



ACCESUL POPULAȚIEI DIN REPUBLICA MOLDOVA LA SERVICIILE DE SĂNĂTATE

RAPORT FINAL
2015



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development
and Cooperation SDC
Agenția Elvețiană pentru
Dezvoltare și Cooperare



ACCESUL POPULAȚIEI DIN REPUBLICA MOLDOVA LA SERVICIILE DE SĂNĂTATE

RAPORT FINAL
2015



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development
and Cooperation SDC
Agenția Elvețiană pentru
Dezvoltare și Cooperare

Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate a efectuat analiza datelor și a elaborat raportul pentru Studiul cu privire la accesul la serviciile de sănătate în anul 2012 (SASS 2012). SASS 2012 a fost efectuat în cadrul Studiului de Indicatori Multipli în Cuiburi (MICS) pentru Moldova în 2012 de către Centrul Național de Sănătate Publică al Ministerului Sănătății și cu susținerea Fondului Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF) și în colaborare cu Biroul Național de Statistică, Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, Ministerul Educației, Centrul Național de Management în Sănătate, și Centrul Național de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală. Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate a efectuat analiza datelor și a elaborat raportul pentru SASS 2012. UNICEF, cu contribuția directă a Agenției Elvețiene pentru Dezvoltare și Cooperare, a acordat sprijin financiar și tehnic.

Mențiune recomandată:

Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (2015).
Accesul populației din Republica Moldova la serviciile de sănătate.

Publicat de:

Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate

Str. V. Alecsandri 99/1

Chișinău, Republica Moldova

Tel. +373 022 226343,

Website: www.pas.md

Tipografia:

Foxtrot SRL

CONTINUT

LISTA TABELURILOR.....	5
LISTA FIGURILOR	7
ABREVIERI	8
TABEL-REZUMAT AL CONSTATĂRILOR CHEIE ÎN CONFORMITATE CU DIMENSIUNILE TANAHASHI DE ACCES LA SERVICIILE DE SĂNĂTATE	10
REZULTATE CHEIE.....	14
INTRODUCERE.....	18
CADRUL TANAHASHI PENTRU ACCESUL LA SERVICIILE MEDICALE	19
I. METODOLOGIA	24
Eșantionarea și metodologia studiului cantitativ	24
Eșantionarea.....	24
Caracteristicile generale ale chestionarului	25
Instruirea și lucrul în teren	26
Procesarea datelor	26
Modul de interpretare a tabelelor.....	27
Revista literaturii de specialitate	27
Cercetare calitativă.....	27
II. ACOPERIREA EȘANTIONULUI ȘI CARACTERISTICILE GOSPODĂRIILOR CASNICE ȘI A RESPONDENȚILOR	29
Acoperirea eșantionului	29
Caracteristicile gospodăriilor casnice.....	29
Prevalența bolilor cronice și comportamentele de solicitare a serviciilor medicale de către gospodăriile casnice.....	32
Accesul geografic la serviciile medicale	36

Acoperirea cu asigurare medicală	36
Motivele lipsei poliței de asigurare medicală.....	39
Cunoașterea pachetului de beneficii acoperite de polița de asigurare medicală ..	42
Accesibilitatea financiară generală a serviciilor medicale	44
Accesibilitatea financiară a tratamentului la ultimul caz de îmbolnăvire	46
Descrierea ultimului caz de îmbolnăvire	46
Tratament la ultimul caz de îmbolnăvire.....	50
Accesul la serviciile medicale după nivelul de asistență medicală accesat la ultimul caz de îmbolnăvire	50
Tratamentul la nivelul instituției de asistență medicală primară	56
Tratamentul la nivel de specialist de ambulatoriu	59
Tratament la nivel de spital	62
Frecvența și mărimea plăților directe pentru tratament la orice nivel de asistență medicală la ultimul episod de boală	67
Acoperirea efectivă cu servicii de prevenire	69
Acoperire efectivă: rezultatul tratamentului la ultimul episod de boală.....	71
Rezultatele comparative ale SASS 2000 și SASS 2012.....	73
DISCUȚIE.....	81
DATE-CHEIE	86
REFERINȚE	88
ANEXA 1. CHESTIONAR.....	90

LISTA TABELURILOR

Tabelul 1:	Indicatorii colectați de SAMS 2012 și MICS 2012 după cum sunt relevante pentru măsurarea acoperirii cu servicii medicale după Tanahashi.	21
Tabelul 2:	Distribuirea gospodăriilor casnice după gen și vârstă. Procentul distribuției populației după grupurile de vârstă de cinci ani, copiii (0–17 ani) și adulți (de la 18 ani în sus), după gen, 2012	29
Tabelul 3:	Caracteristicile gospodăriilor casnice Distribuția procentuală a gospodăriilor casnice după caracteristicile selectate, Moldova, 2012	31
Tabelul 4:	Componența gospodăriilor casnice	32
Tabelul 5:	Prevalența bolilor cronice, tipurile bolilor cronice și procentul celor care au solicitat asistență medicală pentru bolile lor cronice	33
Tabelul 6:	Acces geografic.	36
Tabelul 7:	Acoperirea cu asigurare medicală.	37
Tabelul 8:	Motive de a nu avea asigurare medicală obligatorie	40
Tabelul 9:	Motive de a nu avea asigurare medicală, SAMS 2012 și SNBGC 2012, în %	42
Tabelul 10:	Accesibilitatea financiară generală în ultimele 12 luni	45
Tabelul 11:	Tipul maladiei la ultimul episod de îmbolnăvire din gospodărie	48
Tabelul 12:	Accesibilitatea financiară la ultimul caz de îmbolnăvire	49
Tabelul 13:	Nivelul asistenței medicale solicitat la ultimul caz de îmbolnăvire	51
Tabelul 14:	Cheltuielile din buzunar la ultimul caz de îmbolnăvire auto-tratat sau tratat la domiciliu	53
Tabelul 15:	Frecvența și suma cheltuielilor personale la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la domiciliu	54
Tabelul 16:	Protecția financiară la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la domiciliu	55
Tabelul 17:	Frecvența și suma cheltuielilor personale la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la nivelul instituției de AMP	57

Tabelul 18:	Cheltuielile directe la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la nivelul APM . . .	58
Tabelul 19:	Cheltuieli direct din buzunar la ultimul caz de îmbolnăvire la nivel de asistență specializată de ambulatoriu	61
Tabelul 20:	Frecvența și sumele cheltuielilor directe din buzunar la ultimul caz de îmbolnăvire tratate la nivel de specialist de ambulatoriu	61
Tabelul 21:	Cheltuieli directe la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la spital	65
Tabelul 22:	Frecvența și sumele cheltuielilor directe la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la spital.	66
Tabelul 23:	Frecvența și sumele plăților din buzunar la ultimul episod de boală tratată, orice nivel.	68
Tabelul 24:	Prevalența serviciilor de prevenire solicitate	70
Tabelul 25:	Rezultatul tratamentului la ultimul episod de boală	72
Tabelul 26:	Caracteristicile socio-demografice, AHSS 2000 și AHSS 2012	73
Tabelul 27:	Accesibilitatea geografică la serviciile medicale, comparația anului 2000 cu 2012	75
Tabelul 28:	Accesibilitatea financiară adecvată generală și specifică a serviciilor medicale, comparația anilor 2000 și 2012.	77
Tabelul 29:	Frecvența și sumele cheltuielilor directe la ultimul episod de boală tratat la nivelul de asistență medicală primară, comparație între anii 2000 și 2012	78
Tabelul 30:	Frecvența și sumele plăților directe la ultimul episod de boală tratat la nivel de asistență specializată de ambulatoriu, comparație între anii 2000 și 2012	79
Tabelul 31:	Frecvența și sumele plăților din buzunar la ultimul episod de boală tratat la nivel spitalicesc, comparația între anii 2000 și 2012	80
Tabelul 32:	Renunțarea la adresarea la serviciile de sănătate în studiile SASS și SNBGC	82

LISTA FIGURILOR

Figura 1:	Cadrul Tanahashi pentru acoperirea efectivă cu servicii medicale	19
Figura 2:	Distribuția procentuală a gospodăriilor casnice după grupurile de vârstă de cinci ani și gen, Moldova, 2012.	31
Figura 3:	Acoperirea cu asigurare medicală după chintilele de bunăstare	38
Figura 4:	Cunoașterea prevederilor cu privire la acoperirea universală cu servicii de sănătate	43
Figura 5:	Prevalența generală a îmbolnăvirilor în gospodăriile casnice în ultimele patru săptămâni anterioare interviului	47
Figura 6:	Nivelul asistenței medicale solicitate la ultimul caz de îmbolnăvire	50
Figura 7:	Distribuția după tipurile de îndreptare la nivelul spitalicesc după locul de reședință.	63
Figura 8:	Suma medie a plăților din buzunar pe nivel de asistență și chintilă a indicelui de bunăstare	69
Figura 9:	Frecvența îmbolnăvirilor în patru săptămâni precedente interviului, comparația între anii 2000 și 2012	74
Figura 10:	Accesibilitatea financiară generală a serviciilor medicale, comparația anului 2000 cu 2012	76
Figura 11:	Accesibilitatea financiară specifică a serviciilor medicale la ultimul episod de boală, comparația anului 2000 cu 2012	76
Figura 12:	Nivelul de asistență medicală accesat la ultimul episod de boală, comparația anului 2000 cu 2012.	78

ABREVIERI

ACSS	– Accesul și calitatea serviciilor spitalicești în opinia populației Republicii Moldova
AMP	– Asistența medicală primară
BNS	– Biroul Național de Statistică
BCN	– Boli cronice netransmisibile
CD	– Cheltuieli directe
CDC	– Centre de Control și Prevenire a Bolilor
CNAM	– Compania Națională de Asigurări în Medicină
CNSP	– Centrul Național pentru Sănătate Publică
CNSS	– Centrul Național de Statistică în Sănătate
Dev. st.	– Deviere standard
DTP	– Vaccin combinat împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive
ECE/CSI	– Europa Centrală și de Est/Comunitatea Statelor Independente
GC	– Gospodărie casnică
HepB	– Vaccin contra hepatitei virale B
Hib	– Infecție cu <i>Haemophilus influenzae</i> de tipul b
HIV	– Virusul imunodeficienței umane
IDTC	– Indicele Dezvoltării Timpurii a Copiilor
km	– kilometru
MDL	– Leu Moldovenesc
MICS	– Sondaj în cuiburi cu indicatori multipli
min	– minute
NS	– Nu știu

- OB/GIN** – Obstetrică - Ginecologie
- ODM** – Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului
- OMS** – Organizația Mondială a Sănătății
- ONU** – Organizația Națiunilor Unite
- OPV** – Vaccin oral contra poliomielitei
- PEI** – Programul Extins de Imunizare
- PNI** – Programul Național de Imunizare
- ROR** – Vaccin contra rujeolei, oreionului și rubeolei
- RTF** – Rata totală a fertilității
- SASS** – Studiul cu privire la Accesul la Serviciile de Sănătate
- SDC** – Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare
- SDS** – Sondaj demografic și al sănătății
- SIDA** – Sindromul imunodeficienței dobândite
- SNBGC** – Sondajul național al bugetelor gospodăriilor casnice
- SPSS** – Soft statistic aplicat în științele sociale
- TB** – Tuberculoză
- TDI** – Tulburări cauzate de deficiența de iod
- TRO** – Tratament de rehidratare orală
- UNFPA** – Fondul Națiunilor Unite pentru Populație
- UNGASS** – Sesiunea Specială a Adunării Generale a Națiunilor Unite
- UNICEF** – Fondul Națiunilor Unite pentru Copiii
- UPE** – Unitate primară de eșantionare

TABEL-REZUMAT

AL CONSTATĂRILOR CHEIE ÎN CONFORMITATE CU DIMENSIUNILE TANAHASHI DE ACCES LA SERVICIILE DE SĂNĂTATE

Dimensiune	Indicator	Categorie de populație	Asigurați	Neasigurați	Urban	Rural	Total	Nr. total al gospodăriilor casnice
Disponibilitate								
	Cunoașterea locului unde se poate efectua testarea la HIV (%)	Bărbați	...	...	79,3	55	64,6	1545
	Cunoașterea unde se poate efectua testarea la HIV (%)	Femei	...	...	85,5	73,4	78,5	6000
Accesibilitate								
Accesibilitate geografică								
	Distanță <5 km până la cel mai apropiat centru medical (%)	Populație generală	...	...	94,6	98,6	97,1	11256
	Distanța parcursă până la cea mai apropiată instituție de AMP la ultimul caz de îmbolnăvire (km)	Populație generală	...	...	2,8	2,9	2,9	365
	Distanța parcursă până la specialistul medical la ultimul caz de îmbolnăvire (km)	Populație generală	...	...	19,2	36,7	36,7	197
Distanța	Distanța parcursă până la spital la ultimul caz de îmbolnăvire (km)	Populație generală	...	...	22,7	45,1	32,8	375
Durata	Durata deplasării către instituția de AMP la ultimul caz de îmbolnăvire (minute)	Populație generală	...	...	24,9	26,1	25,4	357
	Durata deplasării către specialistul medical la ultimul caz de îmbolnăvire (minute)	Populație generală	...	...	52,2	77,8	69,9	197
	Durata deplasării la spital la ultimul caz de îmbolnăvire (minute)	Populație generală	...	...	43,2	62,6	66,6	196
	Timpul de așteptare la instituția de AMP pentru a consulta un medic la ultimul caz de îmbolnăvire (minute)	Populație generală	41,4	32,9	36,1	44,8	39,9	327
Tim-pul de așteptare	Timpul de așteptare între îndreptare și spitalizare la ultimul caz de îmbolnăvire (zile)	Populație generală	16,3	0,9	16,7	13,2	15,1	210
	Timpul de așteptare la spital pentru a fi admis în salonul de spital la ultimul caz de îmbolnăvire (minute)	Populație generală	50,4	27	44,3	52,3	47,8	341

Tabel-rezumatal constatărilor cheie în conformitate cu dimensiunile Tanahashi de acces la serviciile de sănătate

Dimensiune	Indicator	Catego- rie de populație	Asigurați	Neasigurați	Urban	Rural	Total	Nr. total al gospodăriilor casnice
Accesibilitate financiară								
Acopere cu asigurare medicală	Ponderea membrilor gospodărilor casnice care au avut asigurare medicală	Populație generală	...	...	85,9	72,5	77,5	11256
Nu s-a solicitat îngrijire medicală din cauza costurilor anticipate	Ponderea membrilor gospodăriilor casnice care au renunțat la asistență medicală în ultimele 12 luni din cauza costurilor anticipate (parțial și total)	Populație generală	23,5	26,4	21,2	25,9	24,2	11256
	Ponderea membrilor gospodăriilor casnice cu afecțiuni cronice care au renunțat la îngrijire medicală în ultimele 12 luni din cauza costurilor anticipate	Populație cu boli cronice	4,5	12,5	4,1	7,1	5,5	5542
	Ponderea membrilor gospodăriilor casnice care au renunțat la îngrijire medicală la ultimul caz de îmbolnăvire din cauza lipsei asigurării medicale	Populație generală	*	*	*	*	0,9	108
	Ponderea membrilor gospodăriilor casnice care nu au solicitat îngrijire medicală la ultimul caz de îmbolnăvire din cauza costurilor anticipate	Populație generală	6,9	14,4	7	8,9	8,1	1921
	Ponderea membrilor gospodăriilor casnice care au avut cheltuieli directe la vreun nivel de asistență la ultimul caz de îmbolnăvire	Populație generală	87,5	92	86,6	89,3	88,2	1812
Plăți directe	Ponderea membrilor gospodăriilor casnice care au avut cheltuieli directe la instituția de AMP la ultimul caz de îmbolnăvire	Populație generală	90,3	97,1	91,4	90,4	90,6	365
	Ponderea membrilor gospodăriilor casnice care au avut cheltuieli directe la consultarea unui specialist la ultimul caz de îmbolnăvire	Populație generală	96,7	97,9	95,5	97,8	96,9	197
	Ponderea membrilor gospodăriilor casnice care au avut cheltuieli directe la ultima spitalizare	Populație generală	74,7	88,7	70,4	80,1	76,5	367
Acceptabilitate								
Calitatea percep- tă drept joasă a serviciilor	Ponderea membrilor gospodăriilor casnice care nu au solicitat îngrijire medicală la ultimul caz de îmbolnăvire din cauza percepute calității a serviciilor drept joasă	Populație generală	...	...	...	...	0,9	108

Accesul populației din Republica Moldova la serviciile de sănătate

Dimensiune	Indicator	Categorie de populație	Asigurați	Neasigurați	Urban	Rural	Total	Nr. total al gospodăriilor casnice
Lipsa încrederii în prestații de servicii	Ponderea membrilor gospodăriilor casnice care nu au solicitat îngrijire medicală la ultimul caz de îmbolnăvire pentru că nu au încredere în medici	Populație generală	...	...	...	...	5,6	108
Contact								
	Utilizarea serviciilor medicale de cei cu boli cronice (%)	Populație cu boli cronice	...	...	...	...	95,2	1202
	Utilizarea serviciilor medicale la ultimul caz de îmbolnăvire, indiferent de nivel (%)	Populație generală	95,2	91,2	94,8	94,0	94,5	1982
Utilizarea generală a serviciilor de sănătate	Utilizarea serviciilor medicale la ultimul caz de îmbolnăvire la nivel de instituție de AMP (%)	Populație generală	19,1	21,3	17,5	22,5	19,5	365
	Utilizarea serviciilor medicale la ultimul caz de îmbolnăvire la nivel de specialist (%)	Populație generală	9,5	8,7	8,5	10,8	9,4	176
	Solicitarea serviciilor medicale la ultimul caz de îmbolnăvire la nivel de spital (%)	Populație generală	20,6	12,3	17,4	22,0	19,2	360
Utilizarea serviciilor medicale specifice	Solicitarea îngrijirii medicale pentru suspjecție de pneumonie (%)	Copii	...	...	...	...	79,2	1869
	Testarea HIV cel puțin o dată în timpul ultimei sarcini (%)	Femei însărcinate	...	...	67,1	66,2	66,5	750
Acoperire efectivă								
Servicii de prevenire	Controlul profilactic anual (%)	Populație generală	69,3	54,1	68,8	64,1	65,9	11256
	Examinarea fizică a tiroidei (%)	Populație generală	32,1	22,1	31,9	28,7	29,9	11256
	Măsurarea acuității vizuale (%)	Populație generală	58,5	38	57,8	51,5	53,9	11256
	Măsurarea tensiunii sanguine (%)	Populație generală	83,1	63,1	79,4	78,1	78,6	11256
	Microradiografie (%)	Populație generală	72,6	51,5	74	64	67,8	11256
	Tonometrie oculară (%)	Populație generală	38	16,7	36,8	31	33,2	11256
Vaccinare	Acoperirea cu imunizare contra tuberculozei (la naștere, %)	Copii 15-26 luni	...	...	...	...	97,8	
	Acoperirea cu imunizare contra poliomielitei (3 doze, %)	Copii 15-26 luni	...	...	87,6	97,5	93,6	383
	Acoperirea cu imunizare contra difteriei, tusei convulsive și tetanosului (3 doze, %)	Copii 15-26 luni	...	...	87	96	92,8	383

Tabel-rezumatal constatărilor cheie în conformitate cu dimensiunile Tanahashi de acces la serviciile de sănătate

Dimensiune	Indicator	Catego- rie de populație	Asigurați	Neasigurați	Urban	Rural	Total	Nr. total al gospodăriilor casnice
	Acoperirea cu imunizare contra hepatitei B (3 doze, %)	Copii	...	...	89,8	96,3	93,7	383
Acoperire eficace pentru bolile copilăriei	Terapia de rehidratare orală și continuarea alimentării (%)	Copii	...	...	54,9	54,3	54,7	125
	Tratament cu antibiotice la suspectarea pneumoniei (%)	Copii	...	...			81,9	63
Utilizarea eficace a contra- cepției	Necesitate satisfăcută în contracepție (%)	Femei de vârstă reproduc- tivă	...	...	58,3	60,4	59,6	2814
Acope- rirea cu servicii prenatale	Acoperirea cu servicii prenatale – cel puțin 4 vizite (%)	Femei în- sărcinate	...	...	94,7	95,8	95,4	750
Manage- mentul anemiei antena- tale	Procentul femeilor însărcinate care au luat suplimente cu fier pentru a preveni anemia	Femei în- sărcinate	...	...	89,6	87,1	88,5	723
	Numărul mediu de zile de administrare a suplimentelor cu fier	Femei în- sărcinate	...	...	180	145	165	641
Utilizarea prenatală a acidului folic	Procentul femeilor care au luat acid folic pentru a preveni spina bifida la copiii în primele 3 luni ale sarcinii	Femei în- sărcinate	...	...	50	59,1	66,2	723
	Procentul femeilor care au luat acid folic pentru a preveni spina bifida la copiii timp de cel puțin 45 de zile	Femei în- sărcinate	...	...	44,7	52,4	58,5	723
Nașteri la materni- tate	Nașteri la maternitate (%)	Femei în- sărcinate	...	...	99,5	98,4	98,9	750
Evaluarea postna- tală a sănătății	Aflarea după naștere în instituțiile medicale (%)	Femei în- sărcinate	...	...	100	100	100	742
	Evaluarea postnatală a sănătății noului născut (%)	Copii	...	...	99,3	97,7	98,3	750
	Evaluarea postnatală a sănătății mamei (%)	Femei în- sărcinate	...	...	94,2	93,3	93,7	750

REZULTATE CHEIE

Raportul SASS 2012 descrie accesul populației Republicii Moldova la serviciile medicale și cheltuielile efectuate la ultimul caz de îmbolnăvire în ultimele patru săptămâni anterioare interviului și face o comparație ale acestora cu datele colectate în anul 2000, efectuat înainte de introducerea sistemului de asigurare obligatorie medicală. De asemenea, raportul oferă o imagine comprehensivă a dimensiunilor de acoperire cu servicii medicale în baza cadrului Tanahashi bazat pe datele colectate atât în cadrul modulului de acces la servicii de sănătate, cât și a MICS 2012.

Caracteristicile socio-demografice ale gospodăriilor casnice: eșantionul a cuprins 11354 respondenți din gospodării casnice, din care 36,0% sunt bărbați și 64,0% sunt femei, 38,3% sunt din localități urbane și 61,7% din localități rurale, 40,2% din capii gospodăriilor casnice au studii secundare, 35,6% au studii profesionale și 16,8% au studii superioare (6,0% au doar studii primare și mai puțin și 1,5% nu au răspuns). După naționalitate, 79,5% sunt moldoveni sau români, 5,3% sunt ruși, 8,6% sunt ucraineni, 3,6% sunt găgăuzi, 0,6% sunt Romi și 2,4% sunt din alte grupuri etnice. Din toate gospodăriile casnice, 36,3% au cel puțin un copil (sub 18 ani).

Profilul bolilor cronice ale gospodăriilor casnice: aproape o jumătate din gospodăriile casnice intervievate (49,9%) au cel puțin o boală cronică neinfecțioasă (BCN), mai mult în rândul femeilor (53,0%) decât a bărbaților (42,0%) și care se cumulează cu vârsta (16,5% la respondenții cu vârsta de 15-29 ani și 73,6% la cei cu vârsta de peste 60 de ani). Sunt și diferențe după statutul economic, o prevalență mai mare a BCN fiind observată în chintila cea mai săracă (57,6%) în comparație cu chintila cea mai bogată (41,4%). Cele mai răspândite trei maladii cronice sunt hipertensiunea, cu 41,7% din total BCN, fiind urmată de bolile gastrointestinale (24,6%) și osteo-articulare (20,8%).

Accesibilitatea geografică, măsurată în distanța și timpul necesare pentru a ajunge la cea mai apropiată instituție medicală, este înaltă în Republica Moldova: 97,1% din gospodăriile casnice se află la mai puțin de 5 km depărtare de cea mai apropiată instituție medicală și 96,4% au nevoie de mai puțin de o oră pentru a ajunge la o instituție medicală, fără o mare diferență între gospodăriile casnice urbane și rurale.

Acoperirea cu asigurare medicală obligatorie rămâne o provocare pentru sistemul de sănătate: 77,5% au menționat că au asigurare medicală. Acoperirea cu asigurare medicală este direct proporțională cu chintila de venit și nivelul educației capului familiei și este mai mare la populația urbană, în gospodăriile casnice conduse de femei și în gospodăriile casnice fără copii.

În total, 2 500 de respondenți (22,2%) au raportat că nu dețineau poliță de asigurare medicală, provenind mai ales din categorii mai sărace, deoarece principalul motiv pentru a nu avea asigurare medicală a fost șomajul (56,7%), urmat de insuficiența banilor pentru a cumpăra asigurare medicală (15,6%). Din ei:

- 92,2% din capii gospodăriilor casnice au studii secundare sau profesionale sau un nivel mai mic
- 90,3% sunt distribuite uniform în trei regiuni ale țării și 9,7% din gospodăriile casnice sunt din Chișinău
- 76,1% locuiesc în spațiul rural
- 72,3% sunt din chintilele socio-economice de jos
- 62,0% au vârsta cuprinsă între 15 și 49 ani
- 51,4% sunt din gospodării casnice cu copiii.

Accesul financiar general, măsurat prin experiența cumulativă a membrilor gospodăriilor casnice de a renunța în totalitate sau parțial la îngrijiri medicale în ultimele 12 luni, a demonstrat că 75,6% din gospodăriile casnice au un acces financiar adecvat, 18,9% din gospodării au o inaccesibilitate financiară redusă și 5,2% au o inaccesibilitate financiară totală. Acoperirea cu asigurare medicală nu asigură un acces financiar complet adecvat. Cele mai vulnerabile gospodării casnice și membri ai gospodăriilor casnice sunt:

- Cei cu vârstă înaintată (29,5% pentru cei de peste 60 de ani cu acces redus sau nu au acces).
- Cea mai săracă chintilă (29,1% au acces redus sau nu au acces).
- Nivel jos de studii al capului familiei (29,1% din gospodăriile casnice în care capul familiei au studii medii au acces redus sau nu au acces).
- Gospodăriile casnice rurale (24,2% au acces redus sau nu au acces).

Cheltuielile medicale directe continuă să fie mari în Republica Moldova. Cheltuielile direct din buzunar au fost descrise în baza ultimului caz de îmbolnăvire în gospodăria casnică în ultimele patru săptămâni înainte de interviu. În pofida introducerii sistemului de asigurare medicală, cheltuielile directe sunt aproape universale la orice nivel de asistență medicală:

- 88,7% au avut cheltuieli directe pentru auto-tratament și tratament la domiciliu
- 90,6% au suportat cheltuieli directe la accesarea AMP la ultimul caz de îmbolnăvire
- 96,9% au suportat cheltuieli directe la accesarea îngrijirii specialistului
- 76,5% au suportat cheltuieli directe pentru orice categorie în timpul spitalizării.

În medie, cheltuielile direct din buzunar (CDB) pentru tratament, indiferent de tipul tratamentului și nivelul de îngrijire au fost de 682 MDL. S-au observat diferențe importante după:

- **Regiune:** cele mai mici pentru respondenții din sud - 513 MDL și cele mai înalte în Chișinău - 726 MDL
- **Nivel de bunăstare:** 485 MDL în cea mai săracă chintilă în comparație cu 720 MDL în cea mai bogată chintilă

- **Acoperirea cu asigurare medicală:** 593 MDL pentru cei asigurați și 832 MDL pentru cei neasigurați.
- **Gravitatea bolii:** 239 MDL pentru boli de gravitate ușoară, 500 MDL – pentru boli de gravitate moderată și 906 MDL – pentru boli gravitate severă.
- **Tipul maladiei:** cele mai mici pentru afecțiuni respiratorii (341 MDL) și cele mai mari pentru cei cu maladii oncologice - 2440 MDL și afecțiuni ginecologice/obstetrice - 1164 MDL.
- **Prezența copiilor în gospodărie:** 688 MDL pentru gospodăriile casnice fără copii și 392 MDL – pentru gospodăriile casnice cu copiii.

CDB cresc odată cu nivelul de îngrijire medicală accesat:

- 490 MDL - pentru auto-tratament și tratament la domiciliu
- 451 MDL – la nivelul medicinei primare
- 856 MDL – la nivelul specialistului în condiții de ambulatoriu
- 981 MDL – la nivel de spital¹

Cheltuielile directe pentru medicamente domină la toate nivelurile și sunt cele mai frecvente în peste 85% din cazuri pentru tratamentul la domiciliu, la centrele de medicină primară și specialiști și constituie una din cele mai mari cheltuieli la orice nivel. Suma medie variază între 395 MDL pentru auto-tratament și tratament la domiciliu și până la 611 MDL – la nivel de asistență specializată de ambulatoriu. Alte proceduri medicale recomandate pentru tratament sunt de asemenea costisitoare, cu 560 MDL la nivel de specialist și 692 MDL – la nivel de spital. Cheltuielile pentru analizele de laborator și diagnostic cresc odată cu nivelul accesat, de la 108 MDL la nivelul AMP, 261 MDL – la nivel de medic specialist și 419 MDL – la nivel de spital.

Cele mai mici cheltuieli directe atât după frecvență cât și sumă, sunt plățile pentru consultarea medicului, variind între 5,5% și o medie de 125 MDL – la nivel de AMP, până la 39,5% și 119 MDL – la nivel de specialist și 16,3% și 461 MDL – la nivel de spital.

Polița de asigurare medicală nu oferă protecție financiară semnificativă pentru cumpărarea medicamentelor prescrise la nivelul asistenței medicale primare și specializate de ambulator:

- La nivel de tratament realizat la domiciliu, asigurarea medicală acoperă întregul cost al medicamentelor doar pentru 6,6% și parțial pentru 18,7% și nu acoperă costul medicamentelor pentru 74,2% din cei tratați la domiciliu (cei tratați la domiciliu după o consultare medicală oficială). Asigurarea medicală nu oferă o protecție financiară semnificativă pentru medicamentele prescrise. Costul mediului personal pentru medicamente a fost de 374,8 MDL pentru membrii asigurați ai gospodăriilor casnice și 504,4 MDL – pentru cei neasigurați.

¹ În chestionar nu a fost inclusă întrebarea cu privire la suma cheltuielilor pentru medicamente la nivel de spital. Prin urmare, cheltuielile totale la nivel de spital sunt raportate incomplet.

- La nivel de asistență medicală primară, asigurarea medicală acoperă toate costurile doar pentru 5,8%, parțial – pentru 31,1% și nu acoperă costul medicamentelor prescrise pentru 62,6%. Costul mediu al cheltuielilor personale pentru medicamente a fost de 413 MDL pentru membrii asigurați ai gospodăriilor casnice și 386 MDL – pentru cei neasigurați.
- La nivel de specialist, costul mediu al cheltuielilor personale pentru medicamente a fost de 644 MDL pentru membrii asigurați ai gospodăriei casnice și 490 MDL – pentru cei neasigurați.

Tendențele cheie în anul 2012 în comparație cu anul 2000

- Accesul geografic în anul 2012 a fost la același nivel ca în anul 2000, majoritatea gospodăriilor casnice având nevoie de mai puțin de o oră pentru a ajunge la cea mai apropiată instituție medicală.
- Se remarcă o îmbunătățire semnificativă a accesibilității financiare generale și specifice a serviciilor medicale și majorarea semnificativă a accesibilității financiare pentru chintilele cele mai sărace în comparație cu chintilele mai bogate.
- În același timp, frecvența cheltuielilor direct din buzunar nu s-a redus și protecția financiară este legată de îmbunătățirea generală a situației economice a gospodăriilor.
- Acoperirea cu asigurare medicală nu oferă protecție financiară suficientă în ceea ce privește cheltuielile pentru medicamente la nivelul AMP și specializate de ambulatoriu.
- Metodele de solicitare a serviciilor medicale nu s-au schimbat în această perioadă din punct de vedere al nivelului asistenței medicale accesate, în pofida așteptării că după introducerea funcției de portar al AMP și a stimulentei financiare, se vor reduce adresările la asistență specializată și la servicii spitalicești.
- Sistemul de asigurare medicală oferă cea mai mare protecție financiară la nivel spitalicesc, deoarece anume la acest nivel este cel mai mic procent de pacienți care au suportat cheltuieli directe și suma totală medie se pare că s-a majorat mai puțin dramatic în comparație anul 2000. Această situație creează stimulente distorsionate în sistemul de asistență medicală, deoarece face ca serviciile spitalicești să fie mai solicitate și apreciate și nu stimulează populația să utilizeze asistența medicală primară.
- Utilizatorii serviciilor medicale continuă să aprecieze serviciile asistenței medicale specializate și să displacă funcția de "portar" al medicinei primare pentru obținerea îndreptărilor la medici specialiști și la spitale: pacienții evită AMP, adresându-se direct la spital sau prin spitalizări de urgență. În același timp, oamenii care au posibilitatea de a plăti direct pentru accesul în spital și asistența medicilor specializați le percep ca fiind de calitate mai înaltă, iar cei care utilizează polița de asigurare obligatorie medicală și se conformează sistemului oficial de îndreptare sunt mai nesatisfăcuți din cauza timpului de așteptare și calitatea îngrijirilor la nivelul AMP.

INTRODUCERE

Acest raport prezintă constatările și rezultatele Sondajului cu privire la Accesul la Serviciile Sănătate din 2012, un modul colectat în timpul Sondajului cu Indicatori Multipli în Cuiburi, care a fost realizat în Moldova în anul 2012 de către Centrul Național de Sănătate Publică al Ministerului Sănătății cu susținerea UNICEF și în colaborare cu Biroul Național de Statistică, Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, Ministerul Educației, Centrul Național de Management în Sănătate, și Centrul Național de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală. Fondul Națiunilor Unite pentru Copiii (UNICEF) a acordat sprijin financiar și tehnic împreună cu Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare, care au acordat suport financiar adițional. MICS a fost elaborat pentru colectarea estimărilor robuste din punct de vedere statistic și comparabile la nivel internațional ale indicatorilor cheie, care sunt utilizați pentru a evalua situația copiilor și femeilor în domeniile sănătății, educației, protecției copiilor și HIV/SIDA. Eșantionul inițial pentru sondajul MICS IV a fost de 12.000 gospodării casnice de pe întreg teritoriul al Republicii Moldova.

Primul studiu cu privire la accesul la serviciile medicale din anul 2000 a fost efectuat în cadrul Rundei II a studiului MICS 2000. Rezultatele primului studiu cu privire la accesul la serviciile medicale au fost utilizate de politicieni pentru a îmbunătăți accesul la serviciile medicale, inclusiv implementarea asigurării medicale obligatorii. Pentru a evalua progresul în accesul la serviciilor de sănătate, inclusiv a sănătății mamei și copilului, modulul de acces la serviciile medicale a fost adăugat la Runda IV a Sondajului MICS.

Rezultatele modulului cu privire la accesul la sănătate vor fi utilizate de Guvern pentru a evalua accesul și eficiența serviciilor de îngrijire a sănătății din perspectiva echității, datele fiind dezagregate după regiuni geografice și aspecte sociale și vor servi drept bază pentru elaborarea strategiilor de reducere a diferențelor în accesul la serviciile de îngrijire a sănătății.

Scopul general a fost de a evalua accesul la serviciile de îngrijire a sănătății, inclusiv auto-tratament medicamentos, accesul la asistența medicală primară, accesul la serviciile medicale specializate și serviciile spitalicești cu accent pe echitate.

SASS 2012 are trei obiective:

- Măsurarea accesului financiar și nefinanciar la serviciile medicale și protecția financiară a populației Republicii Moldova în baza variabilelor cheie: rural/urban, regiune, statut socioeconomic, nivelul studiilor, numărul membrilor gospodăriei casnice, genul și vârsta capului familiei.
- Măsurarea cheltuielilor gospodăriilor casnice pentru sănătate în baza caracteristicilor gospodăriilor casnice și tipului de tratament: auto-tratament medicamentos, nivelul asistenței medicale primare, nivelul medicilor specialiști de ambulatoriu și nivelul de spital).
- Date comparative pentru principalii indicatori în comparație cu sondajul de referință din 2000 cu privire la accesul la serviciile de sănătate.

CADRUL TANAHASHI

PENTRU ACCESUL LA SERVICIILE MEDICALE

Dimensiunile cadrului Tanahashi pentru acoperire eficace susțin analiza constatărilor SASS 2012. Tanahashi a propus cinci dimensiuni de măsurare a acoperirii bazate pe cadrul conceptual: disponibilitatea, accesibilitatea, acceptabilitatea, contactul și eficacitatea acoperirii (Tanahashi 1978). Când a fost posibil, luând în considerație caracterul comparativ al modulului elaborat în anul 2000, rezultatele SASS 2012 au examinat anumite dimensiuni ale cadrului Tanahashi aplicat și sunt prezentate separat în secțiunea despre rezultate. Următorul text subliniază unele aspecte asociate cu aceste domenii și dimensiunile colectate în cadrul SASS 2012 și MICS 2012.

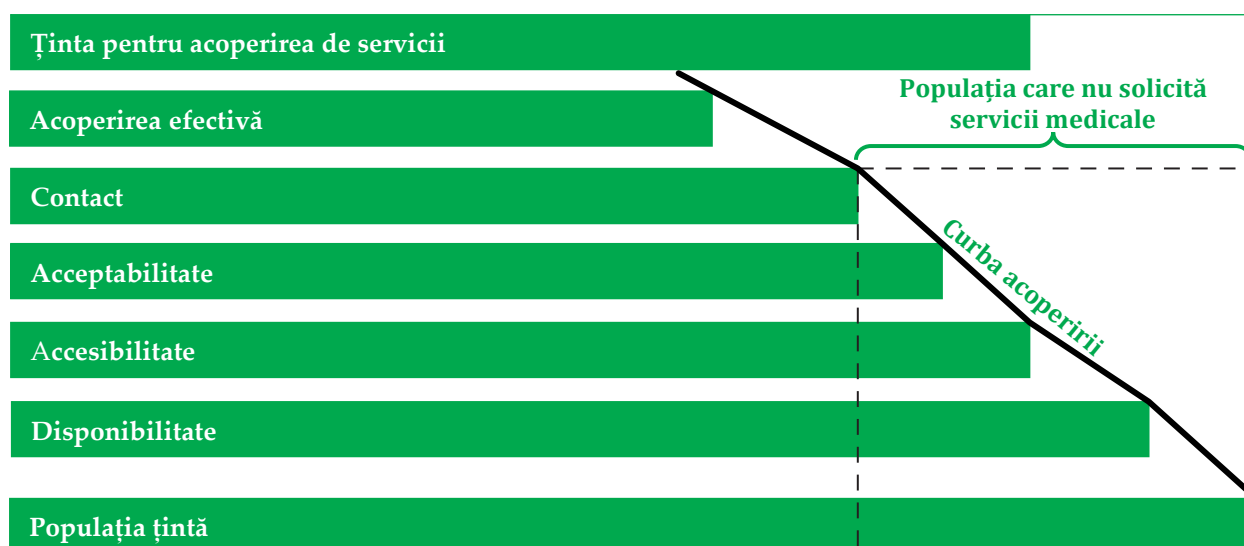


Figura 1: **Cadrul Tanahashi pentru acoperirea efectivă cu servicii de sănătate**
Sursa: adaptat din figura publicată în *Bariere și factorii facilitatori ale accesului la serviciile medicale din Republica Moldova, Biroul regional OMS pentru Europa, 2012 (p. 5)*, bazat pe figura originală din Tanahashi, 1978, adaptată de autori, inclusiv personalul Centrului PAS.

1. Disponibilitate: Raportul între disponibilitatea resurselor – personal, instituții, medicamente - și mărimea populației țintă permite măsurarea disponibilitatea (Tanahashi, 1978). Se iau în considerație resursele disponibile pentru efectuarea unei intervenții și suficiența lor. Disponibilitatea măsoară capacitatea unui sistem de ocrotire a sănătății în relație cu mărimea populației țintă sau, ideal, populația care are această necesitate.

2. Accesibilitate: Conform definiției Tanahashi, chiar dacă un serviciu este disponibil, el trebuie să fie amplasat la o distanță rezonabilă de la cei care trebuie să beneficieze de acest serviciu. (Tanahashi, 1978) Există două dimensiuni de bază ale accesibilității: accesul fizic și accesul financiar. În ce privește dimensiunea fizică, accesul poate fi împiedicat dacă

resursele sunt disponibile, dar amplasate incomod, adică, distanța până la prestatorul de servicii medicale este un puternic factor de accesibilitate și timpul de deplasare până la o instituție medicală pentru a accesa serviciile și timpul de așteptare pentru a vedea un specialist medical. A doua dimensiune principală este bariera financiară la acces sau accesibilitatea financiară. S-a demonstrat că plățile directe și cheltuielile de transport au un impact negativ asupra accesului la serviciile medicale, făcându-le inaccesibile pentru gospodăriile casnice sărace și vulnerabile. Cheltuielile personale/neoficiale pentru serviciile de sănătate ca și pondere din cheltuielile totale pentru sănătate și ponderea populației care suferă din cauza cheltuielilor pentru sănătate catastrofice pot fi utilizate în calitate de indicatori pentru măsurarea barierelor financiare pentru accesibilitate.

3. Acceptabilitate: Tanahashi definește acceptabilitatea ca capacitatea serviciilor medicale de a fi atrăgătoare și solicitate de cetățeni (Tanahashi, 1978). Chiar dacă resursele sunt disponibile și accesibile, ele pot să nu fie utilizate, dacă populația nu le acceptă. Acceptabilitatea include factori nefinanciari cum ar fi cultura, credința, religia, servicii adecvate vârstei și sexului și confidențialitatea; precum și aspecte de accesibilitate financiară, care sunt legate de percepțiile oamenilor legate de valoarea serviciilor medicale. Acceptabilitatea este influențată de percepțiile populației și astfel de așteptări față de serviciile medicale cum ar fi costurile anticipate, eficacitatea și calitatea îngrijirii; viziunile religioase și credințele personale. Deseori, ele sunt bazate pe experiența și interacțiunile precedente cu personalul medical. Atitudinea discriminatorie a personalului medical față de anumite grupuri ale populației (de exemplu, grupurile excluse din societate) pot crea bariere sistemice spre îngrijirea medicală acceptabilă pentru astfel de grupuri.

4. Contact: Se definește ca și contactul efectiv între prestatorul de servicii și utilizator. Numărul de persoane care au contactat un serviciu este unitatea de măsură a serviciilor prestate (Tanahashi, 1978). Este similar cu 'utilizarea serviciilor'.

5. Acoperirea efectivă: Contactul între prestatorul de servicii și utilizator nu duce întotdeauna spre intervenții de succes de către programele medicale sau servicii eficiente. Cadrul Tanahashi definește eficiența acoperirii ca proporția populației care are nevoie de intervenții, care a beneficiat de o intervenție eficientă (Tanahashi, 1978). Pentru intervențiile medicale care necesită o singură acțiune, contactul ar putea fi aproape echivalent cu eficacitatea acoperirii. Pentru alte intervenții (tratamentul bolilor cronice), eficacitatea poate necesita exactitatea diagnosticului, respectarea de către prestatorul de servicii medicale a tratamentului bazat pe dovezi, 'continuitatea' accesului pacientului, îndreptări eficiente și respectarea tratamentului și reabilitării prescrise.

Tabelul de mai jos prezintă un rezumat al indicatorilor colectați de SAMS 2012 în baza dimensiunilor Tanahashi de acoperire și categoriile populației pentru care fiecare categorie este relevantă.

Tabelul 1: Indicatorii colecții de SASS 2012 și MICS 2012 relevanți pentru măsurarea acoperirii cu servicii de sănătate conform cadrului Tanahashi

Dimensiune/aspect	Indicator	Categoria de populație
Disponibilitatea		
	Cunoașterea unei instituții unde se testează la HIV (%)	Bărbați
	Cunoașterea unei instituții unde se testează la HIV (%)	Femei
Accesibilitatea		
Accesibilitate geografică		
Distanța de deplasare	Distanța până la cea mai apropiată instituție medicală	Populație generală
	Distanța medie parcursă până la cea mai apropiată instituție de AMP la ultimul caz de îmbolnăvire (km)	Populație generală
	Distanța medie parcursă până la specialistul medical la ultimul caz de îmbolnăvire (km)	Populație generală
	Distanța medie parcursă până la spital la ultimul caz de îmbolnăvire (km)	Populație generală
Durata de deplasare	Timpul mediu necesar pentru a ajunge la cea mai apropiată instituție medicală	Populație generală
	Durata medie pentru deplasarea către instituția de AMP la ultimul caz de îmbolnăvire (minute)	Populație generală
	Durata medie pentru deplasarea către specialistul medical la ultimul caz de îmbolnăvire (minute)	Populație generală
Timpul de așteptare	Durata medie pentru deplasarea la spital la ultimul caz de îmbolnăvire (minute)	Populație generală
	Timpul de așteptare la instituția de AMP pentru a consulta un medic la ultimul caz de îmbolnăvire (minute)	Populație generală
	Timpul de așteptare între îndreptare și spitalizare la ultimul caz de îmbolnăvire (zile)	Populație generală
	Timpul de așteptare la spital pentru a fi admis în salonul de spital la ultimul caz de îmbolnăvire (minute)	Populație generală
Accesibilitate financiară		
Acoperire cu asigurare medicală	Proporția membrilor gospodăriilor casnice care au asigurare medicală	Populație generală
	Proporția membrilor gospodăriilor casnice care au renunțat la asistență medicală în ultimele 12 luni din cauza costurilor anticipate	Populație generală
	Proporția membrilor gospodăriilor casnice cu afecțiuni cronice care	Populație generală cu afecțiuni cronice
Renunțarea la îngrijiri medicale din cauza costurilor anticipate	au renunțat la îngrijire medicală în ultimele 12 luni din cauza costurilor anticipate	
	Proporția membrilor gospodăriilor casnice care au renunțat la îngrijire medicală la ultimul caz de îmbolnăvire din cauza lipsei asigurării medicale	Populație generală
	Proporția membrilor gospodăriilor casnice care nu au solicitat îngrijire medicală la ultimul caz de îmbolnăvire din cauza costurilor anticipate	Populație generală

Accesul populației din Republica Moldova la serviciile de sănătate

Dimensiune/aspect	Indicator	Categoria de populație
Plăți direct din buzunar	Proporția membrilor gospodăriilor casnice care au făcut plăți personale/neoficiale la nivelul instituției de AMP la ultimul caz de îmbolnăvire	Populație generală
	Proporția membrilor gospodăriilor casnice care au făcut plăți personale/neoficiale la consultarea unui specialist la ultimul caz de îmbolnăvire	Populație generală
	Proporția membrilor gospodăriilor casnice care au făcut plăți neoficiale/personale la ultima spitalizare	Populație generală
Acceptabilitate		
Percepția calității serviciilor drept joasă	Proporția membrilor gospodăriilor casnice care nu au solicitat îngrijire medicală la ultimul caz de îmbolnăvire din cauza percepției a unei calități rele ale serviciilor de sănătate	Populație generală
Lipsă încrederii în prestatorii de servicii	Proporția membrilor gospodăriilor casnice care nu au solicitat îngrijire medicală la ultimul caz de îmbolnăvire pentru că nu au încredere în medici	Populație generală
Contact		
Utilizarea generală a serviciilor medicale	Utilizarea serviciilor medicale de membrii gospodăriei cu boli cronice	Populație generală cu boli cronice
	Utilizarea serviciilor medicale la ultimul caz de îmbolnăvire, indiferent de nivel	Populație generală
	Utilizarea serviciilor medicale la ultimul caz de îmbolnăvire la nivel de instituție de AMP	Populație generală
	Utilizarea serviciilor medicale la ultimul caz de îmbolnăvire la nivel de specialist (%)	Populație generală
	Solicitarea serviciilor medicale la ultimul caz de îmbolnăvire la nivel de spital (%)	Populație generală
Utilizarea serviciilor medicale specializate	Solicitarea îngrijirii medicale pentru suspiciune de pneumonie (%)	Copii
	Testarea HIV cel puțin o dată în timpul ultimei sarcini (%)	Femei însărcinate
Acoperirea efectivă		
Servicii de prevenire	Control profilactic anual	Populație generală
	Examinarea fizică a tiroidei	Populație generală
	Măsurarea acuității vizuale	Populație generală
	Măsurarea tensiunii sanguine	Populație generală
	Microradiografie	Populație generală
	Tonometrie oculară	Populație generală
	Acoperirea cu imunizare contra tuberculozei (la naștere, %)	Copii, 15-26 luni
Acoperirea cu imunizare contra poliomielitei (3 doze, %)	Copii, 15-26 luni	
Acoperirea cu imunizare contra difteriei, tusei convulsive și tetanosului (3 doze, %)	Copii, 15-26 luni	
Acoperirea cu imunizare contra hepatitei B (3 doze, %)	Copii	
Acoperire eficace pentru bolile copilăriei	Terapia de rehidratare orală și continuarea alimentării	Copii
	Tratament cu antibiotice la suspectarea pneumoniei	Copii

Dimensiune/aspect	Indicator	Categoria de populație
Utilizarea eficace a contracepției	Necesitatea satisfăcută în contracepție	Femei de vârstă reproductivă
Acoperirea cu servicii prenatale	Acoperirea cu servicii prenatale – cel puțin 4 vizite	Femei însărcinate
Managementul anemiei antenatale	Proporția femeilor care au luat suplimente cu fier pentru a preveni anemia	Femei însărcinate
	Numărul mediu de zile de administrare a suplimentelor cu fier	Femei însărcinate
Utilizarea prenatală a acidului folic	Proporția femeilor care au luat acid folic pentru a preveni spina bifida la copiii în primele 3 luni ale sarcinii	Femei însărcinate
	Proporția femeilor care au luat acid folic pentru a preveni spina bifida la copiii timp de cel puțin 45 de zile	Femei însărcinate
Nașteri la maternitate	Nașteri la maternitate	Femei însărcinate
Evaluarea postnatală a sănătății	Aflarea după naștere în instituții medicale	Femei însărcinate
	Evaluarea postnatală a sănătății noului născut	Copii
	Evaluarea postnatală a sănătății mamei	Femei însărcinate

I. METODOLOGIA

Eșantionarea și metodologia studiului cantitativ

Eșantionarea

Eșantionul pentru SASS 2012 este bazat pe MICS Moldova 2012. El a fost elaborat pentru a oferi estimări pentru mai mult de 200 de indicatori cu privire la situația copiilor, femeilor și bărbaților la nivel național, pentru zonele urbane și rurale, și pentru diferite regiuni: nord, centru și sud și Chișinău.

În fiecare regiune au fost identificate straturi de eșantionare în localitățile urbane și rurale și eșantionul a fost selectat în două etape. Luând în considerație că toate materialele cartografice de la ultimul recensământ din 2004 au fost distruse, prima etapă a implicat lucrul cu același eșantion probabilistic utilizat pentru studiul demografic și al sănătății din anul 2005 (SDS Moldova 2005), iar la a doua etapă s-a selectat un eșantion probabilistic de gospodării casnice din fiecare Unitate Primară de Eșantionare (UPE).

Populația de referință a fost populația din gospodăriile casnice care locuiește în unitățile teritorial-administrative ale Moldovei de pe malul drept al râului Nistru, oferind acoperire a întregului teritoriu al țării, cu excepția teritoriilor de pe malul stâng al Nistrului (Transnistria). Sondajul este reprezentativ atât la nivel național și – similar cu SDS Moldova 2005 – pentru spațiul rural și urban (straturi), și de asemenea include patru regiuni geografice (domenii): Nord, Centru, Sud și Chișinău.

UPE utilizată este identică cu cea utilizată pentru SDS Moldova 2005, împărțită în 400 sectoare de recensământ în total. De remarcat că cadrul de eșantionare pentru prima etapă de eșantionare a SDS 2005 a fost elaborat cu includerea tuturor sectoarelor recensământului și a inclus o listă generată electronică a acestora, cu variabilele anexate pentru identificarea lor în recensământul populației din 2004, regiunea și aria corespunzătoare de reședință, precum și mărimea lor, exprimată în număr de persoane.

Eșantionul final de circa 12500 gospodării casnice a fost obținut prin selectarea a 30 de gospodării casnice din fiecare din cele 400 UPE (167 din stratul rural + 233 din stratul urban) selectate la prima etapă a eșantionării.

A doua etapă a eșantionării a constat din actualizarea listelor gospodăriilor casnice din fiecare UPE (sau cuiburi) din eșantionul selectat la prima etapă. Luând în considerație perioada destul de lungă de timp trecută de la recensământul populației din 2004, listele de gospodării casnice au fost actualizate la etapa de listare și cartografiere, care a avut loc în perioada 19 iulie – 25 septembrie 2011, astfel excluzându-se gospodăriile casnice nelocuite, pentru a evita supra-acoperirea, și incluzându-se gospodăriile casnice noi, pentru a

evita sub-acoperirea. Un set de hărți actualizate detaliate au fost pregătite ulterior pentru a ajuta la localizarea tuturor sectoarelor de recensământ selectate pentru eșantion și a delimita frontierele lor cu exactitate, astfel asigurând includerea tuturor gospodăriilor casnice în cadrul eșantionului. Gospodăriile casnice identificate în baza listelor au servit drept unități finale de eșantionare pentru populația de referință definită drept "gospodărie casnică".

La prima etapă de eșantionare, cuiburile au fost selectate sistematic pentru fiecare strat cu o probabilitate proporțională cu mărimea (populația țării conform Recensământului populației din 2004). Înainte de selectare, sectoarele de recensământ din fiecare strat au fost ordonate geografic de la nord la sud pentru a introduce o stratificare geografică implicită adițională. La a doua etapă de eșantionare realizată în octombrie 2011, un eșantion de 30 de gospodării casnice a fost selectat din fiecare UPE (cuib/cluster). Selectarea s-a bazat pe listele gospodăriilor casnice compilate în timpul procesului de actualizare (listare) cu utilizarea metodei selecției sistematice simple.

Distribuirea eșantioanelor UPS a fost invers proporțională cu numărul populației din fiecare strat, luând în considerație că rata de participare și mărimea gospodăriilor casnice sunt de obicei mai mici în localitățile urbane decât în cele rurale. Astfel, în SDS Moldova 2005 și ulterior, în MICS Moldova, eșantionul de gospodării casnice nu este auto-ponderat. În lumina faptului că prima etapă de eșantionare a utilizat o metodă de selectare a sectoarelor de recensământ cu o probabilitate proporțională cu mărimea pentru fiecare strat, ulterior, au trebuit să se calculeze probabilitățile. Întreaga descriere a eșantionului poate fi găsită în raportul cu privire la MICS Moldova 2012 (CNSP, UNICEF 2014).

Caracteristicile generale ale chestionarului

În consultare cu experții naționali și internaționali pe marginea unui spectru larg de probleme, chestionarul pentru modulul MICS a fost ajustat la necesitățile țării pentru a păstra comparabilitatea cu sondajul de referință SAMS 2000 și a-l actualiza în baza celor mai bune practici de formulare a întrebărilor pentru măsurarea accesului. După ce membrii Comitetului de Coordonare au aprobat conținutul, chestionarele au fost traduse din engleză în rusă și română și ulterior au fost pre-testate (în română și rusă). După integrarea modulelor adiționale în chestionare, s-au realizat două runde de pre-testare a chestionarelor și măsurare în perioadele 14–25 noiembrie 2011 și 12–19 martie 2012.

Perioada de pre-testare a permis evaluarea tuturor aspectelor ale colectării datelor. Chestionarele și măsurările au fost testate/practicate în română și rusă în timpul sesiunilor de instruire (în sală și la centrele locale de sănătate) și în teren cu participarea a 208 gospodării casnice urbane și rurale, precum și în Chișinău și în regiunea Centru. În acest sens, în timpul perioadei de listare și conform cerințelor de listare standard, au fost selectate încă șapte clustere într-un eșantion non-MICS. Un număr de 33 de participanți în total au participat la pre-testare, din care 10 aveau experiență cu SDS Moldova 2005 și MICS Moldova 2000. Instruirea pentru participanți a inclus prezentări, lucru în grup, interviuri demonstrative, instruire în sală privind luarea măsurărilor antropometrice și a hemoglobinei și familiarizarea cu documentele utilizate pentru a înregistra datele privind imunizarea.

Rezultatele pre-testării au fost utilizate pentru a evalua durata interviurilor pentru fiecare chestionar, a ajusta și modifica conținutul și traducerea chestionarelor și a finaliza aranjamentele logistice. Chestionarul a făcut parte din Chestionarul gospodăriilor casnice. Chestionarul modulului de acces la servicii de sănătate utilizat în cadrul SASS 2012 este prezentat în Anexa 1.

Instruirea și lucrul în teren

Instruirea pentru lucrul în teren a durat 23 de zile (din care, 16 zile au fost utilizate pentru explicarea cadrului teoretic și lucrul practic în clasă, 4 zile au fost utilizate pentru practică în teren/pilotare), între 21 martie și 12 aprilie 2012. Instruirea a inclus prelegeri despre tehnicile de interviuare și conținutul chestionarelor, precum și grupuri de lucru pentru a acumula practică de punere a întrebărilor. Instruirea a inclus prezentări în clasă, interviuri înscenate și teste în scris. Instruirea personalului care urma să lucreze în teren pentru pre-testare și colectarea datelor a fost livrată în mare parte în România de Consultantul Național al UNICEF cu susținerea tehnică a coordonatorilor de teren și în colaborare cu Consultantul Regional MICS al UNICEF. Spre sfârșitul instruirii, participanții au petrecut 4 zile pilotând în teren, efectuând interviuri în română și rusă, precum și măsurările și testările prescrise de structura studiului, implicându-se, în același timp, în alte activități legate de lucrul în teren. Pilotarea s-a făcut pe 525 gospodării casnice din spațiul urban și rural din municipiul Chișinău și raioanele Strășeni și Ialoveni, selectate adițional pe baza unui eșantion non - MICS. În total s-au instruit 107 participanți în calitate de supraveghetori ai lucrului în teren, editori în teren/în oficiu, interviuatori și măsurători. Participanții selectați în calitate de supraveghetori și editori în teren au beneficiat de două zile adiționale de instruire cu privire la supravegherea lucrului în teren și redactarea chestionarelor. Datele au fost colectate de cincisprezece echipe; fiecare echipă a fost formată din 8 membri: 4 interviuatori (trei femei și un bărbat), un redactor, un măsurător, un șofer și un supraveghetor.

Consultantul național al UNICEF a coordonat și supravegheat toate activitățile în teren cu susținerea a doi coordonatori de teren și în colaborare cu echipa de directori MICS a Agenției de implementare. Evoluția activităților în teren a fost urmărită și supravegheată îndeaproape de Coordonatorul MICS al UNICEF Moldova și experții MICS ai Biroului regional al UNICEF, care au ajutat cu activitățile în teren și au evaluat regulat (aproximativ, o dată la trei săptămâni) tabelele de control al calității elaborate în baza ultimelor date din teren.

Colectarea datelor în teren a avut loc între 17 aprilie și 30 iunie 2012.

Procesarea datelor

Datele au fost introduse cu ajutorul softului CPro în 12 computere de către 12 operatori de introducere a datelor, care au fost instruiți în prealabil. Un supraveghetor și un expert în procesarea și analiza datelor erau responsabili pentru calitatea introducerii datelor. Chestionarele completate erau transmise în fiecare săptămână din teren la biroul CNSP din Chișinău pentru redactare adițională de către doi redactori din oficiu. Pentru a

asigura controlul calității, toate chestionarele erau introduse de două ori și se făceau verificări interne ale corectitudinii. S-au utilizat procedurile standard și programele elaborate în cadrul programului global MICS4 ajustate la chestionarele din Moldova. Procesarea datelor a început imediat după inițierea lucrului în teren pe 25 aprilie și a fost finalizată pe 10 iunie 2012; totuși, din cauza lipsei consistenței între datele introduse și datele efective din chestionare, perioada de procesare a datelor a fost extinsă până la 14 septembrie 2012.

Versiunea preliminară a bazei de date a fost transmisă Centrului PAS în 2013, care a început analiza datelor din bază. Versiunea finală a bazei de date a fost disponibilă în anul 2014 și a fost utilizată pentru a reface analiza datelor și a raportului și a a tabelelor. Datele au fost analizate cu ajutorul programului informațional *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versiunea 18. Pentru a menține consistența prezentării datelor și formatul tabelelor, versiunea finală a raportului cu privire la SASS 2012 a fost produsă după ce versiunea finală a MICS 2012 a fost disponibilă.

Modul de interpretare a tabelelor

- Asterisc în tabel indică că un procent sau cotă au fost suprimate pentru că se bazează pe mai puțin de 25 cazuri neponderate.
- Valorile în paranteze (cifra) indică că proporția se bazează pe 25–49 cazuri neponderate și trebuie tratate cu precauție.
- Grupurile de vârstă prezentate în acest raport includ acele persoane care au ajuns la vârsta indicată de limita de sus a grupului de vârstă, de exemplu, respondenții cu vârsta de 15-49 ani includ persoanele care au ajuns până la 49 de ani împliniți.

Revista literaturii de specialitate

S-a făcut evaluarea surselor bibliografice disponibile cu privire la accesul la servicii. Revista literaturii a urmărit scopul de a extrage principalele tendințe din 2000 încoace, pentru a adăuga dimensiunea temporală la tendințele observate în SASS 2012 și a găsi convergențele, consecvența sau diferențele de date cu alte studii similare, inclusiv modul sănătate al Sondajului național al bugetelor gospodăriilor casnice (SNBGC) 2008, 2010, 2012 și Accesul și calitatea serviciilor spitalicești în opinia populației Moldovei (ACSS) din anii 2011 și 2013 și altele. Sinteza este prezentată în secțiunea Discuții.

Cercetare calitativă

Componentul calitativ al studiului a inclus discuții de tip focus grup cu utilizatorii serviciilor medicale. Componentul calitativ pentru atitudinile și percepțiile populației față de accesibilitatea fizică și financiară a serviciilor medicale s-a realizat după analiza datelor, pentru a completa rezultatele SASS 2012. Obiectivele cercetării calitative au fost de a:

Accesul populației din Republica Moldova la serviciile de sănătate

- identifica barierele la accesul la ocrotirea sănătății percepute de populația social-vulnerabilă și a le caracteriza în relație cu disponibilitatea, accesibilitatea, acceptabilitatea, contactul și acoperirea efectivă;
- identifica percepțiile populației social vulnerabile a accesului la medicina primară, medicii specializați și îngrijire spitalicească;
- evidenția oportunitățile de îmbunătățire a echității accesului la servicii medicale de calitate.

Au fost organizate șase focus grupuri din următoarele categorii: asigurați urbani, asigurați rurali, migranți neasigurați, lucrători agricoli (cu poliță de asigurare procurată pe cont propriu și neasigurați), lucrători neoficiali (cu poliță de asigurare procurată pe cont propriu și neasigurați), Romi (asigurați și neasigurați). Fiecare focus-grup a constat în mediu din 6-8 participanți. Discuțiile focus grupurilor au fost înregistrate pe audio și transcrise, codate pentru conținutul descriptiv și utilizate pentru a complementa înțelegerea și a profunzime tendințelor observate în rezultatul sondajului.

II. ACOPERIREA EȘANTIONULUI ȘI CARACTERISTICILE GOSPODĂRIILOR CASNICE ȘI A RESPONDENȚILOR

Acoperirea eșantionului

Din totalul de 12528 gospodării casnice selectate pentru eșantion, 11657 erau locuite. Din ele, 11354 au fost intervievate cu succes, cu o rată de intervievare a gospodăriilor casnice de 97%. A fost identificate un număr de 6718 femei (cu vârsta de 15-49 ani) în aceste gospodării casnice. Rata de intervievare a gospodăriilor casnice este similară în regiuni, ajungând la circa 99%, cu excepția Chișinăului (93%), întrucât populația urbană este mai puțin dispusă să participe la interviuri. Diferențele din rata de intervievare pentru chestionarele pentru femei și bărbați sunt ne semnificative pentru diferite regiuni (Nord, Centru, Sud), dar sunt mai mici pentru femeile și bărbații din Chișinău cu cinci și șase puncte procentuale corespunzător. Ratele de intervievare pentru copiii sub cinci ani sunt de asemenea cu trei puncte procentuale mai mici în Chișinău, în comparație cu media pe țară. Trebuie de remarcat că ratele mai mici de 85% sunt înregistrate doar pentru bărbați. Acest rezultat este direct legat de emigrarea populației bărbătești (adică, absența bărbaților), din care o mare parte este plecată peste hotare.

Caracteristicile gospodăriilor casnice

Distribuția după gen și vârstă a populației intervievate este prezentată în Tabelul 2. Această distribuție a fost utilizată și pentru a produce piramida populației din Figura 2. În total, erau 28789 membri în cele 11354 gospodării casnice care au fost intervievate. Din ele, conform datelor ponderate, 13.515 au fost bărbați și 15.274 femei.

Tabelul 2: **Distribuția gospodăriilor casnice conform sexului și vârstei.**
Procentul distribuției populației după grupurile de vârstă cu interval de cinci ani, copii (0-17 ani) și adulți (de la 18 ani în sus) și sex

Variabile	Bărbați		Femei		Total		
	Nu- măr	%	Nu- măr	%	Numărul mem- brilor gospodă- riilor casnice	Procentul mem- brilor gospodă- riilor casnice	
Vârstă	0-4	997	7,4	952	62	1948	6,8
	5-9	876	6,5	851	5,6	1727	6,0
	10-14	873	6,5	795	5,2	1668	5,8

Accesul populației din Republica Moldova la serviciile de sănătate

Variabile	Bărbați		Femei		Total		
	Nu- măr	%	Nu- măr	%	Numărul mem- brilor gospodă- riilor casnice	Procentul mem- brilor gospodă- riilor casnice	
15-19	992	7,3	997	6,5	1989	6,9	
20-24	981	7,3	978	6,4	1959	6,8	
25-29	1 011	7,5	993	6,5	2004	7,0	
30-34	815	6,0	906	5,9	1721	6,0	
35-39	808	6,0	854	5,6	1663	5,8	
40-44	818	6,1	833	5,5	1651	5,7	
45-49	859	6,4	932	6,1	1792	6,2	
50-54	1 102	8,2	1315	8,6	2417	8,4	
55-59	1 069	7,9	1285	8,4	2354	8,2	
60-64	952	7,0	1240	8,1	2192	7,6	
65-69	425	3,1	613	4,0	1038	3,6	
70-74	420	3,1	730	4,8	1150	4,0	
75-79	289	2,1	475	3,1	765	2,7	
80-84	160	1,2	333	2,2	493	1,7	
85+	58	(0,4)	183	1,2	241	0,8	
Lipseasc/NS	7	(*)	10	(*)	17	(*)	
Grup de vârstă	0-14	2 746	20,3	2598	17,0	5344	18,6
	15-64	9 409	69,6	10333	67,6	19741	68,6
	65+	1 353	10,0	2333	15,3	3687	12,8
	Lipseasc/NS	7	(*)	(*)	,1	17	(*)
Copii și tineri	Copii cu vârsta de 0-17 ani	3 360	24,9	3153	20,6	6513	22,6
	Adulți de 18+ ani	10 147	75,1	12111	79,3	22258	77,3
	Lipseasc/NS	7	(*)	10	(*)	17	(*)
Total	13515	100,0	15274	100,0	28789	100,0	

Notă: (*) – cifrele sunt bazate pe mai puțin de 25 cazuri neponderate

Astfel, procentul respondenților bărbați (47%) din sondaj este mai mic decât procentul femeilor (53%). Ponderea copiilor cu vârsta de 0-17 ani a fost de 23%, iar al adulților de peste 18 ani de 77%. Copiii cu vârsta între 0-14 ani reprezintă 19% din sondaj, în timp ce persoanele de 15-64 ani reprezintă 69%. Grupul de populație de vârstă mai mare de 65 ani a ajuns la 13% .

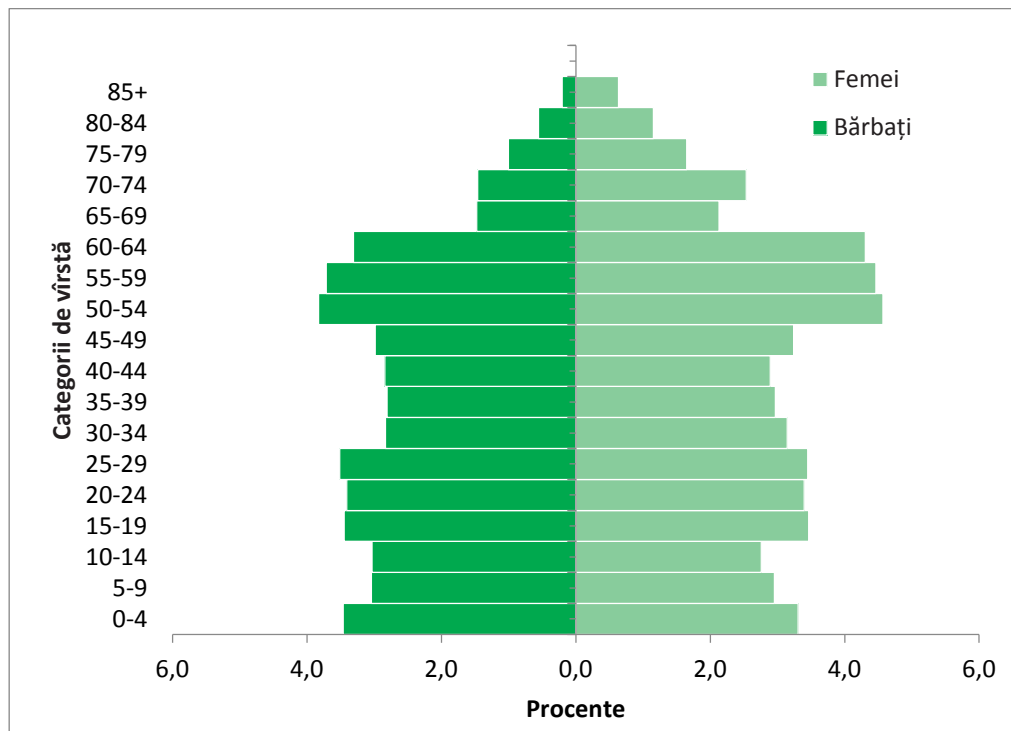


Figura 2: Distribuția procentuală a gospodăriilor casnice după grupurile de vârstă de cinci ani și gen, Moldova, 2012

Tabelul 3: Caracteristicile socio-demografice ale gospodăriilor casnice
Distribuția procentuală a gospodăriilor casnice conform caracteristicilor selectate, Moldova, 2012

		Procent ponderat	Numărul de gospodării casnice	
			Ponderat	Neponderat
Sexul capului gospodăriei casnice	Bărbat	36,0	4089	4187
	Femeie	64,0	7265	7167
Regiunea	Nord	32,7	3715	3439
	Centru	29,6	3359	2694
	Sud	18,4	2090	2093
	Chișinău	19,3	2190	3128
Localitatea	Urbană	38,3	4350	6415
	Rurală	61,7	7004	4939
Numărul membrilor gospodăriilor casnice	1	25,1	2850	2799
	2	31,6	3587	3558
	3	19,8	2252	2348
	4	15,5	1756	1772
	5	5,4	614	598
	6	1,7	196	188
	7	0,7	74	64
	8	(*)	14	15
	9	(*)	5	6
	10+	(*)	6	6
Nivelul studiilor capului gospodăriei casnice	Niciuna/Primare	6,0	677	563
	Secundare	40,2	4563	4193
	Învățământ profesional	35,6	4038	4058

Accesul populației din Republica Moldova la serviciile de sănătate

	Procent ponderat	Numărul de gospodării casnice		
		Ponderat	Neponderat	
	Superioare	16,8	1911	2381
	Lipsește/NS	1,5	165	159
Naționalitatea capului gospodăriei casnice	Moldovan/Român	79,5	9029	8548
	Rus	5,3	597	833
	Ucrainean	8,6	982	1079
	Rrom	0,6	67	75
	Găgăuz	3,6	410	477
	Alt grup etnic	2,4	269	342
	Total	100,0	11354	11354

Notă: (*) - cifrele sunt bazate pe mai puțin de 25 cazuri neponderate

Tabelul 4 prezintă informații despre componența gospodăriei casnice. În tabel se indică sexul capului familiei, regiunea, zona, numărul membrilor familiei, studiilor capului familiei și naționalitatea capului familiei. Aceste caracteristici sunt utilizate în tabelele următoare ale acestui raport. Astfel, 15% din gospodăriile casnice au cel puțin un copil de 0-4 ani, 36% au cel puțin un copil cu vârsta de 0-17 ani, 48% au cel puțin o femeie cu vârsta de 15-49 ani, și 43% au cel puțin un bărbat cu vârsta de 15-59 de ani. Mărimea medie a unei gospodării casnice la nivel național este de 2,5 persoane.

Tabelul 4: **Componența gospodăriilor casnice**

Distribuția procentuală și numărul gospodăriilor casnice după copiii eligibili, femei și bărbați, Moldova, 2012

	Procent ponderat	Numărul gospodăriilor casnice	
		Ponderat	Neponderat
Gospodării casnice cu cel puțin un copil de 0-4 ani	14,8	11354	11354
Gospodării casnice cu cel puțin un copil de 0-17 ani	36,3	11354	11354
Gospodării casnice cu cel puțin o femeie de 15-49 ani	47,6	11354	11354
Gospodării casnice cu cel puțin un bărbat de 15-49 ani	43,4	3699	3701
Mărimea medie a unei gospodării casnice (numărul mediu de persoane per gospodărie casnică)	2,5	11354	11354

Prevalența bolilor cronice și comportamentele de solicitare a serviciilor medicale de către gospodăriile casnice

O jumătate din membrii gospodăriilor casnice (49,9%) au raportat cel puțin o afecțiune cronică la momentul efectuării interviurilor, cu un procent mai mare în rândul femeilor decât a bărbaților (53,0% versus 42,0%), cu statut socioeconomic mai jos (57,6% la cea mai săracă chintilă în comparație cu 41,4% la cea mai bogată chintilă). După cum era de așteptat, prevalența bolilor cronice este direct proporțională cu vârsta: 73,6% printre cei cu vârsta mai mare de 60 de ani și 61,5% din cei cu vârsta de 50-59 ani au cel puțin o afecțiune cronică, în comparație cu 16,5% din categoria de vârstă de 15-29 ani și 26,4% dintre cei cu vârsta de 30 - 39 ani. Prevalența bolilor cronice, tipurile bolilor cronice și procentul celor care au solicitat asistență medicală pentru boala lor cronică sunt prezentate în Tabelul 5. Se atestă o diferență mare dintre ponderea constatată prin SASS2012 în comparație cu cea raportată în SNBGC 2012 de 33,1%.

Tabelul 5: Prevalența și tipul maladiilor cronice, și ponderea celor care au solicitat asistență medicală pentru maladiile lor cronice
Distribuția procentuală a membrilor gospodăriilor casnice care au o maladie cronică, tipul maladiei cronice (alegere multiplă pentru cei care au menționat cel puțin o boală cronică) și solicitarea asistenței medicale în ultimele 12 luni înainte de sondaj, Moldova 2012

	Au boală cronică	Dia- bet	Hiper- tensiune	Alte CV	Respi- ratorii	Diges- tive	Onco- logice	Ri- nichi	Neuro- logice	Osteo-ar- ticulare	Altele	Solicitat asist. medicală	Numă- rul
Genul													
Bărbați	42,0	8,4	33,5	14,4	12,3	20,2	(2,2)	5,7	8,3	21,9	11,4	74,7	3170
Femei	53,0	7,9	44,3	15,3	10,3	25,9	3,9	12,7	8,0	20,5	11,2	79,6	7998
Vârsta, ani													
15-24	16,5	*	*	*	*	*	*	(23,9)	*	*	(12,9)	73,8	1048
15-19	20,0	*	*	*	*	8	*	*	*	*	*	86,1	345
20-24	14,8	*	*	*	*	(20,4)	*	(27,1)	*	*	*	65,7	703
25-29	17,6	*	*	*	*	(27,9)	*	(22,6)	*	*	(16,6)	66,8	828
30-39	26,4	*	13,8	(6,5)	(9,4)	25,9	*	15,1	(10,4)	14,7	16,5	69,1	1565
40-49	41,9	(4,9)	24,1	8,6	10,4	30,8	(5,6)	13,2	9,3	15,0	17,7	74,6	1708
50-59	61,5	8,9	42,1	12,0	11,0	26,8	4,0	10,0	8,6	19,3	11,3	80,9	2524
60 +	73,6	9,7	54,0	20,9	11,1	21,4	2,9	9,0	6,8	26,0	8,1	80,5	3493
Regiunea													
Nord	54,9	7,4	43,9	16,9	9,6	23,3	2,9	10,5	9,1	23,7	10,4	78,8	3708
Centru	48,9	7,3	43,6	13,0	10,9	25,2	(3,4)	10,2	7,8	18,8	12,5	81,4	3343
Sud	49,4	10,2	39,3	13,0	10,7	22,7	(3,9)	10,4	7,1	20,7	11,1	75,3	2080
Chișinău	43,1	8,5	36,2	17,5	13,6	28,4	4,4	14,9	7,6	18,1	11,1	75,1	2125
Mediu de reședință													
Urban	48,2	10,1	39,2	15,5	13,0	26,3	3,8	12,0	7,3	19,0	11,4	76,1	4272
Rural	50,9	6,9	43,1	14,9	9,6	23,6	3,2	10,6	8,6	21,9	11,2	79,6	6984
Nivelul studiilor													
Niciunul/Primare	70,7	*	58,4	23,6	(9,9)	17,8	*	*	*	32,1	7,9	78,0	579
Secundare	49,5	8,6	44,2	15,0	9,8	22,1	3,4	9,4	9,6	21,1	(10,1)	79,4	4754

	Au boală cronică	Dia- bet	Hiper- tensiune	Alte CV	Respi- ratorii	Diges- tive	Onco- logice	Ri- nichi	Neuro- logice	Osteo-ar- ticulare	Altele	Solicitat asist. medicală	Numă- rul
Învățământ profesional	50,0	8,1	37,7	13,8	11,5	27,0	4,0	12,0	6,9	20,5	12,7	79,2	3596
Superioare	44,0	7,3	35,1	13,5	12,3	28,6	3,2	15,6	6,9	15,8	12,9	75,2	2125
Lipsește/NS	(65,2)	*	(48,2)	*	*	(28,9)	*	*	*	(24,3)	*	72,3	115
Moldovean/Român	48,7	7,6	41,7	14,3	10,0	24,5	3,3	10,3	8,5	21,6	11,2	79,7	8964
Rus	53,8	(9,8)	42,1	20,6	17,5	22,7	4,8	14,1	(6,4)	19,1	(11,1)	72,0	577
Ucrainean	55,8	8,9	43,8	21,3	11,0	26,0	*	12,1	(7,1)	17,6	12,3	75,3	974
Rrom	(56,9)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	(89,7)	66
Găgăuz	51,1	*	36,4	(9,7)	(13,2)	22,5	*	(18,2)	*	(17,6)	*	68,6	409
Alt grup etnic	55,9	11,1	38,3	(15,6)	(14,7)	25,8	*	(14,8)	*	(16,0)	*	72,5	265
Gospodării casnice	54,2	8,2	42,8	15,4	10,9	24,4	3,5	10,7	8,0	21,4	11,2	78,8	9599
Fără copii	24,6	*	27,0	(11,3)	(9,7)	27,6	*	16,9	(9,8)	13,4	(11,4)	72,3	1656
Cu copii	57,6	7,0	50,4	18,0	9,6	21,0	(2,5)	7,7	10,0	27,5	8,4	77,0	2812
Cea mai săracă	54,4	8,5	42,6	15,3	12,1	22,3	(3,1)	10,6	8,2	20,3	12,6	80,8	2211
A doua	46,2	7,7	37,6	12,5	9,2	26,7	(4,8)	11,6	6,8	17,4	12,1	80,5	2114
De mijloc	46,5	10,0	40,2	15,2	10,9	26,2	(3,4)	14,3	6,8	16,7	11,9	77,7	2120
A patra	41,4	7,5	30,0	12,2	13,3	30,5	(4,3)	14,3	7,2	17,4	13,1	75,5	1998
Cea mai bogată	55,8	8,7	44,4	16,3	11,1	23,9	3,5	11,2	8,0	21,4	10,8	81,0	8728
Da	29,5	*	23,8	(7,5)	8,9	28,8	3,0	10,8	(8,6)	16,8	14,1	61,0	2500
Nu	*	*	*	0	0	*	0	0	0	*	0	*	28
NS													
Total	49,9	8,1	41,7	15,1	10,8	24,6	3,5	11,1	8,1	20,8	11,3	78,3	11256

De departe, dintre gospodăriile casnice care au raportat o boală cronică neinfecțioasă (n=5,542), cea mai prevalentă afecțiune a fost hipertensiunea (41,7%), urmată de afecțiuni gastrointestinale (24,6%), osteo-articulare (20,8%), alte afecțiuni cardiovasculare (15,1%), renale (11,1%), afecțiuni respiratorii (10,8%), afecțiuni neurologice (8,1%) și alte afecțiuni (11,3%). Diabetul a fost menționat de 8,1%, iar 3,5% din respondenți au menționat maladii oncologice.

Din cei care au raportat o BCN, o cotă semnificativ mai mare de femei au menționat că au următoarele BCN:

- Hipertensiune: 44,3% de femei în comparație cu 33,5% de bărbați
- Boli cronice ale rinichilor: 12,7% de femei în comparație cu 5,7% de bărbați
- Boli cronice gastrointestinale: 25,9% de femei în comparație cu 20,2% de bărbați
- Cancer: 3,9% de femei în comparație cu 2,2% de bărbați
- Cota bărbaților este mai mare pentru următoarele boli:
- Condiții respiratorii cronice: 13,3% de bărbați în comparație cu 10,3% de femei
- Diabet: 8,4% de bărbați în comparație cu 7,9% de femei
- Pentru restul maladiilor diferențele în prevalență sunt mai mici: alte condiții cardiovasculare, neurologice și osteo-articulare.

Se observă o diferență după statutul socioeconomic pentru hipertensiune și alte afecțiuni cardiovasculare, unde prevalența descrește odată cu creșterea chintilei de bunăstare (50,4% din cea mai săracă chintilă în comparație cu 30,0% din cea mai bogată chintilă pentru hipertensiune și 18,0% din cea mai săracă chintilă în comparație cu 12,2% din cea mai bogată chintilă pentru alte maladii cardiovasculare). Diferențe mai mici s-au constatat între locuitorii mediului rural și urban.

Majoritatea respondenților (78,3%) au solicitat asistență medicală pentru boala lor cronică în ultimele 12 luni. Conform vârstei, tinerii adulți solicită asistență medicală cel mai rar (66,8% din cei cu vârsta de 25-29 ani și 69,1% din cei cu vârsta de 30-39 ani) și mai des solicită asistență medicală grupurile cu vârsta mai înaintată: 80,9% din cei cu vârsta de 50-59 ani și 80,5% din cei cu vârsta de peste 60 ani, iar cea mai mare rată este la cei cu vârsta de 15-19 ani – 86,1%. Un procent mai mare de femei (79,6%) în comparație cu bărbații (74,7%) a solicitat servicii medicale pentru BCN. Conform regiunilor, cel mai des solicită îngrijiri medicale locuitorii din Centru (81,4%) și cel mai puțin cei din Chișinău (75,3%). De asemenea, se observă diferențe după statutul de asigurare medicală: 81,0% din cei cu BCN care au asigurare medicală în comparație cu 61% din cei cu BCN care nu au asigurare medicală au accesat serviciile medicale în ultimele 12 luni.

Accesul geografic la serviciile medicale

Accesul geografic a fost măsurat, întrebând respondenții despre distanța la care se află cea mai apropiată instituție medicală de casa lor (în km) și timpul necesar pentru a ajunge la medicul de familie (în ore).

Majoritatea gospodăriilor casnice din Republica Moldova se află la o distanță de mai puțin de 5 km de la cea mai apropiată instituție medicală (97,1%), existând diferențe între mediul urban și cel rural (94,6% și 98,6% respectiv), din cauza distanțelor mai mari în orașe. După regiuni geografice, nu se observă diferențe semnificative, cu excepția orașului Chișinău, unde 92,4% au menționat că locuiesc la distanță de 5 km de cea mai apropiată instituție medicală.

Accesul geografic măsurat ca timpul necesar pentru a ajunge la medicul de familie este de asemenea înalt, deoarece pentru 96,4% din respondenți este necesar mai puțin de o oră pentru a ajunge la cea mai apropiată instituție medicală, fără diferențe importante între regiuni și locuitorii urbani și rurali. Accesul geografic se prezintă în Tabelul 6.

Tabelul 6: **Accesul geografic**

Distribuția procentuală a gospodăriilor casnice conform accesului geografic, măsurat în kilometri și timpul necesar pentru a ajunge la cea mai apropiată instituție de medicină primară, Moldova 2012

		Distanța până la cea mai apropiată instituție de AMP			Numărul gospodăriilor casnice (distanța)	Timpul mediu necesar pentru a ajunge la medicul de familie			Numărul gospodăriilor casnice (timpul)
		<5 km	>5 km	NS		Total	<1 oră	1-2 ore		>2 ore	Total
Regiunea	Nord	98,0	1,6	*	3708	96,1	3,2	*	3708
	Centru	98,6	1,2	*	3343	96,9	2,7	*	3343
	Sud	97,8	(1,8)	*	2080	95,8	3,8	*	2080
	Chișinău	92,4	6,2	1,4	2125	96,7	2,7	*	2124
Mediul de reședință	Urban	94,6	4,4	1,0	4272	96,7	2,9	(0,4)	4270
	Rural	98,6	1,2	*	6984	96,2	3,2	(0,6)	6984
Total		97,1	2,4	0,5	11256	96,4	3,1	(0,6)	11254

Acoperirea cu asigurare medicală

În total, 77,5% din respondenți au menționat că au asigurare medicală, în comparație cu 75,0% de persoane cu asigurare medicală raportate în Studiul Bugetelor Gospodăriilor Casnice din 2012 (SBGC 2012). Acoperirea cu asigurare medicală în funcție de diferite caracteristici este prezentată în tabelul și este în dependență de următorii factori:

- Vârsta (72,0% în grupul de vârstă de 15-24 ani, 65,8% în grupul de vârstă de 25 – 30 ani și cea mai mică acoperire cu 60,7% în grupul de vârstă de 30-39 ani în comparație cu 96,7% în grupul de vârstă de peste 60 de ani).

II. Acoperirea eșantionului și caracteristicile gospodăriilor casnice și a respondenților

- Sexul (71,9% la bărbați și 79,8% la femei).
- Mediul de reședință (72,5% din localitățile rurale în comparație cu 85,9% din localitățile urbane).
- Regiune (cea mai joasă în regiunea Centru (71,8%) și cea mai înaltă în Chișinău (88,3%).)
- Nivelul studiilor capului familiei (90,4% pentru cei cu studii universitare în comparație cu 70,6% pentru cei cu studii secundare și primare).
- Naționalitate (cea mai joasă în gospodăriile casnice rome (57,6%) și cea mai înaltă în gospodăriile casnice ruse (87,0%).)
- Existența copiilor (80,0% în gospodăriile casnice fără copii în comparație cu 63,6% în gospodăriile casnice cu copii).

Tabelul 7: **Acoperirea cu asigurare medicală**

Distribuția procentuală a gospodăriilor casnice după acoperirea cu asigurare medicală, Moldova 2012

		Asigurare medicală			Număr
		Da	Nu	NS	Total
Genul	Bărbați	71,9	27,7	*	3170
	Femei	79,8	20,0	*	7998
Vârsta, ani	15-24	72,0	27,1	*	1048
	15-19	74,5	23,5	*	345
	20-24	70,8	28,8	*	703
	25-29	65,8	34,2	*	828
	30-39	60,7	39,3	*	1565
	40-49	65,0	35,0	*	1708
	50-59	76,3	23,6	*	2524
	60 +	96,7	2,9	*	3493
Regiunea	Nord	78,4	21,3	*	3708
	Centru	71,8	28,1	*	3343
	Sud	74,3	25,5	*	2080
	Chișinău	88,3	11,4	*	2125
Mediul de reședință	Urban	85,9	14,0	*	4272
	Rural	72,5	27,3	*	6984
Nivelul studiilor	Fără/Primare	94,9	*	*	579
	Secundare	70,6	29,1	*	4754
	Învățământ profesional	76,1	23,8	*	3596
	Superioare	90,4	9,5	*	2125

Accesul populației din Republica Moldova la serviciile de sănătate

		Asigurare medicală			Număr
		Da	Nu	NS	Total
	Lipsește/NȘ	89,3	*	*	115
Naționalitatea	Moldovean/Român	76,5	23,3	*	8964
	Rus	87,0	12,8	*	577
	Ucrainean	82,6	16,9	*	974
	Rrom	(58,1)	(41,9)	*	66
	Găgăuz	76,4	23,1	*	409
	Alt grup etnic	80,6	18,9	*	265
	Gospodăria casnică	Fără copii	80,0	19,8	*	9599
Cu copii		63,6	36,3	*	1656
Chintilele de bunăstare	Cea mai săracă	75,2	24,4	*	2812
	A doua	72,7	27,1	*	2211
	De mijloc	74,5	25,2	*	2114
	A patra	80,7	19,1	*	2120
	Cea mai bogată	86,1	13,8	*	1998
Total		77,5	22,2	*	11256

Acoperirea cu asigurare medicală continuă să fie direct legată de statutul socioeconomic și diferența între cea mai săracă și cea mai bogate chintile pentru acoperirea cu asigurare medicală a fost de 10,9 puncte procentuale. (Figura 3)

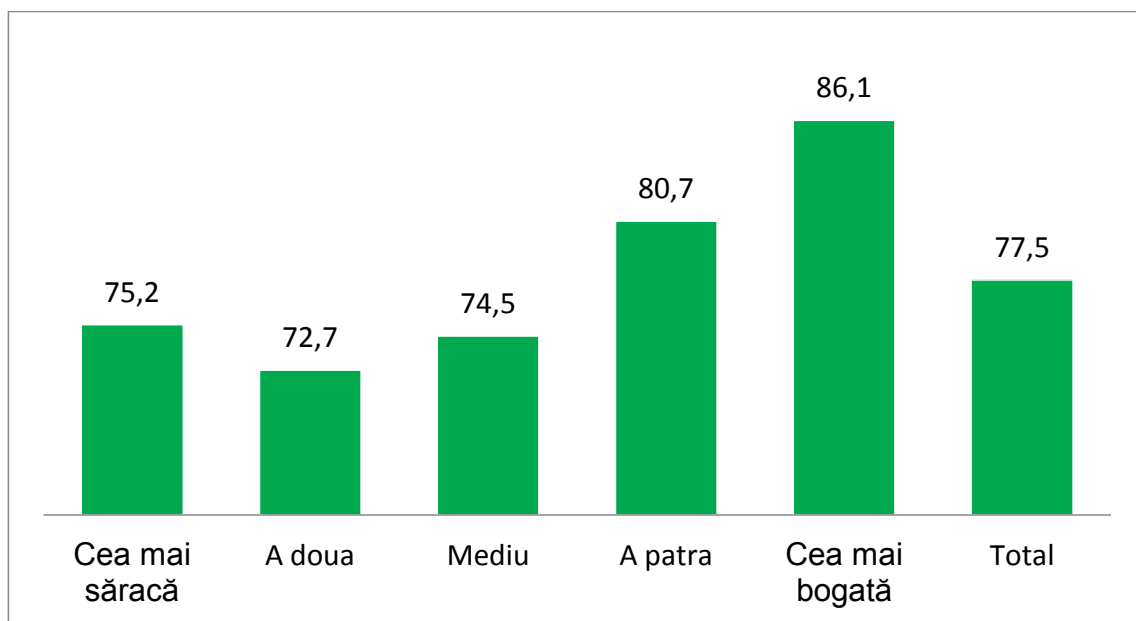


Figura 3: Distribuția acoperirea cu asigurare medicală conform chintilelor de bunăstare
 Distribuția procentuală a gospodăriilor casnice în funcție de acoperirea cu asigurare medicală după chintilele socioeconomice, Moldova 2012

Caracteristicile socio-demografice ale respondenților neasigurați

În total 2 500 respondenți au raportat că nu au asigurare medicală. Din ei:

- 92,2% au studii secundare sau profesionale sau de un nivel mai mic
- 90,3% sunt uniform distribuiți în cele trei regiuni ale țării și 9,7% din gospodăriile casnice sunt din Chișinău
- 76,1% locuiesc în spațiul rural
- 74,6% locuiesc în gospodării casnice conduse de bărbați
- 72,3% sunt din chintilele socioeconomice de jos
- 62,0% au vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani
- 51,4% sunt gospodării casnice cu copii

Motivele lipsei poliței de asigurare medicală

Respondenții au fost rugați să definească principalul motiv pentru care nu au asigurare medicală, alegând opțiunea dintr-o listă de răspunsuri. De departe, cele mai frecvente motive pentru a nu avea asigurare medicală sunt șomajul (56,7%) sau angajarea neoficială sau lucrul pe cont propriu (lucrători neoficiali – 10,1%, agricultori – 2,0% și emigranții pentru muncă – 3,0%), care ar trebui să procure anual din cont propriu polița de asigurare. Pe lângă aceasta, 15,3% din gospodăriile casnice consideră că este prea scump să procure polița de asigurare medicală din cont propriu.

Se observă diferențe importante după locul de trai, o cotă mai mare de locuitori rurali a menționat o rată mai mare de șomaj ca fiind motivul principal de a nu avea asigurare medicală (58,4% din locuitorii rurali în comparație cu 51,1% din locuitorii urbani). O proporție mai mare din respondenții urbani consideră că asigurarea medicală nu este utilă, deoarece ei vor trebui să plătească suplimentar direct din buzunarul propriu (6,4% din locuitorii urbani în comparație cu 1,7 din locuitorii rurali).

După statut socioeconomic, șomajul a fost menționat de o cotă mai mare a celei mai sărace chintile (59,1%), precum și de o proporție mare a celei mai bogate chintile (45,4%). Totodată, în timp ce 19,6% din cea mai săracă chintilă au menționat costul anual al poliței de asigurare fiind prea înalt, doar 7,8% din cea mai bogată chintilă au menționat același lucru. Motivele de a nu avea asigurare medicală obligatorie în funcție de caracteristici socio-demografice sunt prezentate în Tabelul 8.

Tabelul 8: **Motivele lipsei acoperirii cu poliță de asigurare medicală obligatorie**
Distribuția procentuală a gospodăriilor casnice după motivul de a nu avea asigurare medicală, Moldova 2012

	Șo- meri	Lucră- tori ne- oficiali	Luc- rători migranți	Luc- rători agricoli	Angajați pe cont propriu	Sunt sănă- tos	Prea scump	Inutil / Va tre- bui să plătesc suplimentar	Un alt tip de asigura- re medicală	Al- tele	Nu știu	Nu- mă- rul
Genul												
Bărbați	52,9	11,8	4,8	*	*	7,5	11,8	(3,1)	*	*	*	880
Femei	59,0	8,9	2,2	*	*	4,2	17,2	2,7	*	(2,7)	*	1598
Vârsta, ani												
15-24	58,4	(11,9)	2,0	*	*	*	*	*	*	*	*	284
15-19	(58,0)	*	1,7	*	*	*	*	*	*	*	*	81
20-24	58,6	*	2,2	*	*	*	*	*	*	*	*	203
25-29	63,6	*	3,6	*	*	*	(11,3)	*	*	*	*	283
30-39	54,4	11,5	5,4	*	*	(5,7)	15,9	(3,6)	*	*	*	615
40-49	58,2	10,3	3,2	*	*	(5,0)	16,2	2,8	*	*	*	597
50-59	57,3	(8,8)	*	*	*	(3,5)	17,7	*	*	*	*	595
60 +	(36,8)	*	*	*	*	*	*	3,9	2,5	16,9	3,2	102
Regiunea												
Nord	54,8	9,7	(4,9)	*	*	(5,1)	16,7	(3,0)	0,8	2,2	0,9	788
Centru	60,6	9,0	*	*	*	(4,8)	15,6	*	0,3	1,8	0,3	940
Sud	57,2	9,3	*	*	*	*	16,5	*	0,8	4,2	1,4	530
Chișinău	46,3	17,0	*	*	*	(10,5)	(6,7)	8,7	0,9	5,8	0,8	243
Mediul de reședință												
Urban	51,1	15,2	*	*	*	7,0	9,4	6,4	1,3	3,7	0,8	597
Rural	58,4	8,4	*	(2,5)	*	4,9	17,1	1,7	,4	2,6	0,8	1903
Nivelul studiilor												
Fără/Primare	*	*	*	*	*	*	*	0	0	*	0	24

II. Acoperirea eșantionului și caracteristicile gospodăriilor casnice și a respondenților

	Șo- meri	Lucră- tori ne- oficiali	Luc- rători migranți	Luc- rători agricoli	Angajați pe cont propriu	Sunt sănă- tos	Prea scump	Inutil / Va tre- bui să plătesc suplimentar	Un alt tip de asigura- re medicală	Al- tele	Nu știu	Nu- mă- rul
Secundare	58,7	9,6	2,6	*	*	5,1	15,7	(2,2)	*	(2,2)	*	1385
Învățământ profesional	54,4	10,4	4,6	*	*	4,6	16,4	(3,4)	*	*	*	856
Superioare	53,5	11,7	(0,4)	*	*	(11,4)	*	*	*	*	*	202
Lipsește/NS	*	0	0	*	*	0	*	0	*	*	0	10
Moldovean/Român	57,4	9,3	3,1	(2,2)	*	5,2	15,7	2,5	*	2,7	*	2089
Rus	(42,9)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	74
Ucrainean	52,4	*	*	*	*	*	(17,3)	*	*	*	*	165
Rom	*	*	*	*	*	*	*	*	0	0	0	28
Găgăuz	55,7	*	*	*	*	*	12,1	*	*	*	*	95
Alte grupuri etnice	(56,2)	*	*	*	*	*	8,4	*	0	*	*	50
Fără copii	55,4	10,3	3,4	(2,5)	*	5,6	14,8	3,1	*	3,1	*	1900
Cu copii	60,8	9,3	2,1	*	*	(5,0)	16,8	*	*	*	*	601
Cea mai săracă	59,1	(8,7)	*	*	*	*	19,6	*	*	*	*	687
A doua	59,9	(7,0)	*	*	*	*	19,2	*	*	*	*	600
De mijloc	54,5	11,3	*	*	*	(7,7)	16,7	*	*	*	*	533
A patra	58,2	11,8	*	*	*	(6,8)	5,5	*	*	*	*	405
Cea mai bogată	45,4	15,2	*	*	*	(8,3)	7,8	(8,6)	*	*	*	275
Total	56,7	10,1	3,1	2,0	*	5,4	15,3	2,8	0,6	2,9	0,8	2500

În comparație cu SNBGC 2012, ponderea celor care au menționat șomajul ca motiv principal de a nu avea asigurare medicală a fost mult mai mare în SASS 2012 (56,7% în SASS 2012 în comparație cu 14,1% în SNBGC 2012), în timp ce cota celor care au menționat că sunt angajați neoficial sau migranți a fost mai mare în SNBGC 2012 (29,7% în SNBGC 2012 în comparație cu 15,5% în SASS 2012). Procentul celor care consideră că asigurarea socială este prea scumpă a fost de asemenea mai mare în SNBGC 2012 (18,3% în SNBGC 2012 și 2,8% în SASS 2012), precum și cota celor care consideră că asigurarea medicală nu este utilă pentru că vor trebui să plătească suplimentar neoficial (18,3% în SNBGC 2012 în comparație cu 2,8% în SASS 2012). (Tabelul 9) Motivele pentru care a apărut o astfel de deviere între cele două sondaje nu sunt clare.

Tabelul 9: Motive de a nu avea asigurare medicală, SASS 2012 și SNBGC 2012, în procente

Motivele	SBGC 2012	SAMS 2012
Șomaj	14,1	56,7
Lucrător neoficial (migrant pentru muncă, agricultor, sectorul neoficial)	29,7	15,5
Prea scump	22,9	15,3
Va trebui să plătesc adițional din buzunar	18,3	2,8
Nu este necesar/ Sunt sănătos	12,5	5,4
Altele	2,5	2,8
Nu știu	0	1,5
Total	100	100

Cunoașterea pachetului de beneficii acoperite de polița de asigurare medicală

Gradul de informare a gospodăriilor despre pachetul de beneficii acoperite de asigurare medicală continuă să fie limitat, chiar dacă sistemul de asigurare medicală obligatorie a fost implementat mai mult de un deceniu în urmă. Aproape o treime din gospodăriile casnice (32,3%) nu știau ce servicii medicale acoperă polița de asigurare, circa o jumătate din gospodăriile casnice (48,4%) aveau doar informații parțiale și numai fiecare a cincea gospodărie casnică (19,3%) se percepea complet informată despre pachetul de beneficii acoperite de asigurarea medicală. Necunoașterea pachetului de beneficii ce îl oferă polița de asigurare medicală este legată direct de statutul socioeconomic, astfel 44,1% din membrii gospodăriilor casnice din cea mai săracă chintilă în comparație cu 25,3% în cea mai bogată chintilă nu știau care este pachetul de beneficii. Locul de reședință are un rol mai mic – 34,5% din locuitorii mediului rural în comparație cu 28,7% din locuitorii urbani nu au știut care este pachetul de beneficii incluse.

În anii 2009 și 2010, guvernul a făcut câteva modificări legislative pentru a extinde beneficiile pentru cele mai vulnerabile categorii ale populației. Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2010 a extins serviciile de asistență medicală primară și cele de asistență medicală de urgență pentru toți cetățenii indiferent de statutul lor de asigurare, apoi, legea a fost revizuită în 2011 pentru a limita asistența medicală primară universală doar la accesul la consultația medicului și setul de investigații la nivel de asistență medicală primară, dar nu și la medicamentele compensate. Adițional, toți

cei înregistrați cu un venit sub minimul de existență, în conformitate cu Legea privind asistența socială au primit dreptul să primească polița de asigurare medicală acoperită de stat. SASS 2012 a inclus întrebări pentru a evalua înțelegerea populației cu privire la aceste modificări.

Din păcate, aceste eforturi rămân în mare parte necunoscute pentru populație, deoarece doar o treime (32,4%) din gospodăriile casnice au știut despre acoperirea universală cu asistență medicală primară și de urgență. Gradul de informare depinde de asemenea de statutul socioeconomic și cei mai vulnerabili nu au știut despre acest drept, care a fost specific elaborat pentru păturile vulnerabile: 17,5% din cea mai săracă chintilă în comparație cu 44,1% din cea mai bogată chintilă erau familiarizați cu prevederile din legislație, care asigură acoperirea universală cu AMP de bază și asistență de urgență.

O pondere de 43,2% au fost familiarizați cu prevederile legislative despre acoperirea cu asigurare medicală pentru categoriile social-vulnerabile ale populației și după chintilele socioeconomice, doar 26,7% în cea mai săracă chintilă în comparație cu 55,4% din cea mai bogată chintilă au știut că oamenii care se află mai jos de pragul sărăciei sunt eligibili pentru asigurarea medicală acoperită de stat. (Figura 4)

Conform mediului de reședință, 29,7% din locuitorii mediului rural în comparație cu 36,9% din locuitorii mediului urban cunoșteau prevederile privind AMP universală și de urgență și 39,9% din locuitorii rurali în comparație cu 48,6% din populația urbană știau despre eligibilitatea asigurării medicale în baza pragului de sărăcie.

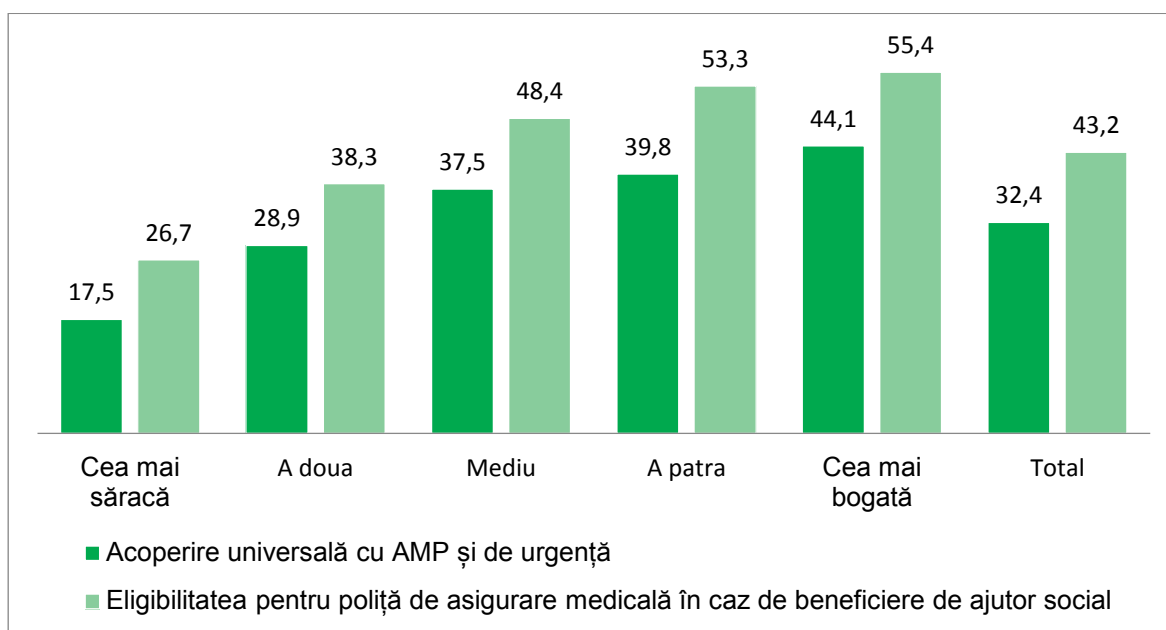


Figura 4: **Cunoașterea prevederilor cu privire la acoperirea universală cu servicii de sănătate**
Ponderea gospodăriilor casnice care cunosc modificările legislative care au drept scop sporirea acoperirii cu asistență medicală pentru cele mai vulnerabile categorii ale populației, după statutul socioeconomic

Stau la birjă (agenția de angajare a forței de muncă) și chiar am pus întrebarea acolo zic de ce cu un an în urmă era polița de asigurare, că m-am adresat odată îmi pare că la medic, dar așa poți nici să nu te adresezi. Dar acum am probleme de sănătate și polița de asigurare au spus că nu-i gratis, de la birjă nu ne dă, nu-s... Și avem nevoie de poliță, dar noi nu le putem procura pe suma asta. Eu vreau să vă spun că din cauza lipsei de bani și a poliței nici nu mă adresez, mă interesez din medicina norodnică și mă lecuiesc cum pot, mă duc singură, fac tratament singură!.. A fost așa caz cu vreun an în urmă m-am adresat la policlinica și mi-a spus plătește 50 lei acolo, acolo și nu am avut bani și nici nu m-am dus, m-am dus plângînd pe stradă.

Femeie din localitate rurală, 54 ani, neasigurată, lucrător neoficial, fostă învățătoare

Accesibilitatea financiară generală a serviciilor medicale

Accesibilitatea financiară generală la serviciile de sănătate a fost estimată în baza experienței cumulative a membrilor gospodăriilor casnice de a accesa serviciile medicale timp de 12 luni înainte de interviu. Inaccesibilitatea financiară totală a fost definită drept renunțarea la asistență medicală din cauza costurilor anticipate ale transportului, medicamentelor, consultațiilor și altor costuri asociate pentru toate cazurile de îmbolnăvire dintr-o gospodărie casnică, iar accesul financiar parțial a fost definit drept cel puțin un caz când nu s-a solicitat asistență medicală.

În total, 75,6% din gospodăriile casnice au declarat că costurile anticipate nu i-au împiedicat să acceseze serviciile medicale în ultimele 12 luni înainte de sondaj, 18,9% au o accesibilitate financiară redusă și 5,2% au inaccesibilitate financiară totală. S-au observat diferențe semnificative în inaccesibilitatea financiară după statutul socio-economic: 10,2% în cea mai săracă chintilă în comparație cu 2,5% în cea mai bogată chintilă au o inaccesibilitate financiară totală și 26,5% în cea mai săracă chintilă în comparație cu 15,6% în cea mai bogată chintilă aveau inaccesibilitate financiară parțială. Accesibilitatea financiară este direct legată de nivelul studiilor: pentru cei cu studii secundare – 70,9% și 84,9% din cei cu studii superioare aveau acces financiar adecvat. Conform vârstei, relația este inversă: cea mai mare cotă a accesibilității financiare adecvate se observă la grupul de vârstă de 15–24 ani (85,7%), cea mai mică – în grupul de vârstă de peste 60+ ani (70,5%). După locul de reședință. Locuitorii mediului rural aveau un grad mai mic de accesibilitate financiară în comparație cu populația urbană (73,8% și 78,5%). (Tabelul 10)

Polița de asigurare medicală nu asigură acces financiar adecvat, deoarece s-au observat diferențe mai mici decât era de așteptat: 6,8% din membrii gospodăriilor casnice care nu dețineau asigurare medicală în comparație cu 4,8% din cei care dețineau asigurare medicală aveau inaccesibilitate financiară absolută.

II. Acoperirea eșantionului și caracteristicile gospodăriilor casnice și a respondenților

Tabelul 10: **Accesibilitatea financiară generală în ultimele 12 luni**
Distribuția procentuală a membrilor gospodăriilor casnice conform accesibilității financiare în funcție de caracteristicile socio-demografice, Moldova 2012

	Variabile	Accesibilitate adecvată	Accesibilitate parțială	Accesibilitate absolută	Numărul gospodăriilor casnice
Genul	Bărbați	76,3	18,9	4,4	3170
	Femei	75,3	18,9	5,6	7998
Vârsta	15-24	85,7	12,2	(2,1)	1048
	15-19	88,9	(8,9)	*	345
	20-24	84,1	13,8	*	703
	25-29	83,6	14,0	*	828
	30-39	79,9	16,7	(3,2)	1565
	40-49	76,2	18,3	5,4	1708
	50-59	72,6	19,7	7,5	2524
	60 +	70,5	22,8	6,3	3493
	Regiunea	Nord	74,3	20,3	5,2	3708
Centru		72,8	20,6	6,4	3343
Sud		78,2	16,9	4,7	2080
Chișinău		79,7	15,9	4,1	2125
Localitatea	Urbană	78,5	17,2	4,0	4272
	Rurală	73,8	19,9	6,0	6984
Nivelul studiilor	Niciuna/Primare	65,0	24,1	10,2	579
	Secundare	70,9	22,5	6,3	4754
	Învățământ profesional	78,3	17,2	4,3	3596
	Superioare	84,9	12,0	3,0	2125
	Lipsește/NS	61,6	*	*	115
Naționalitatea capului gospodăriei casnice	Moldovean/Român	75,2	19,1	5,4	8964
	Rus	77,1	17,9	(4,9)	577
	Ucrainean	76,4	18,0	5,6	974
	Rrom	(52,8)	*	*	66
	Găgăuz	81,9	15,0	*	409
	Alt grup etnic	77,5	19,5	*	265
Gospodării casnice	Fără copii	74,3	19,7	5,7	9599
	Cu copii	83,0	14,1	(2,6)	1656
Chintilele de bunăstare	Cea mai săracă	62,7	26,5	10,2	2812
	A doua	72,9	21,4	5,6	2211
	De mijloc	80,7	16,2	2,9	2114
	A patra	81,0	15,6	3,3	2120
	Cea mai bogată	85,5	11,8	2,5	1998
Asigurare medicale	Da	76,2	18,7	4,8	8728
	Nu	73,3	19,6	6,8	2500
Total		75,6	18,9	5,3	11256

Notă: răspunsurile "nu știu" au fost excluse din tabel, deoarece au fost sub 29 de cazuri

Accesibilitatea financiară a tratamentului la ultimul caz de îmbolnăvire

Acest capitol examinează accesul la serviciile de sănătate în baza ultimului caz de îmbolnăvire în gospodăriile casnice timp de 4 săptămâni anterioare interviului (1929 cazuri în care s-a solicitat asistență medicală). Descrierea generală a cazurilor de îmbolnăvire este urmată de prezentarea accesului la tratament la următoarele niveluri:

1. Auto-tratament (262 cazuri)
2. Tratament la domiciliu (766 cazuri)
3. Tratament la nivelul asistenței medicale primare, inclusiv medicul de familie sau servicii de urgență (365 cazuri)
4. Tratament ambulatoriu la medic specializat (176 cazuri)
5. Tratament spitalicesc la spital de stat (360 cazuri)

Accesul geografic și financiar este prezentat la fiecare nivel de asistență medicală descris mai sus. Analiza accesului financiar specific include analiza principalelor componente ale costurilor, structura cheltuielilor și valoarea medie a cheltuielilor. Accesul geografic și financiar este prezentat în relație cu caracteristicile gospodăriilor casnice, cum ar fi regiunea, reședință urbană/rurală, numărul membrilor gospodăriei casnice, existența copiilor, nivelul studiilor capului gospodăriei casnice, existența asigurării medicale, vârsta, genul și studiile.

Descrierea ultimului caz de îmbolnăvire

În total, 17,1% din membrii gospodăriilor casnice au raportat un caz de îmbolnăvire în ultimele patru săptămâni anterioare interviului. Raportarea ultimului caz de îmbolnăvire a arătat diferențe moderate conform factorilor socio-demografici, inclusiv locul de reședință, indicii de bunăstare și existența asigurării medicale. O pondere mai mare printre respondenții din mediul urban în comparație cu mediul rural (18,9% și respectiv 16,0%), o proporție mai mare a celei mai bogate chintile în comparație cu cea mai săracă (19,7% și 13,7% respectiv) și cei care aveau asigurare medicală în comparație cu cei care nu aveau asigurare medicală (17,8% și respectiv 14,9%) au raportat un episod de îmbolnăvire. Prevalența generală a îmbolnăvirii în gospodăriile casnice în ultimele patru săptămâni înainte de interviu este prezentată în Figura 5. Această constatare indică caracterul subiectiv al raportării ultimului caz de îmbolnăvire și mai puțin o adevărată diferență în rata de îmbolnăviri, iar cei care anticipează că vor avea un acces mai redus la servicii medicale ar putea sub-raporta cazurile de îmbolnăvire, pentru că nu consideră că formele ușoare de îmbolnăvire ar trebui raportate. Pe lângă aceasta, luând în considerație nivelul înalt de solicitare a asistenței medicale pentru ultimul caz de îmbolnăvire prezentat mai jos, este probabil că respondenții tind să raporteze insuficient bolile pentru care ei nu au solicitat ajutor medical.

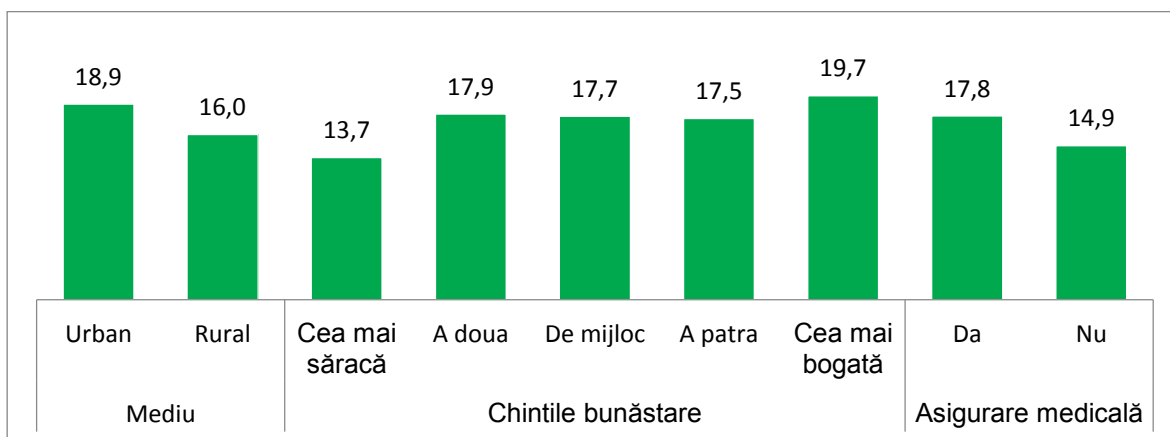


Figura 5: Prevalența generală a îmbolnăvirilor în gospodăriile casnice în ultimele patru săptămâni anterioare interviului

Distribuția procentuală a populației de gospodării casnice care au raportat un episod de îmbolnăvire timp de patru săptămâni înainte de interviu conform mediului de reședință, chintile de bunăstare și acoperirii cu asigurare medicală, Moldova 2012

În funcție de ultima persoană din gospodărie care s-a îmbolnăvit, aceasta a fost în 50,1% din cazuri capul familiei, în 42,2% din cazuri a fost soția/soțul, în 5,8% din cazuri a fost un copil, în 1,4% din cazuri a fost ginerele/nora și în 0,4% din cazuri a fost nepotul/nepoata capului familiei. O proporție mai mare a populației rurale în comparație cu cea urbană a raportat o îmbolnăvire de gravitate medie sau mare (84,5% față de 78,5%), și o proporție mai mare a gospodăriilor casnice mai sărace în comparație cu cele mai bogate (89,9% față de 74,0%) a raportat o îmbolnăvire de gravitate medie sau mare, susținând afirmația de mai sus că gospodăriile rurale mai sărace probabil nu raportează toate cazurile de îmbolnăvire mai ușoare.

Gospodăriile casnice cu copii au raportat mai multe cazuri de îmbolnăvire decât gospodăriile casnice fără copii (20,6% în comparație cu 15,1%) și mai multe gospodării casnice cu copiii sub cinci ani (23,6%) în comparație cu gospodăriile casnice fără copii cu vârsta până la cinci ani (15,9%). Gospodăriile casnice cu copiii cu vârsta până la cinci ani au raportat mai puține cazuri de îmbolnăvire de gravitate medie și mare în comparație cu gospodăriile casnice fără copiii cu vârsta până la cinci ani (68,0% în comparație cu 85,8%). Acești doi indicatori demonstrează faptul că gospodăriile casnice cu copiii cu vârsta până la cinci ani tind să atragă mai multă atenție și să raporteze toate formele de îmbolnăvire la copiii cu vârsta până la cinci ani în comparație cu gospodăriile casnice fără copiii cu vârsta până la cinci ani.

De departe, cele mai des menționate tipuri de îmbolnăviri au fost cele respiratorii (38,2%), urmate de bolile cardiovasculare (13,8%), gastrointestinale (9,3%), osteo-articulare (8,5%) și ale rinichilor (5,1%), în timp ce traumele, OB/GIN și oncologice reprezintă mai puțin de 5% fiecare și alte afecțiuni reprezintă 16,4%. Bolile respiratorii au fost menționate mai frecvent de gospodăriile casnice urbane, chintile mai bogate și gospodăriile casnice cu copiii, în timp ce afecțiunile cardiovasculare au fost menționate mai des de gospodăriile casnice mai sărace și cele fără copii. Cea mai mare cotă de boli respiratorii a fost înregistrată la gospodăriile casnice cu copii cu vârsta până la cinci ani (65,7%). (Tabelul 11)

Tabelul 11: Tipul maladiei la ultimul episod de îmbolnăvire din gospodăria casnică

Distribuția procentuală a populației din gospodăriile casnice în funcție de tipul bolii la ultima îmbolnăvire în patru săptămâni anterioare interviului și ponderea celor care au solicitat asistență medicală, Moldova 2012

		Car- dio	Res- pira- torii	Gastro- intesti- nale	OB/ GIN	On- colo- gice	Re- na- le	Osteo- articu- lare	Tra- ume	Alte- le	Nu știu	Solicitat asistență medicală
Genul	Bărbați	15,3	34,6	(7,9)	N/A	,5	*	9,0	*	20,9	*	95,9
	Femei	13,4	39,2	9,7	(2,0)	2,0	5,8	8,4	(3,4)	15,1	*	94,2
Vârsta, ani	0-5	0	*	0	0	0	0	0	0	0	*	100,0
	6-14	0	*	0	0	0	0	0	0	0	*	100,0
	15-24	*	62,9	*	*	0	*	*	*	*	*	93,7
	15-19	*	(58,1)	*	*	0	*	*	*	*	*	95,3
	20-24	*	64,9	*	*	0	*	*	*	*	*	93,0
	25-29	*	54,2	*	*	0,6	*	*	*	*	*	96,9
	30-39	*	57,1	*	*	0	*	*	*	(17,6)	*	94,1
	40-49	*	36,8	*	*	*	*	*	*	20,7	*	95,5
	50-59	19,8	24,3	14,9	*	*	*	12,8	*	15,5	*	94,1
	60 +	24,6	26,5	8,7	*	*	(5,2)	11,3	*	17,2	*	94,2
Regiunea	Nord	13,5	33,8	9,8	*	*	(6,0)	(9,1)	*	18,3	*	94,5
	Centru	16,1	31,2	(10,2)	*	*	*	(10,5)	*	18,1	*	95,9
	Sud	15,8	31,8	(9,5)	*	*	*	(9,9)	*	17,3	*	92,5
	Chișinău	9,7	57,6	(7,6)	*	*	(4,4)	(4,2)	*	11,1	*	94,8
Mediul de reședință	Urban	12,1	48,1	9,5	*	*	(4,2)	4,9	(3,0)	14,7	*	94,7
	Rural	15,0	31,0	9,2	*	*	5,7	11,1	*	17,6	*	94,5
Chinti- lele de bunăstare	Cea mai săracă	17,7	30,8	(9,9)	*	*	(4,1)	(12,5)	*	(16,4)	*	92,7
	A doua	17,2	25,7	(11,0)	*	*	(6,8)	(9,9)	*	18,6	*	93,4
	De mijloc	15,2	33,7	(7,8)	*	*	(7,1)	*	*	16,9	*	94,3
	A patra	11,2	46,1	(8,6)	*	*	*	(5,5)	*	16,3	*	97,0
	Cea mai bogată	7,5	54,7	9,2	*	*	(3,7)	(5,0)	2,8	13,8	*	95,5
Asigurare medicală	Da	14,8	38,2	9,9	*	(1,6)	4,5	8,0	3,5	17,0	*	95,4
	Nu	*	38,8	(6,0)	*	*	*	(11,8)	*	(13,5)	*	89,7
Total %		13,8	38,2	9,3	1,6	1,6	5,1	8,5	4,2	16,4	*	94,6
Total cazuri		267	803	188	32	31	95	153	77	314	22	1873

Accesul financiar inadecvat la ultimul caz de îmbolnăvire a fost definit ca suma inaccesibilității parțiale sau absolute, atunci când membrii gospodăriilor casnice au trebuit să renunțe total sau parțial la tratament din cauza cheltuielilor de transport, consultație, examinare, medicamente și investigații. În total, 82,7% de gospodării casnice au declarat că au avut acces adecvat la serviciile medicale, 9,2% din ele au raportat o inaccesibilitate financiară parțială și 8,1% nu au avut acces financiar la serviciile medicale la ultimul caz de îmbolnăvire. Accesibilitatea financiară la ultimul caz de îmbolnăvire este prezentată în

II. Acoperirea eșantionului și caracteristicile gospodăriilor casnice și a respondenților

Tabelul 12. S-au observat diferențe semnificative în accesul financiar adecvat la ultimul caz de îmbolnăvire și care sunt în funcție de următoarele caracteristici:

- Statutul socioeconomic al gospodăriei casnice (74,3% în cea mai săracă chintilă în comparație cu 91,8% a celei mai bogate chintile)
- Locul de reședință (79,9% din gospodăriile casnice rurale în comparație cu 86,7% urbane)
- Asigurare medicală (73,5% din cei neasigurați în comparație cu 84,4% din cei asigurați)
- Existența copiilor în gospodăriile casnice (81,2% din gospodăriile casnice fără copii și 88,8% din gospodăriile casnice cu copiii)
- Sex (81,8% de femei și 86,0% de bărbați)
- Vârstă (79,0% din cel mai în vârstă grup peste 60 ani în comparație cu 91,8% din grupul de vârstă de 25-29 ani).

Tabelul 12: **Accesibilitatea financiară la ultimul caz de îmbolnăvire**
Distribuția procentuală a populației din gospodăriile casnice după accesul financiar la ultimul caz de îmbolnăvire din ultimele patru săptămâni înainte de interviu, Moldova 2012

		Accesibilitatea adecvată	Inaccesibilitate parțială	Inaccesibilitate absolută	NS
Genul	Bărbați	86,0	*	*	421
	Femei	81,8	9,6	8,6	1497
Vârsta, ani	0-5	*	0	0	2
	6-14	*	0	0	2
	15-24	90,4	*	*	190
	15-19	93,3	*	*	55
	20-24	89,2	*	*	135
	25-29	91,8	*	*	180
	30-39	87,6	*	*	275
	40-49	81,5	(10,8)	*	267
	50-59	78,0	(10,5)	(11,4)	425
	Peste 60	79,0	12,7	(8,3)	578
	Mediul de reședință	Urban	86,7	6,2	7,0	808
Rural		79,9	11,3	8,9	1113
Cu copii		88,8	*	*	392
Chintilele de bunăstare	Cea mai săracă	74,3	16,6	(9,2)	386
	A doua	78,5	(8,8)	(12,7)	395
	De mijloc	82,7	(8,4)	(8,9)	375
	A patra	86,6	(6,9)	(6,6)	371
	Cea mai bogată	91,8	(5,1)	*	394
Asigurare medicală	Da	84,4	8,7	6,9	1616
	Nu	73,5	(12,1)	(14,4)	295
Total		82,7	9,2	8,1	1921

Tratament la ultimul caz de îmbolnăvire

Vasta majoritate a membrilor gospodăriilor casnice (94,6%) au primit tratament la ultimul caz de îmbolnăvire, fără diferențe majore după locul de reședință, statutul socio-economic, acoperirea cu asigurare medicală sau gravitatea bolii.

Pentru cei care nu au primit tratament la ultimul caz de îmbolnăvire (n=108), principalele motive au fost: din cauza cheltuielilor anticipate (42,6% din cei care nu au primit tratament), cazul de îmbolnăvire nu a fost grav (34,3%), lipsa de încredere în prestatorii de servicii medicale (5,6%), ineficiența tratamentului (5,6%), acces geografic limitat (2,8%), calitatea proastă percepută a serviciilor medicale (0,9%) și lipsa asigurării medicale (0,9%) și alte motive (15,7%) (set de răspunsuri multiple, suma mai mare de 100%).

Accesul la serviciile medicale după nivelul de asistență medicală accesat la ultimul caz de îmbolnăvire

Din cei care au declarat că au solicitat și au primit tratament la ultimul caz de îmbolnăvire, o jumătate s-au tratat singuri (12,6%) sau au primit tratament la domiciliu după consultarea unui lucrător medical (37,0%), 18,9% au vizitat medicul de familie, 9,3% au vizitat un specialist medical de ambulatoriu, 19,3% s-au dus la un spital public și doar 1,1% sau 29 respondenți s-au adresat după asistență medicală în sectorul privat (întrebare cu răspunsuri multiple, adunate și prezentate ca 100%). S-au înregistrat anumite diferențe după mediul de reședință, o cotă mai mare din mediul urban recurgând la auto-tratament sau tratament la domiciliu și locuitorii din mediul rural solicitând mai degrabă asistență la o instituție medicală: 20,8% din locuitorii rurali în comparație cu 16,3% din cei urbani au vizitat instituție de AMP, 10,5% din locuitorii rurali în comparație cu 7,7% din cei urbani au vizitat un specialist medical în ambulatoriu și 21,0% din locuitorii din mediul rural în comparație cu 17,0% din cei urbani au fost spitalizați la ultimul caz de îmbolnăvire. (Figura 6)

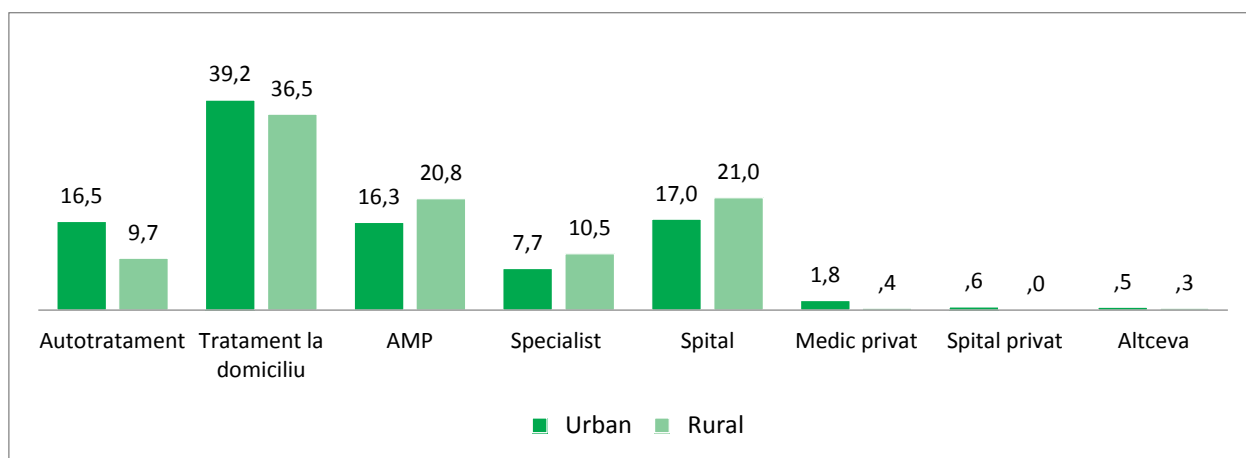


Figura 6: Nivelul asistenței medicale solicitate la ultimul caz de îmbolnăvire
Distribuția procentuală a populației de gospodării casnice care au solicitat asistență medicală de diferite niveluri la ultimul caz de îmbolnăvire după locul de reședință, Moldova 2012

II. Acoperirea eșantionului și caracteristicile gospodăriilor casnice și a respondenților

S-au remarcat unele diferențe în funcție de gradul de gravitate a bolii, deținerea poliței de asigurare medicală și de chintila bunăstării, dar numărul de cazuri nu este suficient pentru a face interpretări solide. Nivelul asistenței medicale solicitat la ultimul caz de îmbolnăvire este prezentat în tabelul 13.

Tabelul 13: **Nivelul asistenței medicale solicitat la ultimul caz de îmbolnăvire**
Distribuția procentuală a populației de gospodării casnice în funcție de nivelul asistenței medicale solicitat la ultimul caz de îmbolnăvire în ultimele patru săptămâni anterioare interviului, Moldova 2012

		Auto-tratament	Tratament la domiciliu	AMP	Specialist Medical	Spi-tal	Al-te-le	Total	Nu-mărul
Genul	Bărbăți	12,2	34,0	17,2	(11,7)	25,8	*	99,9	421
	Femei	12,7	38,6	19,4	8,7	17,5	(1,9)	100,0	1497
Vârsta, ani	0-5	0	*	*	0	0	*	100,0	2
	6-14	0	*	0	0	0	*	100,0	2
	15-24	21,7	42,5	(11,6)	*	*	*	99,8	190
	15-19	*	*	*	*	*	*	100,0	55
	20-24	(22,8)	42,9	*	*	*	*	99,7	135
	25-29	(15,7)	38,4	(18,4)	*	(16,4)	*	100,0	180
	30-39	(13,9)	39,6	(16,7)	(11,7)	(14,1)	*	100,0	275
	40-49	12,6	42,7	(14,7)	(9,4)	(17,2)	*	100,0	267
	50-59	10,1	33,4	22,1	(11,4)	22,1	*	100,0	425
	60 +	9,9	35,4	22,0	8,2	24,4	*	100,0	578
Regiunea	Nord	11,5	36,6	19,5	10,4	19,4	*	100,0	599
	Centru	(9,6)	36,2	24,0	(9,8)	21,1	*	100,0	526
	Sud	(8,4)	36,2	17,1	(10,4)	21,8	*	100,0	354
	Chișinău	20,9	41,9	13,5	(6,6)	14,9	(4,7)	99,9	442
Mediul	Urban	16,5	39,2	16,3	7,7	17,0	*	99,9	808
	Rural	9,7	36,5	20,8	10,5	21,0	*	100,0	1113
Chintilele de bunăstare	Cea mai săracă	(9,0)	36,7	23,6	*	18,3	*	100,0	386
	A doua	(10,5)	37,5	20,6	(8,5)	21,5	*	100,0	395
	De mijloc	(9,8)	34,4	16,7	(13,7)	22,1	*	100,0	375
	A patra	15,5	35,9	18,6	(9,3)	20,1	*	100,0	371
	Cea mai bogată	18,0	43,5	15,1	(8,0)	14,6	*	99,9	394
Asigurare medicală	Da	11,9	38,0	20,1	9,2	20,1	1,6	100,0	1616
	Nu	(15,9)	36,4	(13,0)	(10,3)	(14,5)	*	100,0	295
	NS	*	*	0	*	*	*	94,9	9
Gospodării casnice	Fără copii	12,7	35,5	19,2	9,8	20,8	*	100,0	1529
	Cu copii	12,2	46,2	17,9	(7,6)	13,2	*	100,0	392
Gravitatea bolii	Mică	24,3	41,4	17,3	*	*	*	100,0	331
	Moderată	14,5	40,5	18,8	8,7	15,6	*	100,0	805
	Mare	(5,7)	33,2	19,7	12,9	29,8	*	100,0	772
	Nu știu	0	*	14,9	*	*	*	96,3	12
Boală cronică	Da	10,9	38,5	19,9	9,9	20,2	*	100,0	1225
	Nu	15,4	36,9	17,3	(8,1)	17,7	*	99,9	681
Total		12,6	37,7	18,9	9,3	19,3	(1,7)	100,0	1921

Auto-tratament și tratament la domiciliu

Auto-tratamentul este definit ca tratamentul făcut de respondent personal sau de un alt membru al gospodăriei casnice, fără consultația personalului medical calificat. Tratamentul la domiciliu este definit ca tratament aplicat după consultația cu o persoană care nu este membru al gospodăriei casnice, inclusiv consultații nedocumentate cu personalul medical. Aceste cazuri, 272 cazuri de auto-tratament (12,6%) și 766 cazuri de tratament la domiciliu (37,0%) au fost analizate împreună, luând în considerație ambiguitatea definirii diferenței între auto-tratament și tratament cu consultarea nedocumentată a unei persoane medicale sau nemedicale.

În ambele cazuri, cel mai des, tratamentul a fost prescris de un medic (74,3%), fiind urmat de o persoană nemedicală (12,7%), de sine însuși și de un alt membru al gospodăriei casnice (10,1%), de o asistentă medicală (2,6%) și un tămăduitor (0,2%). În comparație cu localitățile urbane, respondenții din localitățile rurale au menționat mai des că un medic a prescris tratamentul (77,1% din locuitorii rurali în comparație cu 70,9% din locuitorii urbani). Aproape o treime din cazurile tratate acasă (29,9%) au fost cazuri de boli grave, totuși, pacienții s-au tratat la domiciliu și nu s-au adresat la o instituție medicală.

Eu mai mult mă lecuiesc singură acasă, eu dacă am 4 copii trebuie să stau cu ei acasă, eu în primul rînd n-am condiții ca să-i lepăd cu cineva acasă.

Femeie, 33 ani, localitate rurală, mamă care nu lucrează, beneficiar al asistenței sociale.

Dacă mergi la medic 30-50 de lei nu plătești, numai drumul și atît. Dacă ești deținător de poliță chiar dacă nu ai bani în casă, găsești de drum te duci și faci niște investigații, neavînd nici poliță nici bani deja normal că stai acasă.

Femeie, 28 ani, localitate rurală, mama care nu lucrează, trei copii.

Frecvența și structura cheltuielilor directe pentru auto-tratament și tratament la domiciliu

Structura cheltuielilor directe la nivelul auto-tratament și tratament la domiciliu

Din membrii gospodăriilor casnice care au stat acasă la ultimul caz de îmbolnăvire:

- 88,7% au avut cheltuieli directe (din buzunar)
- 87,1% au trebuit să cumpere medicamente
- 12,7% au avut alte cheltuieli, cum ar fi analize și investigații de laborator și alte proceduri
- 9,9% au plătit lucrătorului medical care a venit acasă să ofere consultație.

O cotă nesemnificativă a gospodăriilor casnice (1,9%) le-au oferit produse lucrătorilor medicali care au venit în vizită. Din cei care nu au cumpărat medicamente la ultimul caz de îmbolnăvire, principalul motiv a fost că deja le aveau acasă, rămase după cazurile pre-

II. Acoperirea eșantionului și caracteristicile gospodăriilor casnice și a respondenților

cedente de îmbolnăvire (57,3%) și că nu-și permiteau costul medicamentelor (28,3%), restul 14,4% de respondenți au menționat alte motive.

Din cei care au plătit din buzunar pentru orice tip de cheltuieli (n=840), cheltuielile medii pentru ultimul caz de îmbolnăvire tratat la domiciliu a fost 490,9 MDL (variază între 1 și 11,000 MDL, dev. st. 863,3 MDL). De departe, cele mai frecvente cheltuieli sunt pentru medicamente (în medie – 395,4 MDL, dev. st. 617,4 MDL), iar pentru categoria “alte cheltuieli”, deși au fost suportate de o cotă mică de 13,1% de respondenți, acestea au fost costisitoare (în mediu – 527,8 MDL, dev. st. 729,1 MDL). Cheltuielile medii pentru consultația lucrătorului medical a fost 236,9 MDL (st. dev. 433,4 MDL) prezentate în Tabelul 14.

Tabelul 14: **Cheltuielile din buzunar la ultimul caz de îmbolnăvire auto-tratat sau tratat la domiciliu**
Distribuția procentuală a membrilor gospodăriilor casnice în funcție de frecvența și valoarea cheltuielilor personale la ultimul caz de îmbolnăvire în patru săptămâni anterioare interviului, Moldova 2012

Tipul	Procentul care a plătit, %	Lei moldovenești					Numărul celor care au plătit
		Minim	Maxim	Mediu	Devierea standard	Mediana	
Consultație	9,9	10	2300	236,9	433,4	60	94
Medicamente	87,1	1	6000	395,4	617,4	200	826
Altele	12,7	4	4000	527,8	729,1	280	126
Total	88,7	1	11000	490,2	862,7	200	841

Costul total mediu al consultațiilor la domiciliu a fost mai mare în localitățile urbane (498,7 MDL) în comparație cu localitățile rurale (484,3 MDL), cel mai mare în regiunea Centru (556,0 MDL), și cel mai mic în regiunea Sud (373,8 MDL) cea mai mare sumă a cheltuielilor crește o dată cu chintila (325 MDL în cea mai joasă chintilă, 528,4 MDL în a patra chintilă și 495,3 MDL în cea mai bogată chintilă).

Asigurarea medicală a acoperit toate costurile vizitei la domiciliu pentru 31,8 la sută din gospodăriile casnice care s-au auto-tratat sau s-au tratat la domiciliu, parțial – pentru 16,8% și nu a acoperit nici un cost – pentru 49,7%. Asigurarea medicală nu a oferit protecție financiară semnificativă pentru a acoperi costul medicamentelor, întrucât media cheltuielilor din buzunar pentru medicamente au fost de 374,8 MDL pentru membrii asigurați ai gospodăriilor casnice și 504,4 MDL pentru cei neasigurați, asigurarea medicală a acoperit întregul cost al medicamentelor doar pentru 6,6%, parțial – pentru 18,7% din respondenți și nu a acoperit costul medicamentelor deloc pentru 74,2%. Costul medicamentelor este direct proporțional cu gravitatea bolii, costul mediu fiind de 183,0 MDL pentru cei cu forme ușoare ale bolilor, 340,4 MDL – pentru formele moderate și 628,2 MDL – pentru cei cu forme grave ale maladiiei. (Tabelul 15)

Accesul populației din Republica Moldova la serviciile de sănătate

Tabelul 15: **Frecvența și valoarea cheltuielilor la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la domiciliu**
Distribuția frecvenței și valorii cheltuielilor directe ale membrilor gospodăriilor casnice în funcție de regiune, mediul de reședință, bunăstare, asigurare medicală, existența copiilor, tipul și gradul de severitate a bolii la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la domiciliu, Moldova 2012

		Au plătit pentru consultație, %	Costul mediu al consultației, MDL	Au plătit pentru medicație, %	Costul mediu al medicamentelor, MDL	Alte cheltuieli, %	Valoarea medie a altor cheltuieli, MDL	Numărul
Regiunea	Nord	*	*	92,0	375,7	(13,4)	(582,1)	286
	Centru	(12,4)	(223,2)	87,1	445,8	(15,8)	(506,9)	240
	Sud	*	*	86,0	334,5	*	*	156
	Chișinău	(17,0)	(262,9)	90,8	407,7	(10,3)	(608,7)	266
Mediu	Urban	13,1	(266,9)	89,6	397,8	(11,0)	(633,6)	444
	Rural	10,2	(210,6)	89,3	393,3	15,0	462,1	505
Chintilele de bunăstare	Cea mai săracă	*	*	85,1	306,7	*	*	175
	A doua	*	*	90,8	469,7	(16,1)	(475,3)	187
	De mijloc	*	*	89,2	410,7	*	*	166
	A patra	(15,7)	(300,1)	91,3	358,0	*	*	187
	Cea mai bogată	(14,0)	(196,7)	90,3	415,7	(12,0)	(601,8)	234
Asigurare medicală	Da	9,9	219,7	88,8	374,8	10,7	506,5	792
	Nu	(19,6)	(274,0)	93,0	504,4	(25,8)	(577,1)	152
Gospodării casnice	Fără copii	12,1	271,6	90,1	427,3	14,6	567,9	721
	Cu copii	*	*	87,3	292,8	*	*	228
Gravitatea bolii	Ușoară	*	*	88,1	183,0	*	*	216
	Moderată	(10,6)	(192,2)	90,8	340,4	(11,0)	(361,7)	433
	Severă	(15,3)	(307,2)	88,2	628,2	22,7	681,0	295
Tip de boală	Cardiologică	*	*	86,5	527,1	*	*	118
	Respiratorie	(7,4)	(140,1)	90,2	271,5	(7,6)	(345,5)	475
	Gastrointestinală	*	*	88,8	619,2	*	*	78
	OB/GIN	*	*	*	*	*	*	12
	Oncologică	*	*	*	*	*	*	7
	Renală	*	*	(94,6)	(471,7)	*	*	36
	Osteo-articulară	*	*	96,0	609,9	*	*	81
	Traume	*	*	*	*	*	*	24
	Altele	*	*	83,1	396,3	*	*	112
Total		9,9	236,9	87,1	395,4	12,7	527,8	948

Protecția financiară în cazul auto-tratamentului și a tratamentului la domiciliu

Protecția financiară a tratamentului la ultimul caz de îmbolnăvire a fost măsurată prin întrebarea dacă venitul gospodăriei casnice a acoperit complet, parțial sau deloc costurile tratamentului. În cazul tratamentului la domiciliu și a autotratamentului, 49,1% din gospodăriile casnice au declarat că venitul lor a acoperit completamente cheltuielile de

II. Acoperirea eșantionului și caracteristicile gospodăriilor casnice și a respondenților

tratament la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la domiciliu, 20,4 la sută au afirmat că a acoperit parțial și 29,8 la sută ca nu a acoperit costurile tratamentului.

Dezagregarea arată diferențe semnificative și o protecție financiară mai mare printre locuitorii municipiului Chișinău (61,1%) în comparație cu restul țării (mai puțin de 50% în toate cele trei regiuni). Protecția financiară a celor care s-au tratat la domiciliu este direct proporțională cu gradul de bunăstare, deoarece pentru 39,8% din cea mai săracă chintilă venitul familiei nu acoperea costurile tratamentului la domiciliu în comparație cu 16,1% din cea mai bogată chintilă și se observă o dublare a protecției financiare după chintile (33,5% de protecție financiară deplină la cea mai săracă chintilă în comparație cu 70,9% – în cea mai bogată chintilă). O constatare îngrijorătoare este nivelul înalt al lipsei de protecție financiară legate de gravitatea bolii, întrucât 50,3% din membrii gospodăriilor casnice cu cazuri grave de îmbolnăvire au declarat că venitul lor nu acoperă costul tratamentului, în comparație cu 11,3% din cei cu boli cu forme ușoare. (Tabelul 16)

Asigurarea medicală oferă protecție financiară moderată – 26,9% din cei asigurați au declarat că venitul lor nu a acoperit costul tratamentului, în comparație cu 45,7% din cei neasigurați.

M-am adresat la doctor, mi-a dat el ceva, dar nu mă ajută. Eu deja fac procedurile din bătrâni, cu brusture și bagdaproste oleacă e mai bine...pastilele eu nu, mai bine prin metodele tradiționale. La noi medicamentele sunt cu plată nu-s așa gratis, dar prefer mai mult cu buruieni cu din astea.

Bărbat din localitate urbană, 59 ani, neasigurat

Tabelul 16: **Protecția financiară la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la domiciliu**
Distribuția procentuală a gospodăriilor casnice în funcție de accesibilitatea asistenței medicale la ultimul caz de îmbolnăvire în ultimele patru săptămâni înaintea interviului, auto-tratate sau tratate la domiciliu, Moldova 2012

		Completă	Parțială	Nu
Regiunea	Nord	44,8	22,5	32,4
	Centru	42,5	19,6	37,9
	Sud	47,0	28,6	22,9
	Chișinău	61,1	14,1	23,6
Localitatea	Urbană	56,8	16,8	25,7
	Rurală	42,4	23,6	33,3
Chintilele de bunăstare	Cea mai săracă	(33,5)	25,2	39,8
	A doua	35,1	29,5	35,4
	De mijloc	47,6	20,9	30,9
	A patra	51,9	17,4	30,7
	Cea mai bogată	70,9	11,6	16,1
Asigurare medicală	Da	51,2	21,5	26,9
	Nu	39,3	13,5	45,7
Gospodării casnice	Fără copii	42,4	22,6	34,2
	Cu copii	70,4	(13,6)	(15,7)

Accesul populației din Republica Moldova la serviciile de sănătate

		Completă	Parțială	Nu
Gravitatea bolii	Mică	75,0	(12,8)	(11,3)
	Moderată	51,7	22,7	24,9
	Mare	26,9	22,4	50,3
Boală cronică	Da	37,7	24,6	37,2
	Nu	68,3	(13,6)	17,3
Total		49,1	20,4	29,8

Tratamentul la nivelul instituției de asistență medicală primară

În total, 365 persoane au accesat instituția de AMP pentru tratament ambulatoriu, ceea ce constituie 18,9% din cei care au solicitat tratament la ultimul caz de îmbolnăvire.

Accesul geografic la instituția de AMP

Distanța medie până la instituția de AMP pentru sub-grupul gospodăriilor casnice care au avut un caz de îmbolnăvire a fost raportată de a fi 2,9 km (dev. st. 5,4 km), cea mai lungă distanță fiind raportată de locuitorii Chișinăului (3,3 km, dev. st. 6,8 km), apoi în regiunea Sud (2,6 km, dev. st. 6,3 km), regiunea Nord (2,8 km, dev. st. 5,3 km) și regiunea Centru (2,6 km, dev. st. 4,4 km) și mici diferențe între localitățile urbane și rurale (2,8 km pentru gospodăriile casnice urbane și 2,9 km pentru cele rurale).

Timpul mediu necesar pentru a ajunge la instituția de AMP a fost de 25,4 minute (dev. st. 32,6 min) fără diferențe majore între mediul urban și cel rural (24,9 urban și 26,1 rural). În schimb, timpul de așteptare într-o instituție de AMP a fost în medie de 39,9 minute (variază între 0 și 360 min, dev. st. 56,1 minute).

În ceea ce privește mijloacele de transport, majoritatea respondenților au ajuns la instituția de AMP pe jos (65,4%), fiind urmat de transportul public – autobuz/minibus (15,4%), taxi (6,0%) sau ambulanța (5,5%), restul opțiunilor au fost menționate de mai puțin de 3% fiecare. S-au remarcat unele diferențe între gospodăriile casnice rurale și urbane, cu 75,8% din locuitorii rurali în comparație cu 47,4% din locuitorii urbani care au ajuns pe jos și invers, o cotă mai mare a locuitorilor urbani care au utilizat transportul public (28,6%) în comparație cu locuitorii rurali (7,8%).

Structura cheltuielilor directe din buzunar la nivelul instituției de AMP

Din membrii gospodăriilor casnice care au vizitat medicul de familie la ultimul caz de îmbolnăvire:

- 90,6% au avut cheltuieli direct din buzunar atunci când au accesat AMP
- 90,0% au trebuit să cumpere medicamente
- 21,7% au plătit pentru transport
- 14,3% au plătit pentru analizele de laborator și imagistică

- 6,7% au plătit pentru alte proceduri medicale
- 5,5% au plătit pentru consultarea medicului
- 1,9% (7 respondenți) au menționat că au plătit cu produse naturale pentru tratament.

S-au observat diferențe importante, dar mici, după diferite caracteristici, doar la frecvența plăților pentru medicamente. Luând în considerație mărimea mică a eșantionului, nu s-au observat diferențe semnificative pentru diferite tipuri de plăți pentru alte categorii de cheltuieli între localitățile rurale și urbane, după regiunea geografică sau chintila de bunăstare. Frecvența și suma cheltuielilor personale la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la nivel de medicină primară sunt prezentate în Tabelul 17.

Tabelul 17: **Frecvența și suma cheltuielilor directe la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la nivelul asistenței medicale primare**
Distribuția frecvenței și valorii cheltuielilor directe ale membrilor gospodăriilor casnice în funcție de regiune, mediul de reședință, chintila de bunăstare, asigurare medicală, existența copiilor, tipul și gradul de severitate a bolii la ultimul caz de îmbolnăvire tratat de AMP, Moldova 2012

		Au plătit pentru transport, %	Costul mediu al transportului, MDL	Au plătit pentru medicamente, %	Costul mediu al medicamentelor, MDL	Au plătit pentru laborator și imagistică, %	Total cheltuieli medii
Regiunea	Nord	(21,6)	(22,9)	85,9	405,1	(18,8)	427,8
	Centru	*	*	91,0	380,7	*	399,3
	Sud	*	*	92,6	384,1	*	478,5
	Chișinău	(36,4)	(98,9)	93,2	500,7	*	577,4
Mediul de reședință	Urban	38,4	55,6	91,9	441,6	(14,8)	505,8
	Rural	*	*	88,9	391,0	(14,0)	419,5
Chintilele de bunăstare	Cea mai săracă	*	*	86,2	399,4	*	414,4
	A doua	*	*	89,1	324,4	*	347,8
	De mijloc	*	*	97,0	401,0	*	438,5
	A patra	(36,1)	(129,7)	89,8	473,8	*	570,5
	Cea mai bogată	(31,5)	88,3	90,0	477,6	*	523,7
Asigurare medicală	Da	21,8	76,8	89,6	412,8	(12,4)	452,5
	Nu	(20,7)	(40,4)	(93,3)	(386,2)	*	(442,3)
Gospodării casnice	Fără copii	21,0	83,3	90,6	455,7	(15,9)	501,9
	Cu copii	(24,4)	(36,4)	87,6	219,6	*	243,1
Gravitatea bolii	Mică	*	*	90,2	213,4	*	241,8
	Moderată	(22,9)	(25,2)	87,2	378,5	(12,0)	396,3
	Mare	(21,9)	(139,6)	92,6	511,1	*	581,2
Boală cronică	Da	21,7	94,8	91,6	424,6	(17,6)	477,6
	Nu	(21,8)	28,6	86,6	376,4	*	393,9
Total		21,7	73,1	90,0	409,8	14,3	451,4

Pentru cei care au suportat cheltuieli directe (n=329 sau 90,6%), cheltuielile medii pentru ultimul caz de îmbolnăvire tratat la nivelul AMP au fost de 451,4 MDL (variază între 2

și 4010 MDL, dev. st. 582,3 MDL). Distribuirea cheltuielilor este prezentată în Tabelul 17 mai jos. De departe, cele mai mari cheltuieli sunt pentru medicamente (în mediu – 409,8 MDL, dev. st. 502,8 MDL), fiind urmate de alte proceduri de tratament (285,1 MDL). La nivelul de ambulatoriu, cheltuielile pentru medicamente au fost unica cheltuială prevalentă și cea mai mare povară financiară. Medicul de familie a prescris medicamente în 95,5% din cazuri. Majoritatea respondenților (90,0%) au trebuit să cumpere medicamentele prescrise din buzunarul propriu. Doar 5,8% au menționat că asigurarea medicală a acoperit întregul cost al medicamentelor prescrise, 31,1% au spus că polița de asigurare a acoperit costul parțial și 62,6% au menționat că asigurarea medicală nu a acoperit deloc costul medicamentelor prescrise (0,5% – nu au știut).

Doar 5,5% sau 19 membri ai gospodăriilor casnice au spus că au plătit pentru consultația medicului, cu o medie de 124,5 MDL și o mediană de 50 MDL, ceea ce trebuie interpretat cu precauție din cauza eșantionului mic. Din cei care au spus că nu au plătit nimic oficial sau neoficial pentru consultația medicului, aproape două treimi (63,8%) au declarat că aceasta s-a întâmplat pentru că asigurarea medicală a acoperit costul consultației, 16,4% din respondenți au menționat că nu li s-a cerut să plătească, 9,2% au menționat că toți au dreptul la asistență medicală primară indiferent dacă au asigurare medicală, 4,9% au spus că nu aveau bani, iar alte motive au fost menționate de restul 4,9% din răspunsuri.

Tabelul 18: Cheltuielile directe la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la nivelul APM

Distribuția procentuală a populației din gospodăriile casnice în funcție de frecvența și valoarea cheltuielilor directe la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la nivel de AMP (cheltuieli oficiale și neoficiale), Moldova 2012

Tip	Procentul celor care au plătit, %	Lei Moldovenești					
		Minim	Maxim	Media	Devierea standard	Mediana	Numărul celor care au plătit
Transport	21,7	2	2000	73,1	280	16	79
Medicamente	90,0	7	4000	409,8	502,8	240	317
Consultație	5,5	19	500	*124,5	*150,0	*50	19
Analize medicale	14,3	10	570	(108,4)	(94,3)	(90)	43
Alte proceduri medicale	6,7	20	1800	*285,1	*340,1	*150	21
Total în medie	90,6	2	4010	451,4	582,3	250	329

Protecția financiară în cazul tratamentului oferit la nivel de AMP

O pondere de 36,4% din gospodării au menționat că venitul lor a acoperit complet cheltuielile tratamentului, 24,9% au menționat că venitul le-a acoperit parțial cheltuielile și 38,4% au menționat că venitul nu le-a acoperit deloc cheltuielile legate de tratament. Au fost observate diferențe semnificative între chintile, întrucât 13,1% din respondenții din chintila cea mai săracă în comparație cu 55,4% din chintila cea mai bogată au menționat că venitul le-a acoperit complet costurile tratamentului și 47,8% din chintila săracă față de 38,8% din chintila cea mai bogată au menționat că venitul lor nu le-a acoperit costurile tratamentului la nivel de AMP.

La medicul de familie serviciile trebuie să fie gratuite: analizele, investigațiile, medicamentele compensate trebuie să le prescrie, dar el le scrie numai la persoanele care-i achită o anumită sumă de bani. La medicul de familie trebuie să te duci de dimineață, să stai în rând, el primește 3 ore pe zi, chiar dacă ai programare sau rând viu e tot aceeași. El oricum te îndreaptă la un specialist și apoi revină la el ca să-ți prescrie tratamentul de pe rețeta medicului specialist, e ridicol.

Femeie, 31 ani, localitate rurală, 3 copii, șomeră, neasigurată

Eu când m-am adresat la medic mie mi-a spus că "tu ai poliță?" am zis că da! Dară dă să o verificăm și m-am dus și era valabilă. M-am dus la registratură și au luat numărul de acolo din poliță și au spus că todeauna unde nu te-ai duce cu numărul acesta este cărticica medicală. Mi-au făcut toate chestiile astea și totuși unde trebuiau bani am dat! Îmi spuneau că iaca este acolo cu plată, polița polița pe tine nu o să te ajute

Femeie, 29 ani, asigurată, roma din localitate rurală.

Îndreptarea la asistență specializată de ambulatoriu sau spital

În 38,7% de cazuri, medicul de familie a îndreptat persoana bolnavă la un specialist pentru consultare sau la tratament în spital, fără diferențe între locuitorii urbani și rurali, dar cel mai mic nivel de îndreptări a fost înregistrat la gospodăriile casnice din regiunea Centru (33,1%) în comparație cu Chișinău (40,7%), regiunea Sud (41,0%) și regiunea Nord (41,9%).

Din cei cu îndreptări, doar 37,7% s-au dus la medicul specialist sau la spital, cu diferențe semnificative:

- 32,9% din locuitorii rurali în comparație cu 46,2% din locuitorii mediului urban
- 33,7% din cea mai săracă chintilă în comparație cu 47,7% din cea mai bogată chintilă.

Cele mai frecvente motive menționate pentru a nu merge conform îndreptării la un nivel mai înalt de asistență medicală au fost pentru că respondenții nu au considerat că era necesar (37,4%) și pentru că boala nu era gravă (29,0%), 8,1% au menționat inconveniența geografică (locuiesc prea departe sau au transport limitat) și doar 6,5% au menționat că nu aveau bani suficienți (alte motive au fost: încă așteaptă data programării (6,9%), alte motive (7,9%), din cauza calității proaste a serviciilor (1,9%) și 2,2% nu au putut da un motiv specific).

Tratamentul la nivel de specialist de ambulatoriu

În total, au fost raportate 197 cazuri de accesare a tratamentului de a nivel de asistență specializată de ambulatoriu, ceea ce constituie 9,4% din cei care au solicitat tratament la ultimul caz de îmbolnăvire.

Acces geografic

În sub-eșantionul gospodăriilor casnice care au consultat un specialist la nivel ambulatoriu la ultimul caz de îmbolnăvire, a fost raportată o distanță medie de 36,7 km (dev. st.

Accesul populației din Republica Moldova la serviciile de sănătate

54,1 km), o distanță medie mai lungă a fost raportată de respondenții din regiunea Nord (50,5 km, dev. st. 71,2 km), fiind urmați de regiunea Sud (49,1 km, dev. st. 60,0 km), regiunea Centru (33,1 km, dev. st. 36,5 km) și Chișinău (10,1 km, dev. st. 15,1 km). S-au remarcat diferențe semnificative între mediul urban și rural (19,2 km, dev. st. 43,3 km pentru gospodăriile casnice urbane și 36,7 km, dev. st. 54,1 km pentru gospodăriile casnice rurale).

Timpul mediu pentru a ajunge la instituția medicală pentru a consulta un specialist a fost de 69,9 minute (min) (dev. st. 62,9 min) cu diferențe semnificative între spațiul urban (52,2 min, dev. st. 57,0 min) și rural (77,8 min, dev. st. 68,0 min).

În ceea ce privește mijloacele de transport, luând în considerație distanța semnificativă până la un specialist, foarte puține gospodării casnice au mers pe jos (17,2%), majoritatea au ajuns la specialist cu transportul public, cum ar fi autobusul/minibusul (57,6%), mașina personală (13,1%), o mașină de ocazie (5,1%) sau ambulanța (5,1%).

Referirea de la nivelul instituției AMP la specialist

În 57,1% din cazuri, persoana bolnavă care a vizitat un specialist a avut o îndreptare de la medicul de familie, cu o proporție mai mare a locuitorilor rurali care au fost îndreptați spre specialist (62,7%) în comparație cu locuitorii mediului urban (53,0%), și fără diferențe semnificative conform altor indicatori socio-demografici.

Practic fiecare familie are un medic a lui care-l sună poate și la 2 noaptea. Sînt unele analize, controale, cîntar cu copilul mic le trecem la raion în rest nu. La medicul de familie nu încredințez să trateze o boală mai serioasă. Nu risc. Am medici specialiști buni din diferite ramuri și la ei apelez deoarece m-am fript

Femeie, 31 ani, localitate rurală, 3 copii, lucrător agricol, asigurare cumpărată din cont propriu

Eu vă spun de exemplu am avut pălitură mare cu capul. Eu vă zic că nu am avut bani la moment, m-am dus și am împrumutat. A lăsat oamenii care erau acolo cu înscriere și m-a primit pe mine, ei au poliță, dar m-au primit pe mine să vă zic de ce, pentru că eu am bani

Bărbat, 22 ani, localitate rurală, Rom, neasigurat

Structura cheltuielilor personale la nivel de specialist de ambulatoriu

Din membrii gospodăriei casnice care au vizitat un specialist la ultimul caz de îmbolnăvire:

- 96,9% au avut cheltuieli personale pentru toate categoriile de cheltuieli
- 92,8% au trebuit să cumpere medicamente
- 75,2% au plătit pentru transport
- 39,5% au plătit pentru consultația medicului
- 34,3% au plătit pentru analize de laborator și imagistică
- 16,1% au plătit pentru alte proceduri medicale
- 2,5% (5 respondenți) au plătit în natură pentru o parte din tratament

II. Acoperirea eșantionului și caracteristicile gospodăriilor casnice și a respondenților

Tabelul 19: **Cheltuieli directe la ultimul caz de îmbolnăvire la nivel de asistență specializată de ambulatoriu**

Distribuția procentuală a populației de gospodării casnice după frecvența și suma cheltuielilor personale la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la specialist în ambulatoriu (oficiale și neoficiale), Moldova 2012

Tipul	Au plătit, %	Lei moldovenești					
		Minim	Maxim	Media	Devierea standard	Mediana	Numărul clor care au plătit
Medicamente	92,8	14	5000	611	636,0	410	164
Transport	75,2	2	5000	119	292,0	34	149
Consultație	39,5	15	2000	119,1	184,5	70	75
Analize de laborator și imagistică	34,3	10	5000	260,9	559,3	100	65
Proceduri medicale	16,1	10	6500	560,3	1145,0	150	32
Total mediu	96,9	2	10000	855,6	1146,7	520	189

Puține diferențe semnificative au fost observate în ceea ce ține de frecvența cheltuielilor personale după diferite caracteristici socio-demografice, luând în considerație mărimea mică a eșantionului. (Tabelul 20)

Tabelul 20: **Frecvența și valoarea medie a cheltuielilor directe la ultimul caz de îmbolnăvire tratate la nivel de specialist de ambulatoriu**

Frecvența și valoarea medie a cheltuielilor directe ale populației de gospodării casnice distribuite după regiune, locul de reședință, bunăstare, asigurare medicală, existența copiilor și profilul bolii la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la nivelul specialistului de ambulatoriu, Moldova 2012

		Au plătit pentru transport %	Costul mediu al transportului, MDL	Au cumpărat medicamente %	Costul mediu al medicamentelor, MDL	Procentul celor care au plătit	Total media cheltuielilor directe
Regiunea	Nord	(76,4)	93,2	91,8	629,2	100,0	810,5
	Centru	(74,6)	127,8	(96,3)	(586,0)	(100,0)	(738,9)
	Sud	*	77,9	(93,7)	(476,5)	(91,9)	(677,5)
	Chișinău	(72,1)	190,7	89,0	(749,4)	93,1	1248,3
Mediul	Urban	63,7	201,3	89,7	746,8	95,5	1091,3
	Rural	82,6	79,3	94,8	531,1	97,8	709,8
Chintila de bunăstare	Cea mai săracă	*	*	*	*	*	*
	A doua	*	*	*	*	*	*
	De mijloc	(87,0)	92,5	(93,7)	(653,1)	*	*
	A patra	*	*	(87,7)	(671,2)	(96,9)	(945,9)
	Cea mai bogată	(70,9)	(200,9)	93,3	(758,1)	95,9	1188,8
Asigurare medicală	Da	74,2	123,2	91,2	643,5	96,7	868,0
	Nu	*	*	(100,0)	(488,8)	(97,9)	(803,7)
Gospodării casnice	Fără copii	73,6	128,5	92,7	574,7	96,9	869,0
	Cu copii	*	*	*	*	*	*
Gravitatea bolii	Mică	*	*	*	*	*	*
	Moderată	80,7	88,8	92,8	623,8	96,2	755,3
	Mare	72,2	116,0	92,6	598,4	97,4	908,8

Accesul populației din Republica Moldova la serviciile de sănătate

		Au plătit pentru transport %	Costul mediu al transportului, MDL	Au cumpărat medicamente %	Costul mediu al medicamentelor, MDL	Procentul celor care au plătit	Total media cheltuielilor directe
Boală cronică	Da	74,5	139,4	92,1	608,2	96,6	899,1
	Nu	(76,8)	(84,0)	93,9	617,7	98,7	769,2
Total		75,2	119,4	92,8	610,9	96,9	855,6

Accesibilitatea financiară a tratamentului la specialist

35,7% din gospodăriile casnice au afirmat că venitul lor a acoperit totalmente costurile tratamentului, 21,4% au declarat că venitul lor a acoperit parțial costurile și 42,7% au afirmat că venitul lor nu a acoperit costurile tratamentului la ultimul episod de îmbolnăvire tratat de specialist. Sunt puține diferențe semnificative după diferite caracteristici socio-demografice din cauza mărimii mici ai eșantionului.

Tratament la nivel de spital

În total, au fost 375 cazuri de accesare a tratamentului la nivel de staționar, ceea ce constituie 19,4% din cei care au solicitat tratament la ultimul caz de îmbolnăvire. Cea mai mare parte a gospodăriilor casnice au beneficiat de servicii spitalicești la nivel de spital raional (42,0%), fiind urmate de spitalele republicane (24,0%), și spital municipal sau raional (28,6%), cu 2,5% spitalizate într-un spital privat și 2,4% în alte tipuri de instituții spitalicești.

Acces geografic la spital

Distanța medie raportată pentru a ajunge la spital a fost de 32,8 km (dev. st. 55,8 km), cea mai lungă distanță fiind raportată de respondenții din regiunea Sud (49,8 km, dev. st. 63,6 km), fiind urmată de regiunea Nord (45,3 km, dev. st. 73,0 km), și regiunea Centru (23,9 km, dev. st. 22,0 km) și Chișinău (9,4 km, dev. st. 7,7 km). S-au observat diferențe semnificative între localitățile urbane și rurale (22,7 km pentru gospodăriile casnice urbane și 45,1 km pentru gospodăriile casnice rurale).

În ceea ce privește mijloacele de transport, mai puțin de o treime au ajuns la spital utilizând transportul public (30,5%), o cotă semnificativă a chemat ambulanța (30,5%), în timp ce restul au utilizat mașina personală (17,4%) și mașini de ocazie (11,7%), și puține persoane au utilizat alte forme de transport (4,9%) sau mers pe jos (4,6%).

Timpul de așteptare pentru a ajunge la spital și în cadrul spitalului

Timpul de așteptare între îndreptare și internarea în staționar la ultimul caz de îmbolnăvire a fost în medie 2 săptămâni - 15,1 zile (variază între 0 și 912 zile, sau 30 luni, dev. st. 82,2 zile), Diferențele au fost remarcate la cei care au asigurare medicală (16,3 zile) și fără timp de așteptare pentru câțiva care erau neasigurați și au fost spitalizați (0,88 zile, n=17

cazuri), și după locul de reședință (16,7 zile pentru locuitorii mediului urban și 13,2 zile pentru locuitorii mediului rural), dar nu sunt semnificative din punct de vedere statistic.

Timpul mediu pentru a ajunge la spital a fost de 66,6 min (dev. st. 58,5 min, variază între 2 și 360 min), cu diferențe semnificative între spațiul urban (43,2 min, dev. st. 54,9 min) și spațiul rural (62,6 min, dev. st. 61,1 min).

Timpul de așteptare în spital pentru a fi admiși în salon la ultimul caz de îmbolnăvire a fost în medie de 47,8 min (variază între 0 și 1440 min (sau 24 ore), dev. st. 119,8 min), fără diferențe semnificative după locul de reședință sau existența asigurării medicale.

Îndreptare pentru internarea în staționar

În 42,0% din cazuri, persoana spitalizată a avut o îndreptare de la medicul de familie, în 21,0% de cazuri, pacientul a fost adus de ambulanță, fiecare al șaselea a fost îndreptat de un specialist (15,0%) și foarte puțini au fost spitalizați în baza îndreptării din partea clinicii atașate spitalului (0,5%). În același timp, aproape fiecare a patra persoană s-a adresat din proprie inițiativă la spital (21,0%) și 3,5% au fost îndreptați de rude. S-au remarcat diferențe semnificative conform mediului de reședință, deoarece o cotă mai mare a locuitorilor rurali au avut îndreptare de la medicul de familie (45,4% din locuitorii rurali în comparație cu 39,2% din cei urbani) și mai puțini locuitori rurali au fost aduși de ambulanță (14,1% – rurali și 26,5% - urbani). (Figura 7)

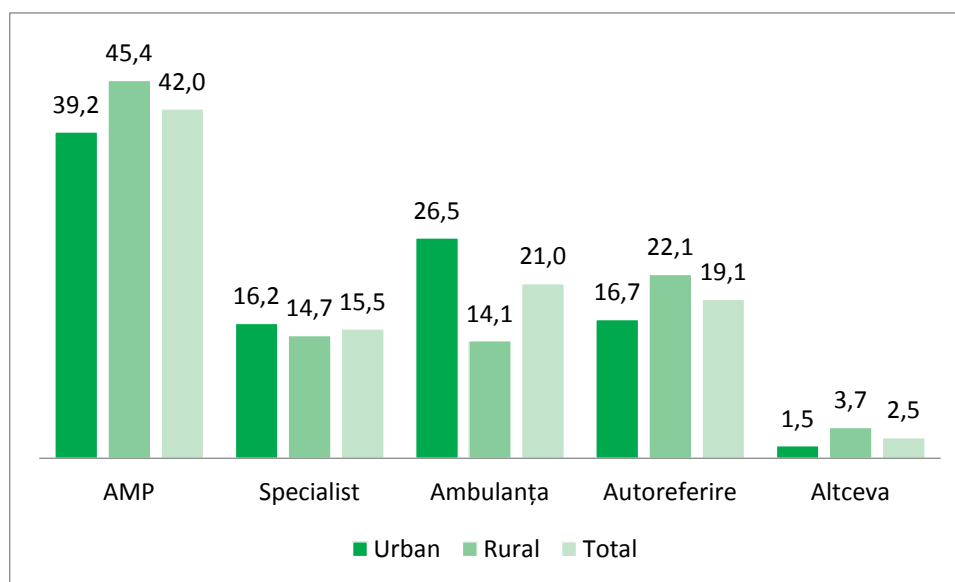


Figura 7: Distribuția după tipurile de îndreptare la nivelul spitalicesc după locul de reședință
Distribuția procentuală a populației de gospodării casnice după tipul de îndreptare la admitere în spital și locul de reședință, Moldova 2012

Soțul meu a început eczemă la picior și a crezut că așa e glumă și nu s-a dus la medic și când peste vreo săptămână a început să se umfle piciorul și stătea la pat deja nu mai putea și am chemat salvarea. Nu voia, pentru că se gîdea că cine știe ce o fi poate mi-a trece și bani nu-s. Într-un sfîrșit am chemat salvarea, pentru că am văzut că era imposibil. L-a dus la Chișinău a stat în spital

Femeie, 54 ani, 5 copii, șomeră, neasigurată.

Cu copilul cînd merg la Codița (Centrul Mamei și al Copilului) trec de punctul medical din sat și raion și ma duc direct în oraș, dacă e o problemă mai gravă. Merg direct la oraș, nici nu mă gîndesc de raion și sat. Nu am încredere în specialiștii de la sat. Același medic ginecolog care a dus ambele sarcini ale soției, i-am pregătit banii din timp, știu cît o să mă coste. La ambele nașteri aceluiși medic i-am dat 3000 lei.

Bărbat, 35 ani, angajat pe cont propriu în agricultură, cumpărat polița medicală pe cont propriu, locuitor rural

Structura cheltuielilor directe la nivel de staționar

- 76,5% au plătit pentru cel puțin o categorie din cele de mai jos în timpul aflării în staționar
- 61,9% au plătit pentru transport
- 52,0% au trebuit să cumpere medicamente suplimentare pe lângă cele oferite de spital
- 35,1% au avut alte cheltuieli cînd au stat în spital
- 16,9% au plătit pentru analizele de laborator și imagistică
- 16,3% au plătit pentru consultarea medicului
- 15,1% au plătit pentru proceduri medicale
- 10,6% au plătit pentru operație chirurgicală
- 1,4% (5 respondenți) au oferit produse ca și recompensă pentru tratamentul oferit

Pentru cei care au avut cheltuieli directe pentru cel puțin o categorie de cheltuieli (n=287 sau 76,5%), cheltuielile medii la ultimul caz de îmbolnăvire tratat în spital au fost de 980,7 MDL (variază între 2 și 25800 MDL, dev. st. 2,136,5 MDL, mediana 300 MDL). Distribuția frecvenței și sumelor medii a cheltuielilor directe după categorii sunt prezentate în tabelul 21.¹

În funcție de suma cheltuielilor, categoria cu cea mai mare sumă medie de cheltuieli a fost legată de operații chirurgicale - 2635 MDL, dar trebuie interpretată cu precauție din cauza mărimii mici a eșantionului. Pe locul doi după mărime se află cheltuielile pentru proceduri - 692,3 MDL, cu același avertisment privind mărimea mică a eșantionului. Pe al treilea loc sunt "alte cheltuieli", în medie de 646,3 MDL, din care, pentru 51,6% au fost cheltuieli legate de consumabile medicale și 29,4% pentru mâncare (alte bunuri - 26,2% și lenjerie - 6,3%). Suma medie pentru consultația medicului a fost cea mai mare la nivel de

¹ Întrebarea care se referea la suma cheltuielilor pentru medicamente a fost exclusă din versiunea finală a chestionarului.

II. Acoperirea eșantionului și caracteristicile gospodăriilor casnice și a respondenților

spital - 460,6 MDL (dev. st. 1252 MDL, mediana - 100 MDL). Cheltuielile legate de analizele de laborator și imagistică s-au ridicat la o medie de 418,9 MDL (atenție la mărimea mică a eșantionului) și pentru transport au fost în medie de 136,4 MDL.

Tabelul 21: **Cheltuielile directe la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la spital**
Distribuția procentuală a populației din gospodăriile casnice în funcție de frecvența și suma cheltuielilor directe la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la spital (oficiale și neoficiale), Moldova 2012

Tipul	Procentul celor care au plătit, %	Lei moldovenești					
		Minim	Maxim	Media	Deviere standard	Mediană	Nu- măr
Transport	61,9	2	2000	134,4	258,7	50	232
Consultație	13,6	11	9000	460,6	1252,8	100	51
Analize de laborator și imagistică	12,8	10	2500	(418,9)	(551,4)	215	48
Proceduri de tratament	11,3	20	5000	(692,3)	(1015,2)	300	42
Operație chirurgicală	9,7	85	15000	(2635,0)	(3073,6)	2000	36
Altele (lenjerie, mâncare, etc.)	33,6	10	4300	646,3	648,3	500	126
Media, total	76,5	2	25800	980,7	2136,0	300	287

Dezagregarea după regiune, zonă, chintila de bunăstare, prezența poliței de asigurare medicală, existența copiilor în familie și profilul bolilor a arătat foarte puține diferențe semnificative în cazul următoarelor categorii de cheltuieli directe: consultații, analize de laborator și imagistică, proceduri chirurgicale și de tratament, și au fost excluse din prezentarea rezultatelor din tabelul de mai jos. Cele câteva categorii care au arătat rezultate semnificative au fost cheltuielile pentru transport, medicamente și alte cheltuieli însă cu limitări la dezagregare, luând în considerație mărimea mică a eșantionului, dar au fost incluse în tabel.

Doar cheltuielile totale sunt bazate pe un eșantion suficient de mare pentru a analiza diferențele conform caracteristicilor socio-demografice. Una din constatări este că asigurarea medicală oferă protecție financiară în caz de spitalizare, deoarece suma cheltuielilor din buzunar a fost mai mică în comparație cu cei fără asigurare medicală (892,3 MDL – la cei asigurați în comparație cu 1604,4 MDL – pentru cei neasigurați). De asemenea, suma cheltuielilor directe pentru gospodăriile casnice cu copii este mai mică decât pentru gospodăriile casnice fără copii (549,3 MDL pentru gospodăriile casnice cu copii în comparație cu 1,050 MDL pentru gospodăriile casnice fără copii).

Accesul populației din Republica Moldova la serviciile de sănătate

Tabelul 22: **Frecvența și sumele cheltuielilor directe la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la spital**
Frecvența și valoarea medie a cheltuielilor directe ale populației de gospodării casnice distribuite în funcție de regiune, mediul de reședință, bunăstare, asigurare medicală, existența copiilor și profilul bolii la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la spital, Moldova 2012

		Au plătit pentru transport, %	Costul mediu al transportului, MDL	Au plătit pentru medicamente, %	Au plătit pentru alte categorii de chelt., %	Costul mediu al altor cheltuieli, MDL	Total au plătit, %	Media cheltuielilor, totale	Nu- măr
Regiunea	Nord	65,7	188,4	49,5	(25,4)	*	76,7	968,6	117
	Centru	71,0	107,0	(59,9)	(48,8)	(836,6)	84,8	1009,0	80
	Sud	(57,4)	155,6	(49,3)	*	*	73,5	649,4	78
	Chișinău	(46,1)	43,0	(46,7)	*	*	66,1	1360,6	92
Mediul	Urban	53,4	77,1	53,5	32,1	627,0	70,4	1040,8	204
	Rural	67,1	162,1	51,2	36,8	656,5	80,1	948,7	163
Chinti- lele de bunăstare	Cea mai săracă	*	*	*	*	*	71,2	889,4	52
	A doua	*	*	(55,9)	(43,3)	*	85,4	796,7	72
	De mijloc	(64,2)	(136,9)	(47,5)	*	*	78,0	867,1	77
	A patra	61,1	201,7	(52,8)	*	*	75,1	1179,6	92
	Cea mai bogată	(56,5)	(97,5)	(47,0)	*	*	69,5	1315,9	74
Asigurare medicală	Da	61,6	133,5	51,9	34,1	541,9	74,7	892,3	329
	Nu	*	*	*	*	*	(88,7)	(1604,4)	36
Gos- podării casnice	Fără copii	62,0	138,9	54,6	34,2	673,0	76,4	1050,6	315
	Cu copii	*	*	*	*	*	77,0	549,3	52
Gravita- tea bolii	Mică	*	*	*	*	*	*	*	15
	Moderată	64,9	144,2	50,2	(27,9)	(535,5)	73,4	827,7	122
	Mare	61,5	132,4	52,5	39,5	707,1	79,1	1090,5	229
Boală cronică	Da	62,9	138,6	54,4	36,3	638,0	77,1	903,6	250
	Nu	59,4	127,8	47,8	33,0	664,5	74,9	1162,4	122
Total		61,9	134,4	52,0	35,1	646,3	76,5	980,7	367

Accesibilitatea financiară a tratamentului oferit în spital

Aproape o treime (32,5%) din gospodăriile casnice care au beneficiat de tratament în staționar au declarat că venitul lor a acoperit completamente costul tratamentului, 24,9% au declarat o acoperire parțială și 39,6% au declarat că venitul lor nu a acoperit costul tratamentului la ultimul caz de îmbolnăvire tratat la spital. Diferențe semnificative s-au remarcat doar în dependență de gravitatea bolii: 47,0% din cei cu boli grave în comparație cu 29,1% din cei cu forme de gravitate medie a bolilor au menționat că venitul lor nu a acoperit cheltuielile de tratament în spital.

Frecvența și mărimea plăților directe pentru tratament la orice nivel de asistență medicală la ultimul episod de boală

Un total de 88,2% au efectuat plăți directe în timpul adresării la serviciile medicale, fără mari diferențe în dependență de regiune, mediu, gradul de bunăstare, tipul și gravitatea bolii, precum și statutul de asigurare medicală. Detaliile privind frecvența și sumele plăților directe la orice nivel de asistență medicală accesată sunt prezentate în Tabelul 23.

Suma medie a cheltuielilor din buzunar a fost de 628 MDL, cu diferențe semnificative după:

- Regiune: cea mai mică la respondenții din sud - 513 MDL și cea mai mare în Chișinău - 726 MDL.
- Bunăstare: 485 MDL în chintila cea mai săracă, comparativ cu 720 MDL în chintila cu cel mai înalt nivel de bunăstare.
- Acoperire cu asigurare de sănătate: 593 MDL la cei asigurați și 832 MDL la cei neasigurați.
- Gravitatea bolii: 239 MDL pentru afecțiuni ușoare, 500 MDL pentru forme medii și 906 MDL pentru forme grave.
- Tipul bolii: cea mai mare pentru bolnavii cu maladii oncologice - 2440 MDL, cele obstetricale sau ginecologice - 1164 MDL și cea mai mică pentru afecțiuni respiratorii - 341 MDL.
- Prezența copiilor: 688 MDL pentru familiile fără copii și 392 lei pentru familiile cu copii.

Eu am mai multe boli. Stăteam cu polița în spital, intra în poliță numai mîncarea, salonul și plîns.

Bărbat, 42 ani, șomer, neasigurat, 2 copii, locuitor rural

Soțul meu a fost foarte bolnav și nu am primit nici un ajutor tot ceea ce am făcut tot am făcut cu bani. Îmi trebuiau antibiotice foarte puternice, că-l țin minte și acum, costa 400 lei o ampulă și-i trebuia cîte 3 pe zi. 7 ani a stat în spital, îl duceam, îl aduceam, numai eu știu cum și nu mi-au dat absolut nici o injecție nimic nu mi-au dat.

Femeie, 45 ani, asigurată, locuitor urban

Operația chirurgicală a costat 300 euro. Am observat repede o schimbare după ce le dai bani, se uită la tine, vine regulat și te întrebă. Am observat o schimbare imediată a atitudinii. Banii au fost împrumutați, trimiși de peste hotare.

Bărbat, 38 ani, locuitor rural, angajat pe cont propriu în agricultură, locuitor rural, 4 copii

Sora a născut la centrul raional cezariană, atenția a fost bună, dar la sfîrșit recompensă a cerut scris pe cutia de chibrite 4000 lei.

Bărbat, 34 ani, lucrător agricol, neasigurat, locuitor rural

Nu are rost să o iei, cu polița aceea n-o să se apropie de tine cum musca asta n-o să se apropie de paharul acesta.

Bărbat rom, neasigurat, 19 ani, locuitor rural

Tabelul 23: **Frecvența și sumele plăților directe la ultimul episod de boală tratată, orice nivel accesat**
Distribuției frecvenței și a valorii cheltuielilor directe ale gospodăriilor casnice în funcție de regiune, mediul de reședință, chintila de bunăstare, asigurare medicală, prezența copiilor și tipul de boală la ultimul episod de boală tratată la nivel de spital, Republica Moldova 2012

		Frecvența plă- ților directe %	Suma medie a plă- ților directe, lei	Număr res- pondenți
Regiune	Nord	89,3	601	566
	Centru	90,4	651	505
	Sud	85,2	513	324
	Chișinău	86,3	726	418
Mediu de trai	Urban	86,6	662	764
	Rural	89,3	604	1048
Chintila de bunăstare	Cea mai săracă	84,4	485	356
	A doua	91,0	593	369
	Medie	90,3	645	353
	A patra	86,7	690	358
	Cea mai bogată	88,4	720	376
Asigurare medicală	Da	87,5	593	1540
	Nu	92,0	832	265
Copii în gospodăriile casnice	Cu copii	88,4	688	1440
	Fără copii	87,2	392	372
Gravitatea bolii	Ușoară	86,0	239	298
	Medie	89,1	500	765
	Gravă	88,4	906	738
Tipul bolii	Cardiovasculare	85,8	723	257
	Respiratorii	88,7	341	681
	Gastrointestinale	88,3	913	168
	Ginecologice/obstetrice	(90,5)	(1164)	30
	Oncologice	(98,1)	(2440)	31
	Renale	86,5	517	90
	Osteo-articulare	93,2	905	151
	Traume	87,1	589	77
	Alte	87,2	667	306
Boli cronice	Da	89,1	660	1169
	Nu	86,7	569	634
Total		88,2	628	1812

A fost observată o proporționalitate directă a valorii medii a cheltuielilor directe în dependență de chintila de bunăstare, în special în cazurile în care oamenii au solicitat servicii de asistență medicală specializată (o diferență de 229% între chintila cea mai săracă și cea mai bogată) și asistența spitalicească (diferența de 148% între chintila cea mai săracă și cea mai bogată), și diferențe nesemnificative pentru tratamentul la domiciliu și serviciile de asistență medicală primară. (Figura 8) Această constatare indică faptul că mărimea plăților din buzunar pentru asistența medicală specializată sau spitalicească depinde de capacitatea de plată a celui care se adresează.

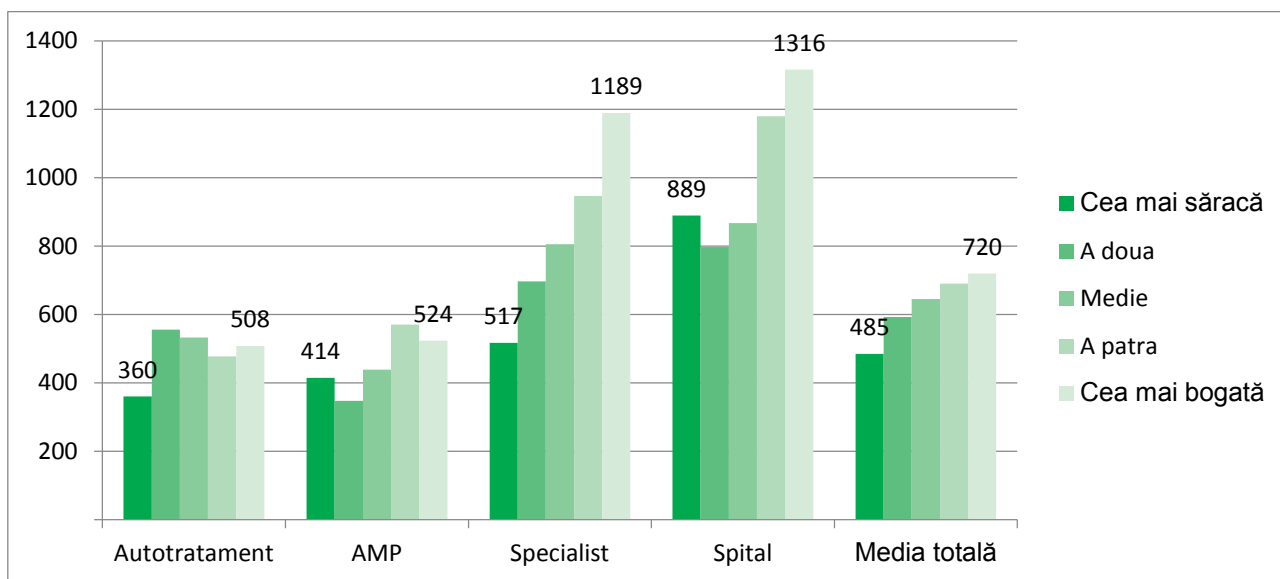


Figura 8: **Valoarea medie a cheltuielilor directe în funcție de nivelul de asistență și chintila de bunăstare**

Distribuția procentuală a populației gospodăriilor casnice în funcție de valoarea medie a cheltuielilor din buzunar în dependență de nivelul de asistență medicală accesat și chintila de bunăstare, Republica Moldova 2012

Acoperirea efectivă cu servicii de prevenire

SASS 2012 a evaluat pentru prima dată acoperirea cumulativă cu servicii de prevenire în ultimele 12 luni anterioare interviului. Primul și cel mai important punct de adresare la serviciile de prevenire este medicul de familie (93,5%) și doar în câteva cazuri acesta a fost un specialist (2,3%), un prestator privat (2,2%) sau un prestator la nivel de spital (2,0%).

Majoritatea gospodăriilor casnice au remarcat că lor sau membrilor eligibili ai familiei le-a fost măsurată tensiunea arterială (78,6%), au beneficiat de un examen radiologic al cutiei toracice (67,8%), au trecut un consult fizic preventiv (65,9%), femeilor și membrilor gospodăriei le-a fost verificată acuitatea vizuală (53,9%) în ultimele 12 luni, fără diferențe majore între gospodăriile casnice din mediul urban și rural. Mai puțin de jumătate din respondenți au beneficiat de următoarele controale: verificarea presiunii oculare (33,2%), examinarea glandei tiroide (29,9%) și imunizări (18,4%). Nu au fost observate diferențe semnificative între locuitorii mediilor urban și rural. (Tabelul 24)

O pondere mai mare de femei, comparativ cu bărbații, au avut examinări anuale preventive, cu cele mai mari diferențe în cazul examinării fizice (68,4% femei și 59,7% bărbați), examinarea glandei tiroide (32,6% femei și 23,0% bărbați) și diferențe mai mici pentru verificarea tensiunii arteriale (80,2% femei și 75,0% bărbați).

Pe vârste, cote mai mari în grupele de vârstă mai înaintată au măsurat tensiunea arterială (82,5% în grupa de vârstă de 50-59 ani și 80,5% în grupele de 60 ani sau mai în vârstă), totuși, o mare parte au verificat tensiunea arterială și în grupele de vârstă tânără: 72,0% în grupa de 15-24 ani, comparativ cu 77,1% în grupa de 40-49 ani. O altă observație cu

privire la toate examinările medicale preventive a fost că grupa cu vârsta peste 60 ani a avut o acoperire cu examinări preventive mai mică în comparație cu grupa de vârstă cuprinsă între 50-59 ani.

Acoperirea cu servicii de prevenire este direct proporțională cu statutul socio-economic, astfel 52,5% din gospodăriile casnice din chintila cea mai săracă, comparativ cu 72,6% din chintila cea mai bogată au efectuat un consultul fizic, la 72,2% din gospodăriile casnice din chintila cea mai săracă, comparativ cu 81,9% din chintila cea mai bogată le-a fost măsurată tensiunea arterială și 53,6% din chintila celor mai săraci, comparativ cu 76,5% din gospodăriile casnice din chintila celor mai bogați au beneficiat de examenul radiologic al cutiei toracice în ultimele 12 luni, anterioare studiului. Aceeași tendință se observă și la alte tipuri de servicii de prevenire. Prezența poliței de asigurare medicală are un efect pozitiv asupra examinărilor medicale anuale cu scopul de prevenire a maladiilor pentru aproape toate serviciile de prevenire, cu o diferență de 10-20 puncte procentuale.

Tabelul 24: **Prevalența serviciilor de prevenire solicitate**

Distribuția procentuală a populației gospodăriilor casnice care au solicitat servicii medicale de prevenire în ultimele 12 luni, în funcție de regiune, mediul de reședință, chintila de bunăstare, acoperirea cu asigurare medicală, prezența copiilor și tipul de boală, Republica Moldova 2012

		Contro- lul fizic profi- lactic	Controlul fizic al glandei tiroide	Con- trolul ve- derii	Măsura- rea ten- siunii arteriale	Mi- cro- radio- grafia	Tono- metria ocula- ră	Alte- le	Nr. res- pon- denți
Genul	Masculin	59,7	23,0	51,0	75,0	66,1	30,3	9,2	3170
	Feminin	68,4	32,6	55,1	80,2	68,6	34,4	13,5	7998
Vârsta, ani	15-24	65,7	28,3	53,2	72,0	61,6	13,0	14,5	1048
	15-19	66,7	22,5	57,4	70,9	59,5	(12,0)	15,7	345
	20-24	65,3	31,2	51,1	72,5	62,6	13,5	13,9	703
	25-29	73,0	27,9	49,1	75,3	65,2	14,7	11,3	828
	30-39	69,6	31,2	48,4	76,6	68,3	18,5	12,2	1565
	40-49	68,7	33,2	52,2	77,1	71,5	32,8	13,0	1708
	50-59	69,9	33,3	61,0	82,5	75,0	45,2	12,7	2524
	60 +	58,5	26,1	53,6	80,5	63,4	41,8	11,3	3493
Regiunea	Nord	65,8	30,8	52,8	79,4	66,0	31,1	13,0	3708
	Centru	67,1	29,8	54,2	79,0	66,9	32,9	11,5	3343
	Sud	62,6	26,3	52,4	76,4	65,7	33,2	11,9	2080
	Chișinău	67,4	31,8	57,0	78,8	74,4	37,2	12,2	2125
Mediu	Urban	68,8	31,9	57,8	79,4	74,0	36,8	12,7	4272
	Rural	64,1	28,7	51,5	78,1	64,0	31,0	11,9	6984

II. Acoperirea eșantionului și caracteristicile gospodăriilor casnice și a respondenților

		Controlul fizic prof-lactic	Controlul fizic al glandei tiroide	Controlul vederii	Măsurarea tensiunii arteriale	Micro-radio-grafia	Tonometria oculară	Altele	Nr. respondenți
Studii	Nu sunt/primare	44,1	18,0	43,8	75,2	45,3	30,3	(6,4)	579
	Secundare	62,8	26,3	51,5	75,5	64,0	29,9	10,8	4754
	Studii profesionale	70,6	33,5	56,1	81,7	73,8	37,9	13,7	3596
	Superioare	72,3	35,9	59,8	82,6	74,9	34,6	15,0	2125
	Lipsa informației / Nu se știe	(38,0)	*	(30,9)	61,5	(27,6)	(13,5)	*	115
Etnie	Moldoveni/Români	66,3	30,4	53,9	78,5	67,4	32,2	12,3	8964
	Ruși	66,9	30,1	55,0	79,2	69,6	40,3	10,7	577
	Ucraineni	64,9	28,0	53,7	80,5	69,5	35,7	11,3	974
	Rromi	69,7	*	(42,7)	75,4	67,3	*	*	66
	Găgăuzi	57,7	24,5	52,4	75,0	64,2	34,2	15,5	409
	Altă grupă etnică	66,7	30,8	59,3	79,3	75,3	45,4	(10,4)	265
Copii în gospodăria casnică	Fără copii	64,6	29,6	53,9	78,8	68,3	35,3	12,2	9599
	Cu copii	73,4	31,4	54,1	77,3	64,9	21,3	12,2	1656
Chintila de bunăstare	Cea mai săracă	52,5	20,4	44,2	72,2	53,6	27,0	8,3	2812
	A doua	65,4	29,6	51,8	79,5	67,5	33,2	12,5	2211
	Medie	71,9	32,8	57,8	79,7	72,1	33,6	14,2	2114
	A patra	71,8	32,9	59,3	81,9	74,5	38,1	14,0	2120
	Cea mai bogată	72,6	37,2	60,1	81,9	76,5	36,3	13,4	1998
Asigurare medicală	Da	69,3	32,1	58,5	83,1	72,6	38,0	13,0	8728
	Nu	54,1	22,2	38,0	63,1	51,5	16,7	9,7	2500
Total		65,9	29,9	53,9	78,6	67,8	33,2	12,2	11256

Ai dreptul odată în an să mergi la medic, pe poliță, la orice medic la policlinică, odată în an gratis, ai voie să mergi și la ginecolog și la oculist. Controlul medical se face gratis odată în an, obligatoriu odată în an toți mergem la un control. La noi în sat au fost aparate speciale, au trecut oamenii, tot satul, mama mi-a spus că a trecut gratis au chemat lumea și au trecut, se mai face câte ceva, nu se poate de spus că chiar nu se face nimic.

Femeie, 32 ani, asigurată, din mediul rural, șomeră, trei copii

Acoperire efectivă: rezultatul tratamentului la ultimul episod de boală

Deși de natură subiectivă, studiul și-a propus să estimeze rezultatele tratamentului așa cum sunt percepute de către membrii gospodăriilor casnice care au raportat un episod recent de boală. Două rezultate pozitive au fost recuperarea completă și cea parțială după tratamentul primit, rezultatele negative au fost cazurile în care boala a devenit cronică, agravarea stării de sănătate și dezabilitatea, ca rezultat al ultimului episod de

boală, precum și rezultatul necunoscut celor care își continuau tratamentul la momentul interviului. Mai mult de jumătate din membrii gospodăriilor casnice au raportat rezultate pozitive: un sfert (27,6%) s-au recuperat după boală complet, mai puțin de o treime (31,1%) au raportat o recuperare parțială. Rezultate negative au fost raportate de 11% din respondenți: 6,6% au raportat că ultima îmbolnăvire s-a cronicizat, iar 4,4% au raportat ca boala s-a soldat cu dizabilitate sau agravare a stării de sănătate în rezultatul tratamentului ultimului episod de boală. Aproximativ o treime din pacienți (30,0%) nu cunoșteau rezultatul ultimului episod de boală, deoarece încă mai continuau tratamentul la momentul interviului.

Rezultatul tratamentului a avut o relație directă cu gravitatea bolii la momentul solicitării serviciilor de asistență medicală ($p < 0,001$):

- Recuperare completă a 56,6% persoane cu forme ușoare de boală, 29,0% a celor cu forme medii, 12,9% din cei cu forme grave de boală.
- Rezultate negative de tratament (cronicizare, dizabilitate sau agravare) la 1,4% de respondenți cu forme ușoare, 6,4% la cei cu forme medii și 18,4% la cei cu forme grave de boală.

Rezultatul tratamentului a fost invers proporțional cu statutul socio-economic, fiind observate următoarele diferențe cu importanță statistică ($p < 0,001$):

- Recuperare completă la 16,4% în chintila cea mai săracă, comparativ cu 38,7% în chintila cea mai bogată.
- Rezultate negative de tratament (cronicizare, dizabilitate sau agravare) la 18,5% din gospodăriile casnice în chintila cea mai săracă, comparativ cu 4,4% în chintila cea mai bogată.

Locul de reședință a fost invers proporțional cu rezultatul tratamentului, fiind observate următoarele diferențe de importanță statistică ($p < 0,001$):

- Recuperare completă la 21,1% pacienți din gospodăriile casnice din mediul rural, comparativ cu 31,8% din gospodăriile casnice din mediul urban.
- Rezultate negative de tratament (cronicizare, dizabilitate sau agravare) la 12,1% a celor din mediul rural, comparativ cu 8,9% a celor din mediul urban.

Tabelul 25: **Rezultatul tratamentului la ultimul episod de boală**
Distribuția procentuală a populației gospodăriilor casnice conform rezultatului tratamentului la ultimul episod de boală, Republica Moldova 2012

		Recuperare completă	Recupera-re parțială	Croni-cizare	Agravare, diza-bilitate, alte	Continuarea tratamentului	Nu-măr
Sex	Masculin	28,6	30,3	6,1	(3,8)	30,9	1220
	Feminin	26,0	32,3	7,2	(5,5)	28,6	762
Mediu	Urban	31,8	31,1	5,9	(3,9)	27,1	1194
	Rural	21,2	31,1	7,5	(5,3)	34,5	788

II. Acoperirea eșantionului și caracteristicile gospodăriilor casnice și a respondenților

		Recuperare completă	Recupera-re parțială	Croni-cizare	Agravare, diza-bilitate, alte	Continuarea tratamentului	Nu-măr
Chinti-la de bunăstare	Cea mai săracă	(16,4)	34,3	*	*	30,1	286
	A doua	15,6	34,3	*	*	36,8	321
	Medie	21,9	34,8	(8,5)	*	30,2	351
	A patra	33,6	29,0	(7,0)	*	27,3	455
	Cea mai bogată	38,7	27,1	*	*	28,3	569
Asigurare medicală	Da	25,9	31,3	7,0	4,7	30,9	1642
	Nu	35,6	30,0	*	*	25,9	340
Gradul de severitate a bolii	Ușoară	56,6	21,4	*	*	19,4	355
	Moderată	29,0	35,7	(5,2)	*	27,7	840
	Gravă	12,9	30,5	10,5	8,8	37,1	773
Boală cronică	Da	19,0	33,2	9,0	5,9	32,6	1262
	Nu	43,3	27,0	(2,4)	*	25,2	707
Total		27,6	31,1	6,6	4,4	30,0	1982

Rezultatele comparative ale SASS 2000 și SASS 2012

Datele comparative socio-demografice și profilul maladiilor sunt prezentate în Tabelul 26 de mai jos.

Tabelul 26: **Caracteristicile socio-demografice, AHSS 2000 și AHSS 2012**
Procentul distribuției populației gospodăriilor casnice pe caracteristici socio-demografice, Moldova 2000 și 2012

	Caracteristici	2000	2012
Sex	Masculin	30,0	36,0
	Feminin	70,0	64,0
Vârsta	0-29 ani	14,1	39,3
	30-39 ani	18,9	11,8
	40-49 ani	23,1	11,9
	50-59 ani	16,6	16,6
	60 sau mai mulți ani	27,1	20,4
Reședință	Urban	42,1	38,3
	Rural	57,9	61,7
Nivelul de studii al capului familiei	Niciunul	8,3	6,0
	Studii secundare sau mai scăzut	31,9	40,2
	Liceu sau colegiu	59,7	35,6
	Universitare sau mai superioare	N/A	16,8
	Lipsește	0,1	1,5
Mărimea familiei	1-2 membri	17,0	25,1
	3-4 membri	43,5	52,4
	5-6 membri	32,8	20,9
	>6 membri	6,6	1,6

Accesul populației din Republica Moldova la serviciile de sănătate

	Caracteristici	2000	2012
Tipul ultimului episod de boală	Cardio-vascular	16,2	13,8
	Respiratoriu	17,8	38,2
	Gastro-intestinal	13,3	9,3
	OB/GIN	4,3	1,6
	Oncologic	3,3	1,6
	Profesională	0,2	NA
	Traumă	9,6	4,2
	Osteo-articular	NA	8,5
	Altele	32,7	21,6
	Nu se știe	2,6	1,2

Frecvența episoadelor de boală

Proporții similare de respondenți au raportat un episod de boală în acele patru săptămâni precedente interviului în anul 2012, comparativ cu anul 2000: 17,8% în 2000 și 17,1% în 2012. Tendințele de un nivel mai scăzut de raportare a unui episod de boală au reflectat aceleași observații ca și în anul 2000, că familiile rurale și acelea din chintilele mai sărace au raportat niveluri mai scăzute a unui caz de boală în comparație cu familiile mai înstărite și cele din mediul urban, ceea ce are legătură cu experiența anticipată de adresare la medic mai degrabă decât o adevărată diferență de frecvență diferită a maladiilor.

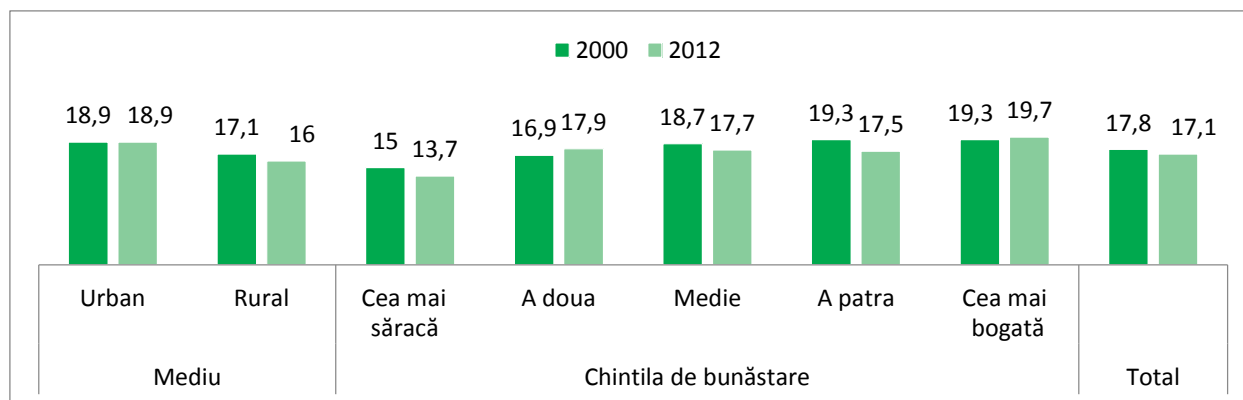


Figura 9: Frecvența îmbolnăvirilor în patru săptămâni precedente interviului, comparația între anii 2000 și 2012

Distribuția populației gospodăriilor casnice în funcție de raportarea unui episod de boală a membrilor familiei, conform mediului de reședință și chintila de bunăstare, comparația anului 2000 cu 2012, Moldova.

Accesul geografic

Accesul geografic general la serviciile medicale a rămas neschimbat, 97,1% la sută din familii locuind în raza de 5 km de la o instituție medicală în 2012 în comparație cu 97,1% în 2000 și 96,4% în 2012 având nevoie de mai puțin de o oră pentru a ajunge la instituția medicală cea mai apropiată în comparație cu 93,5% în anul 2000.

II. Acoperirea eșantionului și caracteristicile gospodăriilor casnice și a respondenților

Pe de altă parte, accesul geografic conform nivelului de asistență medicală a arătat o scădere a proporției familiilor care locuiesc pe distanța de 5 km de la o instituție medicală de un anumit nivel, inclusiv asistența medicală primară, asistența medicală specializată de ambulatoriu și serviciile spitalicești, cota acelor care au nevoie de mai puțin de o oră pentru a ajunge la o instituție medicală. În schimb, accesul geografic în funcție de timpul necesar de a ajunge la în funcție de nivel, în general a crescut, ceea ce are legătură cu accesul îmbunătățit la mijloace de transport mai rapide și mai accesibile ca preț, în comparație cu anul 2000. Astfel, circa 94,5% din familii în anul 2012, comparativ cu 85,0% în 2000 au avut nevoie de mai puțin de o oră pentru a ajunge la cea mai apropiată instituție de asistență medicală primară, 74,2 % din familii în 2012, comparativ cu 69,1% în 2000 au avut nevoie de mai puțin de o oră pentru a ajunge la un specialist și 80,1% din familii în 2012, comparativ cu 62,2% în 2000 au avut nevoie de mai puțin de o oră ca să ajungă la un spital. (Tabelul 27)

Tabelul 27: **Accesibilitatea geografică la serviciile medicale, comparația anului 2000 cu 2012**
Distribuția populației gospodăriilor casnice care locuiesc la distanță mai mică de 5 km și au nevoie de mai puțin de o oră ca să ajungă la instituție medicală, conform mediului de reședință, comparația anului 2000 cu 2012, Moldova

		AMP		Specialist		Spital	
		2000	2012	2000	2012	2000	2012
<5 km	Urban	93,2	86,4	80,1	64,2	58,2	53,8
	Rural	82,3	86,2	26,2	15,4	16,3	7,5
	Total	87,0	86,3	59,6	43,9	34,0	33,1
< 1 oră	Urban	92,8	96,0	84,7	78,3	78,6	84,5
	Rural	79,2	92,8	43,7	68,7	50,2	74,5
	Total	85,0	94,5	69,1	74,2	62,2	80,1

Accesibilitatea financiară a serviciilor medicale

Comparativ cu anul 2000, accesibilitatea financiară generală a serviciilor medicale s-a îmbunătățit semnificativ, întrucât 75,6% din respondenți în 2012, comparativ cu 44,1% din gospodării în anul 2000 nu au avut cazuri de renunțare la servicii medicale în ultimele 12 luni, 18,9% din familii în 2012, comparativ cu 40,0% în 2000 aveau acces financiar parțial, iar circa 5,3% din familii au avut inaccesibilitate financiară în anul 2012 comparativ cu 15,5% în 2000. (Figura 10)

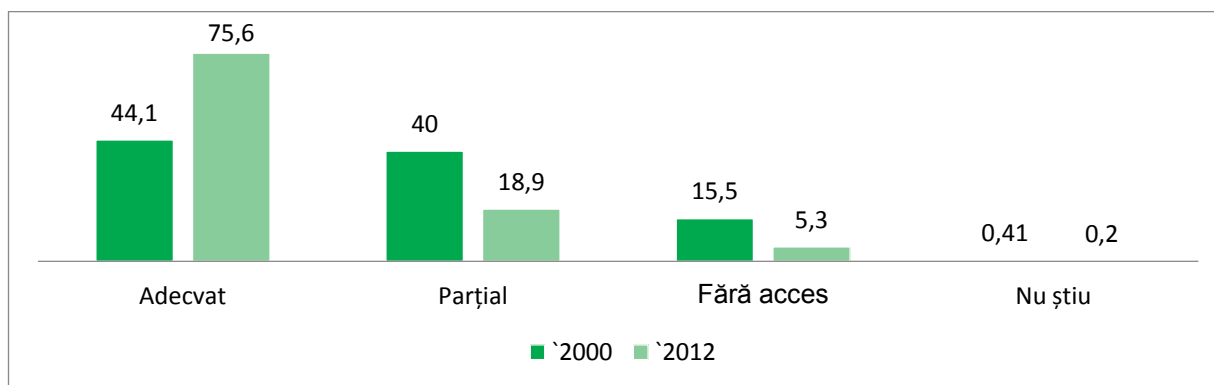


Figura 10: **Accesibilitatea financiară generală a serviciilor medicale, comparația anului 2000 cu 2012**
Distribuția populației gospodăriilor casnice conform experiențelor cumulative a membrilor familiei de accesibilitate financiară a serviciilor medicale în 12 luni înainte de interviu, comparația anului 2000 cu 2012, Moldova

Aceeași tendință s-a observat în cazul accesibilității financiare la ultimul episod de boală, o creștere semnificativă a accesului financiar adecvat de la 50,6% în 2000 la 82,7% în 2012 și o scădere semnificativă în rândul persoanelor care nu și-au putut permite accesul la asistența medicală la ultimul episod de boală din cauza costurilor anticipate: parțial 30,4% în 2000 la 9,2% în 2012 și inaccesibilitate totală de la 18,5% în 2000 la 8,1% în 2012. (Figura 11)

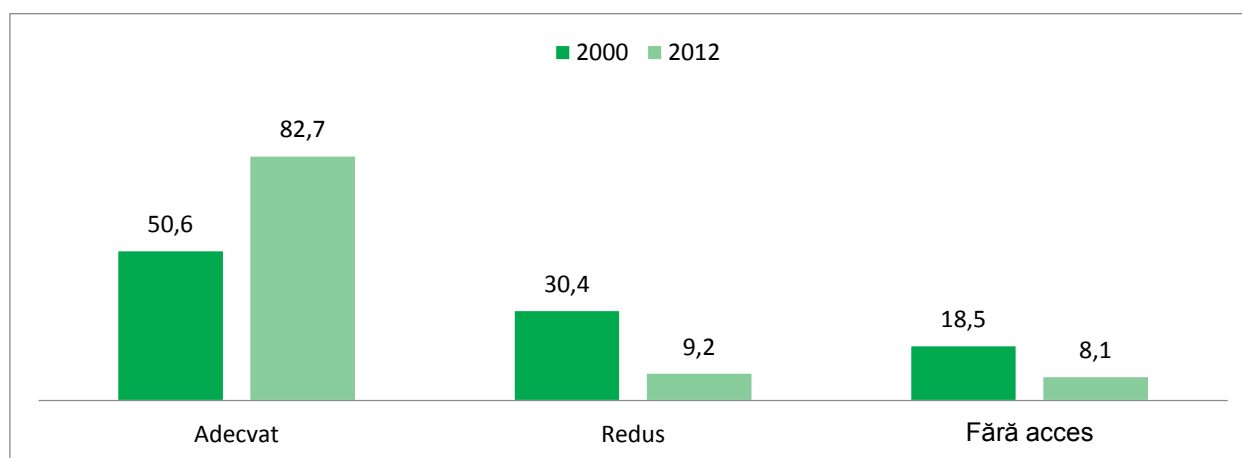


Figura 11: **Accesibilitatea financiară specifică a serviciilor medicale la ultimul episod de boală, comparația anului 2000 cu 2012**

Distribuția populației gospodăriilor care au fost nevoiți să renunțe la accesarea serviciilor medicale datorită costurilor anticipate la ultimul episod de boală, comparația anului 2000 cu 2012, Moldova

Comparația în funcție de chintila de bunăstare a demonstrat că accesibilitatea financiară a sporit semnificativ pentru chintilele cele mai sărace: dacă în 2000 doar circa o treime din familii aveau acces financiar adecvat (27,9% în 12 luni și 36,2% la ultimul episod), accesul a crescut aproximativ de două ori în 2012 (62,7% în 12 luni și 74,3% la ultimul episod). Cea mai înstărită chintilă a văzut o creștere similară în accesul financiar de la 53,4% în 2000 la 85,5% în 2012 în cazul accesului financiar general și de la 55,1% în 2000 la 91,8% în 2012 la ultimul episod.

II. Acoperirea eșantionului și caracteristicile gospodăriilor casnice și a respondenților

În funcție de mediul de reședință, sporirea accesibilității financiare a favorizat atât rezidenții mediului urban cât și pe a celui rural, însă diferența dintre medii se menține, un procent mai mic al gospodăriilor din mediul rural având accesibilitate financiară adecvată în comparație cu familiile din mediul urbane.

S-a observat și o tendință pozitivă în proporția respondenților care s-au adresat la medic la ultimul episod de boală, de la 88,0% în 2000 la 94,6% în 2012. Accesibilitatea financiară generală și specifică a serviciilor medicale este prezentată pe ani în Tabelul 28.

Tabelul 28: **Accesibilitatea financiară adecvată generală și specifică a serviciilor medicale, comparația anilor 2000 și 2012**

Distribuția populației gospodăriilor casnice pe mediu și pe chintilele indicelui de bunăstare, care dispun de acces financiar adecvat general și specific, Moldova, comparația anilor 2000 și 201,

		12 luni		Ultimul episod de boală	
		2000	2012	2000	2012
Mediu	Urban	48,1	78,5	53,4	86,7
	Rural	41,1	73,8	48,4	77,9
Chintilele indicelui de bunăstare	Cea mai săracă	27,9	62,7	36,2	74,3
	A doua	38,5	72,9	47,6	78,5
	Medie	51,2	80,7	53,4	82,7
	A patra	49,4	81	57,3	86,6
	Cea mai bogată	53,4	85,5	55,1	91,8
Total		44,1	75,6	50,6	82,7

Nivelul de asistență medicală accesat la ultimul episod de boală

Nu au fost observate diferențe semnificative în ceea ce privește nivelul asistenței medicale accesat la ultimul episod de boală între cele două sondaje. De fapt, există o stabilitate surprinzătoare în ceea ce privește paternul de utilizare a nivelului de asistență primară, specializată și spitalicească accesat, în pofida accentului considerabil al sistemului de asigurări medicale pe stimularea adresării la asistența primară și fortificării funcției sale de portar și descurajarea utilizării asistenței medicale specializate și spitalicești: 18,9% din populația gospodăriilor în 2012 comparativ cu 17,1% în 2000 s-au adresat la nivelul de asistență medicală primară, 9,3% în 2012, comparativ cu 11,6% în 2000 s-au adresat la specialist și aceeași cotă de 19,6% în 2000 și 19,3% în 2012 s-au tratat în spitale. Mai mult, în anul 2012 o proporție mai mare de pacienți s-a tratat la domiciliu (37,7% în 2012 comparativ cu 25,5% în anul 2000) și o pondere aproape neschimbată s-au auto-tratat (12,6% în 2012, comparativ cu 11,6% în anul 2000). (Figura 12)

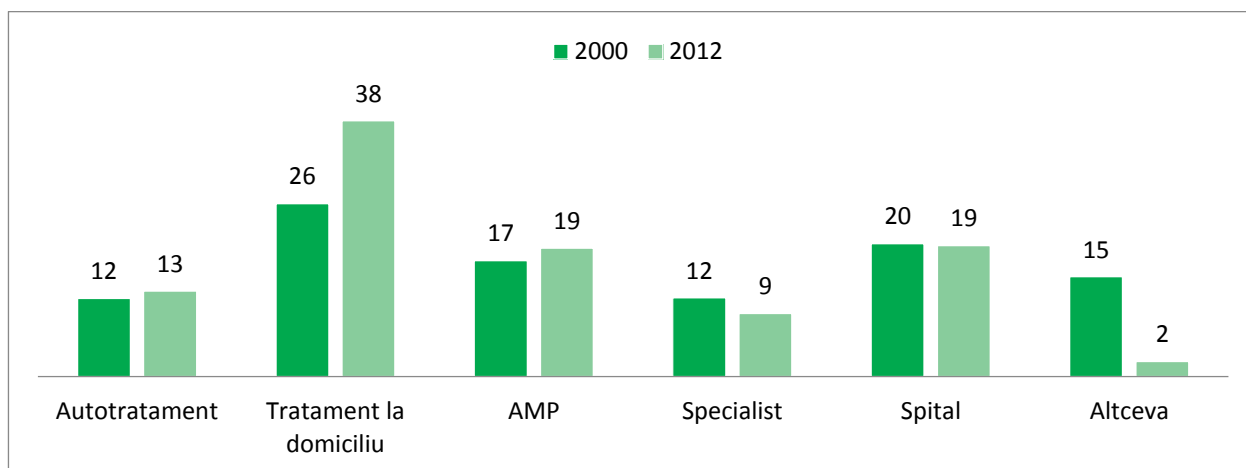


Figura 12: Nivelul de asistență medicală accesat la ultimul episod de boală, comparația anului 2000 cu 2012

Distribuția populației gospodăriilor casnice pe nivel de asistență medicală accesat la ultimul episod de boală în patru săptămâni înainte de interviu, comparația datelor din 2000 cu 2012, Moldova

Cheltuielile directe la ultimul episod de boală

La nivel de asistență medicală primară, s-au observat diferențe importante în frecvența plăților directe, frecvența plăților de acest fel pentru consultații a scăzut de la 32,8% în 2000 la 5,5% în 2012 și ponderea persoanelor care plăteau pentru teste de laborator a scăzut de la 33,4% la 14,3%. Suma cheltuielilor directe pentru medicamente a rămas aproape neschimbată de 90,6% în 2012, comparativ cu 96,3%, constituind cea mai importantă categorie de cheltuieli directe la nivelul AMP și în cazul căreia accesul la medicamente compensate de CNAM nu a produs un efect semnificativ asupra plăților directe. Valoarea totală medie a plăților directe a crescut, în medie 451 MDL în 2012, comparativ cu 171 MDL în 2000, motivată de creșterea sumei de cheltuieli directe pentru medicamentele prescrise, în medie 410 MDL în 2012, comparativ cu 128 MDL în 2000². Valoarea medie de plăți directe pentru analize de laborator a crescut de la 29 MDL în 2000 la 108 MDL în 2012, pentru consultații a crescut de la 10 MDL în 2000 la 125 MDL în 2012, și pentru transport s-a mărit de la 4 MDL la 73 MDL.³

Tabelul 29: Frecvența și sumele cheltuielilor directe la ultimul episod de boală tratat la nivelul de asistență medicală primară, comparație între anii 2000 și 2012

Distribuția populației gospodăriilor casnice pe frecvență și sumă medie de cheltuieli din buzunar pe categorii, comparația anilor 2000 și 2012, Moldova

	Au plătit, %		Suma, MDL	
	2000	2012	2000	2012
Transport	29,1	21,7	4	73
Consultație	32,8	5,5	10	125
Medicamente	96,3	90,0	128	410

² Rata de schimb pentru 1 USD constituia în medie 12.5 MDL în 2000 și 12.0 MDL în 2012.

³ Nu a fost posibil de comparat datele cu privire la auto-tratament și tratament la domiciliu în formularea întrebărilor între AHSS 2000 și AHSS 2012.

II. Acoperirea eșantionului și caracteristicile gospodăriilor casnice și a respondenților

	Au plătit, %		Suma, MDL	
	2000	2012	2000	2012
Examinări de laborator	33,4	14,3	29	108
Proceduri medicale	NA	6,7	NA	285
Media totală	NA	90,6	171	451

La nivel de asistență specializată de ambulatoriu, au fost remarcate diferențe importante în frecvența plăților din buzunar, proporția gospodăriilor care plătesc pentru analizele de laborator a crescut de la 23,8% la 34,3%, frecvența plăților pentru consultații a scăzut de la 51,3% în 2000 la 39,5% în 2012, frecvența altor cheltuieli inclusiv pentru procedurile medicale a scăzut de la 23,8% la 16,1%, în timp ce frecvența cheltuielilor directe pentru medicamente a rămas aceeași, 92,8% în 2012 comparativ cu 93,6% în 2000. (Tabelul 30) În același timp, suma totală a cheltuielilor din buzunar s-a mărit substanțial, constituind în medie 856 MDL în 2012, comparativ cu 212 MDL în 2000, motivată de cheltuielile mai mari pentru medicamentele prescrise, în medie 611 MDL în 2012, comparativ cu 150 MDL în 2000. Suma medie pentru examinările de laborator a crescut de la 21 MDL în 2000 la 261 MDL în 2012, cheltuielile pentru consultații au crescut de la 13 MDL în 2000 la 119 MDL în 2012, și pentru transport de la 12 MDL la 119 MDL.

Tabelul 30: **Frecvența și sumele plăților directe la ultimul episod de boală tratat la nivel de asistență specializată de ambulatoriu, comparație între anii 2000 și 2012**

Distribuția populației gospodăriilor casnice pe frecvență și sumă medie de cheltuieli din buzunar pe categorii, comparația anilor 2000 și 2012, Moldova

	Au plătit, %		Suma, MDL	
	2000	2012	2000	2012
Transport	62,0	75,2	12	119
Consultație	51,3	39,5	13	119
Medicamente	93,6	92,8	150	611
Teste de laborator	42,8	34,3	21	261
Proceduri medicale, altele	23,8	16,1	16	560
Total	NA	96,9	212	856

La nivelul spitalicesc, s-au observat cele mai mari schimbări în frecvența plăților directe comparativ cu alte nivele de asistență, iar introducerea asigurărilor de sănătate probabil a produs cea mai mare parte a efectelor de protecție financiară la nivel spitalicesc. Frecvența plăților s-a redus pentru următoarele categorii:

- Medicamente: de la 94,6% în 2000 la 52% în 2012
- Consultații de la 42,0% în 2000 la 16,3% în 2012
- Teste de laborator de la 56,4% în 2000 la 16,9% în 2012

În ceea ce privește suma totală a cheltuielilor directe, aceasta nu a suferit mari schimbări, constituind 981 MDL în 2012, comparativ cu 846 MDL în 2000, cu limitarea că în 2012 întrebarea privind mărimea plăților din buzunar pentru medicamente a fost eliminată din chestionar.

O creștere substanțială a valorii medii a fost observată la următoarele categorii de plăți directe⁴:

- Examinări de laborator de la 88 MDL în 2000 la 419 MDL în 2012
- Consultație de la 119 MDL în 2000 la 461 MDL în 2012
- Transport de la 12 MDL în 2000 la 119 MDL în 2012
- Alte costuri de la 101 MDL la 648 MDL (în mare parte incluzând alte consumabile medicale).

Tabelul 31: **Frecvența și sumele plăților din buzunar la ultimul episod de boală tratat la nivel spitalicesc, comparația între anii 2000 și 2012**

Distribuția populației gospodăriilor casnice pe frecvență și sumă medie de cheltuieli din buzunar pe categorii, comparația anilor 2000 și 2012, Moldova

	Plătit, %		Suma, MDL	
	2000	2012	2000	2012
Transport	69,9	61,9	39	134
Medicamente	94,6	52	397	N/A
Consultații	42	16,3	119	461
Examinări de laborator	56,4	16,9	88	419
Chirurgie	NA	10,6	NA	2635
Proceduri	NA	11,3	NA	692
Altele	NA	35,1	101	648
Media totală	NA	76,5	846	981

⁴ Noile categorii de cheltuieli care nu au fost cerute în 2000, cu comparabilitate limitată, sunt plățile din buzunar pentru intervenții chirurgicale și proceduri, astfel comparabilitatea este limitată.

DISCUȚIE

După mai mult de un deceniu de la introducerea asigurărilor obligatorii de sănătate, finanțarea sporită din partea statului nu s-a tradus într-o cuprindere universală a populației în sistemul național de asigurări medicale. Un studiu al accesului la serviciile medicale a realizat o analiză a literaturii a accesibilității financiare și a ajuns la concluzia că accesul la servicii a sporit pentru populația asigurată, dar accesul la servicii medicale mai rămâne în relație directă cu statutul socio-economic. (OMS, 2012) Studiul SASS 2012 și comparația acestuia cu SASS 2000 a oferit posibilitatea de a analiza în mod sistematic dacă acoperirea cu asigurări de sănătate a influențat accesul la serviciile medicale și protecția financiară contra costurilor catastrofice, deoarece pun la dispoziție date comparabile câțiva ani înainte de introducerea asigurărilor obligatorii de sănătate și date de după opt ani de la introducerea acestora.

Acest compartiment reflectă constatările din SASS 2012 în contextul unor sondaje similare care au măsurat accesul la servicii medicale, și anume Modulul de Sănătate al Studiului Național al Bugetului Gospodăriilor Casnice (SNBGC) și Accesul și Calitatea Serviciilor Spitalicești în Opinia Populației din Republica Moldova.

Începând cu anul 2008, datele cu privire la acces și utilizarea serviciilor medicale se colectează o dată la doi ani ca parte a Studiului Național al Bugetului Gospodăriilor Casnice, realizat de Biroul Național de Statistică. Până în prezent, au fost realizate trei runde în anii 2008, 2010 și 2012 și unele informații colectate în cadrul acestui studiu completează informațiile colectate în cadrul SASS, deși comparabilitatea este limitată datorită formulării diferite a întrebărilor. De exemplu, în prezent SNBGC măsoară frecvența cheltuielilor directe conform nivelului de asistență medicală, dar nu măsoară valoarea plăților directe pentru servicii și medicamente. Astfel, realizarea SASS 2012 are valoarea adăugată de a oferi informație mai cuprinzătoare privind accesul financiar la asistență medicală în dependență de nivelul accesat. Ar fi util de extins modulul Sănătate al SNBGC pentru a măsura și valoarea cheltuielilor directe pentru diferite plăți legate de categoriile medicale, pentru a monitoriza evoluția accesibilității financiare a serviciilor medicale.

Începând cu anul 2011, Centrul PAS realizează o dată la doi ani studiul Accesul și Calitatea Serviciilor Spitalicești în Opinia Populației Republicii Moldova (ACSS) în cadrul inițiativei Monitorul Sănătății. În timp ce studiul ACSS examinează în detaliu atât accesibilitatea financiară, acceptabilitatea, calitatea asistenței, cât și rezultatele spitalizării pe baza unui eșantion național de persoane spitalizate în ultimele 12 luni, SASS 2012 aduce valoarea adăugată de a fi captat câteva dimensiuni care nu sunt măsurate de ACSS, așa cum sunt variabilele legate de timpul mediu de călătorie și timpul de așteptare între momentul trimiterii și internării la spital, și date privind cheltuielile directe comparabile cu alte nivele de asistență medicală. Metodologiile diferite a acestor două studii sunt complementare, deoarece SASS oferă o radiografie a accesului în fiecare deceniu, iar studiul ACSS care este

mai detaliat și axat doar pe spitale, oferă o măsurare mai exactă și sensibilă a tendințelor din sectorul spitalicesc pe bază bianuală.

Renunțarea la servicii medicale din cauza costurilor anticipate

Așa cum este descris în compartimentul privind datele comparative între SASS realizate în anii 2000 și 2012, atât accesibilitatea financiară generală a serviciilor medicale, cât și accesibilitatea financiară specifică la ultimul episod de boală s-au îmbunătățit simțitor. Compararea dintre chintilele de bunăstare a arătat că accesibilitatea financiară a crescut semnificativ pentru toate chintilele, cu o creștere mai mare la chintilele inferioare în comparație cu chintilele mai înstărite. Deși accesibilitatea financiară generală a crescut atât pentru locuitorii mediului urban, cât și pentru cei din mediul rural, totuși un procent mai mic de gospodării din mediul rural au accesibilitate financiară adecvată în comparație cu gospodăriile urbane.

Datele SNBGC susțin și validează aceste constatări privind creșterea accesibilității financiare între cele trei runde de studii realizate în 2008, 2010, 2012, măsurată printr-un un alt set de întrebări. Conform rezultatelor SNBGC, 25,4% din respondenți în 2008, 19,2% în 2010 și 28,5% în 2012 nu au accesat asistența medicală primară sau specializată de ambulatoriu atunci când le-a fost necesar. Din acei care nu s-au adresat la o instituție medicală la ultimul episod de îmbolnăvire, 29,2% în 2008 și 20,9% în 2010 și 14,8% în 2012 nu au făcut-o din cauza costurilor anticipate legate de adresarea la o instituție medicală, principalele cauze pentru renunțare la adresare fiind utilizarea medicamentelor prescrise anterior și evitarea de a repeta vizita la medic (64,0% în 2010). Aceeași diferență dintre mediul urban și rural se menține și în SNBGC: doar 6,2% dintre membrii gospodăriilor din mediul urban, comparativ cu 22,3% din respondenții din mediul rural nu s-au adresat la un medic din cauza costurilor anticipate. Proporția celor care nu s-au adresat la medicul de familie sau la un specialist este direct proporțională cu statutul socio-economic, de la 21,1% în chintila cea mai săracă la 34,8% în chintila cea mai bogată, susținând astfel ipoteza că motivele de a renunța la asistența medicală primară și specializată de ambulatoriu nu sunt neapărat legate de accesul financiar și subiectivitatea necesității reale de asistență medicală. La nivel de servicii spitalicești, doar 3,8% în 2012, comparativ cu 5,6% în 2008 au renunțat la spitalizare, iar principala cauză de a renunța la spitalizare este cea financiară în 62,7% din cazuri în 2012. (BNS, 2009, 2011, 2013)

Tabelul 32: **Renunțarea la adresarea la serviciile de sănătate în studiile SASS și SNBGC**
Procentul membrilor gospodăriilor casnice care au renunțat la servicii medicale, pe loc de reședință și acoperire cu asigurare medicală, SASS 2000, 2012 și SNBGC 2012 (perioada 4 săptămâni)⁵

	SASS 2000	SASS 2012		SNBGC 2012	SNBGC 2012
	Orice serviciu medical			CAMP	Spital
Urban	51,5	21,2		31,2	2,7
Rural	58,6	25,9		26,6	4,5
Asigurați	NA	23,5		27,8	4,1

⁵ Datele nu sunt direct comparabile din punct de vedere statistic din cauza formulării diferite a întrebărilor.

	SASS 2000	SASS 2012		SNBGC 2012	SNBGC 2012
	Orice serviciu medical			CAMP	Spital
Neasigurați	NA	26,4		30,8	2,9
Total	55,5	24,2		28,5	3,8

Cheltuielile directe pentru servicii medicale

Deși evidențele prezentate denotă că accesibilitatea financiară generală și protecția financiară s-au îmbunătățit, datele din câteva surse demonstrează că frecvența cheltuielilor directe nu a scăzut și protecția financiară are legătură în cea mai mare parte cu ameliorarea generală a economiei și nu neapărat cu reformele în domeniul sănătății. Mai mult, valoarea cheltuielilor directe au crescut semnificativ pe parcursul timpului, determinate în mod special de cheltuielile crescânde pentru medicamente și servicii diagnostice, după cum reiese din comparația datelor SASS 2000 și 2012 efectuată în capitolul de mai sus.

Aceste date sunt susținute și de un studiu comparativ care a inclus mai multe țări efectuat în 2001 și repetat în 2010, care a arătat că în Moldova circa 36,6% dintre cei care s-au adresat la servicii medicale au efectuat plăți directe pentru servicii de ambulatoriu, 29,0% au plătit din buzunar pentru servicii spitalicești, 91,2% au trebuit să suporte costul medicamentelor și 93,4% au avut costurile de transport. Astfel, un total de 96,3% au fost nevoiți să efectueze plăți din buzunar în diverse forme (Balabanova et al, 2012), Mărimea cheltuielilor directe a plasat Republica Moldova pe locul doi după Georgia.

Datele SNBGC cu privire la plățile directe au fost colectate utilizând o metodă diferită, prin estimarea cheltuielilor lunare totale pentru sănătate, apoi atribuindu-le diferitor nivele de asistență, dar tendința este similară: o creștere în cheltuielile totale de sănătate de la 94,1 MDL per persoană pe lună în 2008 la 107,7 MDL pe persoană pe lună în anul 2012, din care 64,4% în 2008 și 62,0% în 2012 au fost cheltuieli pentru medicamente.

SASS 2012 a relevat că acoperirea cu asigurări de sănătate nu oferă protecție financiară suficientă pentru serviciile oferite de AMP, specialiști și, cel mai important, pentru asigurarea cu medicamente, dar că asigurările de sănătate au avut cel mai vizibil efect asupra îmbunătățirii accesibilității serviciilor spitalicești. Similar, SNBGC 2012 concluzionează că persoanele cu poliță de asigurare medicală au în medie cheltuieli mai mari pentru sănătate decât acei neasigurați, motivate de necesitatea mai mare de servicii medicale în rândul populației asigurate, dar și de cheltuielile pe medicamente neacoperite de asigurări (65% din toate cheltuielile persoanelor asigurate erau pentru farmaceutice, comparativ cu 49% în cazul celor neasigurați). De asemenea, SNBGC a evidențiat cea mai bună protecție financiară oferită de asigurările de sănătate la nivelul spitalicesc, deoarece cheltuielile totale pentru ultima admitere la spital au fost 769 MDL în cazul asiguraților și 1263 MDL în cazul neasiguraților, ceea ce corespunde cu constatările AHSS 2012.

Procentul persoanelor care au raportat cheltuieli directe în timpul spitalizării a fost 76,5% în SASS 2012, comparativ cu o pondere similară de 72,0% în SNBGC 2012. ACSS 2013 a raportat o pondere diferită, circa 17,8% din respondenți care au relatat că au avut cheltuieli directe oficiale în timpul spitalizării și încă 37,1% din respondenți au achitat plăți

neoficiale. De notat faptul că rezultatele nu sunt direct comparabile, datorită abordării diferite a formulării întrebărilor: în SASS 2000 și 2012 întrebările erau formulate să măsoare inițial suma totală a plăților din buzunar pe fiecare categorie de cheltuieli și apoi a doua întrebare le separa pe oficiale și cele neoficiale, în timp ce ACSS 2013 e bazat pe întrebări separate cu privire la plățile oficiale și cele neoficiale. De asemenea, a fost o diferență în categoriile de cheltuieli enumerate, ACSS propunând o listă a acestora mai detaliată, și a fost o diferență în perioada de reamintire a ultimului episod de spitalizare: 12 luni pentru ACSS 2013 și 4 săptămâni pentru SASS 2012.

Conform rezultatelor SASS 2012, cea mai frecventă categorie de cheltuieli în timpul spitalizării a fost pentru medicamente întrucât 52,0% din membrii gospodăriilor spitalizați au trebuit să plătească din buzunar pentru medicamente adițional celor acoperite de spital (perioada de reamintire 4 săptămâni) în comparație cu 40,5% care au trebuit să plătească pentru medicamente din buzunar, conform ACSS 2013 (perioada de reamintire 12 luni) și 40,5% care au trebuit să cumpere medicamente adăugătoare, conform datelor din SNBGC 2012 (perioada de reamintire 12 luni). Rezultatele sunt suficient de convergente și consecvente.

Asistența spitalicească este domeniul cel mai bine documentat în ceea ce privește valoarea absolută a plăților directe, datorită comparabilității consecvente. Valoarea medie a plăților din buzunar în cazurile de spitalizare a crescut de la 400 MDL în 1997 (UNICEF, 1997) la 846 MDL în 2000 (Berdaga, Stefanet & Bivol, 2001) și la 981 MDL în 2012 (cu limitarea că plățile din buzunar pentru medicamente au fost omise în chestionar). Mărimea medie a cheltuielilor din buzunar a fost mai mare, reieșind din ACSS 2013, la 1571 MDL (oficiale la media de 1968 MDL și neoficiale la media de 1166 MDL) comparativ cu 980,7 MDL conform SASS 2012.

Mărimea plăților din buzunar este proporțională cu capacitatea financiară a familiei. Familiile din chintila cea mai bogată au cheltuit în medie de 8,3 ori mai mult pentru sănătate decât chintila cea mai săracă. Cheltuieli catastrofale se înregistrează în toate grupurile de venit. Cele mai vulnerabile familii sunt acelea cu pensionari (Ursu, 2010). SNBGC 2012 de asemenea arată această tendință în mărimea cheltuielilor din buzunar în relație cu capacitatea financiară a familiei, întrucât cheltuielile din buzunar pentru admiterea în spital au constituit 588 MDL în chintila cea mai săracă, comparativ cu 1429 MDL în chintila cea mai înstărită.

Contactul cu serviciile medicale și funcțiile de portar ale asistenței medicale primare

SASS 2012 a constatat că structura adresărilor la asistența medicală în ceea ce privește nivelul de asistență accesat nu s-a schimbat în timp, în pofida așteptărilor ca, odată cu introducerea AMP și a stimulentei financiare menite să reducă utilizarea de servicii specializate și spitalicești, structura de accesare a diferitor niveluri de asistență să se schimbe.

Datele SNBGC privind nivelul de asistență accesat nu sunt direct comparabile din cauza abordării diferite de evaluare.⁶ Cu toate acestea, există unele tendințe convergente observate și în acest studiu, care permit de a trage concluzia că utilizatorii moldoveni de servicii de sănătate continuă să aprecieze mai mult asistența specializată și nu sunt de acord cu funcția de coordonare a trimiterilor la asistența medicală specializată și asistența spitalicească efectuată de asistența medicală primară. De exemplu, datele din SNBGC 2012 arată că ponderea persoanelor neasigurate care accesează direct specialistul este mai mare comparativ cu ponderea celor asigurați (35,5%, comparativ cu 27,1%), și aceștia ocolesc furnizorii de asistență medicală primară (49,5% neasigurați, comparativ cu 64,0% asigurați s-au adresat la medicul de familie). Același lucru se observă și în distribuția pe chintile, și anume că ponderea celor care accesează asistența specializată este în relație directă cu gradul de bunăstare.

Asistența medicală primară nu este atât de efectivă în calitate de portar de acces la serviciile spitalicești pe cât erau așteptările, deoarece oamenii o ocolesc în proporții mari prin utilizarea de auto-referire și admiteri de urgență la spital, după cum reiese atât din ACSS, cât și din SASS⁷:

- 42,0% din persoane spitalizate au avut o trimitere de la medicul de familie (SASS 2012) comparativ cu 35,8% (ACSS 2013);
- 21,0% dintre pacienți au fost admiși prin utilizarea ambulanței (SASS 2012) comparativ cu 56,1% (ACSS 2013);
- 0,5% prin trimitere de la un specialist pe baza de ambulatoriu (SASS 2012) comparativ cu 13,8% (ACSS 2013);
- 24,5% s-au autoadresat (SASS 2012) comparativ cu 13,3% (ACSS 2013).

Doctorul din raion îl știe pe medicul care a efectuat operația. Am plătit 300 lei medicului din raion pentru a obține o trimitere la spital.

Bărbat, 34 ani, muncitor agricol cu auto-asigurare, neasigurat, din mediul rural, 4 copii

Serviciile medicale chiar dacă sunt calitative ele sunt foarte costisitoare. Ca să fi la un nivel calitativ nu ne permite buzunarul ca să mergem să facem investigații de la și pînă la sfîrșitul tratamentului nu avem surse, așa că mergem în schimb la medicul nostru de familie.

Femeie, 25 ani, mama a doi copii și studentă, din mediul rural, primește asistență socială.

Discuțiile în focus grupuri au arătat că persoanele care au capacitatea de a plăti accesează direct asistența medicală spitalicească și de specialitate, pe care le percep de o calitate mai bună, prin utilizarea plăților de facilitare, în timp ce acei care sunt asigurați folosesc sistemul oficial de trimiteri și au o nemulțumire mai mare legată de timpul de așteptare și calitatea asistenței la nivel de AMP.

⁶ AHSS a cerut nivelul de instituție medicală care a oferit tratamentul pe următoarele categorii: auto-tratament, tratamentul la domiciliu, CAMP, asistența specializată de ambulatoriu și spital, în timp ce SNBGC a întregat despre prestatorul accesat (medicul de familie, specialistul, farmacistul, dentistul) și tipul de instituție: tratament la domiciliu, punct medical / cabinet medical, centru de sănătate și spital, omițând serviciile specializate de ambulatoriu.

⁷ Există o diferență în distribuția de răspunsuri pe modul de trimitere la spital, probabil legată de perioada evocată diferită (12 luni pentru ACSS și 4 săptămâni pentru SASS).

DATE-CHEIE

1. O jumătate din populație suferă de afecțiuni cronice, cu o pondere mai înaltă între femei, chintilele mai sărace și persoane în etate.
2. Peste două treimi din populație s-au adresat pentru asistență medicală pentru afecțiunile lor cronice în ultimele 12 luni; o pondere mai mare de adresare la medic a fost înregistrată în rândul femeilor, în regiunea Centru și printre cei care dețin polița de asigurare de sănătate.
3. Accesul geografic continuă să fie înalt în Republica Moldova: majoritatea familiilor locuiesc la o distanță mai mică de 5 km și le ia mai puțin de o oră să ajungă la instituția medicală cea mai apropiată; nu sunt diferențe semnificative între regiuni, și mediul urban și rural de reședință.
4. Acoperirea cu asigurare de sănătate rămâne în continuare o provocare în Republica Moldova: cele mai multe persoane neasurate sunt din raioanele republicii, au un nivel de educație scăzut, locuiesc în mediul rural, sunt din chintilele de jos, au vârsta între 15-49 ani și sunt familii cu copii; principalele motivele de a nu avea asigurare de sănătate sunt șomajul și cei care lucrează în sectorul de economie informală.
5. Informarea cu privire la pachetul de servicii asigurări medicale continuă să fie limitată în rândul populației din Republica Moldova: doar o treime din populație cunoaște despre acoperirea universală cu asistență medicală primară de bază și asistență medicală de urgență; mecanismele de oferire a asigurărilor de sănătate beneficiarilor de ajutor social și acoperii universale nu funcționează eficient.
6. Aproximativ un sfert din populație a avut cel puțin un episod de renunțare la asistență medicală din cauza costurilor anticipate; deținerea poliței de asigurare de sănătate nu asigură un acces financiar adecvat complet.
7. Majoritatea absolută a populației au achitat din buzunar când au accesat un serviciu de sănătate, în primul rând pentru medicamente, diagnostic de laborator și imagistic și tratament, precum și pentru consultații medicale la domiciliu; deținerea poliței de sănătate nu a asigurat o protecție financiară semnificativă și au fost necesare cheltuieli directe pentru medicamente.
8. Jumătate din populație nu-și putea permite să acopere costurile de tratament integral din venitul lor, în primul rând cei din raioanele republicii și din păturile

mai sărace; există un nivel ridicat al costurilor catastrofale legate de cazuri de boli grave.

9. Acoperirea cu servicii de prevenire este satisfăcătoare, dar s-au înregistrat diferențe în funcție de sex, vârstă și statut socio-economic; primul și principalul punct de intrare pentru serviciile de prevenire este medicul de familie, doar în câteva cazuri acesta a fost un specialist sau un prestator de nivel spitalicesc; acoperirea cu asigurări de sănătate a avut un efect pozitiv asupra examinărilor anuale profilactice.
10. Datele comparative între AHSS 2012 și 2000 au arătat următoarele diferențe:
 - a. O îmbunătățire semnificativă în accesibilitatea financiară generală și specifică a serviciilor de sănătate și că o creștere semnificativă în toate chintilele, cu o creștere mai mare în chintilele inferioare, comparativ cu chintilele mai bogate.
 - b. În același timp, frecvența cheltuielilor din buzunar nu a scăzut și protecția financiară este în mare parte legată de îmbunătățirea economică generală.
 - c. Acoperirea cu asigurări de sănătate nu oferă o protecție financiară suficientă atunci când vine vorba de cheltuieli pentru procurarea medicamentelor la nivel de asistență primară și specializată, dar acoperirea cu asigurări de sănătate a avut cel mai mare efect asupra îmbunătățirii accesului la servicii spitalicești.
 - d. Modelul și nivelul de adresare după asistența medicală nu s-a schimbat în timp, contrar așteptărilor că, odată cu introducerea AMP și a stimulentei financiare pentru a reduce utilizarea serviciilor specializate de ambulatoriu și spitalicești, structura de accesare a diferitor niveluri de asistență ar fi trebuit să se schimbe.
 - e. Utilizatorii de servicii medicale continuă să aprecieze mai mult asistența specializată și să se opună funcției de portar îndeplinite de asistența medicală primară pentru utilizarea nerațională a serviciilor specializate și spitalicești: oamenii sar peste AMP în proporții mari prin utilizarea de auto-referire și admitere de urgență la spital. În același timp, persoanele care au capacitatea de a plăti direct pentru a accesa asistența medicală spitalicească și specializată o percep de o calitate mai bună, în timp ce persoanele asigurate folosesc modelul oficial de trimeri și sunt mai nemulțumite de timpul de așteptare și de calitatea asistenței la nivel de AMP.

REFERINȚE

Berdaga V., Stefanet S., Bivol O. (2001), *Acesul populației din Republica Moldova la servicii medicale*, Chișinău, Gunivas.

Balabanova D. et al. (2004), Utilizarea serviciilor medicale în fosta Uniune Sovietică: evidențe din opt țări, *Cercetarea serviciilor medicale*, 39(6 Pt. 2):1927–1950.

Balabanova D. et al. (2012), Reforma asistenței medicale în fosta Uniune Sovietică: dincolo de tranziție, *Cercetarea serviciilor medicale*, 47(2)840–864

Jowett M., Shishkin S. (2010), *Extinderea acoperirii populației în schema națională de asigurări de sănătate în Republica Moldova*, Copenhagen, Biroul regional al OMS pentru Europa (Documentul de politici cu privire la finanțarea ocrotirii sănătății 2010/1) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf)

BNS (2009), *Rezultatele studiului stării sănătății populației și accesului la servicii medicale în Republica Moldova*, Chișinău, Biroul Național al Statisticii (http://www.statistica.md/public/files/ComPresa/sociala/nota_sanatatea_pop_2009.pdf).

BNS (2011), *Accesul populației la servicii medicale: rezultatele studiului bugetului gospodăriilor casnice, august–octombrie 2010*, Chișinău, Biroul Național al Statisticii (http://www.statistica.md/public/files/publicatii_electronice/acces_servicii_sanatate/Accesul_servicii_sanatate_2011.pdf).

BNS (2013), *Accesul populației la servicii medicale: rezultatele studiului gospodăriilor casnice, august–octombrie 2012*, Chișinău Biroul Național al Statisticii http://www.ms.gov.md/sites/default/files/proiecte_desfasurare/rezultatele_studiului_bns_in_gospodarii_-_accesul_populatiei_la_servicii_de_sanatate_2012.pdf

Centrul Național de Sănătate Publică al Ministerului Sănătății, Republica Moldova, Fondul Copiilor al Națiunilor Unite (2014), 2012 Studiul Cluster al Multiplilor Indicatori, Republica Moldova, Raport Final, Chișinău, Republica Moldova.

Centru PAS (2011), *Accesul și calitatea serviciilor spitalicești în percepția populației Republicii Moldova Rezultatele sondajului național 2011*, Chișinău, Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate.

Centru PAS (2015), *Accesul și calitatea serviciilor spitalicești în percepția populației Republicii Moldova Rezultatele sondajului național 2013*, Chișinău, Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate.

Parlamentul Republicii Moldova (2008), Legea nr. 133 din 13.06.2008 cu privire la ajutorul social, *Monitorul Oficial*, Nr. 179, art. nr. 625.

Parlamentul Republicii Moldova (2009), Legea nr. 108 din 17.12.2009 pentru modificarea și completarea unor acte legislative, articolul XIX, *Monitorul Oficial* Nr. 193–196, art. nr. 609.

UNICEF (1997), *Accesibilitatea serviciilor medicale și evaluarea cheltuielilor pentru sănătate în Republica Moldova*, Chișinău, UNICEF, Oficiul de țară din Moldova.

UNICEF (2001), *Studiul Cluster al Multiplilor Indicatori*, Chișinău, UNICEF, Oficiul de țară din Moldova.

Ursu P. (2010), Distribuția plăților neoficiale pentru servicii medicale și cheltuieli de sănătate catastrofice, Chișinău, 2010, *Sanatate Publica, Economie, Management in Medicina*, 1(27): 11.

Tanahashi T. (1978), *Acoperirea serviciului medical și evaluarea lui*, Buletinul Organizației Mondiale a Sănătății, 56 (2): 295–303.

Biroul Regional al OMS pentru Europa (2012), *Barierile și factorii care facilitează accesul la servicii medicale în Republica Moldova*, Copenhagen, Biroul Regional al OMS pentru Europa, 2012.

ANEXA 1. CHESTIONAR

CHESTIONARUL PRIVIND ACCESUL POPULAȚIEI LA SERVICIILE DE SĂNĂTATE [MOLDOVA]

Acest chestionar se aplică capului gospodăriei sau oricărui altui membru matur (mai mare de 15 ani) al gospodăriei.

MODULUL I. ACCESIBILITATEA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE AHS		
AHS1. Numărul cuibului: _____	AHS2. Numărul gospodăriei: ___ __	
AHS3. numele și numărul de ordine a respondentului din formularul de listare HL din chestionarul gospodăriei _____	AHS4. Numele și numărul intervievatorului _____	
AHS5. Editor (Numele și numărul) Nume _____	AHS6. Supervizor (Numele și numărul): Nume _____	
Acum aș vrea să discutăm despre sănătatea și serviciile de sănătate care stau la dispoziția Dvs sau a membrilor gospodăriei Dvs. Toate informațiile pe care le obținem vor rămâne strict confidențiale și răspunsurile pe care le veți oferi nu vor fi niciodată divulgate unei alte persoane care nu face parte din echipa noastră de proiect.		
AHS7. Rezultatul interviului	Realizat 1	
	Realizat parțial 2	
	Lipsa membrilor gospodăriei 3	
	Refuzul de a participa la interviu..... 4	
	Altele(<i>specificați</i>) 6	
AHS8. Înregistrați timpul	Ore și minute _____ : _____	
AHS9. La ce distanță (în km) se găsește cea mai apropiată instituție medicală?	Mai puțin sau egal cu 5 km 1	
	Mai mult de 5 km 2	
	Nu știu 8	
AHS10. Cât timp de obicei Vă ia ca să ajungeți la un Medic Generalist /de Familie?	Până la 1 oră 1	
	1-2 ore 2	
	Mai mult de 2 ore 3	
AHS11. Când cineva din gospodărie s-a simțit bolnav în ultimele 12 luni, au fost cazuri când din cauza costului (transportului, medicamentelor, examinărilor, consultațiilor) ați refuzat să vă adresați pentru un tratament?	Nu 1	
	Parțial 2	
	Da, întotdeauna 3	
	Nu știu 8	
AHS12. Dispuneți de asigurare medicală (poliță de asigurare medicală) în cadrul Companiei Naționale de Asigurare în Medicină?	Da 1	1=>AHS14
	Nu 2	8=>AHS14
	Nu știu 8	

<p>AHS13. Din ce motiv nu aveți poliță de asigurare medicală oferită de către Compania Națională de Asigurări în Medicină din Moldova?</p> <p><i>Încercuiți o singură variantă de răspuns.</i></p>	<p>Nu sunt angajat01</p> <p>Sunt angajat neoficial02</p> <p>Lucrez peste hotarele țării03</p> <p>Muncesc în domeniul agricol04</p> <p>Sunt întreprinzător individual.....05</p> <p>Nu simt că ar fi necesară/Sunt sănătos.....06</p> <p>Nu-mi pot permite/prea scumpă.....07</p> <p>Oricum va trebui să plătesc pentru serviciile de sănătate, de aceea este inutilă08</p> <p>Dispon de un alt fel de asigurare medicală. ...09</p> <p>Alte (specificați)96</p> <p>Nu știu98</p>																																													
<p>AHS14. Cunoașteți care (ce fel de) servicii medicale sunt acoperite de asigurarea dvs. de sănătate?</p>	<p>Da, în totalitate 1</p> <p>Parțial 2</p> <p>Nu 3</p>																																													
<p>AHS15. Cunoașteți că persoanele pot beneficia de un volum de asistență medicală stabilit de programul unic indiferent dacă au sau nu poliță de asigurare medicală?</p>	<p>Da 1</p> <p>Nu 2</p> <p>Nu cunosc ce este programul unic 8</p>																																													
<p>AHS16. Cunoașteți că persoanele care beneficiază de ajutor social pot beneficia și de asigurare medicală?</p>	<p>Da 1</p> <p>Nu 2</p> <p>Nu cunosc ce este ajutor social. 8</p>																																													
<p>AHS17. Pe parcursul ultimelor 12 luni ați trecut Dvs sau membrii gospodăriei următoarele controale profilactice?</p> <p>[A] Examenul fizic profilactic</p> <p>[B] Examenul fizic al glandei tiroide</p> <p>[C] Examenul sânilor (femei peste 20 ani)</p> <p>[D] Măsurarea vederii</p> <p>[E] Măsurarea tensiunii arteriale</p> <p>[F] Fluorografia/rentghenul / Microradiografia</p> <p>[G] Examen ginecologic (femei peste 20 ani)</p> <p>[H] Tonometria oculară /tensiunea ochiului (peste 40 ani)</p> <p>[I] Vaccinarea</p> <p>[X] Altele (specificați)_____</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Da</th> <th>Nu</th> <th>NȘ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Examenul fizic profilactic.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Examenul fizic al glandei tiroide</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Examenul sânilor (femei peste 20 ani)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Măsurarea vederii.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Măsurarea tensiunii arteriale.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Fluorografia/rentghenul /Microradiografia ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Examen ginecologic (femei peste 20 ani)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Tensiunea oculară/ochiului (peste 40 ani) ...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Vaccinarea</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Altele</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Da	Nu	NȘ	Examenul fizic profilactic.....	1	2	8	Examenul fizic al glandei tiroide	1	2	8	Examenul sânilor (femei peste 20 ani)	1	2	8	Măsurarea vederii.....	1	2	8	Măsurarea tensiunii arteriale.....	1	2	8	Fluorografia/rentghenul /Microradiografia ..	1	2	8	Examen ginecologic (femei peste 20 ani)	1	2	8	Tensiunea oculară/ochiului (peste 40 ani) ...	1	2	8	Vaccinarea	1	2	8	Altele	1	2	8	
	Da	Nu	NȘ																																											
Examenul fizic profilactic.....	1	2	8																																											
Examenul fizic al glandei tiroide	1	2	8																																											
Examenul sânilor (femei peste 20 ani)	1	2	8																																											
Măsurarea vederii.....	1	2	8																																											
Măsurarea tensiunii arteriale.....	1	2	8																																											
Fluorografia/rentghenul /Microradiografia ..	1	2	8																																											
Examen ginecologic (femei peste 20 ani)	1	2	8																																											
Tensiunea oculară/ochiului (peste 40 ani) ...	1	2	8																																											
Vaccinarea	1	2	8																																											
Altele	1	2	8																																											

<p>AHS18. Verifică AHS17:</p> <p><input type="checkbox"/> Dacă s-a înregistrat cel puțin o variantă de răspuns Da (AHS17=A-X) => continuați cu întrebarea AHS19</p> <p><input type="checkbox"/> Dacă nu => treceți la întrebarea AHS20</p>		
<p>AHS19. Unde (la ce instituție) vă adresați de obicei pentru controalele profilactice menționate?</p>	<p>Policlinică, ambulatoriu, Centrul de Sănătate, Centrul Medicilor de Familie. 1</p> <p>Medic specialist 2</p> <p>Centru medical privat 3</p> <p>Spital 4</p>	
<p>AHS20. Aveți vreo boală cronică?</p> <p><i>(Boală cronică – boală care necesită tratament continuu sau periodic și care a fost diagnosticată de medic)</i></p>	<p>Da 1</p> <p>Nu 2</p> <p>Nu știu 8</p>	<p>2=>AHS24</p> <p>8=>AHS24</p>
<p>AHS21. Ce boală cronică aveți Dvs.?</p> <p>Altele?</p> <p><i>Notați toate bolile menționate.</i></p> <hr/> <p><i>Notați denumirea bolii</i></p>	<p>Diabet A</p> <p>Hipertensiune B</p> <p>Altă boală cardio-vasculară C</p> <p>Boală respiratorie D</p> <p>Boală gastrointestinală/digestivă E</p> <p>Boală oncologică F</p> <p>Boală a rinichilor G</p> <p>Boală neurologică H</p> <p>Maladie ostio-articulară/locomotor I</p> <p>Alte (<i>specificați</i>) X</p>	
<p>AHS22. V-ați adresat ultimul an la medic pentru boala cronică/bolile cronice de care suferiți?</p>	<p>Da 1</p> <p>Nu 2</p>	<p>1=>AHS24</p>
<p>AHS23. De ce nu v-ați adresat pe parcursul ultimului an la medic pentru boala cronică/bolile cronice de care suferiți? Alte motive?</p> <p><i>Notați toate cauzele menționate</i></p>	<p>Boala nu este gravă A</p> <p>Nu am avut acutizări/nu mă dureau B</p> <p>Nu-mi ajung bani C</p> <p>Instituția medicală se află prea departe de localitatea mea D</p> <p>Nu are sens, tratamentul acestei boli este ineficient ..E</p> <p>Calitatea proastă a serviciilor F</p> <p>Nu am încredere în medici G</p> <p>Nu am asigurare medicală H</p> <p>Alte (<i>specificați</i>) X</p>	
<p>AHS24. Ați avut vre-un caz de îmbolnăvire printre membrii gospodăriei pe parcursul ultimelor patru săptămâni?</p>	<p>Da 1</p> <p>Nu 2</p> <p>Nu știu 8</p>	<p>2=>TS43</p> <p>8=>TS43</p>

<p>AHS25. Puteți să-mi spuneți numele membrului gospodăriei care a fost cea mai recent bolnavă pe parcursul ultimelor patru săptămâni?</p> <p><i>Indicați numele și numărul rândului persoanei (din Lista membrilor gospodăriei) care a fost cel mai recent bolnavă.</i></p>	<p>Nume _____</p> <p>Nr. rând _____</p> <p><i>Daca persoana bolnavă nu este prezentă în formularul de listare a gospodăriei HL, atunci treceți la TS43</i></p>	
---	--	--

MODULUL II. TRATAMENTUL ULTIMULUI EPISOD DE BOALĂ TI

Notă: Partea II urmează a fi aplicată unei persoane (adult) care a fost bolnavă pe parcursul ultimelor 4 săptămâni sau unei mame/ingrijitor (în cazul unui copil mai mic de 15 ani). În cazul în care persoana(persoanele) susmenționate nu există, atunci capul gospodăriei sau orice alt adult (cu vârsta de peste 18 ani) membru al gospodăriei va răspunde la întrebări. În cazul în care sunt câteva cazuri recente de îmbolnăvire (de ex. un adult și un copil), copilul va primi întâietatea. În cazul în care vor exista câteva îmbolnăviri recente, întâietate se va da celui mai recent caz.

<p>TI1. Numele respondentului</p> <p>_____</p>	<p>TI2. Numărul de ordine a respondentului din formularul de listare hl din chestionarul gospodăriei ___ __</p>	
<p>TI3. Dvs./persoana bolnavă (<i>numele</i>) ați/a avut asigurare medicală în perioada de boală?</p>	<p>Da .....1</p> <p>Nu .....2</p> <p>Nu știu .....8</p>	
<p>TI4. Ce fel de boală ați avut Dvs./persoana bolnavă (<i>numele</i>) pe parcursul ultimelor 4 săptămâni?</p> <p>_____</p> <p><i>Denumirea maladiei</i></p> <p><i>Încercuiți o singură variantă de răspuns, care ar corespunde maladiei de bază</i></p>	<p>Boală a inimii 01</p> <p>Boală respiratorie 02</p> <p>Boală gastrointestinală 03</p> <p>Boală ginecologică/ obstetricală 04</p> <p>Boală oncologică 05</p> <p>Boală a rinichilor 06</p> <p>Maladie ostio-articulară 07</p> <p>Traumă 08</p> <p>Alte (<i>specificați</i>) 96</p> <p>Nu știu diagnosticul 98</p>	
<p>TI5. După părerea Dvs., cât de gravă (serioasă) a fost boala?</p>	<p>Ușoară .....1</p> <p>Moderată .....2</p> <p>Severă .....3</p> <p>Nu știu .....8</p>	

<p>T16. Spuneți-mi vă rog cu ce s-a sfârșit boala?</p>	<p>Însănătoșire deplină .....1 Însănătoșire parțială .....2 A devenit cronică .....3 Dizabilitate .....4 Înrăutățirea stării .....5 Altele .....6 Continuă tratamentul .....7 Nu știu .....8</p>	
<p>T17. Ați/A refuzat Dvs./persoana bolnavă (<i>numele</i>) să vă adresați/să se adreseze pentru tratamentul bolii respective din cauza costului (transportului, medicamentelor, analizelor)?</p>	<p>Nu .....1 Parțial .....2 Da .....3 Nu știu .....8</p>	
<p>T18. Pentru tratarea acestei boli ați/a primit Dvs./persoana bolnavă (<i>numele</i>) vre-un tratament?</p>	<p>Da .....1 Nu .....2 Nu știu .....8</p>	<p>1=>T110 8=>TS41</p>
<p>T19. Care au fost cauzele pentru a nu urma un tratament?</p> <p><i>Vă rugăm să numiți cel mult 3 cauze principale.</i></p>	<p>Boala nu a fost gravă A Insuficiență de bani B Instituția medicală se află prea departe de localitatea mea C Nu are niciun rost, tratamentul pentru această boală este inefficient D Calitatea serviciilor este joasă E Nu am încredere în medici F Nu am asigurare medicală G Alte (<i>specificați</i>) X Nu știu Z</p>	<p>A=>TS43 B=>TS43 C=>TS43 D=> TS43 E=> TS43 F=> TS43 G=> TS43 X=> TS43 Z=> TS43</p>
<p>T110. Mai exact, unde ați urmat tratamentul pentru această boală?</p>	<p>Tratament de sine-stătător A Tratament la domiciliu, cu consultare B Tratament la medicul de familie, serviciile de urgență C Tratament la medic specialist D Tratament la spital E Tratament la medic privat F Tratament la spital privat G Alte (<i>specificați</i>) X Nu știu Z</p>	
<p>T111. Verifică T110:</p> <p><input type="checkbox"/> Dacă este încercuit A sau/și B => continuați cu întrebarea SM1</p> <p><input type="checkbox"/> Dacă nu => treceți la întrebarea SM16</p>		

MODULUL A. TRATAMENTUL DE SINE-STĂTĂTOR SAU TRATAMENTUL LA DOMICILIU CU CONSULTARE	SM	
SM1. Ați spus că Dvs./persoana bolnavă (<i>numele persoanei care a fost cel mai recent bolnavă</i>) ați/a fost tratat/ă la domiciliu. Cine a prescris tratamentul?	Un membru al gospodăriei care nu are o specialitate medicală .....1 Medicul .....2 Asistenta medicală .....3 Tămăduitorul (babe) .....4 Alte (<i>specificați</i>) .....6 Nu știu .....8	1=>SM3 4=>SM3 6=>SM3 8=>SM3
SM2. Asigurarea medicală a acoperit cheltuielile vizitelor la domiciliu și de tratament?	Da .....1 Parțial .....2 Nu .....3 Nu știu .....8	1=>SM5
SM3. A trebuit să plătiți/plătească dvs./persoana bolnavă (<i>numele</i>) ceva în numerar?	Da .....1 Nu .....2 Nu știu .....8	2=>SM5 8=>SM5
SM4. Ce sume ați plătit dvs/persoana bolnavă (<i>numele</i>) persoanei care venea să vă acorde asistență medicală la domiciliu? <i>Atunci când respondentul indică suma, specificați cât s-a plătit oficial sau neoficial</i> <i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i>	Oficial _____ lei Neoficial _____ lei	
SM5. Ați plătit, Dvs./ persoana bolnavă (<i>numele</i>), cu ceva bunuri pentru tratament sau o parte a tratamentului?	Da .....1 Nu .....2 Nu știu .....8	2=>SM7 8=>SM7
SM6. Care este costul acestor bunuri, sau cât v-ar costa, pe Dvs. / persoana bolnavă (<i>numele</i>), dacă ar trebui acum să le cumpărați? <i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i>	_____ lei	
SM7. Ați folosit dvs./ persoana bolnavă (<i>numele</i>) vre-un medicament pentru tratarea acestei boli?	Da .....1 Nu .....2 Nu știu .....8	2=>SM12 8=>SM12
SM8. Au fost acoperite cheltuielile pentru medicamente de către asigurarea medicală?	Da, integral .....1 Parțial .....2 Nu .....3 Nu știu .....8	1=>SM12
SM9. A trebuit să procurați Dvs. /persoana bolnavă (<i>numele</i>) medicamente pentru tratamentul bolii la care vă referiți?	Da .....1 Nu .....2 Nu știu .....8	1=>SM11 8=>SM12

Accesul populației din Republica Moldova la serviciile de sănătate

SM10. Care a fost cauza principală, datorită căreia nu ați procurat Dvs. /persoana bolnavă (<i>numele</i>) toate sau unele din medicamentele necesare?	Nu au ajuns bani.....1 Aveam deja medicamentele.....2 Nu am reușit să le găsim .....3 Alte (<i>specificați</i>) .....6 Nu știu.....8	1=>SM12 2=>SM12 3=>SM12 6=>SM12 8=>SM12
SM11. Cât au costat medicamentele? <i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i>	_____ lei	
SM12. Ați avut dvs. / persoana bolnavă (<i>numele</i>) și alte cheltuieli decât cele pentru consultare și medicamente?	Da.....1 Nu.....2 Nu știu.....8	2=>SM15 8=>SM15
SM13. Pentru care alte servicii medicale ați achitat Dvs/ persoana bolnavă (<i>numele</i>) costul?	Investigații A Proceduri medicale B Alte (<i>specificați</i>) X Nu știu..... Z	Z=>SM15
SM14. Cât v-au costat pe dvs./ persoana bolnavă (<i>numele</i>) celelalte cheltuieli? <i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i>	_____ lei	
SM15. Veniturile Dvs. /persoanei bolnave (<i>numele</i>) au permis să acoperiți /acopere cheltuielile pentru tratament?	Da.....1 Parțial .....2 Nu.....3 Nu știu.....8	
SM16. Verifică T110: <input type="checkbox"/> Dacă a fost încercuit codul C => continuați cu întrebarea THC1 <input type="checkbox"/> Dacă nu => treceți la întrebarea THC24		

MODULUL B. TRATAMENTUL LA CENTRUL DE SĂNĂTATE, MEDICUL DE FAMILIE THC		
THC1. Ați spus că, Dvs./ persoana bolnavă, ați/a mers la centrul de sănătate, oficiul medicului de familie, urgență pentru a trata această boală. La ce distanță se află această instituție medicală? <i>(daca distanța este mai mică de 1 km indicați 000)</i>	_____ km Nu știu .....998	

THC2. Ce mijloc de transport ați utilizat ca să ajungeți la această instituție? <i>Indicați un sigur mijloc principal de transport.</i>	Pe jos 01 Căruța 02 Bicicleta sau motocicletă 03 Mașină de ocazie 04 Transport public/de rută 05 Automobilul personal 07 Ambulanța 08 Alte (specificați) _____ .96 Nu știu 98	01=>THC4 98=>THC4
THC3. Cât ați plătit Dvs./persoana bolnavă (<i>numele</i>) pentru transport (în ambele direcții), inclusiv cheltuielile de însoțire? <i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i>	_____ lei	
THC4. Cât timp v-a luat Dvs / sau persoanei bolnave (<i>numele</i>) să ajungeți/gă până la această instituție?	_____ ore _____ min Nu știu .....9998	
THC5. Cât timp ați stat Dvs /persoana bolnavă (<i>numele</i>) la rând înainte ca să fiți examinat la Centrul de sănătate, Oficiul medicilor de familie?	_____ ore _____ min Nu știu .....9998	
THC6. A prescris medicul vre-un medicament?	Da 1 Nu 2 Nu știu 8	2=>THC11 8=>THC11
THC7. Cheltuielile pentru medicamente au fost acoperite de asigurarea medicală?	Da, în totalitate 1 Parțial 2 Nu 3 Nu știu 8	
THC8. A trebuit să cumpărați, Dvs. / persoana bolnavă (<i>numele</i>), medicamente pentru tratamentul bolii la care vă referiți?	Da 1 Nu 2 Nu știu 8	1=>THC10
THC9. Care a fost cauza de bază datorită căreia Dvs. / persoana bolnavă (<i>numele</i>) nu ați cumpărat medicamentele necesare sau o parte din ele? <i>Încercuți numai cauza principală.</i>	Nu au ajuns bani 1 Deja le aveam 2 Nu am reușit să le găsim 3 Alte (<i>specificați</i>) _____ 6 Nu știu 8	1=>THC11 2=>THC11 3=>THC11 6=>THC11 8=>THC11
THC10. Cât au costat medicamentele?	_____ lei Nu știu .....9998	
THC11. a eliberat medicul de familie a Dvs./ persoanei bolnave (<i>numele</i>) îndreptare la consultația unui medic specialist sau spital?	Da 1 Nu 2 Nu știu 8	

THC12. Ați/A primit Dvs. /persoana bolnavă (numele), îngrijirile medicului specialist sau spitalicești?	Da 1 Nu 2 Nu știu 8	1=>THC14 8=>THC14
THC13. Care a fost cauza principală că Dvs./ persoana bolnavă (numele) nu ați/a primit îngrijirile medicului specialist sau spitalicești?	Nu au ajuns bani 01 Nu am avut transport 02 Este prea departe 03 Boala nu a fost gravă 04 Nu cred că a fost necesar 05 Calitatea proastă a serviciilor 06 Sunt în așteptarea programării 07 Altele (specificați) 96 Nu știu 98	
THC14. Ați/A plătit dvs / persona bolnavă (numele) pentru consultația medicului de familie?	Da 1 Nu 2 Nu știu 8	2=>THC16 8=>THC17
THC15. Ce sume ați plătit dvs/ persoana bolnavă (numele) pentru consultația medicului de familie? <i>În cazul cind respondentul indică suma, specificați cât s-a plătit oficial sau neoficial</i> <i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i>	Oficial _____ lei Neoficial _____ lei	=>THC17
THC16. Din ce cauză dvs. / persoana bolnavă (numele) nu ați achitat consultația?	Cheltuielile sunt acoperite de asigurarea medicală 1 Toți beneficiază de asistența medicală primară indiferent dacă dispune sau nu de asigurare a sănătății 2 Nu am banii 3 Nu cred ca e necesar 4 Nu s-a cerut 5 Alte (specificați) 6 Nu știu 8	
THC17. Ați/A plătit dvs / persona bolnavă (numele) pentru analize de laborator și examene medicale?	Da 1 Nu 2 Nu știu 8	2=>THC19 8=>THC19
THC18. Ce sume ați plătit dvs/ persoana bolnavă (numele) pentru analize de laborator și examene medicale? <i>În cazul cind respondentul indică suma, specificați cât s-a plătit oficial sau neoficial</i> <i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i>	Oficial _____ lei Neoficial _____ lei	
THC19. Ați/A plătit dvs / persona bolnavă (numele) pentru proceduri medicale?	Da 1 Nu 2 Nu știu 8	2=>THC21 8=>THC21

<p>THC20. Ce sume ați plătit dvs/ persoana bolnavă (<i>numele</i>) pentru proceduri medicale?</p> <p><i>În cazul cind respondentul indică suma, specificați cât s-a plătit oficial sau neoficial</i></p> <p><i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i></p>	<p>Oficial _____ lei</p> <p>Neoficial _____ lei</p>	
<p>THC21. Ați/A plătit Dvs/pers bolnavă (<i>numele</i>) tratamentul sau o parte a tratamentului cu bunuri?</p>	<p>Da..... 1</p> <p>Nu..... 2</p> <p>Nu știu..... 8</p>	<p>2=>THC23</p> <p>8=>THC23</p>
<p>THC22. Care a fost costul acestor bunuri sau cât v-ar fi costat, pe Dvs. sau pe persoana bolnavă, dacă ar fi trebuit să le cumpărați?</p> <p><i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i></p>	<p>_____ lei</p>	
<p>THC23. Veniturile Dvs./persoanei bolnave (<i>numele</i>) au permis să acoperiți/acopere cheltuielile pentru tratament?</p>	<p>Da..... 1</p> <p>Parțial 2</p> <p>Nu..... 3</p> <p>Nu știu..... 8</p>	
<p>THC24. Verifică T110:</p> <p><input type="checkbox"/> Dacă a fost încercuit codul D și/sau F => continuați cu întrebarea TS1</p> <p><input type="checkbox"/> Dacă nu => treceți la întrebarea TS18</p>		

Modulul C. TRATAMENTUL LA MEDICUL SPECIALIST ȘI LA SPITAL TS		
<p>TS1. Ați spus că Dvs. / persoana bolnavă (<i>numele</i>) v-ați adresat la un medic specialist pentru a trata boala. La ce distanță se află specialistul?</p> <p><i>(dacă distanța este mai mică de 1 km indicați 000)</i></p>	<p>În Moldova _____ km</p> <p>În afara țării 996</p> <p>Nu știu..... 998</p>	
<p>TS2. Ați / A avut Dvs./persoana bolnavă (<i>numele</i>) îndreptare la medicul specialist?</p>	<p>Da..... 1</p> <p>Nu..... 2</p> <p>Nu știu..... 8</p>	

<p>TS3. Cu ce mijloc de transport v-ați deplasat la medicul specialist?</p> <p><i>Indicați doar un singur mijloc principal de transport.</i></p>	<p>Pe jos 01</p> <p>Căruța 02</p> <p>Bicicleta sau motocicletă 03</p> <p>O mașină de ocazie 04</p> <p>Transport public/de rută 05</p> <p>Automobilul personal 07</p> <p>Ambulanța 08</p> <p>Alte (specificați) 96</p> <p>Nu știu 98</p>	<p>01=>TS5</p> <p>98=>TS5</p>
<p>TS4. Cât ați/a plătit Dvs/ persona bolnavă (numele) pentru transport (în ambele direcții) pentru tratamentul la medicul specialist, inclusiv cheltuielile de însoțire?</p>	<p>_____ lei</p> <p>Nu știu .....9998</p>	
<p>TS5. Cât timp v-a/a luat Dvs./ persoana bolnavă (numele) să ajungeți/ajungă la medicul specialist?</p>	<p>_____ ore _____ min</p> <p>Nu știu .....9998</p>	
<p>TS6. Ați/A plătit dvs / persona bolnavă (numele) pentru consultația medicului specialist?</p>	<p>Da 1</p> <p>Nu 2</p> <p>Nu știu 8</p>	<p>2=>TS8</p> <p>8=>TS8</p>
<p>TS7. Ce sume ați plătit dvs/persoana bolnavă (numele) pentru consultația medicului specialist?</p> <p><i>În cazul cind respondentul indică suma, specificați cât s-a plătit oficial sau neoficial</i></p> <p><i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i></p>	<p>Oficial _____ lei</p> <p>Neoficial _____ lei</p>	
<p>TS8. Ați/A plătit dvs / persona bolnavă (numele) pentru analize de laborator și examene medicale la indicația medicului specialist?</p>	<p>Da 1</p> <p>Nu 2</p> <p>Nu știu 8</p>	<p>2=>TS10</p> <p>8=>TS10</p>
<p>TS9. Ce sume ați plătit dvs/persoana bolnavă (numele) pentru analize de laborator și examene medicale la indicația medicului specialist?</p> <p><i>În cazul cind respondentul indică suma, specificați cât s-a plătit oficial sau neoficial</i></p> <p><i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i></p>	<p>Oficial _____ lei</p> <p>Neoficial _____ lei</p>	
<p>TS10. Ați/A plătit dvs / persona bolnavă (numele) pentru proceduri medicale indicate de medicul specialist?</p>	<p>Da 1</p> <p>Nu 2</p> <p>Nu știu 8</p>	<p>2=>TS12</p> <p>8=>TS12</p>

TS11. Ce sume ați plătit dvs/persoana bolnavă (<i>numele</i>) pentru proceduri medicale? <i>În cazul cind respondentul indică suma, specificați cât s-a plătit oficial sau neoficial</i> <i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i>	Oficial _____ lei Neoficial _____ lei	
TS12. Ați plătit Dvs/ persoana bolnavă (<i>numele</i>) tratamentul sau o parte a tratamentului cu bunuri?	Da 1 Nu 2 Nu știu 8	2=>TS14 8=>TS14
TS13. Care a fost costul acestor bunuri sau cât v-ar fi costat pe Dvs/ persoana bolnavă (<i>numele</i>) dacă ar fi trebuit să le cumpărați? <i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i>	_____ lei	
TS14. A trebuit Dvs/persoana bolnavă (<i>numele</i>) să cumpărați/cumpere medicamente pentru tratamentul sau boala la care vă referiți, care au fost prescrise de medicul specialist?	Da 1 Parțial 2 Nu 3 Nu știu 8	1=>TS16 8=>TS17
TS15. Care a fost cauza de bază datorită căreia Dvs. / persoana bolnavă (<i>numele</i>) nu ați /a cumpărat medicamentele necesare sau o parte din ele? <i>Încercuiți numai cauza principală.</i>	Nu au ajuns bani 1 Deja le aveam 2 Nu am reușit să le găsim 3 Altele (<i>specificați</i>) 6 Nu știu 8	1=>TS17 2=>TS17 3=>TS17 6=>TS17 8=>TS17
TS16. Cât au costat medicamentele? <i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i>	_____ lei	
TS17. Veniturile Dvs/ persoanei bolnave (<i>numele</i>) au permis să acoperiți cheltuielile pentru tratament?	Da 1 Parțial 2 Nu 3 Nu știu 8	
TS18. Verifică T110: <input type="checkbox"/> Dacă a fost încercuit codul E și/sau G => continuați cu întrebarea TS19 <input type="checkbox"/> Dacă nu => treceți la întrebarea TS43		
TS19. Ați spus că Dvs. sau persoana bolnavă ați mers la spital pentru a trata boala. La ce distanță se află spitalul? <i>(daca distanța este mai mică de 1 km indicați 000)</i>	În Moldova km În afara țării 996 Nu știu 998	

<p>TS20. Cu ce mijloc de transport ați ajuns la spital?</p> <p><i>Indicați doar un singur mijloc principal de transport.</i></p>	<p>Pe jos 01</p> <p>Căruța 02</p> <p>Bicicleta / motocicletă 03</p> <p>Mașină de ocazie 04</p> <p>Transport public/de rută 05</p> <p>Automobilul personal 07</p> <p>Ambulanța 08</p> <p>Alte (specificați) 96</p> <p>Nu știu 98</p>	<p>01=>TS22</p> <p>98=>TS22</p>
<p>TS21. Cât ați plătit Dvs./persoana bolnavă (numele) pentru transport (în ambele direcții) pentru a ajunge la spital, inclusiv cheltuielile de însoțire?</p>	<p>_____ lei</p> <p>Nu știu 9998</p>	
<p>TS22. Cât timp va luat Dvs./persoana bolnavă (numele) să ajungeți la spital?</p>	<p>_____ ore _____ min</p> <p>Nu știu 8</p>	
<p>TS23. De ce nivel a fost spitalul în care Dvs. /persoana bolnavă (numele) ați/a fost tratat?</p> <p>_____</p> <p><i>denumirea spitalului</i></p>	<p>Republican 1</p> <p>Municipal 2</p> <p>Raional 3</p> <p>Particular 5</p> <p>Altul (specificați) 6</p> <p>Nu știu 8</p>	
<p>TS24. Cine v-a/a îndreptat pe Dvs/ persoana bolnavă (numele) la spital?</p>	<p>Medicul de familie 01</p> <p>Medicul specialist 02</p> <p>Secția consultativă 03</p> <p>Rudele/prietenii 04</p> <p>M-am dus fără îndreptare 05</p> <p>Urgența/ambulanța 06</p> <p>Am fost transferat/ă din alt spital 07</p> <p>Alte (specificați) 96</p> <p>Nu știu 98</p>	<p>05=>TS26</p> <p>06=>TS26</p> <p>07=>TS26</p>
<p>TS25. Cât timp ați/a așteptat Dvs/ persoana bolnavă (numele) spitalizarea programată?</p>	<p>_____ zile _____ luni</p> <p>Nu știu 9998</p>	
<p>TS26. Cât timp Dvs/persoana bolnavă (numele) ați/a așteptat în secția de internare?</p>	<p>_____ ore _____ min</p> <p>Nu știu 9998</p>	
<p>TS27. Ați/A plătit dvs / persoana bolnavă (numele) pentru consultația medicului în spital?</p>	<p>Da 1</p> <p>Nu 2</p> <p>Nu știu 8</p>	<p>2=>TS29</p> <p>8=>TS29</p>

TS28. Ce sume ați plătit dvs/persoana bolnavă (<i>numele</i>) pentru consultația medicului în spital? <i>În cazul cind respondentul indică suma, specificați cât s-a plătit oficial sau neoficial</i> <i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i>	Oficial _____ lei Neoficial _____ lei	
TS29. Ați/A plătit dvs / persoana bolnavă (<i>numele</i>) pentru analize de laborator și examene medicale în spital?	Da 1 Nu 2 Nu știu 8	2=>TS31 8=>TS31
TS30. Ce sume ați plătit dvs/persoana bolnavă (<i>numele</i>) pentru analize de laborator și examene medicale în spital? <i>În cazul cind respondentul indică suma, specificați cât s-a plătit oficial sau neoficial</i> <i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i>	Oficial _____ lei Neoficial _____ lei	
TS31. Ați/A plătit dvs / persoana bolnavă (<i>numele</i>) pentru proceduri medicale în spital?	Da 1 Nu 2 Nu știu 8	2=>TS33 8=>TS33
TS32. Ce sume ați plătit dvs/persoana bolnavă (<i>numele</i>) pentru proceduri medicale? <i>În cazul cind respondentul indică suma, specificați cât s-a plătit oficial sau neoficial</i>	Oficial _____ lei Neoficial _____ lei	
TS33. Ați/A plătit dvs / persoana bolnavă (<i>numele</i>) pentru intervenții chirurgicale în spital?	Da 1 Nu 2 Nu am fost operat/ă 3 Nu știu 8	2=>TS35 3=>TS35 8=>TS35
TS34. Ce sume ați plătit dvs/persoana bolnavă (<i>numele</i>) pentru intervenții chirurgicale? <i>În cazul cind respondentul indică suma, specificați cât s-a plătit oficial sau neoficial</i> <i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i>	Oficial _____ lei Neoficial _____ lei	
TS35. Pe parcursul internării Dvs. / a persoanei bolnave (<i>numele</i>) au fost și alte cheltuieli legate de tratament?	Da 1 Nu 2 Nu știu 8	2=>TS38 8=>TS38

Accesul populației din Republica Moldova la serviciile de sănătate

TS36. Pentru care alte servicii ați achitat Dvs./ persoana bolnavă (numele) costul?	Produse alimentare 1 Lenjerie 2 Consumabile medicale 3 Alte (specificați) 6 Nu știu 8	8=>TS38
TS37. Cât v-au costat pe Dvs/ persoana bolnavă celelalte cheltuieli? <i>Faceți referință la TS36</i> <i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i>	_____ lei	
TS38. Ați plătit Dvs./persoana bolnavă (numele) tratamentul sau o parte a tratamentului în spital cu bunuri?	Da 1 Nu 2 Nu știu 8	2=>TS40 8=>TS40
TS39. Care a fost costul acestor bunuri sau cât v-ar fi costat pe Dvs. / pe persoana bolnavă (numele), dacă ar fi trebuit să le cumpărați? <i>Pentru refuz și varianta de răspuns „Nu știu” indicați 9998</i>	_____ lei	
TS40. A trebuit Dvs. / persoana bolnavă (numele) să cumpărați/re medicamente pentru tratamentul bolii la care vă referiți pe parcursul aflării în spital?	Da 1 Parțial 2 Nu 3 Nu știu 8	1=>TS42 8=>TS42
TS.41 Care a fost cauza de bază datorită căreia Dvs./ persoana bolnavă (numele) nu ați /a cumpărat medicamentele necesare sau o parte din ele?	Nu a fost nevoie, erau în spital 1 Nu au ajuns bani..... 2 Deja le aveam 3 Nu am reușit să le găsim 4 Altele (specificați) 6 Nu știu 8	
TS42. Veniturile Dvs./persoanei bolnave (numele) au permis să acoperiți/acopere cheltuielile pentru tratament?	Da 1 Parțial 2 Nu 3 Nu știu 8	
TS43. Înregistrați timpul	Ore____ Minute____	

