionali în raport cu celelalte surse de sprijin.

O parte importantă a sprijinului este asigurată prin reţeaua informală de îngrijire, iar structura acesteia evidenţiază diferenţe după sex şi vârstă. Circa 19% dintre persoanele investigate au declarat că au oferit sprijin regulat unor persoane de până la 75 de ani, iar 10,6% au oferit acest sprijin cel puţin o dată pe săptămână. Implicarea este mai frecventă în rândul femeilor şi al persoanelor de 40–59 de ani, cu o pondere mai mare în grupa de 40–49 de ani. Această structură este relevantă şi din perspectiva participării pe piaţa muncii, întrucât responsabilităţile de îngrijire pot influenţa disponibilitatea pentru activitatea profesională. Astfel, îngrijirea informală reprezintă o componentă importantă a costurilor de timp şi a posibilelor efecte asupra participării economice a îngrijitorilor.

Tabelul 5.1. Suport oferit în îngrijirea personală, pe grupe de vârstă ale beneficiarilor, %

Suport oferit în îngrijirea personală pentru persoanele…	de până la 75 ani	de peste 75 ani
Da, cel puţin o dată pe săptămână	10,6	9,3
Da, cel puţin o dată pe lună	8,3	5,3
Nu	80,5	81,8

Sursa: calculele autorilor în baza datelor Studiului Generaţii şi Gen, Valul II, 2024

A doua vulnerabilitate este de natură structurală. Sprijinul acordat persoanelor de peste 75 de ani este mai redus decât cel acordat persoanelor de până la 75 de ani (14,6% faţă de 18,9%), în condiţiile în care nevoia de ajutor regulat creşte pronunţat la vârste înaintate. Această evoluţie evidenţiază limitele resurselor informale de îngrijire şi necesitatea consolidării serviciilor de îngrijire de lungă durată.

Un ultim element completează tabloul: 2 din 5 persoane care au declarat că au ajutat persoane de până la 75 de ani aveau ele însele peste 60 de ani. Datele empirice evidenţiază contribuţia persoanelor în vârstă la îngrijirea informală şi necesitatea de a lua în considerare, în evaluarea serviciilor, şi situaţia îngrijitorilor, inclusiv propriile lor nevoi de sănătate şi sprijin. În plus, sprijinul raportat este mai frecvent în mediul urban decât în mediul rural (1 din 5 persoane, faţă de 3 din 17 în mediul rural), aceasta face trimitere la faptul că localităţile rurale dispun de cea mai slabă reţea de sprijin informal.

5.7. Limitările funcţionale şi riscul pierderii autonomiei

Datele RPL 2024 evidenţiază foarte clar creşterea dificultăţilor funcţionale odată cu înaintarea în vârstă. Prevalenţa persoanelor care au declarat dificultăţi mari sau incapacitate totală în cel puţin unul dintre domeniile – vedere, auz, mobilitate şi memorare/concentrare – constituia numai 13,1% în grupa de 50–59 ani, dar creştea la 23,0% pentru 60–69 ani, 38,4% pentru 70–79 ani, 61,7% pentru 80–89 ani şi 78,2% pentru persoanele de 90 de ani şi peste[146].

Această evoluţie arată că trecerea către pierderea autonomiei şi creşterea nevoii de sprijin. Probabilitatea limitărilor creşte progresiv, iar diferenţele individuale rămân mari. Tocmai de aceea, pragurile cronologice – 65, 70 sau 80 de ani – nu trebuie utilizate automat drept criterii ale nevoii de îngrijire. Mai relevantă este evaluarea funcţionalităţii persoanei.

[146] BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ. *Rezultatele finale ale Recensământului Populației și Locuințelor 2024: Dificultățile populației în realizarea activităților zilnice*. Comunicat, 30 octombrie 2025. [comunicat statistic online]. Depozit: portalul oficial al BNS. Disponibil: https://statistica.gov.md/ro/rezultatele-finale-ale-recensamantului-populatiei-si-locuintelor-2024-dificultat-10121_62063.html [citat: 08.09.2026]

Tabelul 5.2. Prevalenţa limitărilor funcţionale severe după vârstă, RPL 2024

Grupa de vârstă	Persoane cu dificultăţi mari sau incapacitate totală în cel puţin un domeniu	Semnificaţie pentru politicile de sănătate şi îngrijire
50–59 ani	13,1%	Necesitatea prevenirii şi identificării precoce a declinului funcţional
60–69 ani	23,0%	Aproape o persoană din patru prezintă deja limitări severe
70–79 ani	38,4%	Creşte necesitatea reabilitării şi a suportului comunitar
80–89 ani	61,7%	Majoritatea prezintă cel puţin o limitare funcţională severă
90+ ani	78,2%	Prevalenţă foarte ridicată a limitărilor funcţionale severe

Sursa: elaborat în baza rezultatelor finale ale RPL 2024 privind dificultăţile în realizarea activităţilor zilnice.

Mobilitatea constituie una dintre cele mai sensibile dimensiuni. În rândul persoanelor de 60–79 ani, 19,6% declarau dificultăţi mari sau incapacitate totală de a merge ori urca scările; la 80 de ani şi peste proporţia ajungea la 49,2%. Aproape jumătate dintre persoanele de 80+ ani se confruntă astfel cu limitări severe de mobilitate[147].

Importanţa mobilităţii depăşeşte capacitatea de deplasare propriu-zisă. Mobilitatea redusă poate conduce la dificultăţi de aprovizionare, acces la medic, pregătirea hranei, igienă, participare comunitară şi menţinerea relaţiilor sociale. Ea poate genera un cerc cumulativ: reducerea deplasărilor conduce la diminuarea activităţii fizice şi a relaţiilor sociale, ceea ce poate accelera declinul funcţional şi creşte riscul de pierdere a autonomiei.

Dificultăţile de vedere cresc, de asemenea, foarte puternic cu vârsta. Ponderea persoanelor cu dificultăţi mari sau incapacitate totală de vedere era de 12,8% în grupa 60–79 ani şi de 33,6% la 80+ ani. Pentru auz, proporţiile corespunzătoare erau de 4,7% şi 24,0%, iar pentru memorare sau concentrare – 3,3% şi 13,7%[148].

Aceste limitări nu trebuie analizate separat. Vederea redusă combinată cu dificultăţi de mobilitate creşte riscul de cădere; pierderea auzului poate afecta comunicarea cu personalul medical şi relaţiile sociale; problemele de memorie pot compromite administrarea medicamentelor şi efectuarea plăţilor sau programărilor. Aproape fiecare a cincea persoană cu dizabilitate funcţională identificată la recensământ prezenta dificultăţi severe în două domenii, iar alte persoane aveau trei sau chiar patru domenii afectate[149].

Diferenţele de gen şi teritoriale sunt, de asemenea, importante. La nivelul populaţiei de 5 ani şi peste, prevalenţa dizabilităţii funcţionale era de 14,5% la femei şi 10,9% la bărbaţi şi de 15,2%

[147] Ibidem.
[148] Ibidem.
[149] Ibidem.

în mediul rural față de 10,0% în urban. Pentru mobilitate, diferența urban–rural era și mai pronunțată: 10,1% din populația rurală avea dificultăți mari sau incapacitate totală, comparativ cu 5,5% în urban[150]. Aceste diferențe trebuie interpretate în contextul inegalităților acumulate de-a lungul vieții și al mediului fizic și social analizat în capitolele precedente, fără a repeta aici indicatorii privind veniturile și locuirea.

Un aspect metodologic important rezultă din aceste date: statisticile privind sănătatea persoanelor în vârstă trebuie să evolueze de la numărarea bolilor și a beneficiarilor spre măsurarea funcționalității. Pentru planificarea serviciilor sunt necesare informații nu doar despre diagnostic, ci și despre capacitatea de a se deplasa, a se îmbrăca, a se alimenta, a utiliza toaleta, a pregăti hrana, a administra medicamentele și a desfășura alte activități necesare vieții independente.

RPL 2024 oferă o bază foarte valoroasă, dar cele patru domenii măsurate nu sunt suficiente pentru evaluarea completă a nevoii de îngrijire. În perspectiva dezvoltării sistemului de îngrijire de lungă durată ar fi utilă introducerea sistematică în cercetările naționale a indicatorilor *ADL – Activities of Daily Living* și *IADL – Instrumental Activities of Daily Living*, utilizați pe scară largă în cercetarea internațională pentru evaluarea independenței funcționale.

5.8. Accesul la servicii și necesitatea trecerii la îngrijirea integrată

Creșterea prevalenței bolilor cronice și a limitărilor funcționale modifică tipul de servicii necesare unei populații care îmbătrânește. Modelul tradițional al sistemului medical – orientat în principal spre diagnosticarea și tratarea episoadelor individuale de boală – este mai puțin adecvat persoanelor care trăiesc timp îndelungat cu mai multe afecțiuni cronice, limitări funcționale și nevoi simultane medicale și sociale.

OMS subliniază că sistemele adaptate îmbătrânirii trebuie să integreze prevenția, tratamentul, reabilitarea, tehnologiile asistive, îngrijirea paliativă și îngrijirea de lungă durată**,** cu un rol central al asistenței medicale primare și al serviciilor comunitare[151].

Această orientare este deosebit de importantă pentru Republica Moldova. Sistemul de sănătate dispune de o bază importantă de asistență medicală primară, dar persistă bariere de acces și finanțare. Analiza European Observatory/WHO privind sistemul de sănătate al Republicii Moldova evidențiază ponderea încă importantă a plăților din buzunar și consecințele migrației personalului medical asupra accesului, în special în zonele rurale[152].

---

[150] Ibidem.

[151] WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Strengthening long-term care systems*. Copenhaga: OMS Europa. [resursă web instituțională]. Depozit: portalul OMS Europa. Disponibil: https://www.who.int/europe/health-topics/ageing/strengthening-long-term-care-systems [citat: 08.09.2026]

[152] EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Health systems in action: Republic of Moldova: 2022 edition. [raport online]. Depozit instituțional: IRIS. Disponibil: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289059176 [citat: 08.09.2026]

Pentru persoanele în vârstă, accesul trebuie înţeles într-un sens mai larg decât existenţa formală a asigurării medicale. El include disponibilitatea serviciului, distanţa, transportul, costurile medicamentelor, continuitatea tratamentului, capacitatea fizică de a ajunge la serviciu şi posibilitatea de a înţelege şi urma recomandările medicale**.**

Datele existente indică existenţa unor nevoi nesatisfăcute. Evaluarea în domeniul egalităţii de gen arată că aproximativ 35% dintre femeile de peste 60 de ani investigate raportau nevoi medicale nesatisfăcute, iar proporţia era şi mai ridicată în rândul femeilor cu dizabilităţi[153]. Acest indicator trebuie interpretat cu atenţie din cauza perioadei şi metodologiei cercetării, dar atrage atenţia asupra suprapunerii dintre vârstă, gen, dizabilitate şi barierele financiare sau teritoriale.

Experienţa europeană arată că nevoile medicale nesatisfăcute rămân strâns legate de statutul economic. În UE, în anul 2024, 3,6% dintre persoanele de 16 ani şi peste care aveau nevoie de examinare sau tratament nu au putut beneficia de acestea din motive financiare, liste de aşteptare sau distanţă; indicatorul era aproape dublu în rândul persoanelor expuse riscului de sărăcie[154]. Valorile nu sunt direct comparabile cu studiile pentru Moldova, însă ambele evidenţiază faptul că accesul formal nu garantează accesul efectiv**.**

Digitalizarea poate facilita programările, monitorizarea şi consultaţiile la distanţă, dar acest aspect a fost analizat în capitolul privind educaţia şi competenţele digitale şi nu trebuie repetat aici. Pentru politica de sănătate este suficient principiul că serviciile digitale trebuie să completeze, nu să substituie integral accesul direct, mai ales pentru persoanele cu dificultăţi de vedere, auz, memorie sau utilizare a tehnologiilor.

5.9. Prevenirea declinului funcţional şi modelul ICOPE

Una dintre cele mai importante schimbări ale politicii contemporane privind sănătatea persoanelor în vârstă este trecerea de la intervenţia predominant reactivă la identificarea precoce şi prevenirea declinului funcţional**.**

În 2025, OMS a publicat ediţia a doua a ghidului *Integrated Care for Older People – ICOPE***,** care propune o abordare centrată pe persoană şi organizată în jurul evaluării capacităţii intrinseci. Modelul include evaluarea cogniţiei, mobilităţii, vitalităţii, vederii, auzului şi stării psihologice, identificarea nevoilor sociale şi elaborarea unui plan personalizat de intervenţie şi monitorizare.

---

[153] ONU MOLDOVA, OFICIUL COORDONATORULUI REZIDENT AL ONU, UN WOMEN, UNFPA ȘI BANCA MONDIALĂ. Raportul de țară în domeniul egalității de gen Republica Moldova. 2021. https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/evaluarea_in_domeniul_egalitatii_de_gen.pdf

[154] EUROSTAT. *Unmet needs for medical examination in the EU*. Statistici în evidență, 20 august 2025. Luxemburg. [comunicat online]. Depozit instituțional: Eurostat. Disponibil: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20250820-2 [citat: 08.09.2026]

Accentul ediţiei din 2025 este mai puternic plasat pe asistenţa medicală primară, comunitate şi participarea lucrătorilor comunitari[155].

Această abordare are o semnificaţie importantă pentru Republica Moldova. Datele RPL arată că limitările funcţionale nu apar numai la vârste foarte înaintate: aproape un sfert dintre persoanele de 60–69 ani prezintă deja dificultăţi severe într-unul dintre domeniile analizate. Identificarea timpurie a deteriorării mobilităţii, vederii, auzului sau cogniţiei poate permite intervenţii înainte ca limitarea să conducă la pierderea autonomiei sau la creşterea nevoii de sprijin.

Modelul ICOPE propune, în esenţă, trei tipuri de intervenţie de-a lungul procesului de îmbătrânire: menţinerea capacităţii atunci când aceasta este ridicată şi stabilă; încetinirea sau, atunci când este posibil, reversarea declinului capacităţii; compensarea pierderilor şi asigurarea unei vieţi demne atunci când capacitatea este semnificativ redusă[156].

Această logică este mai adecvată decât delimitarea rigidă a politicilor după vârste cronologice. Două persoane de 75 de ani pot necesita intervenţii complet diferite: una poate beneficia în principal de prevenţie şi activitate fizică, iar cealaltă de reabilitare, dispozitive asistive şi ajutor în activităţile cotidiene.

Există şi o bază ştiinţifică tot mai solidă pentru această orientare. O meta-analiză a studiilor randomizate privind intervenţiile asociate modelului ICOPE a constatat efecte favorabile asupra funcţiei cognitive şi simptomelor depresive, deşi rezultatele diferă între domeniile capacităţii intrinseci şi sunt necesare în continuare studii privind implementarea în diferite sisteme de sănătate[157].

Pentru Republica Moldova, introducerea graduală a unei abordări de tip ICOPE ar putea începe la nivelul medicinei de familie, prin instrumente simple de screening pentru mobilitate, cogniţie, vedere, auz, nutriţie şi stare psihologică, urmate de trimitere către servicii de reabilitare, specializate sau sociale atunci când sunt identificate riscuri.

Prevenţia trebuie să continue şi la vârste înaintate. OMS Europa subliniază că activitatea fizică şi alimentaţia adecvată rămân determinanţi importanţi ai sănătăţii, mobilităţii şi independenţei chiar şi după apariţia bolilor cronice[158]. Prevenirea căderilor, controlul

---

[155] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. Ediția a 2-a. Geneva: OMS, 2025. ISBN 978-92-4-010372-6. [ghid online]. Depozit instituțional: IRIS. Disponibil: https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726 [citat: 08.09.2026]

[156] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *ICOPE training programme. Module 3: Implementing care for healthy ageing*. Geneva: OMS, 2025. [material de instruire online]. Depozit: portalul oficial al OMS. Disponibil: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/ageing/icope-training-programme/revised-modules-19-may-2025/who-icope_m3_implementing_care_for_healthy_ageing.pdf [citat: 08.09.2026]

[157] LIU, W., QIN, R., ZHANG, X., Li, G., QIU, Y., ZHANG, G. and CHEN, L. (2025), *Effectiveness of Integrated Care for Older Pepole (ICOPE) in Improving Intrinsic Capacity in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis*. J Clin Nurs, 34: 1013-1031. Disponibil: https://doi.org/10.1111/jocn.17432.

[158] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Promoting physical activity and healthy diets for healthy ageing in the WHO European Region.* 10 October 2023 . [publicație online]. Depozit instituțional: IRIS. Disponibil: https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-8002-47770-70520 .

hipertensiunii şi diabetului, menţinerea masei musculare, nutriţia adecvată, corectarea tulburărilor de vedere şi auz şi managementul raţional al medicamentelor pot contribui la menţinerea capacităţii persoanei de a continua viaţa independentă.

5.10. Viaţa independentă şi continuitatea dintre sănătate, reabilitare şi îngrijire de lungă durată

Viaţa independentă nu trebuie înţeleasă ca absenţă totală a ajutorului. În sensul paradigmei contemporane a îmbătrânirii sănătoase, autonomia presupune posibilitatea persoanei de a-şi păstra controlul asupra propriei vieţi şi de a lua decizii, chiar atunci când are nevoie de sprijin pentru anumite activităţi.

Această distincţie este fundamentală pentru organizarea îngrijirii. Apariţia unei limitări funcţionale nu trebuie să conducă automat la instituţionalizare. Între independenţa deplină şi îngrijirea rezidenţială există un continuum larg de intervenţii: prevenţie, reabilitare, tehnologii asistive, adaptarea mediului, ajutor la domiciliu, asistenţă comunitară, îngrijire medicală la domiciliu, servicii de zi, sprijin pentru îngrijitorii informali.

În abordarea OMS, dezvoltarea îngrijirii de lungă durată (ÎLD) presupune integrarea intervenţiilor în sistemele de sănătate şi asistenţă socială şi organizarea acestora într-un cadru formal, coordonat şi centrat pe persoană, adaptat nevoilor populaţiei, contextului instituţional şi resurselor disponibile[159]. Totodată, extinderea serviciilor formale trebuie să fie însoţită de susţinerea îngrijitorilor informali şi de menţinerea rolului complementar al familiei şi comunităţii[160].

Această perspectivă este deosebit de relevantă pentru Republica Moldova, unde o parte importantă a îngrijirii persoanelor cu pierderi funcţionale continuă să fie asigurată de familie. Îmbătrânirea populaţiei şi migraţia pot reduce disponibilitatea îngrijitorilor informali. Experienţa internaţională arată că statele cu populaţie în curs de îmbătrânire sunt nevoite să dezvolte un rol mai important al serviciilor formale, păstrând în acelaşi timp familia şi comunitatea drept parteneri, nu substituenţi ai sistemului public[161].

În această logică, sănătatea şi îngrijirea de lungă durată nu trebuie concepute ca două sisteme separate. Pierderea mobilităţii, de exemplu, poate necesita simultan evaluare medicală, fizioterapie, dispozitiv asistiv, adaptarea activităţilor cotidiene şi ajutor la domiciliu. Fragmentarea

---

[159] Sarah L. Barber, Paul Ong, and Zee A. Han. *Long-Term Care in Ageing Populations.* WHO Centre for Health Development. *https://wkc.who.int/resources/publications/m/item/long-term-care-in-ageing-populations*

[160] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Long-term care for older people: package for universal health coverage. 8 May 2024 Guidance (normative) [document online]. Depozit instituțional: IRIS. Disponibil: https://www.who.int/publications/i/item/9789240086555

[161] WHO CENTRE FOR HEALTH DEVELOPMENT (WHO KOBE CENTRE). *Long-term care in ageing populations*. Kobe: OMS. 10 February 2025, [publicație online]. Depozit instituțional: portalul WHO Kobe Centre. Disponibil: https://wkc.who.int/resources/publications/m/item/long-term-care-in-ageing-populations

acestor servicii obligă persoana și familia să coordoneze singure intervențiile și poate conduce la utilizarea inutilă a spitalelor sau instituționalizare precoce.

Un rol deosebit trebuie acordat reabilitării. Între tratamentul unei boli acute și creșterea nevoii de sprijin există frecvent o perioadă în care funcționalitatea poate fi recuperată sau îmbunătățită. După accident vascular cerebral, fracturi, intervenții chirurgicale sau spitalizări prelungite, accesul la recuperare poate influența gradul în care persoana își recuperează autonomia și nivelul de sprijin de care va avea nevoie.

La fel de importante sunt tehnologiile și dispozitivele asistive: ochelari, aparate auditive, bastoane, cadre de mers, scaune rulante și alte soluții pot transforma substanțial nivelul de autonomie fără a modifica diagnosticul medical. Într-un model centrat pe capacitatea funcțională, acestea nu reprezintă accesorii secundare, ci componente ale intervenției. Prin urmare, obiectivul politicii publice nu trebuie să fie numai „tratamentul bolilor la persoanele în vârstă", ci prevenirea sau amânarea pierderii autonomiei și asigurarea sprijinului proporțional cu nevoia atunci când această pierdere apare**.**

5.11. Priorități pentru politici și monitorizare

Analiza evidențiază necesitatea trecerii de la un model predominant bazat pe diagnostice, tratamentul episodic al bolilor și acordarea de prestații la o abordare centrată pe menținerea capacității funcționale, prevenirea declinului și asigurarea continuității îngrijirii pe parcursul îmbătrânirii. În acest sens, politicile destinate persoanelor în vârstă trebuie să urmărească nu doar tratarea afecțiunilor deja instalate, ci și identificarea precoce a riscurilor de pierdere a autonomiei, prevenirea limitărilor funcționale și compensarea acestora prin servicii de reabilitare, tehnologii asistive și sprijin comunitar. O asemenea schimbare presupune consolidarea rolului medicinei primare, o mai bună coordonare între serviciile medicale și sociale, dezvoltarea îngrijirii de lungă durată și extinderea serviciilor apropiate de domiciliu. Totodată, este necesară recunoașterea rolului familiei și al îngrijitorilor informali, precum și reducerea inegalităților teritoriale în accesul la servicii. Tabelul de mai jos sintetizează principalele probleme identificate, schimbările de abordare necesare, mecanismele posibile de intervenție și rezultatele urmărite.

Tabelul 5.3. Priorităţi de intervenţie pentru menţinerea capacităţii funcţionale şi a vieţii independente la vârste înaintate

Problemă	Schimbare necesară	Mecanism posibil	Rezultat urmărit
Detectarea tardivă a declinului funcţional	De la diagnostic la screening funcţional	Evaluarea mobilităţii, cogniţiei, vederii, auzului, nutriţiei şi stării psihologice în medicina primară	Identificarea precoce a riscului de pierdere a autonomiei
Povara bolilor cronice	De la tratament episodic la management continuu	Plan individual, monitorizare şi coordonare prin medicina de familie	Control mai bun al BNT şi prevenirea complicaţiilor
Limitări severe de mobilitate la vârste înaintate	Consolidarea reabilitării	Fizioterapie, recuperare după spitalizare, prevenirea căderilor	Menţinerea independenţei
Deficienţe senzoriale	Creşterea accesului la tehnologii asistive	Corecţia vederii, aparate auditive, dispozitive de mobilitate	Compensarea pierderilor funcţionale
Fragmentarea serviciilor medicale şi sociale	Îngrijire integrată	Abordare de tip ICOPE şi echipe multidisciplinare	Continuitatea serviciilor
Acces dificil în teritoriu	Dezvoltarea serviciilor comunitare	Servicii mobile, domiciliu, telemedicină cu alternativă directă	Reducerea inegalităţilor teritoriale
Creşterea nevoii de îngrijire de lungă durată (ÎLD)	Dezvoltarea unui continuum de îngrijire	Domiciliu – zi – respite – rezidenţial, în funcţie de necesitate	Evitarea instituţionalizării premature
Presiune asupra familiei	Recunoaşterea şi sprijinirea îngrijitorilor informali	Instruire, respite care, consiliere şi servicii complementare	Reducerea presiunii asupra îngrijitorilor

Sursa: elaborat în baza documentelor OMS analizate.

O prioritate distinctă este dezvoltarea sistemului de date. Actualele statistici oferă informaţii importante privind mortalitatea, diagnosticele, dizabilitatea administrativă şi, datorită RPL 2024, unele limitări funcţionale. Totuşi, pentru planificarea unei politici moderne de îmbătrânire sănătoasă şi ÎLD sunt necesare date suplimentare.

Ar fi utilă monitorizarea periodică a următoarelor dimensiuni:

- activităţile de bază ale vieţii cotidiene – ADL;
- activităţile instrumentale – IADL;
- mobilitatea şi riscul de căderi;
- fragilitatea şi sarcopenia;

- cogniţia şi sănătatea mintală;
- vederea şi auzul;
- starea nutriţională;
- multimorbiditatea şi polimedicaţia;
- utilizarea serviciilor de reabilitare;
- nevoile medicale nesatisfăcute;
- necesarul şi utilizarea serviciilor de îngrijire de lungă durată;
- volumul îngrijirii informale şi caracteristicile îngrijitorilor.

Această orientare corespunde noului cadru de monitorizare al Deceniului ONU pentru Îmbătrânire Sănătoasă**,** publicat de OMS în 2025, care urmăreşte trecerea de la monitorizarea activităţilor la evaluarea efectelor reale asupra sănătăţii, capacităţii funcţionale şi vieţii persoanelor în vârstă[162].

În cazul Republicii Moldova, utilizarea RPL 2024 oferă o bază foarte importantă pentru analiza funcţionalităţii la nivel teritorial. Datele ar putea fi valorificate pentru identificarea raioanelor şi localităţilor cu ponderi ridicate ale persoanelor în vârstă cu dificultăţi funcţionale şi pentru planificarea serviciilor de reabilitare, asistenţă la domiciliu şi îngrijire de lungă durată. În acelaşi timp, simpla existenţă a datelor administrative nu este suficientă. Evaluarea trebuie să includă şi perspectiva persoanei: ce activităţi realizează cu dificultate sau pentru care are nevoie de sprijin, ce ajutor primeşte, de la cine îl primeşte, ce nevoi rămân nesatisfăcute şi ce intervenţii i-ar permite să continue să trăiască independent**.**

Aceste constatări justifică trecerea de la un model centrat predominant pe tratamentul bolilor la unul bazat pe prevenirea declinului funcţional, evaluarea multidimensională, reabilitare şi îngrijire integrată centrată pe persoană. Modelul ICOPE al OMS oferă un cadru potrivit pentru această schimbare, plasând medicina primară şi comunitatea în centrul identificării precoce şi al coordonării intervenţiilor[163].

În acelaşi timp, viaţa independentă nu trebuie opusă îngrijirii. O persoană poate beneficia de sprijin şi continua să-şi păstreze autonomia şi controlul asupra propriei vieţi. Obiectivul trebuie să fie dezvoltarea unui continuum de sprijin, de la prevenţie şi reabilitare la tehnologii asistive, servicii la domiciliu şi îngrijire de lungă durată, proporţional cu evoluţia nevoilor.

Astfel, criteriul principal de succes al politicilor de sănătate pentru persoanele în vârstă nu trebuie să fie numai numărul serviciilor medicale acordate sau al beneficiarilor înregistraţi, ci măsura în care aceste servicii permit oamenilor să-şi păstreze capacitatea funcţională, să evite pierderea prevenibilă a autonomiei şi să trăiască cât mai mult timp în siguranţă, cu autonomie şi demnitate**.**

---

[162] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Measuring the progress and impact of the UN Decade of Healthy Ageing*. Geneva: OMS, 2025. 12 May 2025, Guidance (normative), [document online]. Depozit instituțional: IRIS. Disponibil: https://www.who.int/publications/i/item/9789240104181

[163] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Integrated care for older people (ICOPE): guidance…*, op. cit.

Concluzii analitice

Analiza confirmă că starea de sănătate la vârste înaintate trebuie evaluată prin capacitatea funcţională şi posibilitatea vieţii independente, nu numai prin diagnostice sau statutul administrativ de dizabilitate. Datele prezentate arată că diferenţe relevante ale stării de sănătate sunt observabile şi înainte de vârsta de pensionare, iar limitările funcţionale devin mai frecvente la vârste înaintate, mobilitatea şi funcţiile senzoriale reprezintă dimensiuni importante în menţinerea autonomiei.

Nivelul ridicat şi relativ constant al nevoii nesatisfăcute de consultaţii specializate sugerează existenţa unor bariere de acces care nu sunt specifice exclusiv vârstelor înaintate , la care se adaugă bariere specifice persoanelor cu mobilitate redusă. Accesul efectiv depinde nu doar de asigurarea medicală, ci şi de disponibilitatea serviciului, distanţă, transport, costuri, continuitatea tratamentului şi capacitatea persoanei de a urma recomandările.

Nevoia de îngrijire creşte puternic odată cu apropierea şi depăşirea vârstei de 80 de ani, în timp ce sprijinul formal este raportat pentru o parte redusă dintre persoanele cu nevoie declarată. Sprijinul informal, inclusiv cel oferit de familie, are un rol important , mai ales de femei, de generaţia de mijloc şi, într-o măsură importantă, de alte persoane în vârstă. Scăderea sprijinului informal tocmai la vârstele la care nevoia este mai mare evidenţiază necesitatea consolidării sistemului de îngrijire de lungă durată.

Răspunsul adecvat presupune un continuum integrat de prevenţie, screening funcţional, reabilitare, tehnologii asistive, servicii medicale şi sociale la domiciliu, sprijin comunitar şi îngrijire de lungă durată. Modelul ICOPE oferă un cadru compatibil cu această tranziţie, prin rolul acordat medicinei primare, evaluării multidimensionale şi planului individual de intervenţie.

Planificarea trebuie să ţină cont de evoluţia grupelor de 75şi 80 de ani şi peste, pe prevalenţa limitărilor funcţionale şi pe disponibilitatea sprijinului, nu doar pe efectivul agregat al populaţiei de 60 ani şi peste. Dezvoltarea indicatorilor ADL şi IADL şi monitorizarea reabilitării, nevoilor nesatisfăcute şi îngrijirii informale sunt necesare pentru evaluarea politicilor după capacitatea lor de a preveni pierderea evitabilă a autonomiei şi de a menţine autonomia şi demnitatea persoanei.

6. IMPACTUL ECONOMIC AL ÎMBĂTRÂNIRII POPULAȚIEI

6.1. Cadrul analitic: de la presiunea asupra bugetului la economia generațională

Îmbătrânirea populației reprezintă nu numai o transformare a structurii demografice, ci și o modificare a modului în care economia produce, distribuie și redistribuie resursele între generații. Creșterea ponderii persoanelor de vârste înaintate influențează cheltuielile pentru pensii, sănătate, servicii sociale și îngrijire de lungă durată, dar efectele sale economice nu se limitează la partea de cheltuieli a bugetului public. În paralel, se modifică dimensiunea și structura populației active, baza de contribuții sociale și impozite, oferta de muncă, productivitatea, economisirea și investițiile, consumul, cererea de servicii și distribuirea responsabilităților de îngrijire între stat, familie și comunitate. Din această perspectivă, întrebarea fundamentală nu mai este doar „cât va costa îmbătrânirea?", ci și „cine va produce resursele necesare, prin ce mecanisme vor fi acestea redistribuite și în ce măsură sistemele publice, familiile și activele private vor putea finanța consumul și nevoile de îngrijire la diferite vârste?".

Figura 6.1 sintetizează principalele canale prin care schimbările demografice se transmit asupra economiei și finanțelor publice. Îmbătrânirea populației acționează simultan asupra forței de muncă, productivității, raportului de dependență demografică, cererii de sănătate și îngrijire, precum și asupra comportamentelor de economisire și investiții. Aceste efecte se propagă, la rândul lor, către potențialul de creștere economică și către cele două componente fundamentale ale echilibrului fiscal: veniturile publice și cheltuielile publice. Reducerea populației ocupate sau încetinirea creșterii productivității pot limita dinamica PIB-ului și implicit baza fiscală, în timp ce creșterea numărului persoanelor care beneficiază de pensii, servicii medicale, asistență socială și îngrijire de lungă durată poate amplifica presiunile asupra cheltuielilor. Efectul cumulat se reflectă în soldul bugetar și, în perspectivă, în nivelul datoriei publice și în sustenabilitatea finanțelor publice.

Relația dintre îmbătrânirea populației și presiunea fiscală nu este una mecanică sau unidirecțională. Impactul depinde de interacțiunea dintre factorii demografici și cei economici. De exemplu, diminuarea populației de vârstă activă poate fi parțial compensată prin creșterea ratelor de ocupare, prelungirea vieții profesionale, reducerea ocupării informale, participarea mai mare a grupurilor insuficient valorificate pe piața muncii sau sporirea productivității. În mod similar, creșterea numărului persoanelor în vârstă nu conduce automat la o creștere proporțională a cheltuielilor pentru sănătate și îngrijire, deoarece amploarea acestora depinde de starea de sănătate, de durata vieții trăite fără limitări funcționale, de organizarea serviciilor și de raportul dintre îngrijirea instituțională, comunitară și cea acordată la domiciliu.

Această abordare este deosebit de relevantă pentru Republica Moldova, unde îmbătrânirea se produce concomitent cu emigrația externă și depopularea, în special a spațiului rural. Aceste procese acționează nu numai asupra raportului dintre grupele de vârstă, ci și asupra bazei economice reale care susține sistemele redistributive. Un sistem social finanțat preponderent prin contribuții și impozite depinde nu atât de dimensiunea populației de vârstă activă în sens strict demografic, cât de numărul persoanelor efectiv ocupate, de gradul de formalizare a muncii, de nivelul veniturilor, de productivitatea acestora și de participarea lor la sistemul de contribuții sociale. Emigrația populației în vârstă de muncă, ocuparea informală și diferențele urban - rural pot determina ca baza efectivă de contribuabili să fie considerabil mai restrânsă decât ar sugera simpla analiză a structurii populației pe vârste.

Totodată, emigrația produce un efect dublu. Pe de o parte, reducerea populației ocupate poate diminua oferta internă de muncă și baza de contribuții. Pe de altă parte, veniturile obținute peste hotare și transferurile private pot susține consumul gospodăriilor și, indirect, veniturile bugetare. Aceste fluxuri nu substituie însă contribuțiile sociale pierdute și nu rezolvă problema disponibilității forței de muncă în sectoare precum sănătatea, asistența socială și îngrijirea de lungă durată. În plus, emigrația membrilor mai tineri ai familiei poate reduce disponibilitatea îngrijirii informale pentru persoanele vârstnice, transferând treptat o parte mai mare a nevoilor către serviciile formale.

Un element distinct îl constituie sistemul de îngrijire, care se află la intersecția dintre cererea crescândă de servicii și presiunea asupra cheltuielilor publice. Caracteristicile actuale ale acestui sistem - fragmentarea serviciilor, deficitul de personal, acoperirea limitată în mediul rural și rolul important al familiei - determină nu doar nivelul costurilor publice, ci și modul în care acestea sunt repartizate între sectorul public și gospodării. În lipsa dezvoltării serviciilor comunitare, a îngrijirii la domiciliu, a reabilitării și a mecanismelor de sprijin pentru îngrijitorii informali, o parte din nevoi poate fi transferată către servicii medicale mai costisitoare sau poate rămâne nesatisfăcută.

În evaluarea consecințelor îmbătrânirii se evidențiază cel puțin trei categorii de costuri. Prima categorie cuprinde costurile publice explicite, reflectate direct în bugete: pensii, servicii medicale, prestații sociale și servicii formale de îngrijire de lungă durată. A doua categorie include costurile private, suportate direct de gospodării pentru medicamente, consultații și tratamente, servicii de îngrijire, dispozitive asistive, transport sau adaptarea locuinței. Cea de-a treia categorie se referă la costurile economice indirecte și adesea neînregistrate, precum îngrijirea familială neremunerată, reducerea timpului de muncă al îngrijitorilor, retragerea temporară sau definitivă de pe piața muncii, pierderea veniturilor și a contribuțiilor sociale, precum și costurile generate de nevoile de îngrijire nesatisfăcute.

Un nivel redus al cheltuielilor publice pentru un anumit serviciu nu semnifică neapărat un cost economic și social redus. El poate indica faptul că o parte mai mare a costului este transferată asupra familiei, este acoperită prin plăți directe ale gospodăriilor sau rămâne sub forma unei nevoi nesatisfăcute. În unele situații, economisirea aparentă într-un sector poate genera costuri mai mari într-un altul; de exemplu, accesul insuficient la îngrijire la domiciliu, reabilitare sau prevenție poate conduce la spitalizări evitabile, pierderea mai rapidă a autonomiei și instituționalizare prematură.

Direcțiile de răspuns la presiuni demografice asociate cu îmbătrânirea populației reprezintă: creșterea ocupării persoanelor de 55 de ani și peste, prevenția și îmbătrânirea activă, dezvoltarea îngrijirii la domiciliu, sprijinirea îngrijitorilor și digitalizarea. Acestea pot modifica intensitatea diferitelor canale de transmitere. O rată mai ridicată de ocupare la vârste mature poate contribui la extinderea bazei fiscale; prevenția și menținerea capacității funcționale pot reduce sau amâna nevoia de servicii costisitoare; serviciile comunitare și îngrijirea la domiciliu pot preveni instituționalizarea prematură; iar sprijinirea îngrijitorilor informali poate diminua pierderile de participare pe piața muncii. În această logică, soldul bugetar, datoria publică și sustenabilitatea finanțelor publice reprezintă rezultatul final al unui ansamblu de mecanisme interdependente, și nu efectul direct al unui singur indicator demografic. Inclusiv costul finanțării datoriei, reflectat prin rata dobânzii, poate amplifica presiunea fiscală atunci când dezechilibrele persistă.

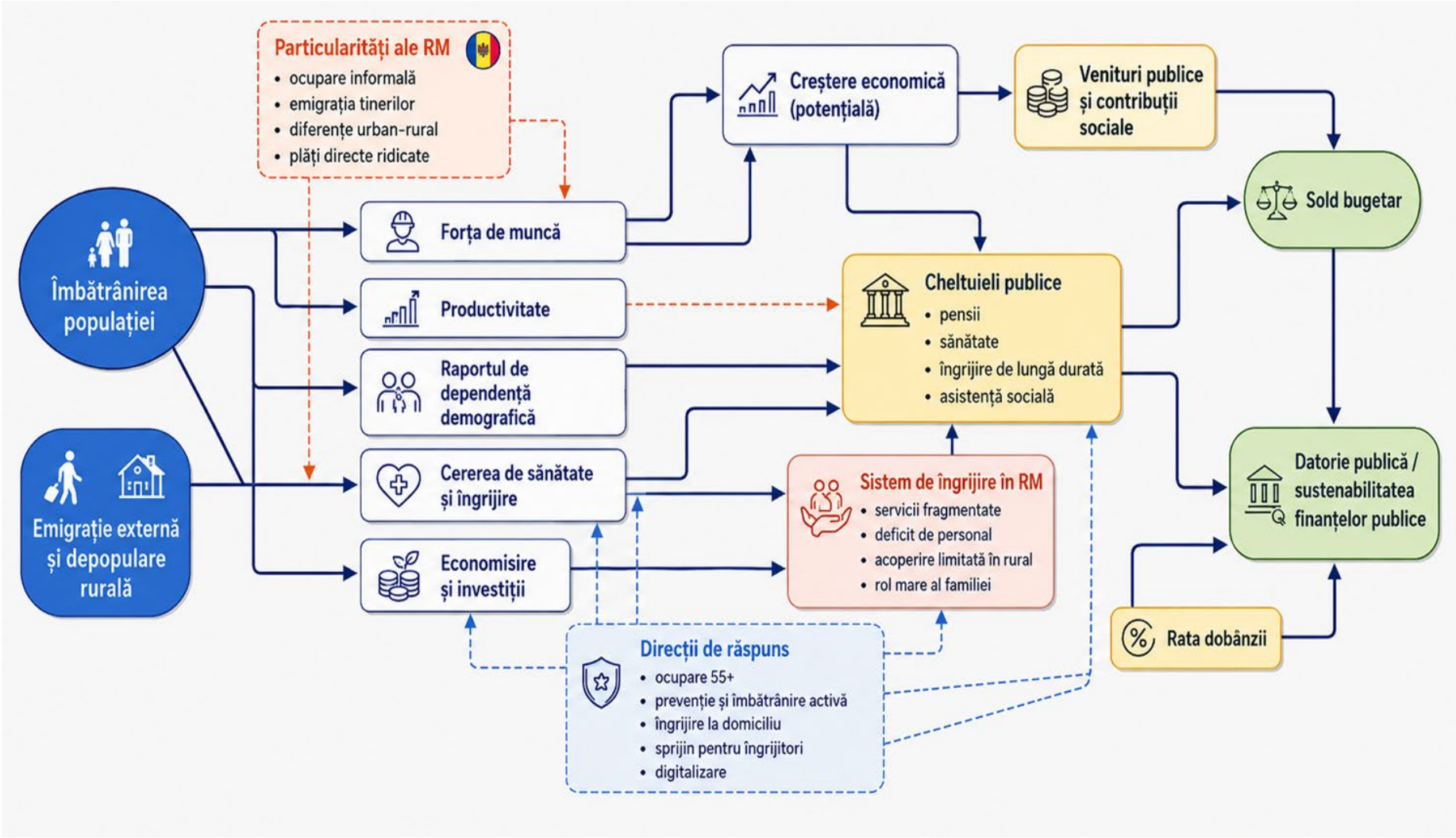

Fig. 6.1. **Impactul economic şi fiscal al îmbătrânirii populației**

Sursa: elaborat de autori.

6.2. Sistemul de pensii: între îmbătrânire, baza contributivă și adecvarea veniturilor

Sistemul de pensii reprezintă canalul cel mai direct şi mai vizibil prin care schimbarea structurii pe vârste influenţează finanţele publice. Sistemul Republicii Moldova este construit predominant pe principiul redistributiv *pay-as-you-go* (PAYG), în care contribuţiile colectate de la populaţia ocupată finanţează pensiile curente. Într-un asemenea sistem, sustenabilitatea este influenţată de raportul dintre contribuabili şi beneficiari, nivelul veniturilor salariale, gradul de formalizare a ocupării, rata contribuţiilor, durata carierei contributive, vârsta efectivă de retragere de pe piaţa muncii şi nivelul prestaţiilor.

Importanţa acestei componente pentru finanţele publice este evidenţiată şi de structura cheltuielilor sociale. În anul 2024, 67,5% din cheltuielile publice pentru protecţie socială au fost orientate către protecţia persoanelor vârstnice, ceea ce confirmă poziţia dominantă a pensiilor în arhitectura actuală a protecţiei sociale. Rata de dependenţă a sistemului de pensii constituie circa 55 de pensionari la 100 de contribuabili, în timp ce rata de dependenţă demografică a persoanelor vârstnice este de 31,2%. Diferenţa indică faptul că problema nu provine exclusiv din structura demografică, ci şi din baza relativ îngustă a contribuabililor, alimentată de participarea insuficientă pe piaţa muncii, ocuparea informală şi migraţie[164].

Datele financiare confirmă că această presiune este deja vizibilă. În perioada 2017–2024, decalajul dintre resursele provenite din contribuţii şi necesarul pentru finanţarea prestaţiilor s-a accentuat. Deficitul bugetului asigurărilor sociale a crescut de la 5,2% în 2017 la 30% în 2024, ajungând la circa 6,75 miliarde lei. În aceeaşi perioadă, cheltuielile pentru prestaţii sociale s-au situat în jurul valorii de 8–9% din PIB, în timp ce contribuţiile de asigurări sociale au reprezentat aproximativ 6,8–7,5% din PIB. Chiar şi în condiţiile unei creşteri moderate a numărului de pensionari, deteriorarea raportului financiar poate fi rapidă dacă numărul contribuabililor scade, dacă o parte importantă a ocupării rămâne informală sau dacă veniturile salariale şi productivitatea cresc lent.

O vulnerabilitate specifică Republicii Moldova este legată de migraţie. O mare parte dintre persoanele care lucrează peste hotare nu contribuie în mod curent la bugetul asigurărilor sociale din ţară, ceea ce reduce baza de finanţare a sistemului PAYG. Mecanismul de asigurare individuală prin contract cu Casa Naţională de Asigurări Sociale este utilizat de un număr redus de migranţi.

Majorarea vârstei de pensionare poate contribui la extinderea perioadei contributive, dar efectul său va fi limitat dacă o proporţie importantă a populaţiei de 55 de ani şi peste nu dispune de locuri de muncă adecvate, are probleme de sănătate, competenţe profesionale insuficient adaptate cererii sau este ocupată informal. Prelungirea legală a vieţii profesionale trebuie însoţită de politici de menţinere în ocupare, formare şi recalificare, adaptarea locurilor de muncă şi prevenirea deteriorării sănătăţii la vârste mature.

---

[164] GAGAUZ OLGA. Modelul social Est European: cazul Republicii Moldova. În: Modelul social European. Coordonator Simona Moagăr-Poladian. București: Editura Academiei Române, 2026. pp. 213-251. ISBN 978-973-27-4063-7

Totodată, problema sustenabilității trebuie privită în corelație cu adecvarea pensiilor. Analiza comparativă din lucrarea atașată relevă pentru Republica Moldova valori reduse atât ale ratei totale a beneficiilor – aproximativ 32,5%, cât și ale raportului pensie/salariu – aproximativ 27%, inferioare celor observate în țările est-europene. Aceasta indică existența unei probleme structurale importante: presiunile financiare asupra sistemului sunt considerabile în pofida unui nivel relativ redus al prestațiilor. Cu alte cuvinte, Republica Moldova se confruntă simultan cu problema sustenabilității și cu cea a adecvării, ceea ce reduce spațiul pentru ajustări bazate exclusiv pe restrângerea cheltuielilor.

Presiunea va deveni și mai evidentă odată cu modificarea structurii economice pe vârste. Rezultatele NTA prezentate în lucrare arată că deficitul ciclului de viață aferent persoanelor de 65 de ani și peste reprezenta aproximativ o treime din deficitul total în 2023, iar, potrivit proiecțiilor utilizate, ponderea sa ar putea ajunge la 48,2% până în 2040. Această reprezintă o schimbare a structurii redistribuirii intergenerației, care sporește importanța veniturilor din muncă, a productivității, a duratei vieții active și a mecanismelor complementare de finanțare a consumului la vârste înaintate[165]. Din această perspectivă, problema pensiilor trebuie abordată simultan prin două obiective care pot intra în tensiune: sustenabilitatea financiară și adecvarea veniturilor la vârste înaintate. Echilibrul dintre ele presupune consolidarea bazei contributive prin creșterea ocupării formale și a productivității, reducerea ocupării informale, diminuarea ieșirilor premature din activitate, stimularea participării persoanelor de 55 de ani și peste și menținerea unui mecanism transparent și previzibil de indexare. Pe termen apropiat trebuie să fie consolidarea pilonului public PAYG prin extinderea acoperirii contribuțiilor și creșterea participării pe piața muncii, în paralel cu dezvoltarea graduală a unor mecanisme voluntare de economisire pentru bătrânețe.

O atenție distinctă trebuie acordată diferențelor de gen. Femeile trăiesc, în medie, o perioadă mai lungă după pensionare și au mai frecvent cariere fragmentate sau venituri mai mici pe parcursul vieții, inclusiv din cauza responsabilităților de îngrijire. În plus, diferența dintre vârsta legală și cea efectivă de pensionare este în prezent mai pronunțată pentru femei. Prin urmare, aceeași formulă contributivă poate conduce la rezultate diferite pentru femei și bărbați, iar analiza sustenabilității trebuie completată cu analiza distribuției prestațiilor, a duratei carierei contributive și a riscului de sărăcie la vârste înaintate.

Astfel, vulnerabilitatea sistemului de pensii rezultă din suprapunerea îmbătrânirii cu o bază contributivă restrânsă, migrație, ocupare informală, retragere relativ timpurie din activitate și niveluri încă reduse ale pensiilor. Din acest motiv, sustenabilitatea sistemului de pensii trebuie tratată ca o

[165] GAGAUZ, O. & PROHNIȚCHI, V. (2026). Rural–Urban Economic Inequality Among Older People: Evidence from National Transfer Accounts for Moldova. In : Comparative Southeast European Studies, 74(1), 70-91. https://doi.org/10.1515/soeu-2025-0013

problemă comună a politicii demografice, politicii pieței muncii, politicii salariale și de productivitate și a politicii de protecție socială.

6.3. Sănătatea și îngrijirea de lungă durată: de la cheltuieli bugetare la costul economic

Creşterea ponderii populaţiei de vârste înaintate va determina o majorare a cererii pentru servicii medicale, reabilitare şi îngrijire, însă relaţia dintre îmbătrânire şi cheltuielile de sănătate nu este mecanică. Costurile sunt influenţate nu numai de structura demografică, ci şi de prevalenţa bolilor cronice şi multimorbidităţii, preţul medicamentelor şi tehnologiilor, salariile personalului medical, organizarea furnizării serviciilor şi raportul dintre prevenţie, asistenţă primară, servicii ambulatorii şi spitalizare.

Din această perspectivă, o creştere a longevităţii însoţită de menţinerea mai îndelungată a capacităţii funcţionale poate avea implicaţii economice foarte diferite faţă de o creştere a longevităţii însoţită de perioade lungi de dizabilitate şi nevoie de sprijin.

Pentru Republica Moldova, o problemă deosebită o reprezintă dezvoltarea îngrijirii de lungă durată. Spre deosebire de pensii sau de serviciile medicale, ÎLD (îngrijiri de lungă durată) nu este reflectată într-o categorie bugetară consolidată. Costurile sunt dispersate între protecţia socială, sănătate, autorităţi locale, servicii rezidenţiale, gospodării şi proiecte finanţate de partenerii externi. Cererea viitoare de ÎLD va fi influenţată în special de evoluţia populaţiei de 80 de ani şi peste, de prevalenţa limitărilor funcţionale, de structura gospodăriilor şi de numărul persoanelor care locuiesc singure şi de disponibilitatea sprijinului familial.

Migraţia are aici un efect dublu. Pe de o parte, remitenţele pot contribui la finanţarea consumului persoanelor în vârstă. Pe de altă parte, plecarea copiilor adulţi poate reduce disponibilitatea îngrijirii directe. În consecinţă, migraţia poate substitui parţial sprijinul în bani, dar nu poate substitui integral timpul de îngrijire.

Acelaşi lucru este valabil pentru participarea femeilor la piaţa muncii. Creşterea ocupării feminine este importantă pentru baza fiscală, veniturile gospodăriilor şi egalitatea de gen, dar reduce simultan disponibilitatea unui volum mare de muncă de îngrijire neremunerată care, în modelul tradiţional, era furnizat predominant de femei. Din această perspectivă, extinderea serviciilor formale de îngrijire reprezintă nu numai un cost social, ci şi una dintre condiţiile care permit creşterea participării economice.

O parte importantă a costurilor ÎLD rămâne în prezent invizibilă. Atunci când o persoană, de cele mai dese ori o femeie, îşi reduce timpul de muncă sau părăseşte piaţa muncii pentru a îngriji un părinte cu nevoi de îngrijire, bugetul public nu înregistrează o cheltuială pentru ÎLD, însă economia suportă pierderea producţiei, a veniturilor salariale, a contribuţiilor sociale şi a impozitelor. În acelaşi timp, îngrijitorul poate acumula dezavantaje proprii pentru perioada de pensionare.

Formalizarea unei părţi mai mari a îngrijirii poate produce paradoxal o creştere a cheltuielilor publice raportate, fără ca aceasta să însemne automat o deteriorare a eficienţei. O

parte din costurile care anterior erau suportate invizibil de familie sunt transferate în zona serviciilor formale. Pe termen lung, efectul poate include reducerea spitalizărilor evitabile, amânarea instituționalizării, menținerea persoanelor în comunitate și creșterea participării îngrijitorilor la piața muncii. Acest mecanism de transfer al costurilor din sfera informală în cea formală este esențial pentru interpretarea corectă a dinamicii cheltuielilor publice.

De aceea, alegerea structurii serviciilor este la fel de importantă ca volumul cheltuielilor. Un sistem excesiv de orientat spre îngrijirea rezidențială poate genera costuri recurente ridicate și o cerere mare de personal. Dezvoltarea prevenirii, reabilitării, îngrijirii la domiciliu, centrelor de zi, serviciilor de respiro și tehnologiilor asistive poate permite utilizarea mai eficientă a resurselor și menținerea autonomiei pentru o perioadă mai lungă.

În același timp, economia îngrijirii poate constitui o sursă de ocupare. Extinderea serviciilor la domiciliu, a reabilitării, asistenței comunitare și locuirii asistate generează locuri de muncă asociate unor servicii furnizate, prin natura lor, la nivel local, și care sunt necesare inclusiv în teritorii rurale. Pentru ca acest potențial să fie valorificat, este necesară profesionalizarea sectorului, formarea personalului și asigurarea unor condiții de muncă și remunerare care să reducă fluctuația lucrătorilor.

6.4. Forța de muncă, productivitatea și capacitatea economiei de a finanța longevitatea

Reducerea populației de vârstă activă este unul dintre principalele canale prin care îmbătrânirea și depopularea pot afecta creșterea economică și finanțele publice. Totuși, relația dintre demografie și potențialul economic nu trebuie redusă la numărul persoanelor din grupa 15–64 sau 20–64 ani. Sistemul social nu este finanțat de populația de vârstă activă ca categorie demografică, ci de populația efectiv ocupată, în special de ocuparea formală, de veniturile obținute și de productivitatea muncii. Această diferențiere este importantă în cazul Republicii Moldova, unde migrația și ocuparea informală restrâng baza efectivă de contribuții. Reducerea populației active observată în ultimul deceniu și persistența migrației contribuie la restrângerea bazei contributive, una dintre vulnerabilitățile structurale ale sistemului. Efectul economic al îmbătrânirii va depinde, prin urmare, într-o măsură considerabilă de capacitatea țării de a utiliza mai eficient resursele de muncă existente.

O primă rezervă o reprezintă creșterea participării și ocupării persoanelor de 55 de ani și peste. Aceasta nu presupune simpla prelungire formală a carierei, ci dezvoltarea unui mediu de muncă în care persoanele pot continua activitatea în condiții compatibile cu sănătatea și capacitatea lor funcțională. Formarea continuă, competențele digitale, adaptarea locului de muncă, formele flexibile de ocupare și prevenirea discriminării pe criteriu de vârstă devin componente ale politicii de sustenabilitate fiscală. Totuși, operaționalizarea acestei rezerve este condiționată de o reformă legislativă profundă, axată pe abrogarea sau modificarea prevederilor actuale din Codul muncii care permit concedierea facilă a salariaților pe unicul motiv că dețin statutul de pensionar pentru limită de vârstă, eliminând astfel o formă acută de ageism instituțional. Înlocuirea acestei bariere cu un *„Contract de Longevitate Activă”* ar oferi stabilitate juridică seniorilor, facilitând în

acelaşi timp adoptarea unor programe flexibile, part-time sau hibrid, prin acordul voluntar al părţilor. Pentru ca sectorul privat să devină un partener activ în această tranziţie, este necesară corelarea protecţiei juridice cu stimulente financiare directe, precum reducerea substanţială a cotei contribuţiilor de asigurări sociale datorate de angajatori pentru salariaţii care depăşesc vârsta standard de pensionare. Deşi o asemenea măsură implică o diminuare iniţială a încasărilor procentuale per angajat în bugetul asigurărilor sociale, ea generează un câştig fiscal net pe termen lung, deoarece persoana continuă să activeze ca un contribuabil formal, plătitor de impozit pe venit şi taxe pe consum, în loc să devină un consumator net şi exclusiv de transferuri publice pasive.

Impactul îmbătrânirii asupra productivităţii nu este în mod necesar negativ. Lucrătorii de vârste mai înaintate deţin experienţă profesională, cunoştinţe instituţionale şi capacităţi de mentorat. Problema apare atunci când aceste resurse nu sunt valorificate din cauza competenţelor învechite, problemelor de sănătate, practicilor de recrutare discriminatorii sau lipsei flexibilităţii organizaţionale. Formarea continuă, competenţele digitale, promovarea sănătăţii şi adaptarea locurilor de muncă se conturează, în lumina analizei din capitolele 3 şi 4, drept factorii care pot susţine productivitatea la vârste mai înaintate. Acest potenţial productiv poate fi catalizat prin recunoaşterea unor deduceri fiscale suplimentare din impozitul pe venitul persoanelor juridice pentru orele dedicate schemelor oficiale de mentorat intergeneraţional, în cadrul cărora specialiştii de peste şaizeci şi cinci de ani ghidează tinerii debutanţi, asigurând astfel păstrarea şi transferul durabil de know-how în economie. Totodată, subvenţionarea parţială prin Agenţia Naţională pentru Ocuparea Forţei de Muncă a costurilor de adaptare ergonomică şi tehnologică a posturilor de lucru ar spori securitatea şi eficienţa lucrătorilor în vârstă. Pentru a asigura echitatea sistemului şi a preveni optimizările fiscale abuzive sau înlocuirea artificială a forţei de muncă tinere, aplicarea acestor facilităţi trebuie strict condiţionată de interdicţia reducerii arbitrare a salariului brut al seniorului pentru muncă egală şi de certificarea oficială a planurilor interne de instruire.

O a doua rezervă o reprezintă creşterea participării economice a femeilor. Această direcţie trebuie însă corelată cu dezvoltarea economiei îngrijirii. În absenţa serviciilor pentru copii, persoane cu nevoi de îngrijire şi persoane în vârstă, extinderea participării femeilor poate fi limitată de volumul muncii neplătite din gospodărie. O a treia rezervă este reducerea ocupării informale. Formalizarea are un efect fiscal dublu: majorează veniturile din contribuţii şi impozite şi, simultan, consolidează drepturile sociale viitoare ale lucrătorilor. Migraţia de revenire, reintegrarea economică a migranţilor şi atragerea forţei de muncă pot completa aceste mecanisme, dar nu pot substitui necesitatea creşterii productivităţii populaţiei rezidente. Într-o economie cu populaţie în scădere, productivitatea devine tot mai importantă pentru finanţarea unui nivel adecvat al protecţiei sociale. Digitalizarea şi utilizarea tehnologiilor pot contribui la compensarea parţială a deficitului de forţă de muncă, însă efectul va depinde de capacitatea instituţiilor şi întreprinderilor de a reorganiza activitatea şi de a investi în competenţele populaţiei. Din această perspectivă, politica privind îmbătrânirea nu poate fi separată de politica de capital uman. Investiţiile în sănătate, educaţie, competenţe şi ocupare realizate la vârste tinere şi adulte

influenţează capacitatea societăţii de a finanţa longevitatea câteva decenii mai târziu, restructurând economia generaţională în beneficiul tuturor vârstelor.

6.5. Dimensiunea teritorială a costurilor îmbătrânirii şi depopulării

Implicaţiile economice şi fiscale ale tranziţiei demografice nu se manifestă uniform în spaţiul geografic, ci reflectă disparităţile structurale dintre regiunile de dezvoltare ale Republicii Moldova. Îmbătrânirea populaţiei nu poate fi analizată separat de depopularea zonelor rurale şi de contracţia oraşelor mici, procese alimentate de migraţia generaţiilor tinere către marile centre urbane sau în afara ţării. Această asimetrie teritorială modifică parametrii de eficienţă ai finanţelor locale şi conduce la creşterea costului pe beneficiar al furnizării serviciilor publice în localităţile cu populaţie redusă şi dispersată.

Situaţia este deosebit de pronunţată în Regiunea de Nord, cea mai afectată de îmbătrânirea structurală, unde indicatorul utilizat de BNS pentru populaţia aflată peste vârsta de pensionare a atins 26,5%, cel mai ridicat nivel dintre regiunile de dezvoltare, concomitent cu cea mai redusă pondere a copiilor. Contracţia populaţiei în vârstă de muncă poate limita capacitatea comunităţilor de a genera venituri proprii, în timp ce creşte cererea de asistenţă socială, servicii medicale şi îngrijire de lungă durată. În localităţile rurale depopulate, costurile fixe de funcţionare şi întreţinere a infrastructurii sociale, medicale şi edilitare rămân constante sau chiar cresc, deşi numărul total al beneficiarilor se reduce.

Dispersia teritorială amplifică aceste costuri. Un lucrător social sau un asistent de îngrijire la domiciliu trebuie să parcurgă distanţe mai mari între gospodării pentru a deservi acelaşi număr de persoane, ceea ce majorează cheltuielile de transport, timpul de deplasare şi costul intervenţiei per beneficiar. În mod similar, organizarea transportului social, menţinerea punctelor medicale de proximitate şi funcţionarea reţelelor de utilităţi devin mai costisitoare în comunităţile mici, în care o proporţie ridicată a populaţiei este reprezentată de persoane în vârstă cu mobilitate redusă.

În aceste condiţii, prognozele demografice teritoriale sunt indispensabile pentru anticiparea schimbării numărului, structurii şi distribuţiei beneficiarilor. Ele trebuie să evidenţieze nu doar evoluţia populaţiei totale, ci şi dinamica grupelor de 65 şi 80 de ani şi peste, numărul persoanelor care locuiesc singure, prevalenţa limitărilor funcţionale, densitatea populaţiei, migraţia şi distanţa până la serviciile esenţiale. Corelarea acestor informaţii cu amplasarea infrastructurii existente permite identificarea localităţilor în care cererea de servicii va creşte, a zonelor în care accesul se va deteriora şi a capacităţilor care trebuie extinse, reorganizate sau furnizate într-o altă formă.

Utilizarea mai multor scenarii demografice pentru următorii 5, 10 şi 15 ani permite autorităţilor publice locale să estimeze cererea viitoare pentru îngrijire la domiciliu, servicii medicale primare, îngrijire de lungă durată, transport social şi infrastructură accesibilă. Pentru fiecare scenariu pot fi evaluate numărul potenţial al beneficiarilor, necesarul de personal, aria de deservire, distanţele de deplasare şi costurile de funcţionare. În acest mod, prognoza devine un instrument pentru prioritizarea investiţiilor şi fundamentarea bugetelor locale, nu doar o descriere a declinului demografic.

Procesul prin care prognozele demografice pot fi transformate în decizii privind organizarea, amplasarea şi finanţarea serviciilor la nivel teritorial este sintetizat în *Figura 6.2.*



Fig. 6.2. **Utilizarea prognozelor demografice în planificarea teritorială a serviciilor pentru populaţia vârstnică**

Sursa: elaborat de autori.

Această perspectivă impune reconsiderarea formulelor de finanţare a unităţilor administrativ-teritoriale. Alocarea resurselor exclusiv în funcţie de numărul total al populaţiei rezidente nu reflectă diferenţele teritoriale privind costul furnizării serviciilor. În localităţile cu o pondere ridicată a populaţiei în vârstă şi slab populate, cheltuielile per beneficiar sunt mai mari din cauza dispersiei gospodăriilor, distanţelor, infrastructurii insuficiente şi ponderii ridicate a persoanelor cu mobilitate redusă sau limitări funcţionale.

Pentru consolidarea echităţii teritoriale, mecanismele de finanţare publică ar trebui să includă indicatori ponderaţi de vulnerabilitate: densitatea populaţiei, distanţa până la serviciile specializate, ponderea persoanelor de 75 şi 80 de ani şi peste, numărul persoanelor care locuiesc singure şi prevalenţa limitărilor funcţionale. Prognozele pot fundamenta atât estimarea transferurilor necesare, cât şi repartizarea resurselor între infrastructura permanentă, serviciile mobile şi cooperarea intercomunitară.

Depopularea rurală impune trecerea de la modelele rigide, bazate exclusiv pe instituţii permanente în fiecare localitate, la soluţii flexibile de proximitate. Echipele multidisciplinare

itinerante, serviciile medicale şi sociale mobile, centrele de zi multifuncţionale şi cooperarea intercomunitară pot îmbunătăţi utilizarea resurselor fără a reduce calitatea intervenţiei. Prognozele ajută la stabilirea ariei optime de deservire, la alegerea amplasamentului serviciilor şi la estimarea costurilor care trebuie repartizate între localităţile participante.

Dezvoltarea acestor rețele trebuie corelată cu politicile de infrastructură regională. Starea drumurilor locale, disponibilitatea transportului public şi accesibilitatea fizică a instituţiilor influenţează direct posibilitatea persoanelor în vârstă de a beneficia de servicii. În lipsa unei asemenea coordonări, distanţa geografică poate deveni un factor autonom de excluziune socială şi poate anula efectele extinderii formale a serviciilor.

Prognozele teritoriale trebuie actualizate periodic şi comparate cu evoluţiile reale privind migraţia, structura pe vârste, numărul beneficiarilor şi gradul de utilizare a serviciilor. Această monitorizare permite ajustarea capacităţilor, a investiţiilor şi a bugetelor locale şi contribuie la trecerea de la reacţia tardivă la schimbările demografice la o planificare anticipativă, orientată spre menţinerea autonomiei persoanelor în vârstă şi asigurarea accesului echitabil la servicii.

6.6. Sustenabilitatea fiscală: nu numai volumul, ci şi structura cheltuielilor

Îmbătrânirea populaţiei influenţează simultan ambele componente ale ecuaţiei bugetare. Pe de o parte, creşte cererea de finanţare pentru pensii, sănătate, asistenţă socială şi îngrijire de lungă durată. Pe de altă parte, reducerea populaţiei ocupate, migraţia şi menţinerea unui nivel ridicat al ocupării informale limitează baza de impozitare şi de colectare a contribuţiilor sociale. În cazul Republicii Moldova, riscul fiscal important nu constă neapărat într-o criză bruscă a sistemelor de protecţie, ci într-o restrângere progresivă a spaţiului bugetar disponibil pentru investiţii în educaţie, infrastructură, cercetare, digitalizare şi creşterea productivităţii.

Evaluarea sustenabilităţii fiscale nu trebuie limitată la ponderea agregată a cheltuielilor asociate îmbătrânirii în produsul intern brut. Sisteme care alocă ponderi similare acestor cheltuieli pot obţine rezultate sociale şi economice diferite în funcţie de momentul intervenţiei, structura finanţării şi gradul de integrare a serviciilor. Din această perspectivă, este necesară delimitarea cheltuielilor compensatorii, orientate spre atenuarea unor vulnerabilităţi deja instalate, de cheltuielile preventive şi investiţionale, destinate menţinerii sănătăţii, capacităţii funcţionale şi autonomiei persoanelor în vârstă.

Prognozele demografice oferă baza pentru transformarea acestei distincţii într-un instrument de planificare bugetară. Scenariile privind evoluţia populaţiei în vârstă de muncă şi a grupelor de 65 şi 80 de ani şi peste trebuie corelate cu estimări referitoare la numărul viitor al pensionarilor, prevalenţa limitărilor funcţionale, cererea de servicii medicale şi de îngrijire de lungă durată, necesarul de personal şi costurile unitare ale serviciilor. O asemenea abordare permite evaluarea nu doar a volumului viitor al cheltuielilor, ci şi a modului în care diferite structuri de finanţare pot influenţa autonomia persoanelor în vârstă şi costurile publice pe termen mediu şi lung.

Planificarea fiscală ar trebui să utilizeze cel puţin trei variante: menţinerea structurii actuale a cheltuielilor, extinderea serviciilor fără integrare instituţională şi trecerea la un model orientat spre prevenţie, reabilitare şi servicii integrate. Pentru fiecare variantă trebuie estimate cheltuielile publice directe, costurile suportate de gospodării, necesarul de personal, efectele asupra spitalizărilor şi instituţionalizării, precum şi impactul îngrijirii informale asupra participării pe piaţa muncii. Astfel, prognoza demografică este completată de o prognoză a cererii şi de scenarii fiscal-bugetare.

Procesul de integrare a prognozelor demografice în planificarea fiscală este sintetizat în *Figura 6.3*.



Fig. 6.3. **Utilizarea prognozelor demografice în planificarea cheltuielilor asociate îmbătrânirii populaţiei**

Sursa: elaborat de autori.

Investiţiile în screeningul funcţional precoce, asistenţa medicală primară, reabilitarea post-spitalizare, tehnologiile asistive, adaptarea locuinţelor şi serviciile comunitare implică majorarea unor cheltuieli curente. Totuşi, dacă sunt bine orientate şi evaluate, aceste intervenţii pot reduce frecvenţa spitalizărilor repetate, pot amâna instalarea dependenţei severe şi pot limita cererea de îngrijire rezidenţială. Efectele fiscale nu trebuie presupuse automat, ci estimate şi monitorizate prin raportarea costurilor iniţiale la rezultatele obţinute în menţinerea capacităţii funcţionale şi a vieţii independente.

Structura actuală a protecţiei sociale din Republica Moldova rămâne orientată predominant spre transferuri monetare, în special prin sistemul public de pensii, în timp ce serviciile sociale

comunitare, îngrijirea la domiciliu şi coordonarea medico-socială sunt insuficient dezvoltate. Transferurile monetare sunt esenţiale pentru securitatea veniturilor, dar nu pot substitui serviciile de care are nevoie o persoană confruntată cu pierderea mobilităţii, limitări funcţionale, izolare teritorială sau declin cognitiv. Sustenabilitatea necesită, prin urmare, un echilibru între adecvarea veniturilor şi dezvoltarea serviciilor de prevenţie, sprijin şi îngrijire.

Formalizarea unei părţi a muncii de îngrijire nu trebuie interpretată exclusiv ca o creştere a cheltuielilor publice. Ea poate reprezenta recunoaşterea şi redistribuirea unor costuri suportate în prezent, în mare parte invizibil, de către gospodării. Dezvoltarea serviciilor comunitare şi a măsurilor de sprijin pentru îngrijitorii informali poate permite persoanelor de vârstă activă, predominant femeilor, să îşi menţină participarea pe piaţa muncii, contribuind astfel la protejarea veniturilor familiale şi a bazei de impozitare. Amploarea acestor efecte trebuie însă evaluată prin scenarii şi indicatori măsurabili.

Monitorizarea sustenabilităţii fiscale trebuie să depăşească indicatorii contabili tradiţionali. Pe lângă soldul bugetului asigurărilor sociale de stat şi volumul cheltuielilor publice, este necesară urmărirea adecvării veniturilor persoanelor în vârstă, a cheltuielilor suportate direct de gospodării, a nevoilor medicale şi sociale nesatisfăcute, a evoluţiei dependenţei funcţionale şi a impactului îngrijirii informale asupra ocupării. Actualizarea periodică a prognozelor şi compararea lor cu evoluţiile reale permit ajustarea structurii cheltuielilor şi evitarea perpetuării unor intervenţii costisitoare, dar cu efecte sociale reduse.

Sustenabilitatea fiscală în contextul îmbătrânirii populaţiei depinde, aşadar, nu numai de volumul resurselor mobilizate, ci şi de momentul, destinaţia şi eficienţa utilizării acestora. O structură a cheltuielilor orientată spre prevenţie, menţinerea autonomiei şi servicii integrate poate contribui la limitarea costurilor evitabile şi la concilierea protecţiei persoanelor în vârstă cu sustenabilitatea finanţelor publice.

6.7. Scenarii de evoluţie până în anul 2040

Analiza pe termen lung trebuie să distingă între scenariile demografice şi scenariile de politică. Scenariile prognozei demografice – scăzut, mediu şi înalt – descriu evoluţii posibile ale populaţiei. Prognozele demografice până în anul 2040 indică menţinerea tendinţei de scădere a populaţiei Republicii Moldova şi de îmbătrânire demografică, însoţită de reducerea populaţiei în vârstă de muncă şi de accentuarea disparităţilor teritoriale[166]. Diferenţele dintre scenarii privesc în principal ritmul şi amploarea acestor transformări.

La nivel naţional, prognozele demografice trebuie integrate în planificarea strategică şi bugetară, astfel încât schimbarea structurii pe vârste să fie transpusă în estimări privind numărul viitor al beneficiarilor, cererea de servicii şi necesarul de personal. În acest scop, perspectiva

[166] Analiza situaţiei populaţiei Republicii Moldova, 2025 / autori: Olga Gagauz (editor), Mariana Buciuceanu-Vrabie, Irina Pahomii [et al.] ; Ministerul Muncii şi Protecţiei Sociale al Republicii Moldova, Institutul Naţional de Cercetări Economice al ASEM, Centrul Cercetări Demografice "Academician Gheorghe Paladi". – Chişinău : SEP ASEM, 2025. – 140 p

demografică trebuie să urmărească nu numai populația totală, ci și evoluția populației în vârstă de muncă, a grupelor de 65 și 80 de ani și peste, a migrației și a disparităților regionale. Aceste informații sunt esențiale pentru planificarea sistemului de pensii, a serviciilor de sănătate și de îngrijire de lungă durată, a protecției sociale, a politicilor de ocupare și a infrastructurii teritoriale.

Integrarea prognozelor în cadrul bugetar pe termen mediu permite estimarea cheltuielilor în diferite variante demografice și identificarea domeniilor în care cererea va crește, a capacităților care trebuie extinse sau reorganizate și a investițiilor care ar putea genera costuri de funcționare nesustenabile. Prognoza servește drept instrument de testare a robusteții politicilor: o măsură este mai bine fundamentată dacă rămâne relevantă în mai multe scenarii demografice. Monitorizarea evoluțiilor reale și actualizarea periodică a prognozelor permit ajustarea politicilor și a bugetelor atunci când dinamica populației se îndepărtează de ipotezele inițiale.

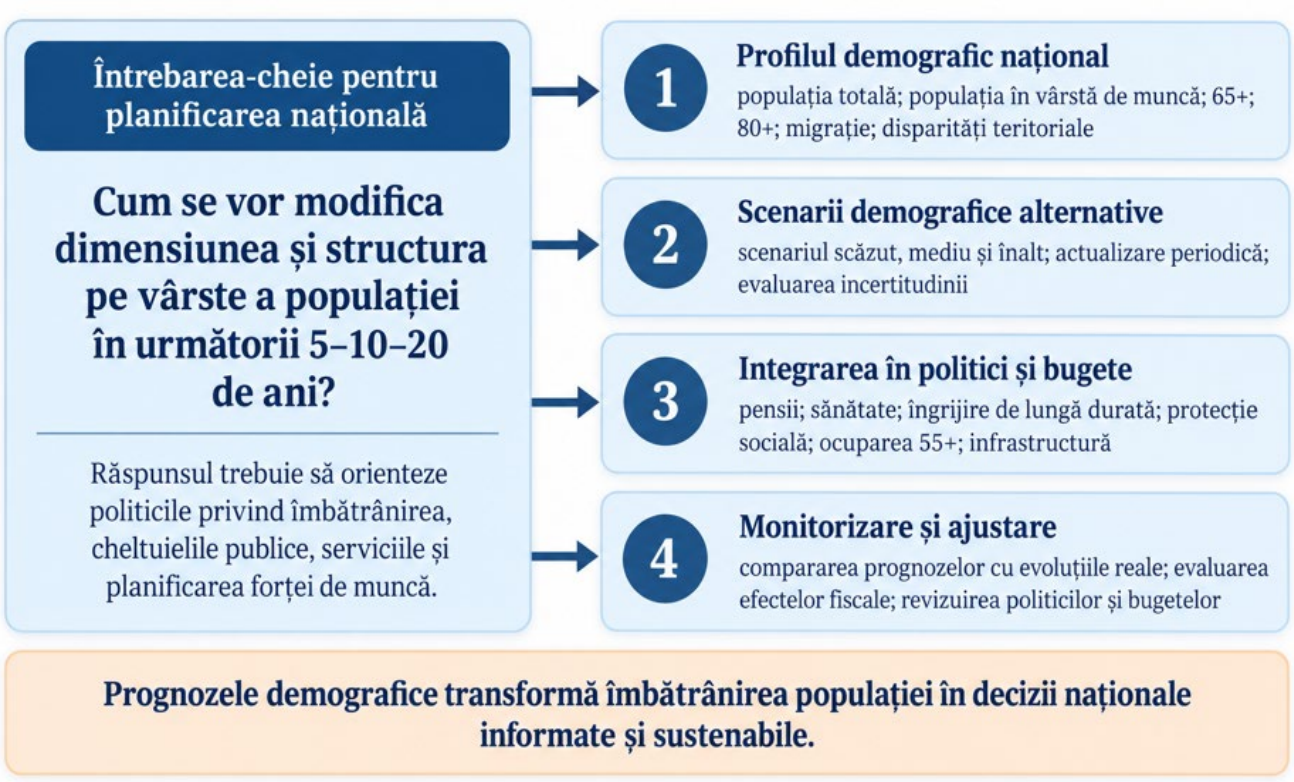

Fig. 6.4. **Algoritmul de utilizare a prognozelor demografice în planificarea strategică**
Sursa: elaborat de autori.

Scenariile de politică descriu modul în care statul, economia și societatea reacționează la aceste schimbări. Cele două dimensiuni trebuie combinate, dat fiind faptul că același scenariu demografic poate avea consecințe economice diferite în funcție de nivelul ocupării, productivitate,

organizarea serviciilor şi gradul de prevenire a dependenţei. Delimitarea a trei scenarii posibile de politici publice ilustrează implicaţiile diferite ale opţiunilor de intervenţie *(Tabelul 6.1).*

Un prim scenariu de evoluţie, definit prin continuitatea modelului social-economic actual, s-ar caracteriza prin menţinerea unei ponderi dominante a transferurilor monetare directe şi prin dezvoltarea lentă, fragmentată a infrastructurii de îngrijire de lungă durată, lăsând serviciile sociale şi medicale să funcţioneze în mod izolat. Într-o asemenea dinamică, deşi cheltuielile publice explicite pentru servicii comunitare ar părea aparent moderate pe termen scurt, costurile private reale suportate direct din buzunar de gospodării şi costurile economice ascunse în societate ar putea creşte semnificativ. Consecinţele directe ar include o rată ridicată a nevoilor sociale şi medicale nesatisfăcute, extinderea sărăciei multidimensionale în rândul populaţiei de peste şaptezeci şi cinci de ani, utilizarea sporită şi potenţial ineficientă a serviciilor spitaliceşti pentru cazuri cronice şi o presiune fizică şi psihologică crescută asupra familiilor, putând contribui la reducerea participării femeilor de vârstă mijlocie de pe piaţa muncii pentru a compensa absenţa reţelei publice de sprijin. Al doilea scenariu îmbunătăţeşte protecţia, dar riscă să reproducă structura actuală la o scară mai mare: mai multe prestaţii şi mai multe servicii, fără integrare, prevenţie şi reorganizarea traseului beneficiarului. În acest caz, creşterea cheltuielilor nu este însoţită neapărat de o creştere proporţională a eficienţei.

Tabelul 6.1. Scenarii de politici privind îmbătrânirea populaţiei până în anul 2040

Scenariu	**Caracteristici**	**Implicaţii probabile**
1. Continuitatea modelului actual	Predominanţa transferurilor monetare; dezvoltare lentă a ÎLD; servicii sociale şi medicale fragmentate; îngrijire familială extinsă	Cheltuieli publice pentru servicii relativ moderate, dar creşterea costurilor private şi ascunse; nevoi nesatisfăcute; presiune asupra familiilor; utilizarea ineficientă a spitalelor şi risc mai mare de instituţionalizare
2. Extinderea protecţiei fără schimbare structurală	Majorarea prestaţiilor şi extinderea serviciilor formale, dar menţinerea fragmentării şi orientării spre intervenţii tardive	Creştere rapidă a cheltuielilor publice şi a cererii de personal; îmbunătăţirea accesului, dar eficienţă limitată; presiuni fiscale ridicate
3. Longevitate activă şi servicii integrate	Prevenţie, reabilitare, management al bolilor cronice, ÎLD comunitară, sprijin pentru îngrijitori, ocupare 55+, învăţare pe tot parcursul vieţii, servicii integrate şi planificare teritorială	Necesită investiţii iniţiale mai mari, dar poate limita creşterea costurilor evitabile, susţine ocuparea şi baza contributivă, reduce presiunea asupra spitalelor şi instituţiilor rezidenţiale şi menţine mai mult timp autonomia

Sursa: elaborat de autori.

Cel de-al doilea scenariu de politică publică vizează extinderea protecţiei sociale prin majorarea cuantumului prestaţiilor monetare şi extinderea numerică a serviciilor formale, dar cu menţinerea fragmentării instituţionale actuale şi a orientării predominante spre intervenţii de tip

reactiv şi tardiv. Această abordare ar genera o creştere semnificativă şi greu de susţinut a cheltuielilor publice curente şi a deficitului structural al bugetului asigurărilor sociale de stat, amplificând presiunea fiscală asupra unei forţe de muncă tot mai restrânse prin migraţie. Deşi accesul formal la prestaţii s-ar îmbunătăţi nominal, eficienţa economică a fiecărui leu investit ar rămâne limitată, deoarece lipsa managementului de caz, absenţa prevenţiei şi costurile administrative mari ale sistemelor necoordonate ar consuma resursele fără a produce o ameliorare proporţională a autonomiei sau o reducere a ratei de dependenţă funcţională a populaţiei în vârstă.

În opoziţie cu primele două traiectorii, cel de-al treilea scenariu promovează un model integrat de longevitate activă şi servicii sociale şi medicale unificate, fundamentat pe prioritizarea investiţiilor în menţinerea capacităţii intrinseci şi funcţionale de-a lungul întregului curs al vieţii. Această opţiune strategică presupune alocarea unor resurse bugetare iniţiale mai mari pentru construirea unei infrastructuri naţionale de screening funcţional activ în medicina de familie, extinderea reţelelor de reabilitare timpurie şi de îngrijire medical-socială la domiciliu, sprijinirea directă a îngrijitorilor informali prin servicii de respiro şi implementarea facilităţilor fiscale destinate retenţiei flexibile a lucrătorilor de peste şaizeci de ani pe piaţa muncii. Din punct de vedere fiscal, deşi cheltuielile publice curente pentru servicii ar putea creşte într-o primă etapă, un model integrat poate contribui, pe termen mediu şi lung, la limitarea unor costuri evitabile asociate pierderii autonomiei, spitalizărilor prelungite şi instituţionalizării. Prin susţinerea participării economice a persoanelor de vârste mai înaintate şi reducerea constrângerilor generate de îngrijirea neremunerată asupra populaţiei active, acest scenariu poate contribui şi la consolidarea bazei contributive. Impactul fiscal al îmbătrânirii până în anul 2040 va depinde, astfel, atât de evoluţiile demografice şi economice, cât şi de structura şi eficienţa politicilor publice implementate.

Concluzii analitice

Îmbătrânirea populaţiei este de aşteptat să exercite o presiune crescândă asupra sistemului economic şi social al Republicii Moldova, dar magnitudinea acestei presiuni nu este determinată exclusiv de numărul persoanelor în vârstă. Ea rezultă din interacţiunea dintre îmbătrânire, depopulare, migraţie, nivelul ocupării formale, productivitate, starea de sănătate a populaţiei, structura sistemelor de protecţie şi disponibilitatea îngrijirii familiale.

Perspectiva CNT completează analiza fiscală tradiţională prin evidenţierea faptului că schimbarea structurii pe vârste modifică raportul dintre producţie şi consum şi distribuţia resurselor între generaţii. În Republica Moldova, provocarea este amplificată de perioada relativ scurtă de formare a surplusului economic pe parcursul vieţii active şi de dependenţa importantă a consumului la vârste înaintate de transferurile publice.

Prin urmare, sustenabilitatea nu poate fi asigurată exclusiv prin controlul cheltuielilor asociate vârstei. Este necesară şi consolidarea capacităţii economiei de a finanţa longevitatea prin ocupare formală mai ridicată, productivitate, cariere mai lungi şi mai sănătoase, investiţii în capitalul uman şi valorificarea potenţialului persoanelor la vârste mai înaintate.

În același timp, dezvoltarea serviciilor de sănătate și îngrijire nu trebuie tratată automat ca o povară fiscală. Într-un sistem bine organizat, o parte dintre aceste cheltuieli au caracter investițional: ele pot contribui la prevenirea pierderii premature a autonomiei, spitalizărilor evitabile, instituționalizării și retragerii îngrijitorilor din activitatea economică.

Pentru Republica Moldova, provocarea centrală constă astfel nu doar în finanțarea unui număr mai mare de persoane în vârstă, ci în adaptarea economiei generaționale la o structură demografică nouă. Aceasta presupune trecerea de la o abordare predominant reactivă și compensatorie la una în care prevenția, productivitatea, participarea economică, serviciile comunitare, îngrijirea integrată și planificarea teritorială devin componente ale aceleiași strategii de sustenabilitate.

În această perspectivă, îmbătrânirea nu determină în mod inevitabil deteriorarea finanțelor publice. Efectul său depinde în mare măsură de modul în care societatea organizează producerea, redistribuirea și utilizarea resurselor pe parcursul vieții și de capacitatea politicilor publice de a valorifica longevitatea în cadrul unei strategii sustenabile de dezvoltare economică și socială.

7. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI DE POLITICI

Analiza realizată în cadrul raportului arată că îmbătrânirea populației nu mai reprezintă o evoluție demografică de perspectivă, ci o transformare structurală care influențează deja dezvoltarea socială și economică a Republicii Moldova. Creșterea ponderii populației de vârste înaintate, concomitent cu depopularea, migrația populației de vârstă activă și diminuarea resurselor familiale și comunitare de sprijin, va influența în următoarele decenii cererea de servicii medicale și sociale, necesitățile de îngrijire, structura gospodăriilor, participarea economică și capacitatea comunităților de a răspunde nevoilor populației.

Rezultatele raportului confirmă că persoanele în vârstă nu constituie un grup omogen. Vulnerabilitatea este determinată nu de vârstă în sine, ci de acumularea și suprapunerea unor dezavantaje pe parcursul vieții: venituri reduse, cariere contributive fragmentate, stare precară de sănătate, limitări funcționale, dizabilitate, trai solitar, acces redus la servicii, condiții locative necorespunzătoare și excluziune digitală. Femeile de vârste foarte înaintate, persoanele care locuiesc singure, persoanele cu limitări funcționale și locuitorii localităților rurale slab deservite sunt expuși în mod deosebit riscului cumulativ. Prin urmare, politicile construite exclusiv în jurul categoriei generale „60+” sunt insuficiente; este necesară diferențierea intervențiilor în funcție de profilul de risc, capacitatea funcțională, condițiile de viață și resursele individuale, familiale și comunitare.

O altă constatare transversală este fragmentarea răspunsului instituțional. Protecția veniturilor, sănătatea, serviciile sociale, dizabilitatea, egalitatea de gen, educația, digitalizarea și dezvoltarea locală sunt gestionate prin mecanisme distincte, deși nevoile unei persoane în vârstă pot fi simultan economice, medicale, sociale și funcționale. Următoarea etapă a politicii privind îmbătrânirea trebuie, în consecință, să fie orientată mai puțin spre multiplicarea programelor

separate şi mai mult spre integrarea politicilor, serviciilor, finanţării şi mecanismelor de identificare şi evaluare a nevoilor.

În acest context, pentru următorii ani se propun şase priorităţi sistemice.

1. Integrarea îmbătrânirii în politicile de dezvoltare şi consolidarea guvernanţei intersectoriale.

Îmbătrânirea populaţiei trebuie tratată ca o dimensiune transversală a dezvoltării şi nu exclusiv ca responsabilitate a sistemului de protecţie socială. Politicile din domeniul sănătăţii, ocupării, educaţiei, locuirii, transportului, infrastructurii, digitalizării şi dezvoltării regionale trebuie evaluate sistematic şi prin prisma efectelor asupra unei populaţii care îmbătrâneşte.

Este necesară consolidarea unui mecanism stabil de coordonare intersectorială, cu rol de orientare strategică, monitorizare şi evaluare a politicilor privind îmbătrânirea. MMPS poate asigura coordonarea generală, cu participarea Ministerului Sănătăţii, BNS, CNAS, CNAM, autorităţilor publice locale, instituţiilor din domeniul educaţiei, organizaţiilor societăţii civile şi organizaţiilor reprezentative ale persoanelor în vârstă. Acest mecanism trebuie să evite crearea unei structuri pur consultative şi să fie conectat la procesele de planificare, finanţare şi evaluare a politicilor publice.

O componentă esenţială trebuie să fie dezvoltarea unui sistem comun de indicatori privind îmbătrânirea, cu dezagregări cel puţin după sex, grupe de vârstă - inclusiv 60-64, 65-74, 75-79 şi 80+ - dizabilitate şi mediu de reşedinţă. În măsura disponibilităţii datelor, aceste dimensiuni trebuie combinate pentru identificarea profilurilor de vulnerabilitate cumulativă.

Monitorizarea trebuie deplasată de la indicatori de activitate - numărul de instruiri, şedinţe, beneficiari sau proiecte - către indicatori de rezultat: reducerea nevoilor nesatisfăcute, menţinerea autonomiei, accesul efectiv la servicii, reducerea izolării, prevenirea spitalizărilor şi instituţionalizării evitabile şi creşterea participării sociale. Această orientare decurge din constatarea, formulată în capitolul 2, că monitorizarea actuală rămâne axată pe activităţi şi nu surprinde schimbările produse în viaţa beneficiarilor.

2. Trecerea de la intervenţia tardivă la prevenirea pierderii autonomiei şi identificarea timpurie a vulnerabilităţii.

Politicile destinate persoanelor în vârstă trebuie să intervină înainte ca vulnerabilitatea să conducă la pierderea autonomiei sau la creşterea nevoii de sprijin. În acest scop, este necesară dezvoltarea unui mecanism comun de identificare timpurie a riscurilor, utilizat de medicina primară, asistenţa socială şi serviciile comunitare.

Evaluarea nu trebuie limitată la venit, diagnostic medical sau statutul administrativ de persoană cu dizabilitate. Ea trebuie să includă capacitatea funcţională, mobilitatea, cogniţia şi starea psihologică, vederea şi auzul, riscul de căderi, condiţiile de locuire, traiul solitar, disponibilitatea unui îngrijitor, accesul real la servicii şi riscurile de neglijare sau abuz. Analiza din capitolul 5 a evidenţiat necesitatea unor date mai bune privind ADL, IADL, fragilitatea, mobilitatea, sănătatea mintală şi volumul îngrijirii informale.

Identificarea timpurie trebuie conectată cu intervenţii concrete: prevenţie, reabilitare, adaptarea locuinţei, tehnologii asistive, educaţie pentru sănătate, sprijin social şi servicii comunitare. În acest mod, politica de sănătate pentru persoanele în vârstă ar trece de la tratarea predominant episodică a bolilor către menţinerea capacităţii funcţionale şi prevenirea pierderii evitabile a autonomiei.

Succesul unor asemenea măsuri trebuie evaluat nu prin numărul evaluărilor realizate, ci prin reducerea pierderii funcţionale prevenibile, a spitalizărilor repetate şi a cazurilor în care persoana ajunge la servicii numai în stadii avansate de vulnerabilitate.

3. Construirea unui sistem integrat de îngrijire de lungă durată, centrat pe persoană şi pe sprijinirea vieţii în comunitate.

Dezvoltarea unui sistem coerent de îngrijire de lungă durată trebuie să constituie una dintre priorităţile strategice ale politicii sociale şi de sănătate. În prezent, bolile cronice, limitările funcţionale, dizabilitatea şi nevoile sociale sunt tratate frecvent prin sisteme distincte, deşi pentru persoana care are nevoie de sprijin acestea reprezintă componente ale aceleiaşi situaţii.

Este necesară dezvoltarea unui continuum de îngrijire care să cuprindă prevenţia şi reabilitarea, îngrijirea medicală şi socială la domiciliu, centrele de zi, serviciile de respiro, serviciile paliative, transportul social, tehnologiile asistive şi, atunci când este necesar, îngrijirea rezidenţială. Prioritatea trebuie acordată soluţiilor care permit persoanei să rămână cât mai mult timp în propria locuinţă şi comunitate, fără ca principiul ageing in place să conducă la transferarea integrală a responsabilităţii asupra familiei.

Pentru persoanele cu nevoi complexe trebuie instituţionalizat managementul de caz şi stabilite trasee clare de referire între medicul de familie, asistentul social, serviciile pentru persoanele cu dizabilităţi, serviciile de reabilitare, prestatorii de îngrijire şi familie. Standardul naţional pentru serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu, analizat în capitolul 2, poate constitui una dintre bazele dezvoltării unui model integrat social-medical.

O atenţie distinctă trebuie acordată îngrijitorilor informali. Îngrijirea familială nu poate continua să fie tratată ca o resursă nelimitată şi fără costuri. Migraţia, reducerea dimensiunii familiilor şi participarea femeilor pe piaţa muncii pot reduce disponibilitatea îngrijirii informale, iar costurile suportate de familie se manifestă prin reducerea timpului disponibil pentru activitatea profesională, venituri mai mici, epuizare şi retragerea parţială sau totală de pe piaţa muncii. Dezvoltarea ÎLD trebuie, prin urmare, să includă instruire, consiliere, servicii de respiro şi alte forme de sprijin pentru îngrijitorii informali.

În paralel, este necesară consolidarea forţei de muncă din economia îngrijirii prin formare profesională, standarde de calitate şi condiţii de muncă adecvate. Extinderea serviciilor ÎLD trebuie privită nu numai ca o categorie de cheltuieli, ci şi ca investiţie în infrastructura socială şi în ocupare, inclusiv în comunităţile rurale. Analiza din capitolul 6 arată că economia îngrijirii poate constitui o sursă importantă de locuri de muncă, cu condiţia profesionalizării şi remunerării adecvate a personalului.

4. Trecerea la planificarea teritorială a serviciilor pe baza necesităţilor şi dezvoltarea comunităţilor favorabile îmbătrânirii.

Diferenţele teritoriale trebuie să devină un criteriu explicit de planificare şi finanţare. Îmbătrânirea, depopularea şi migraţia afectează localităţile Republicii Moldova în mod diferit, iar distribuirea uniformă a resurselor nu poate asigura un acces echitabil la servicii.

Alocarea resurselor trebuie să ia în considerare nu numai numărul total al populaţiei, ci şi ponderea persoanelor de 75–79 ani şi 80 ani şi peste, prevalenţa dizabilităţii şi a limitărilor funcţionale, numărul persoanelor care locuiesc singure, distanţa faţă de servicii, infrastructura de transport şi capacitatea reţelelor familiale de îngrijire.

Autorităţile publice locale trebuie sprijinite metodologic şi financiar pentru realizarea periodică a evaluării nevoilor şi dezvoltarea serviciilor de proximitate. În localităţile mici şi depopulate, unde menţinerea tuturor serviciilor permanente nu este fezabilă, trebuie dezvoltate soluţii flexibile: servicii mobile, echipe multidisciplinare itinerante, transport social, cooperare intercomunitară şi acces la servicii la distanţă, fără eliminarea alternativelor directe.

Politica teritorială trebuie să includă şi condiţiile de locuire, mobilitatea şi accesibilitatea spaţiului public. Menţinerea persoanei la domiciliu este posibilă numai dacă locuinţa şi comunitatea susţin autonomia. Adaptarea locuinţelor, transportul accesibil şi apropierea serviciilor sociale şi medicale trebuie considerate componente ale infrastructurii îmbătrânirii sănătoase, nu domenii separate de politica privind persoanele în vârstă.

5. Consolidarea securităţii economice, participării şi capacităţii de adaptare pe parcursul unei vieţi mai lungi.

Protecţia economică la vârste înaintate nu trebuie evaluată exclusiv prin valoarea pensiei. Adecvarea venitului trebuie apreciată prin capacitatea acestuia de a acoperi costurile reale asociate unei vieţi autonome: alimentaţia, locuirea şi încălzirea, medicamentele, serviciile medicale, transportul, comunicarea, îngrijirea şi participarea socială. În consecinţă, politica de pensii trebuie corelată mai strâns cu politicile privind sărăcia, sănătatea, energia, locuirea şi accesul la servicii.

Monitorizarea adecvării pensiilor trebuie să depăşească indicatorul pensiei medii şi să includă diferenţele de vârstă, gen şi mediu de reşedinţă. O atenţie specială este necesară pentru femeile de vârste foarte înaintate, la care efectele salariilor mai reduse, carierelor contributive fragmentate, perioadelor de îngrijire neplătită şi văduviei se cumulează pe parcursul vieţii.

În acelaşi timp, longevitatea trebuie abordată şi din perspectiva participării şi a contribuţiei. Pentru persoanele care doresc şi pot continua activitatea profesională trebuie promovate oportunităţi flexibile de ocupare, formare continuă, adaptarea locurilor de muncă şi reducerea ageismului pe piaţa muncii. Într-un context de diminuare a populaţiei în vârstă de muncă, menţinerea şi valorificarea competenţelor persoanelor de 55–64 ani şi ale lucrătorilor de vârste mai înaintate reprezintă nu numai o politică socială, ci şi una economică. Productivitatea

lucrătorilor vârstnici poate fi susținută, așa cum a arătat capitolul 6, prin formare continuă, competențe digitale, promovarea sănătății și locuri de muncă adaptate.

Învățarea pe tot parcursul vieții trebuie, de asemenea, consolidată ca parte a infrastructurii longevității. Universitatea Vârstei a Treia și alte inițiative de educație nonformală oferă o bază pentru dezvoltarea unei rețele mai largi, conectate cu universitățile, bibliotecile, centrele comunitare, centrele de zi și APL. Programele trebuie diversificate în funcție de nevoi, interese, experiența anterioară și capacitatea funcțională și pot include pregătire pentru pensionare, competențe profesionale și digitale, educație pentru sănătate, securitate financiară, cunoașterea drepturilor, utilizarea serviciilor și participare socială.

Digitalizarea trebuie să urmeze principiul *„digital, dar nu exclusiv digital”*. Serviciile electronice trebuie completate prin puncte locale de acces asistat, suport telefonic și menținerea unor alternative offline. Obiectivul politicii nu este simpla creștere a numărului persoanelor instruite, ci capacitatea acestora de a utiliza autonom și în siguranță serviciile de care au nevoie.

6. Consolidarea drepturilor, egalității de gen și participării persoanelor în vârstă.

Abordarea îmbătrânirii bazată pe drepturi trebuie integrată în toate domeniile de politică. Persoanele în vârstă trebuie tratate nu numai ca beneficiari ai protecției și serviciilor, ci ca titulari de drepturi și participanți la luarea deciziilor care le afectează viața.

Politicile privind egalitatea de gen trebuie să includă mai explicit situația femeilor în vârstă. Longevitatea mai mare a femeilor este asociată adesea cu o probabilitate mai ridicată de văduvie, trai solitar, venituri reduse și perioade mai lungi trăite cu limitări funcționale. Aceste particularități trebuie reflectate în indicatorii și măsurile din domeniul protecției sociale, sănătății, îngrijirii și prevenirii violenței.

Mecanismele de prevenire și combatere a violenței trebuie adaptate situațiilor specifice vârstei înaintate. Abuzul economic, neglijarea și violența psihologică sunt deosebit de dificil de identificat atunci când persoana depinde financiar de un membru al familiei sau are nevoie de sprijin funcțional din partea acestuia ori a unui îngrijitor. Sunt necesare mecanisme accesibile de sesizare, identificare a riscurilor în cadrul serviciilor medicale și sociale și colaborare între instituțiile responsabile.

În paralel, combaterea ageismului trebuie să devină o componentă transversală a politicilor privind ocuparea, sănătatea, educația, serviciile publice și comunicarea. Participarea organizațiilor și reprezentanților persoanelor în vârstă la elaborarea, monitorizarea și evaluarea programelor trebuie să fie sistematică, nu limitată la consultări ocazionale.

Secvențierea implementării

Eșalonarea acestor priorități este detaliată în foaia de parcurs 2028–2035, prezentată în continuare. Această succesiune este importantă și din perspectiva sustenabilității financiare. Menținerea unui nivel redus al cheltuielilor publice prin limitarea serviciilor nu înseamnă că societatea suportă costuri mai mici. O parte a costurilor poate fi transferată către familii sub forma îngrijirii neremunerate, pierderii veniturilor, plăților private și nevoilor nesatisfăcute. În același

timp, extinderea serviciilor poate majora iniţial cheltuielile publice înregistrate, deoarece o parte din costurile anterior invizibile sunt formalizate. Această creştere trebuie evaluată împreună cu efectele asupra prevenirii spitalizărilor evitabile, instituţionalizării, sărăciei şi retragerii îngrijitorilor de pe piaţa muncii.

FOAIE DE PARCURS PENTRU IMPLEMENTAREA POLITICILOR PUBLICE PRIVIND ÎMBĂTRÂNIREA ACTIVĂ ŞI SĂNĂTOASĂ, 2028–2035

Implementarea recomandărilor formulate în raport necesită o perspectivă de termen mediu şi lung, deoarece transformarea sistemului de răspuns la îmbătrânirea populaţiei presupune nu doar adoptarea unor măsuri punctuale, ci dezvoltarea treptată a mecanismelor de coordonare, a sistemelor de date, a infrastructurii de servicii şi a capacităţii instituţionale. În acelaşi timp, efectele îmbătrânirii, ale depopulării şi ale creşterii grupelor de vârstă foarte înaintată se preconizează că se vor accentua în următorul deceniu, ceea ce justifică extinderea orizontului de planificare până în anul 2035.

Foaia de parcurs este structurată în trei etape succesive: 2028–2030 – instituţionalizare, date şi pilotare; 2031–2033 – extindere şi integrare; 2034-2035 - consolidare, sustenabilitate şi evaluarea impactului. Perioada 2028–2035 a fost stabilită în concordanţă cu ciclul actual al politicilor publice în domeniu. Programul privind îmbătrânirea activă şi sănătoasă pentru anii 2023–2027 rămâne cadrul naţional de referinţă până la sfârşitul anului 2027. Prin urmare, includerea anului 2027 în noua foaie de parcurs ar genera o suprapunere între două cicluri de planificare şi ar putea crea neclarităţi privind responsabilităţile, acţiunile şi rezultatele urmărite. Anul 2027 trebuie valorificat pentru finalizarea măsurilor programului în vigoare, evaluarea rezultatelor obţinute şi pregătirea cadrului instituţional şi bugetar necesar următoarei etape.

Începerea foii de parcurs în anul 2028 asigură continuitatea politicilor, fără a dubla instrumentele existente, şi permite ca noile măsuri să fie fundamentate pe rezultatele evaluării Programului 2023–2027. Totodată, orizontul până în anul 2035 oferă timpul necesar pentru trecerea de la intervenţii punctuale la transformări structurale, inclusiv dezvoltarea mecanismelor de coordonare, îmbunătăţirea sistemelor de date, extinderea infrastructurii de servicii şi consolidarea capacităţii instituţionale.

Etapa I. 2028–2030 - Instituţionalizare, date şi pilotarea mecanismelor integrate

În prima etapă, prioritatea trebuie acordată construirii cadrului instituţional şi informaţional necesar pentru implementarea reformelor *(Tabelul 7.1).*

Tabelul 7.1. *Etapa I, 2028-2030*

Acţiune prioritară	Instituţii-cheie	Rezultat urmărit
Instituirea unui mecanism intersectorial permanent de coordonare a politicilor privind îmbătrânirea şi longevitatea	MMPS, Ministerul Sănătăţii, BNS, CNAS, CNAM, APL, societatea civilă	Responsabilităţi clarificate şi mecanism funcţional de coordonare, conectat la procesele de planificare, finanţare şi evaluare.
Elaborarea unui cadru naţional comun de monitorizare a îmbătrânirii	BNS, MMPS, Ministerul Sănătăţii	Set comun de indicatori dezagregaţi pe sexe, grupe de vârstă, dizabilitate şi mediu de reşedinţă, cu evidenţierea grupelor 75-79 ani şi 80 ani şi peste.
Elaborarea profilurilor teritoriale de îmbătrânire şi vulnerabilitate	BNS, MMPS, APL	Identificarea teritoriilor cu risc sporit: pondere ridicată a populaţiei de 75-79 ani şi de 80 ani şi peste, trai solitar, dizabilitate, depopulare şi acces redus la servicii.
Pilotarea unui mecanism comun de identificare timpurie a vulnerabilităţii	Medicina primară, asistenţa socială, APL	Evaluare multidimensională a riscurilor funcţionale, sociale şi economice şi orientare timpurie către prevenţie, reabilitare şi servicii comunitare.
Elaborarea modelului naţional de îngrijire de lungă durată integrată social-medical	MMPS, Ministerul Sănătăţii, CNAM, ANAS, APL	Definirea continuumului de servicii, criteriilor de acces, managementului de caz şi protocoalelor de referire.
Dezvoltarea cadrului de sprijin pentru îngrijitorii informali	MMPS, Ministerul Sănătăţii, APL	Pachet de măsuri privind instruirea, consilierea, serviciile de respiro şi informarea îngrijitorilor.
Consolidarea metodologiei de evaluare a adecvării veniturilor la vârste înaintate	MMPS, CNAS, BNS	Monitorizarea securităţii economice în raport cu costurile reale de trai, sănătate, locuire, transport şi îngrijire.

Sursa: elaborat de autori.

Etapa II. 2031–2033 - Extinderea serviciilor şi integrarea la nivel teritorial

A doua etapă trebuie să transforme mecanismele pilotate în servicii funcţionale şi să reducă disparităţile teritoriale de acces *(Tabelul 7.2).*

Tabelul 7.2. *Etapa II, 2031-2033*

Acţiune prioritară	Instituţii-cheie	Rezultat urmărit
Extinderea serviciilor de îngrijire la domiciliu şi în comunitate	MMPS, APL, prestatori publici şi neguvernamentali	Creşterea accesului la servicii, diversificarea surselor de sprijin şi reducerea presiunii asupra familiei.
Instituţionalizarea managementului de caz pentru persoanele cu nevoi complexe	MMPS, Ministerul Sănătăţii, APL	Traseu integrat între sănătate, asistenţă socială, servicii pentru persoanele cu dizabilităţi şi îngrijire de lungă durată.
Extinderea reabilitării, serviciilor de zi, respiro şi transportului social	Ministerul Sănătăţii, MMPS, APL	Menţinerea autonomiei, reducerea spitalizărilor evitabile şi prevenirea instituţionalizării premature.
Dezvoltarea serviciilor mobile şi a echipelor multidisciplinare itinerante	APL, autorităţi centrale	Acces mai bun în localităţile rurale, mici şi depopulate, unde menţinerea tuturor serviciilor permanente nu este realistă.
Extinderea infrastructurii de învăţare şi incluziune digitală	Ministerul Educaţiei, MMPS, universităţi, biblioteci, APL	Reţea teritorială de educaţie pentru competenţe digitale, sănătate, educaţie financiară şi juridică.
Aplicarea principiului *„digital, dar nu exclusiv digital”*	Instituţiile publice centrale şi locale	Puncte de acces asistat, suport telefonic şi menţinerea canalelor offline pentru persoanele cu competenţe digitale reduse.
Integrarea perspectivei de gen şi a drepturilor persoanelor în vârstă în politicile sectoriale	MMPS, instituţii pentru egalitate, APL	Indicatori şi măsuri dedicate femeilor în vârstă, prevenirea discriminării, abuzului şi neglijării.
Dezvoltarea politicilor de ocupare şi formare pentru persoanele de 55 ani şi peste	Instituţii din domeniul muncii şi educaţiei	Participare mai ridicată pe piaţa muncii, formare continuă şi valorificarea competenţelor lucrătorilor de vârste mai înaintate.

Sursa: elaborat de autori.

Etapa III. 2034–2035 - Consolidare, sustenabilitate şi evaluarea impactului

În etapa a treia, accentul trebuie să se deplaseze de la extinderea programelor la consolidarea funcţionării sistemului, evaluarea eficienţei şi asigurarea sustenabilităţii sale *(Tabelul 7.3).*

Tabelul 7.3. *Etapa III, 2034-2035*

Acţiune prioritară	Instituţii-cheie	Rezultat urmărit
Extinderea modelului integrat de îngrijire de lungă durată la nivel naţional	MMPS, Ministerul Sănătăţii, APL	Acoperire mai echitabilă, continuitate social-medicală şi reducerea fragmentării serviciilor.
Ajustarea mecanismelor de finanţare în funcţie de profilul teritorial al nevoilor	Ministerul Finanţelor, MMPS, Ministerul Sănătăţii	Finanţare bazată pe nevoi, nu numai pe dimensiunea populaţiei, cu prioritate pentru teritoriile cu vulnerabilitate ridicată.
Consolidarea forţei de muncă din economia îngrijirii	MMPS, Ministerul Educaţiei, Ministerul Sănătăţii	Personal calificat, standarde profesionale, condiţii adecvate de muncă şi reducerea deficitului de lucrători.
Integrarea sistematică a perspectivei longevităţii în politicile publice	Guvern, ministere de resort	Perspectiva îmbătrânirii integrate transversal *(mainstreaming ageing)* în sănătate, educaţie, ocupare, locuire, transport, digitalizare şi dezvoltare regională.
Evaluarea impactului politicilor şi serviciilor asupra autonomiei şi bunăstării	BNS, MMPS, Ministerul Sănătăţii, instituţii de cercetare	Raport naţional periodic privind rezultatele politicilor: autonomie, acces, echitate teritorială, nevoi nesatisfăcute şi participare.
Actualizarea cadrului strategic pentru perioada de după 2035	Guvern, MMPS, parteneri relevanţi	Nou cadru de politici bazat pe rezultate, pe proiecţii demografice actualizate şi pe evaluarea impactului măsurilor implementate.

Sursa: elaborat de autori.

Repere de rezultat pentru anul 2035.

Până în anul 2035, Republica Moldova ar trebui să dispună de:

- un mecanism permanent şi funcţional de coordonare a politicilor privind îmbătrânirea;
- un sistem integrat de date şi indicatori dezagregaţi;
- profiluri teritoriale actualizate periodic privind vulnerabilitatea şi nevoile de servicii;
- un model naţional funcţional de îngrijire de lungă durată integrată social-medical;
- management de caz pentru persoanele cu nevoi complexe;
- servicii la domiciliu şi comunitare extinse, inclusiv în localităţile rurale şi depopulate;
- mecanisme de sprijin pentru îngrijitorii informali;
- infrastructură stabilă de învăţare pe tot parcursul vieţii şi incluziune digitală;
- politici adaptate diferenţelor de gen, vârstă, dizabilitate şi teritoriu;
- un sistem de monitorizare bazat pe rezultate şi impact, nu doar pe activităţi.

Indicatori strategici de monitorizare:

- *Autonomie și sănătate:* prevalența limitărilor funcționale, nevoile nesatisfăcute de îngrijire, spitalizările evitabile și accesul la reabilitare.
- *Îngrijire:* acoperirea cu servicii la domiciliu și comunitare, accesul la servicii de respiro și proporția persoanelor cu nevoi complexe care beneficiază de management de caz.
- *Echitate teritorială*: diferențele urban–rural în accesul la servicii, timpul sau distanța până la serviciile esențiale și disponibilitatea serviciilor mobile.
- *Securitate economică*: rata sărăciei în rândul persoanelor 60+, 75+ și 80+, diferența de gen în pensii și ponderea cheltuielilor pentru sănătate și îngrijire în venitul gospodăriilor conduse de persoane în vârstă.
- *Participare și incluziune*: ocuparea persoanelor 55–64 ani, participarea la învățarea pe tot parcursul vieții, competențele digitale și participarea socială.
- *Sustenabilitate*: cheltuielile publice și private pentru ÎLD, disponibilitatea personalului de îngrijire și raportul dintre cererea și oferta de servicii.

Orizontul anului 2035 reprezintă o etapă de consolidare a tranziției către un model de politici al longevității. Scopul nu este crearea unui număr cât mai mare de programe sau servicii distincte, ci formarea unui sistem coerent care să identifice vulnerabilitățile înainte de apariția dependenței severe, să permită persoanelor să rămână cât mai mult timp autonome în propriile comunități și să asigure acces echitabil la protecție, sănătate, îngrijire, educație și participare pe întreg parcursul vieții.

Bun de tipar: 23.11.2026
Coli editoreale 8,25. Coli de autor 8,05. Coli de tipar 16,25.
Comanda 78.

Serviciul Editorial-Poligrafic
al Academiei de Studii Economice din Moldova Chişinău,
MD-2005, str. Bănulescu-Bodoni 59.
fax. (+37322) 74-37-94, tel.: (+37322) 50-11-30
www.ince.md
www.rses.ince.md