

MONITORUL SĂNĂTĂȚII

Studiu calitativ: Cunoștințe, opinii și experiențe privind accesul la serviciile medicale ale persoanelor asigurate

**(beneficiarii de servicii medicale în baza Legii nr.1585/1998
și Legii nr.1593/2002)**



Chișinău, Ianuarie, 2022

Acest studiu calitativ apare în cadrul proiectului "Monitorul Sănătății pentru o bună guvernare în RM" implementat de Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) cu suportul financiar al Fundației Soros-Moldova/Departamentul Sănătate Publică. Centrul PAS aduce mulțumiri Centrului de investigații sociologice și marketing "CBS-RESEARCH" pentru realizarea acestui studiu calitativ. Informațiile prezentate nu sunt împărtășite neapărat de Fundația Soros-Moldova.

Studiu calitativ: Cunoștințe, opinii și experiențe privind accesul la serviciile medicale ale persoanelor asigurate (beneficiarii de servicii medicale în baza Legii nr.1585/1998 și Legii nr.1593/2002)



Chișinău, Ianuarie, 2022

Cuprins:

I. Context	4
II. Aspecte metodologice	4
III. Accesul la serviciile medicale	6
3.1. Adresarea la medicul de familie	6
3.2. Accesul la medicii specialiști/ servicii medicale de specialitate	8
3.3. Accesul la tratamentul în staționar	10
IV. Serviciile private vizavi de serviciile în baza asigurării obligatorii de asistență medicală.....	11
V. Cunoștințe privind serviciile medicale în baza asigurării obligatorii de asistență medicală.....	13
5.1. Opinii și percepții privind asigurarea obligatorie de asistență medicală.....	13
5.2. Servicii de care pot beneficia în baza asigurării obligatorii de asistență medicală..	15
5.3. Categori de persoane și maladiile/stările ce necesită asistență medicală finanțată din mijloacele asigurării obligatorii de asistență medicală	16
5.4. Drepturile și obligațiile persoanelor asigurate medical	18
VI. Sursele de informare privind prevederile Programului unic.....	21
VII. Nivelul de încredere în cadrele medicale și alegerea medicului de familie	22
7.1. Aprecierea profesionalismului și încrederea în cadrele medicale	22
7.2. Alegerea/schimbarea medicului de familie	23
7.3. Mecanismul de stabilire a costurilor serviciilor medicale ce au fost acordate persoanelor asigurate peste volumul prevăzut de Programul unic.....	24
VIII. Opinii și percepții privind implementarea, funcționarea asistenței medicale asigurate de stat	25
8.1. Garantarea tratamentului de către stat pentru anumite maladii (exemplul cancerului)	25
8.2. Protecția financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății	26
IX. Sugestii și recomandări ale intervievaților	27
9.1. Sugestii privind îmbunătățirea accesului la serviciile medicale a persoanelor asigurate.....	27
9.2. Alte recomandări	28
Concluzii.....	31

I. Context

Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) în cadrul proiectului „*Monitorul sănătății pentru buna guvernare în Republica Moldova (2021)*”, finanțat de Fundația Soros – Moldova și-a propus să contribuie la îmbunătățirea procesului decizional în sănătate, prin crearea unui mecanism de monitorizare a situației sistemului de sănătate și a impactului politicilor și intervențiilor asupra reformelor de sănătate prevăzute în documentele de politici guvernamentale, politici sectoriale, intersectoriale, precum și acte normative în domeniul sănătății. Informațiile obținute în cadrul monitorizării vor fi accesibile publicului, decidenților și partenerilor de dezvoltare.

În cadrul proiectului s-a planificat realizarea evaluării ex-post de impact la Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală și Legea nr.1593/2002 cu privire la mărirea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală.

Pentru a fi utilizată și de către decidenți, evaluarea ex-post de impact a fost realizată în conformitate cu Metodologia de evaluare ex-post privind implementarea actelor legislative – Anexa nr.3 „*Structura și conținutul –model al raportului de evaluare ex-post de impact*”, aprobată prin Hotărârea Parlamentului nr.2 din 7 februarie 2018 „*Pentru aprobarea Metodologiei de evaluare ex-post privind implementarea actelor legislative*”. Cu toate acestea, conform solicitării finanțatorului evaluarea ex-post de impact se va realiza și prin prisma abordării serviciilor de sănătate centrate pe persoană care este promovată de OMS, inclusiv abordarea legată de acoperirea universală cu servicii de sănătate.

Astfel pentru ca Raportul de evaluare ex-post de impact să cuprindă și opinia beneficiarilor serviciilor medicale în baza legislației AOAM, în cadrul proiectului a fost realizat acest studiu calitativ care a cuprins trei focus grupuri cu trei categorii de beneficiari ai serviciilor Programului unic al AOAM prevăzut de Legea nr.1585/1998 și a plătitorilor de prime de AOAM prevăzuți de Legea nr.1593/2002. Rezultatele studiului calitativ sunt prezentate în acest raport, dar totodată vor fi utilizate și la scrierea raportului de evaluare ex-post de impact realizat de Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS).

II. Aspecte metodologice

Studiul sociologic calitativ a avut drept scop cercetarea cunoștințelor, opiniilor, atitudinilor și experiențelor beneficiarilor de servicii medicale în baza asigurării obligatorii de asistență medicală.

Cercetarea s-a desfășurat prin intermediul a 3 discuții de grup cu participarea a 28 respondenți. Pentru mai multe detalii privind participanții la studiu vezi Tabelul 1.

Tabel 1.Designul Focus grupurilor

Nr. FG	Categoria de respondenți	Total respondenți	Data realizării
1FG	Persoanele care au maladii cronice (hipertensiune arterială, diabet zaharat, cancer etc.) <i>(fără pensionari)</i>	9	18.12.2021
2FG	Persoane care sunt asigurate medical, angajate (contribuție procentuală la salariu) și persoane care se asigură în mod individual (procură polița de asigurare în sumă fixă -	11	18.12.2021

	proprietarii de terenuri cu destinație agricolă; fondatorii de întreprinderi individuale; persoanele fizice care, pe bază de contract, iau în arendă sau folosință terenuri cu destinație agricolă, cu excepția grădinilor și loturilor pentru legumicultură; titularii de patentă de întreprinzător; persoanele fizice care desfășoară activități independente în domeniul comerțului cu amănuntul.		
3FG	Persoane asigurate medical de către stat (șomeri înregistrați la agențiile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă, pensionari, studenți, femei însărcinate, părinți, inclusiv adoptivi, care exercită în mod efectiv creșterea și educarea a patru și mai mulți copii, pentru perioada în care cel puțin un copil are vârsta de până la 18 ani; persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social; veteranii de război etc.).	8	19.12.2021

În cadrul studiului s-a utilizat un eșantion teoretic cu criterii prestabilite, iar selectarea participanților la studiu s-a făcut prin intermediul metodei „*bulgărului de zăpadă*” (snow-ball). În concordanță cu scopul cercetării, principiul de bază în selecția respondenților s-a referit la modalitatea/criteriul de asigurare medicală a respondenților. Alte criterii care au fost luate în considerație pentru a se asigura eterogenitatea grupurilor se referă la: sex, vârstă, mediu de trai și ocupația respondenților.

Discuțiile de grup s-au desfășurat în perioada 18-19 decembrie, 2021.

III. Accesul la serviciile medicale

3.1. Adresarea la medicul de familie

Adresarea la medic diferă semnificativ de la un respondent la altul în funcție de problemele de sănătate, acutizarea maladiilor, vârsta acestora, dar și de factori subiectivi cum ar fi încrederea în medici/ sistemul medical, teama de a nu se infecta de COVID-19. Persoanele care se confruntă cu probleme de sănătate sau cele care au avut probleme grave de sănătate se adresează mai des la medic pentru a preveni apariția complicațiilor.

„În ultimul timp chiar des, pentru că mă duc după analize, și după consultații și după toate astea. În ultima jumătate de an aproape că s-au săturat de mine acolo la policlinică deja... Am trecut chimioterapia, peste fiecare 21 de zile trebuia să mă duc să trec analizele... Iată acum chiar ultima lună îndesesc ușile, ba probleme cu inima, ba mă sufoc și, mai pe scurt, sunt cam des la medicul de familie.” (F, 52, grad de dizabilitate II, 1FG)

„Ultima dată am luat pastile pentru tensiune. Am fost bolnavă și de coronavirus, am stat în spital. Eu am bronșită cronică și mă adresez des dacă mă supără ceva... Se poate să mă duc și de două ori pe lună, câteodată și o dată pe lună, când și cum mă simt.” (F, 70 ani, pensionară, 3FG)

Unii respondenți recunosc că după unele experiențe persoanele sau a apropiaților care puteau fi prevenite prin investigații medicale efectuate în timp util au devenit mult mai responsabili față de starea sănătății lor și se adresează la medic inclusiv pentru investigații preventive, chiar dacă nu manifestă anumite simptome.

„Incendiul e mai ușor să-l prevenim, decât să-l stingem. Așa și eu, după ce am pățit, am grijă să iau la timp preparatele necesare, eu deja știu ce și cum și mă țin în tonus. Iau medicamentele necesare și capul nu mă doare, eu am probleme cu capul. Am avut o comotie cerebrală, hemoragie cerebrală cu fractură de compresie a vertebrelor gâtului. Din cauza acestei traume iau medicamente că să nu am dureri de cap.” (M, 33 ani, șomer, persoană cu dizabilități grad 3, 3FG)

„Soțul meu a decedat acum un an (infarct la 56 ani). Nu a fost bolnav, nu s-a jeluț niciodată cu inima, dar a căzut din picioare, asta a fost prin surprindere. La medic tot nu se ducea, că nu-l supăra nimic, sincer, nici eu nu mă duceam, că mă simțeam sănătoasă. Dar după ce s-a întâmplat cazul acesta am început de un an de zile să mă duc la medic mai des și să mă consult. Să trec și eu un aparat la inimă, să-mi controlez mai des tensiunea.” (F, 52 ani, casă de copii de tip familial, 3FG)

Pe de altă parte cei care se consideră sănătoși, în special tinerii, dar și persoanele care au un loc de muncă solicitant se adresează foarte rar la medicul de familie, unii nici nu țin minte ultima adresare. Aceștia din urmă chiar și atunci când au o problemă de sănătate preferă să se adreseze direct la medicul specialist, de obicei la o instituție privată. Totodată supra solicitarea specialiștilor și/sau lipsa acestora în instituțiile de stat îi determină pe o parte din respondenți să evite și adresarea la medicul de familie care este perceput ca „un intermediar care te direcționează la specialistul necesar”.

„Am poliță de asigurare, dar la medici nu mă adresez, pentru că nu am această necesitate. Singurele dăți când m-am adresat a fost când copiii erau mai mici și am mers la medicul de familie. Mai mult astfel de situații nu au fost. Cum a spus majoritatea, dacă apare vreo situație mai complicată, atunci mergem doar cu plată și doar în centre medicale private.... de exemplu la moment în Bălți nu este oculist, iar eu am nevoie de oculist și alte soluții nu există... ni se oferă alegere, fie așteptăm până va apărea un medic, fie să mergem la spital. Dar, după cum știți, îndreptare la spital nu-ți dă nimeni acum...” (F, 48 ani, stilist, 2FG)

Pandemia COVID-19 a influențat diferit adresabilitatea la medic. Pe de o parte unii bolnavi cronici, vârstnici care au probleme de sănătate au menționat că evită adresarea la instituțiile medicale pentru a se proteja de infectarea cu COVID-19, iar pe de altă parte persoanele mai tinere care anterior tratau virozele, infecțiile respiratorii fără a se adresa la medic acum apelează la specialiști fie pentru a preveni complicațiile, fie că acest lucru le este solicitat la locul de muncă.

Caseta 1. Schimbarea comportamentului de adresabilitate în timpul pandemiei

a) Mai rar

„În ultimul an chiar rar am fost la medic. În primul rând, pentru că mă simt bine, în al doilea rând, să zicem așa, pandemia. Mai nu vreau să bat la ușile policlinicilor pentru că știți și dumneavoastră ce se face. Nu vreau să aduc nimic acasă sau de acasă nu vreau să duc nimic acolo.” (M, 48 ani, angajat instituție privată, 1FG)

„Mai rar, de când e boala asta mă străduiesc să mă arăt pe acolo. Mă adresez când îmi trebuie medicamente pentru tensiune, când scriu insulină, pentru aceasta (mai des altcineva le ia – asistenta medicală, rude). Așa analize am dat luna trecută îmi pare și mă străduiesc mai rar să mă duc pe acolo. Când te duci la medicii de familie, stau toți grămadă și nu-i înțelegi care și ce vrea, care-i primul și care-i ultimul și mai rar mă străduiesc să bat în ușă pe acolo.” (M, 60 ani, lucrător tehnic la liceul din sat, 1FG)

b) Mai des

„Am fost mai des în acest an la policlinică, poate din cauza pandemiei, și mai des am solicitat medicul de familie. Din septembrie până acum am răcit de cinci ori.” (F, 20 de ani, studentă, 1FG).

„În ultimul an am apelat destul de des la medicul de familie, pentru că trebuia să apelez din cauză că cu lucru, dacă ceva răceai, trebuia numaidecât să te duci să-ți iei un certificat că totul e bine sau trebuia să-ți deschidă foaie de boală, că am fost și eu răcit.” (M, 27 ani, angajat instituție privată, 2FG)

În opinia pacienților perioada pandemică a determinat ca serviciile medicale să fie oferite mai organizat, instituțiile medicale par a fi mai puțin aglomerate – *„te duci dacă ai strict nevoie, în rest și pe telefon te poți consulta”*. De asemenea oamenii au devenit mai precauți, evită aglomerația. Însă pe de altă parte a distanțat și mai mult pacientul de medici, iar deseori pacienții se simt neglijăți, abandonați în fața suferinței.

„Oamenii au început să fie mai ordonați. Chiar dacă merg la o clinică sau la același medic de familie, nu știu, ori că distanța asta socială, ori că frica, oamenii se tem deja să se apropie unul de altul, sau poate și medicii se străduiesc să nu facă aglomerație, să nu țină lumea aceea lângă cabinet, cum era cândva rândul acela viu. Adică, este o oarecare schimbare înspre bine.” (M, 49 ani, angajat drumuri, 2FG)

„Pe de o parte e bine pentru că suni, te cheamă, vii, îți dă – tare operativ. Pe de altă parte, într-adevăr, foarte multă lume stă afară și țipă, le spun că v-ați închis acolo, parcă sunteți la închisoare, vă temeți, deschideți ușa, aruncați hârtiile printre ușă ca la câini.” (F, 52, grad de dizabilitate II, 1FG)

O parte din respondenți consideră că unele instituții medicale și/ sau cadre medicale sub pretextul situației pandemice, comit unele abuzuri asupra pacienților. Astfel, în continuare în unele instituții medicale pacienții sunt nevoiți să-și aștepte afară rândul, iar acest lucru îi descurajează să se adreseze la medic sau/și îi determină să amâne vizita – *„mai ales acum e frig, nici nu mai vrei să te duci la policlinică să stai să îngheți acolo, să răcești”*.

„Când te duci la raion le dă voie la 1-2, restul stau afară, te plouă, te ninge. Iată cum e. Dar omul, dacă se duce bolnav la spitalul acela, pe dânsul nu trebuie să-l ploaie și să-l ningă, trebuie să stea undeva la dos, dar dacă cu pandemia aceasta a noastră nebună așa e.” (M, 50 ani, grad de dizabilitate II, 1FG)

3.2. Accesul la medicii specialiști/ servicii medicale de specialitate

Opiniile respondenților privind accesul la medicii specialiști sunt diferite și în mare parte se bazează pe experiențele acestora. Cea mai mare nedumerire, chiar indignare a pacienților se referă la faptul că același serviciu, **consultarea unui specialist de profil sau efectuarea unei investigații medicale sunt disponibile imediat contra cost, dar în baza asigurării obligatorii de asistență medicală există un rând care în unele situații este perceput ca fiind inacceptabil în raport cu starea de sănătate a pacientului.**

Sunt și persoane care declară că la medicul de familie se mai adresează pentru anumite certificate, concediu medical, dar accesul la medicii specialiști este perceput ca fiind greoi (necesitatea biletului de trimitere de la medicul de familie, rândurile de așteptare pentru programare, cozile de la ușile specialiștilor) și în aceste condiții atunci când au nevoie apelează direct la privat.

„Dar specialiștii de prin policlinică, eu de mult nu am mai fost și cred că degrabă nici nu mă duc, doar de nu știu cum și Doamne ferește... E un rând extraordinar. Mai întâi, ca să ajungi la medicul de familie, trebuie să te duci la punctul medical din sat. Tu poate că te simți rău, ele îți măsoară tensiunea. Eu înțeleg că lucrurile acestea sunt necesare. Tensiune, kilograme, înălțime sau eu nu mai știu ce și apoi să scrie în cărticică, apoi în alt jurnal al lor trebuie să însemne. Tu practic o zi ai pierdut-o, după care trebuie să mergi la medicul de familie când te programează ele. Mergi la medicul de familie și, dacă mai mergi și la specialiști, iar trebuie să te programezi. Durează, nu știu, omul poate să moară și să învie de o sută de ori... Dar așa te-ai urcat în mașină și ai plecat la raion sau la Chișinău.” (F, 36 ani, antreprenoare, gospodărie țărănească, 2FG)

Unii pacienți declară că starea de sănătate nu le permite să aștepte rândul la specialiști, iar procedura de a se adresa mai întâi la medicul de familie, iar ulterior la specialist îi incomodează mai ales dacă au mai frecvent/ mai multe probleme de sănătate, iar atitudinea medicului de familie nu este tocmai prietenoasă, respectuoasă.

„Nu știam ce-i cu mine, și inima, și mă sufocam, și simțeam că ceva e în neregulă. Mai pe scurt, eu am fost singurică, fără medicul de familie, fără îndreptare, am fost la fiecare specialist. Am fost și la endocrinolog, am fost și la neurolog, și la cardiolog am fost, pe unde am plătit, pe unde au înțeles situația mea și nu au luat bani și, mai pe scurt, am trecut toți medicii, dar văd că nici un rezultat. Pastile beau, dar, până când, nu am nici un rezultat... La endocrinolog m-am dus, am cerut, totuși, îndreptare să-mi dea, dar la restul, vă spun, să iei o îndreptare de la medicul de familie, trebuie să te înscrii, să stai să aștepti două săptămâni, pentru că v-am spus că, dacă sunt trei medici pe tot raionul nostru și au foarte mult de lucru și nu le place nici lor când îi deranjezi. De asta și mă străduiesc mai puțin să îi deranjez, mă duc mai bine singurică unde îmi trebuie. Mă duc la nr.1, avem policlinică, mă apropiu de ușă și stau acolo, mă apropiu de sora medicală și spun care e situația și îmi spune: stați, o să vă luăm... Când spun că sunt „onco” bolnavă, vă spun cinstit, la unii nu am plătit medicului, nici la casă nu m-au trimis.” (F, 52, grad de dizabilitate II, 1FG)

În unele raioane lipsesc sau sunt insuficienți anumiți specialiști, iar acest lucru periclitează accesul în timp util la medicii specialiști.

„Nu prea ne ajung specialiști. Un medic pentru tot raionul și toți merg la el. Și s-a întâmplat așa că medicul era în concediu și nu are cine-l înlocui. Și se primește că, spre exemplu, o lună, asta e de obicei iunie-august și tu nu poți ajunge la medic. Asta nu mă afectează doar pe mine, dar pe toți oamenii care au nevoie să ajungă la el.” (M, 33 ani, șomer, grad de dizabilitate 3, 3FG)

Alți respondenți au evidențiat că ei sunt mulțumiți că se pot programa din timp, chiar dacă uneori trebuie să aștepte câteva zile sau săptămâni, dar aceasta le salvează timpul de așteptare la ușa medicului și le oferă mai multă flexibilitate să-și gestioneze timpul. Câțiva respondenți au menționat că în cazul unor specialiști programarea nu funcționează și deși ai rezervată o anumită oră, deseori sunt consultate de către medic mai multe persoane care nu au programare.

„Când avem nevoie de un specialist, când te duci la specialist, dumnealui îți cere îndreptarea de la medicul de familie. Dar la noi procedura e următoarea, eu mă adresez la sora medicală, dumneaei la telefon mă programează la specialist și, când mă ajunge rândul, aștepti în jurul la vreo două săptămâni, îmi spune ora și data când trebuie să mă duc. Știți cum se întâmplă, vin la medic și de acei care cunoscute, și de acei care prieteni și se întâmplă să-ți spună să te dai la o parte, să treacă acela, că acela e cu stea în frunte.” (M, 60 ani, lucrător tehnic la liceul din sat, 1FG)

Modalitățile de programare la specialist sunt diferite de la o instituție la alta, unii se înscriu la recepția instituției (direct sau prin telefon), alții prin intermediul medicului de familie sau al asistentei medicale, iar alții trebuie să-și facă programarea direct la medicul specialist. În mare parte participanții la studiu au menționat că la solicitare medicii de familie le oferă trimiteri la medicii specialiști. Câțiva pacienți au menționat că au nevoie de bilet de trimitere la prima consultație a medicului specialist, iar ulterior se pot adresa direct la medicul specialist, cu precădere atunci când le indică aceștia să revină pentru examinare, consultație.

„Când te-ai dus la medicul specialist, te-ai dus prima dată și ai luat îndreptarea de la medicul de familie, te-ai dus la specialistul care te-a trimis. Acum, dacă medicul specialist îți spune să revii peste două săptămâni, deja când te duci peste două săptămâni nu mai trebuie îndreptare de la medicul de familie. Deja te duci fără îndreptare. A treia oară dacă te duci la medicul specialist tot nu trebuie îndreptare. Pur și simplu, te duci așa când dumnealui îți spune să te duci repetat la dânsul.” (M, 60 ani, lucrător tehnic la instituție de învățământ, 1FG)

Însă, câțiva intervievați au evidențiat că medicii de familie le oferă ei tratament și sunt mai rezervați să-i refere la specialiști. Doi participanți la studiu din diferite discuții de grup au menționat că pentru a obține foaia de trimitere la specialist sau trimiteri la analize, investigații trebuie să ofere „mulțumire” medicului de familie.

„Foarte greu mă programez, în primul rând, pentru că medicul de familie, când sun sau când am o nevoie, îmi spune concret în față - 100 de lei și o ciocolată.” (F, 20 de ani, studentă, 1FG)

În contextul în care persoanele trebuie să roage și/sau să ofere anumite recompense medicului de familie pentru ca acesta să le ofere îndreptare la un anumit specialist/ pentru investigație medicală, unii pacienți aleg să meargă direct la specialistul și/sau instituția medicală. Aceștia declară că achitând informal vor beneficia mai repede de consultația medicului/ examenul medical necesar.

„Eu direct m-am dus la spital... Ce folos să te mai duci la medicul de familie, dacă plătești medicului de familie ca să-ți dea îndreptarea, după aceea trebuie să te duci și la spitalul de stat să plătești și acolo.” (F, 20 de ani, studentă, 1FG)

O provocare pentru pacienți este și corectitudinea biletelor de trimitere pentru investigații, sunt situații în care pacienții sunt nevoiți să facă mai multe drumuri sau să plătească investigațiile medicale, dat fiind faptul că acestea nu au fost completate corect de către medicii de familie.

„Au greșit în sat îndreptarea, nu mi-au scris-o corect. M-am dus să fac roentgen, eram cu ambele picioare cu pansament la genunchi și cu copil mic în brațe, fără ascensor în policlinică, mă ridic la etajul patru la medic, cobor la primul etaj la roentgen și îmi spune că nu e corectă îndreptarea... Mă trimite în sat, că din sat mi-au scris prima dată. Eu le-am spus, nu mă trimiteți în sat, că eu mă duc direct la Chișinău, eu nu mă duc în sat. Chemați-le și învățați-le să scrie corect. Eu, dacă eram un medic, vedeam că e greșit sau că nu e tipul corect de îndreptare. Când am început a face gălăgie, m-au primit. Era o bătrânică din alt sat, fix aceeași istorie. Și tot eu am început și pentru bătrânică aceea. Voi vă bateți joc de oameni. Eu pot să mă deplasez cu mașina, dar bătrânică asta, dacă are o dată în zi microbuz, cum poate ea să se ducă în sat după altă îndreptare?!” (F, 36 ani, antreprenoare, gospodărie țărănească, 2FG)

De remarcat că persoanele care au beneficiat de investigații costisitoare în baza asigurării medicale, inclusiv la instituții medicale private, s-au arătat mulțumiți de serviciile prestate chiar dacă au trebuit să aștepte câteva luni pentru a efectua gratuit examenul medical – „*medicul de familie mi-a dat și peste trei luni o să trec un aparat la inimă*”.

3.3. Accesul la tratamentul în staționar

Privind tratamentul în staționar au fost vociferate de către respondenți două provocări de bază:

- **refuzul unor medicii de familie de a îndrepta pacienții către instituțiile medicale din mun. Chișinău**, acolo unde își doresc majoritatea pacienților să ajungă pentru tratament. Există percepția că în spitalele raionale calitatea serviciilor și actelor medicale este joasă, percepută chiar ca periculoasă pentru pacienți.
- **restricțiile și/sau condițiile legate de COVID-19**. Din cauza situației pandemice, unor pacienți li s-au amânat intervențiile chirurgicale pentru care erau programați. Alți pacienți se declară nemulțumiți de faptul că pentru spitalizare și/ sau anumite proceduri (ex. chimioterapie) trebuie permanent să realizeze teste COVID-19, iar o bună perioadă de timp aceste costuri erau suportate de pacienți.

În general persoanele care au avut experiența spitalizării în ultimul an s-au arătat mulțumite de serviciile oferite în spital. Pacienții sunt cumva obișnuiți să procure medicamente, să ofere „mulțumiri” medicilor, iar atunci când li se oferă o parte din medicamente gratuit, când beneficiază de investigații fără a li se solicita plăți informale se declară satisfăcuți. Iar dacă au parte și de atitudine binevoitoare din partea cadrelor medicale, mai ales dacă au avut experiențe anterioare negative, nivelul de satisfacție a acestora față de tratamentul în staționar crește semnificativ.

„Nu am plătit nimic. Totul a fost fără plată. Ce nu au fost în spital medicamente, injecții, mi-a spus medicul că acestea nu le avem, cumpărați-le. S-a străduit medicul mult și au fost aproximativ toate medicamentele în spital, puțin ce au cumpărat... Medicul a urmărit ca tratamentul să fie mai bun, ca să mă vindec mai repede și el singur îmi spunea că o să fie tot normal. În toată dimineața mă întreba cum mă simt, zic foarte bine, mai bine și mai bine. Se bucura și el că are succes în lucru.” (F, 56 ani, grad de dizabilitate II, 1FG)

Câțiva vârstnici care au beneficiat de tratament, inclusiv cu COVID-19, în staționar, dar și intervenții chirurgicale, au declarat că li s-au oferit toate serviciile necesare și nu li s-au solicitat plăți informale. În unele situații s-ar putea ca vârstnicii să nu cunoască detalii dat fiind faptul că copiii acestora se preocupă de „asigurarea” unor condiții optime pentru ca părinții lor să beneficieze de tratament. Au fost însă și alte situații, în care persoanele au declarat ferm că nu au plătit suplimentar pentru tratament în staționar, costurile fiind acoperite de asigurarea medicală.

„Ce ține de polița de asigurare, eu cu câțiva ani în urmă am fost operată. Au fost calculate cheltuielile tot pe poliță, nu am dat nici un bănuț. Medicii nu mi-au cerut nimeni nimic.” (F, 52 ani, casă de copii de tip familial, 3FG)

IV. Serviciile private vizavi de serviciile în baza asigurării obligatorii de asistență medicală

În toate discuțiile de grup s-a conturat faptul că există o încredere mai mare a respondenților în serviciile medicale oferite de instituțiile private comparativ cu cele de stat. Sunt două elemente de bază care fac ca serviciile medicale private să fie percepute ca fiind mai atractive, mai calitative. Cel mai important se referă la atitudinea cadrelor medicale în procesul de examinare, discuție cu pacientul, iar al doilea la tehnologiile mai performante cu care sunt dotate instituțiile medicale private. Alți factori care sunt apreciați la serviciile medicale private se referă la: rapiditate/operativitatea oferirii acestora, condițiile fizice din cadrul instituțiilor, lipsa plăților informale, respectul față de pacient etc.

„Atunci când te duci cu îndreptare medicală la un medic din raion, nu am aceeași încredere ca atunci când te-ai duce la un medic la o clinică privată. E altă atârnare, alt mod chiar și de a privi analizele celea, în alt mod chiar discută și medicul cu tine... La clinica privată te-ai dus la casa clinicii, ai plătit acolo consultația 250 de lei, medicul are așa o atârnare, că vrei să te mai duci acolo. La clinicile de stat, să zicem, ca să mă înțelegeți dumneavoastră corect, nu e atârnarea aceasta față de pacient. Numai că în caz că medicul ți-e cunoscut, numai că în caz că te duci prin cineva care se cunoaște cu medicul, dar altfel rezultate bune nu vezi.” (M, 48 ani, producere a materialelor de construcție, 1FG)

Deși această analiză se bazează pe metode calitative de cercetare, iar pentru cuantificarea fenomenului sunt necesare studii cantitative, din discuțiile de grup s-a conturat clar faptul că persoanele care își pot permite financiar se adresează la instituții medicale private și evită pe cât posibil instituțiile publice. Aceștia apelează uneori și la medicii din cadrul instituțiilor medicale de stat, de obicei prin recomandare și/ sau identificarea unui specialist și în mare parte achită pentru consultație direct medicilor care le oferă consultația. În opinia unor respondenți, costurile de adresare la serviciile medicale private nu diferă semnificativ de plățile informale care trebuie să le achiți în instituțiile de stat, doar că în instituțiile private lucrurile sunt transparente, mai bine organizate și pacienții beneficiază de condiții și de o atitudine mai bună. O altă categorie de respondenți care apelează la instituțiile private sunt cei care s-au dezamăgit de serviciile oferite la instituțiile de stat și vor/ încearcă să-și soluționeze problema de sănătate, chiar dacă pentru familia lor costurile achitate reprezintă un efort financiar semnificativ. De asemenea, în situații de acutizare a problemelor de sănătate unii pacienți preferă să apeleze la instituțiile private pentru a putea începe cât mai curând posibil tratamentul. Sunt și cazuri în care medicii de familie sau de profil recomandă pacienților să efectueze anumite investigații medicale la privat pentru că sunt tehnologii mai performante sau din motivul că la moment nu le pot oferi bilet de trimitere pentru anumite analize.

Caseta 2. Situații de adresare la instituțiile medicale private

„Deodată merg la privat, am așa o încredere mai mare în privat. Când intri acolo, să zicem așa, parcă ai pleca peste hotare – curățenie, tehnică performantă și, în unele cazuri, chiar și atârnarea personalului. De asta e cu mult mai bine ca la de stat. Aș spune că cheltuielile la privat, față de stat, nu sunt cu mult mai mari. Numai cum ai deschis ușa la policlinica privată sau la un centru diagnostic privat sau chiar niște analize simple de sânge să te duci să le dai la privat e altă atitudine, parcă e mai omeneste... E alegerea mea că merg la policlinică privată. La policlinica de stat nu știu ce să vă zic, iau mită, nu iau mită. Dar acolo m-am dus și am plătit în casă și medicul nu mi-a spus niciodată să mai dau un ban în plus.” (M, 48 ani, producere a materialelor de construcție, 1FG)

„Programare îți trebuie din timp. Deoarece la serviciu tot avem un orar oarecare, ne ducem la privat repede. Acum am problema, acum mă duc, acum mă primește. Dar la medicul de familie trebuie să faci o programare și iarăși îți spune, peste o săptămână sau peste două sau peste trei chiar. La privat te duci repede. Ai sunat, da, veniți, sunt liber sau achiți, faci analiza și pleci mai departe.” (F, 34 ani, specialist marketing, 2FG)

„De obicei angajatorii nu sunt atât de deschiși, să te lase să te duci să-ți rezolvi problemele tale de sănătate. El are nevoie de productivitatea ta și tu să vii la locul de muncă.” (F, 25 ani, angajată instituție de stat, 2FG)

„Apelez la medicii specialiști din spitalul privat când în policlinica în care e medicul meu nu este tehnica așa de bună. La privat sunt tehnologii noi, tehnologii de ultimă generație, care arată mult mai multe decât pot arăta cele de la policlinică sau de la spitalele de stat... Mi-am dat seama că spitalele sau policlinicile private sunt mai bune pentru că am avut o problemă cu o operație la cap și am trecut același tratament și la un spital (stat), și la altul (privat), dar noroc că spitalele private aveau un tratament nou făcut pe calculator, specializat, de la medic și am trecut și eu un control și mi s-a spus problema care am avut-o cu adevărat.” (F, 20 de ani, studentă, 1FG)

„De obicei, mă duc la medicul de familie, dar când înțeleg că situația este mai gravă pot să apelez la privat. Ultima dată am fost la Centrul diagnostic german, aveam tensiune intra-craniană și aveam probleme că-mi curgea sânge din nas, practic, la fiecare două-trei zile. Medicul meu de familie mi-a spus că, dacă vreau, poate să-mi dea îndreptare, să vin peste o lună la medicul specialist. Am decis să merg la privat. Nu am vrut să aștept atât de mult, credeam că trebuie să intervin mai urgent și am mers cu plată.” (M, 24 de ani, angajat mass-media, 1FG)

„Am vrut să trec la glanda tiroidă și medicul meu de familie mi-a spus că ea nu are talon și să mă duc la privat și să plătesc. În rest, eu cred că UZI (USG), analiza de sânge și tot ce mai este, dacă este poliță, înseamnă că tot trebuie să fie gratis. Peste câteva zile am luat îndreptare la endocrinolog și medicul mi-a spus deja că nu e nevoie de nici un UZI (USG) pentru că la mine e totul normal și totul e de la sistemul nervos.” (F, 52, grad de dizabilitate II, 1FG)

Anturajul, condițiile nesatisfăcătoare din unele instituții medicale de stat, tehnica și utilajele învechite, dar și practicile și atitudinile unor cadre medicale îi determină pe unii pacienți să se distanțeze de instituțiile medicale de stat și să apeleze la cele private.

„A născut cumnata mea nu demult la Centrul Mamei și a Copilului și medicul a venit la ea după ce a născut și i-a spus: tu știi care e procedura, că trebuie să mulțumești. I-a dat 800 de lei medicului cu care a născut și nu știu cât le-a dat la surorile medicale și Doamne ferește ce atârnare urâtă, a zis: „tu, ce, mă iei în râs cu 800 lei?! Eu am pierdut aici toată ziua cu tine, ca tu să-mi dai 800 lei?” Pediatrul vine, nici nu pune mâna pe copil, dar 300 lei trebuie să-i dai.” (F, 25 ani, angajată instituție de stat, 2FG)

V. Cunoștințe privind serviciile medicale în baza asigurării obligatorii de asistență medicală

5.1. Opinii și percepții privind asigurarea obligatorie de asistență medicală

Asigurarea obligatorie de asistență medicală este percepută ca fiind foarte utilă pentru unii vârstnici și persoane cu maladii cronice. Pe de altă parte majoritatea persoanelor angajate, care contribuie lunar din salariu la fondul de asigurări medicale cred în mare parte că aceasta este doar o formalitate și fără plăți suplimentare nu poți beneficia în RM de servicii medicale calitative în baza statutului de asigurare obligatorie de asistență medicală. Mărirea contribuției din salariu pentru fondul de asigurări medicale raportată la serviciile de sănătate oferite în baza acesteia este considerată nejustificată. O altă situație în care persoanele asigurate medical sunt nevoite să plătească este lipsa biletelor de trimitere la unele analize, investigații medicale la sfârșit de an, motivându-se că serviciile contractate au fost epuizate, iar un nou contract încă nu este semnat.

Caseta 3. Solicitarea/oferirea plăților informale pentru a beneficia de servicii medicale

„Asigurarea medicală la noi este formală. Doar de mult se spune că vor fi incluse mai multe servicii sau mai multe medicamente, că oricum s-a majorat, ați văzut cât de tare s-a majorat procentul din salariu care se reține, dar ea a rămas la un nivel minim. Practic, pentru niște analize care le faci gratis, niște consultații, în rest, trebuie să pui și pe poliță, și sub poliță.” (F, 51 ani, funcționar public, 2FG)

„S-au deprins să fie mulțumiți, mereu cu ceva mulțumiți, chiar dacă avem polița de asigurare. Eu spun așa cum este. Trebuie să-i pui ceva sub foaie, ceva, trebuie să vadă că-i pui - 50, 100, 200, chiar și aceeași ciocolată sau cu ceva trebuie să te duci.” (F, 34 ani, specialist marketing, 2FG)

„Cât am umblat 2 luni, peste tot aproape am plătit, în spital nu am stat. Se zice că dacă stai în spital nu plătești numai patul, dar medicamentele trebuie să le cumperi... Am fost nevoită și la Bender să mă duc cu plată. Că unul mă trimitea la Chișinău, de la Chișinău mă trimitea înapoi că trebuie să trec aparatele... Să-mi dea îndreptare medicul de familie să trec în raion gratis. Aici gratis până la Anul Nou nu au, nu au contract sau nu știu ce acolo. Și am fost nevoită să mă duc să fac de urgență cu bani (achitat medicului, nu în casa instituției).” (F, 68 ani, pensionară, 3FG)

Câțiva respondenți au exemplificat prin propriile experiențe sau cele ale apropiaților schimbare de atitudine și chiar de tratament din partea medicilor din instituțiile medicale publice, în momentul în care specialiștilor li s-au oferit bani ori persoanele s-au arătat dispuși să achite suplimentar.

„Am avut așa o întâmplare, am fost cu fetița cu nasul, avea sinuzită. I-am spus, dacă trebuie medicamente care nu se prea găsesc sau ceva, să nu ajungă la operație, că-i dăduse de mai multe ori tratament. I-am spus: eu „vă mulțumesc” (a se citi vă plătesc), dar dați-mi tratamentul care trebuie. A rupt foaia și a spus: „trebuia deodată să spuneți așa”. Și când mă mai duceam la control, deodată: Ce se mai aude? Mă primea fără rând, că mă simțeam și eu incomod față de persoanele celelalte. La noi degrabă nu o să dispară mita. Unde nu te duci, mită și mită.” (F, 36 ani, antreprenoare, gospodărie țărăneasca, 2FG)

În unele situații (naștere, intervenții chirurgicale) oferirea unor plăți pot fi considerate „insuficiente” și pacienții au fost neglijăți sau chiar abuzați verbal.

„A născut cumnata mea nu demult la Centrul Mamei și a Copilului și medicul a venit la ea după ce a născut și i-a spus: tu știi care e procedura, că trebuie să mulțumești. I-a dat 800 de lei medicului cu care a născut și nu știu cât le-a dat la surorile medicale și Doamne ferește ce atârnare urâtă, a zis: „tu, ce, mă iei în râs cu 800 lei?! Eu am pierdut aici toată ziua cu tine, ca tu să-mi dai 800 lei?” Pediatrul vine, nici nu pune mâna pe copil, dar 300 lei trebuie să-i dai.” (F, 25 ani, angajată instituție de stat, 2FG)

Pe de altă parte, mai degrabă ca excepții, sunt persoane care declară că indiferent dacă se adresează la instituții medicale private sau de stat, achită pentru consultațiile medicale și/sau investigații doar în casa instituției. Aceștia îi îndeamnă și pe ceilalți să procedeze anume așa și să renunțe să mai ofere mită.

„Pe unde am fost, dacă am plătit, o făceam la casă. Direct medicilor în mână, chiar și dacă erau unele cazuri că se dădea de înțeles că ar trebui ceva acolo, eu sunt persoana aceea care nu le dau și îi sfătui și pe ceilalți care au vorbit: oameni buni, noi îi învățăm asta. Dacă le dai azi, or să vrea și mâine, și poimâine, și așa mai departe, și ani de zile la rând și nu mai ieșim din situația aceasta. Vrem ca în Europa, trebuie să avem și noi mentalitatea europenilor.” (M, 49 ani, angajat drumuri, 2FG)

Cei mai mulți asociază în continuare asigurarea obligatorie de asistență medicală cu accesul la medicul de familie și aflarea în staționar gratuită – „polița este mai mult mâncare pe gratis și patul gratis în spital”. Astfel cei care se asigură individual, prin achitarea sumei necesare o fac fie pentru că trebuie să se interneze în staționar sau la recomandarea medicului de familie/ medicului specialist pentru a beneficia de careva investigații/ intervenții.

Persoanele care sunt angajate, dar nu beneficiază de servicii medicale în baza asigurării obligatorii de asistență medicală (fie că nu au nevoie, fie că se adresează la instituții private) menționează că ar dori să existe o evidență a contribuției și a cheltuielilor individuale și să se identifice mecanisme de motivare (acumulare parțială, plata unor servicii de recreere și/sau sportive etc.) a celor care contribuie la sistemul de asigurări medicale, dar nu utilizează serviciile medicale. Unii înțeleg că aceste resurse sunt direcționate către alte categorii de persoane care deși nu contribuie beneficiază de asigurare medicală și/sau costurile pentru unele tratamente depășește cu mult contribuția anterioară a pacienților.

„Nu se duce nici o evidență, am achitat anul acesta atâta, dar am folosit atâta. Dacă ar fi suma aceasta să se acumuleze și să o pot ori dona, ori, cândva, pe parcursul anilor, să mă pot folosi de ea, ar fi bine... Dar nu știu cum ar fi mai bine, fiindcă, dacă noi achităm polița și anul acesta nu o folosim, sunt alți oameni care apelează... fiindcă un tratament în spital nu sunt acei 4000 de lei care achităm polița, e mult mai mult și 4000 asta e patul, alimente și ceva medicamente. Cred că ceva mai mult nici nu poate să fie.” (M, 49 ani, angajat drumuri, 2FG)

În general persistă percepția că nu te poți baza pe statutul de asigurat medical atât ca acces la serviciile medicale, cât și ca referire la calitatea serviciilor medicale. Inclusiv când ești spitalizat tu sau un membru de familie există alerta aceasta că va trebui să cauți medicamente, să apelezi la rude/ cunoștințe pentru recomandări de specialiști – „nu te poți încrede în sistem”.

„Dacă aș fi internată într-un spital privat, aș putea fi sigură că mă vor ajuta. Cât privește polița de asigurare și Ministerul Sănătății, astăzi suntem complet decepționați. Chiar atunci când vrei să faci un roentgen, te programezi și te ajunge rândul minim peste trei săptămâni.” (F, 48 ani, stilist, 2FG)

5.2. Servicii de care pot beneficia în baza asigurării obligatorii de asistență medicală

Respondenții recunosc că sunt puțin informați privind serviciile de care pot beneficia în baza statutului lor de asigurat CNAM. Pe lângă accesul la medicul de familie, pe care de fapt îl are orice cetățean al RM indiferent de statutul său de asigurat sau nu medical, și spitalizarea gratuită – „*nu plătești patul*”, câțiva intervievați au menționat și includerea unor investigații și intervenții chirurgicale pentru care trebuie să stai în rând. Pentru a beneficia de consultație calitativă, tratament (medicație) și atitudine respectuoasă din partea cadrelor medicale trebuie să plătească suplimentar.

Caseta 4. Percepții privind asistența medicală limitată în baza asigurării obligatorii de asistență medicală

„O garanție pentru ziua de mâine că poți să mergi liber la medicul de familie. În rest, eu nu văd nici o treabă bună în polița asta. Numai accesul la medicul de familie și, cum spun domnii, o îndreptare la medicul specialist și o internare în spital pe 7-10 zile. Mai mult eu nu văd nici un folos din polița de asigurare.” (M, 48 ani, producere a materialelor de construcție, 1FG)

„Polița e pentru spital, când te duci în spital să te internezi și pe la medicii de familie, dar așa, când te duci la specialiști, ei se uită ce e în poliță. Dacă te duci numai pe poliță, te tratează oleacă mai greu, dar dacă ai în poliță, mai repede merge procesul.” (M, 50 ani, grad de dizabilitate II, 1FG)

„Consider că polița doar 20% acoperă, asta sunt 12 zile de spital. Cum a mai spus doamna, toate medicamentele sunt cu plată și în majoritatea cazurilor trebuie să dai mită, pentru că dacă nu dai, nimeni la tine nu se uită și asta nu-i corect.” (M, 33 ani, șomer, grad de dizabilitate 3, 3FG)

Mai mulți respondenți au remarcat faptul că sunt conștienți că este necesară existența asigurării obligatorii de asistență medicală pentru acoperirea serviciilor medicale destinate copiilor, vârstnicilor, dar și altor categorii de persoane cu maladii cronice, incurabile. Dar în același timp își doresc îmbunătățirea mecanismului asigurării obligatorii de asistență medicală, astfel încât și persoanele care contribuie să poată beneficia de servicii medicale. Ca sugestii au fost remarcate următoarele necesități: existența mai multor tipuri de polițe de asigurare medicală, posibilitatea acoperirii unor costuri la adresarea în instituțiile medicale private, un sistem de cumulare a unei părți din contribuții etc. (mai multe detalii în capitolul IX. *Recomandări*).

„Nu spun că ea nu trebuie să fie, acesta e un buget adăugător la Ministerul Sănătății, el trebuie. De exemplu, aș propune mai multe categorii de polițe de asigurare, mai ieftine, mai scumpe. Văd că este doamna care boală și de cancer, și de asta, să fie omul asigurat în privința asta.” (M, 48 ani, producere a materialelor de construcție, 1FG)

Într-adevăr unele persoanele intervievate cu probleme grave de sănătate au evidențiat faptul că sunt mulțumite de asistența medicală de care au beneficiat în baza asigurării obligatorii de asistență medicală. Unii din aceștia recunosc că anterior nu au contribuit la sistemul de asigurare medicală obligatorie (casnică, student ori muncă informală) și cu toate acestea statul i-a asigurat medical după statutul de dizabilitate determinat de maladie.

„Am trecut chimioterapie pe poliță, nu știu, parcă, până când, sunt mulțumită. Până la asta eu nu am avut poliță, clar că treceam la toți medicii și plăteam fără poliță. Dar de când sunt cu poliță, încă nu am plătit la nimeni... Mi-au dat-o gratuit, că sunt deja la grupa a doua.” (F, 52, grad de dizabilitate II, 1FG)

„Am poliță, mie mi s-a dat gratuit și beneficiaz. Că eu, dacă mă duc la medici, nu achit și eu fac acum tratament de chimioterapie. Tratamentul nu-l achit, e gratuit și medicii se atârnă foarte serios. Adică, e o asigurare pentru mine... Nu am lucrat, dar mie mi s-a dat poliță de la facultate. Eu și mai înainte aveam poliță și nu achitam. Eu am poliță din 2016 și nu am achit nimic.” (F, 24 de ani, concediu de îngrijire al copilului, 1FG)

Sunt însă și pacienți care au fost în staționar și s-au arătat total dezamăgiți de asistența medicală în baza asigurării de asistență medicală obligatorie.

„Eu nu am tare mare folos din poliță pentru că, stând în spital, eu am înțeles ce înseamnă poliță. Am stat la spital de stat și m-au pus, chiar dacă aveam poliță, să achit tot cursul de tratament medicului.” (F, 20 de ani, studentă, 1FG)

5.3. Categoriile de persoane și maladiile/stările ce necesită asistență medicală finanțată din mijloacele asigurării obligatorii de asistență medicală

Respondenților li s-a comunicat că Programul unic cuprinde lista maladiilor și stărilor ce necesită asistență medicală finanțată din mijloacele asigurării obligatorii de asistență medicală și au fost întrebați ce cunosc ei despre aceasta și cât de clare pentru ei sunt informațiile privind listele de maladii și stări, investigații de care pot beneficia în baza asigurării obligatorii de asistență medicală. Participanții la studiu recunosc că sunt puțin informați la acest capitol. Cu toate că unii respondenți au evidențiat că această informație este afișată în cadrul policlinicii, dar nu au examinat-o atent, iar câțiva respondenți au menționat că au accesat on-line aceste liste în perioada în care au fost bolnavi de COVID-19.

Categoriile de persoane care pot beneficia de medicamente compensate menționate de majoritatea respondenților se referă la persoanele cu hipertensiune și cele cu diabet zaharat. Au mai fost menționați bolnavii de cancer și de maladii rare. Unii respondenți au menționat faptul că persoanele cu grad de dizabilitate beneficiază de mai multe medicamente compensate. Există percepții în rândul unor participanți la studiu că compensarea medicamentelor se face după criteriul de vulnerabilitate socio-economică. De asemenea, unii intervievați consideră că medicamentele oferite gratuit sau compensate parțial nu sunt atât de calitative, eficiente comparativ cu cele procurate.

„Care sunt grupați toți au medicamente gratuite. Și cu tensiunea, și la picior cu vinele tot îmi dă gratuit medicamentele astea, cu preț redus, nu cu 100%... Ei mă știu deja și, când mă duc, niciodată medicul nu spune nu-ți dau ori nu vreau, ori sunt ocupată.” (F, 56 ani, grad de dizabilitate II, 1FG)

„De compensare beneficiază persoanele care au grupă de invaliditate și persoanele social vulnerabile. Acele care au poliță de asigurare beneficiază de servicii gratuite în spitalele de stat și în policlinicile de stat... Știu că este o listă de medicamente anumite care se compensează pentru pensionari, dar și pentru persoanele care au boli de inimă și altele.” (M, 24 de ani, angajat mass-media, 1FG)

Un subiect discutat a fost cel al compensării medicamentelor pentru copii. Există două preconcepții care predomină în rândul respondenților privind compensarea medicamentelor pentru copii. Prima se referă la vârsta copiilor, se consideră că pot beneficia copiii mici (până la vârsta de 3 ani sau după caz 6 ani), de fapt Programul unic prevede compensarea medicamentelor până la 18 ani. Un alt stereotip, parțial alimentat și de către cadrele medicale se referă la faptul că pot beneficia de medicamente compensate doar copiii din familiile vulnerabile.

„Mulți spun că sunt medicamente compensate, nu am avut de ele parte niciodată, nici măcar pentru copii. Fiica s-a îmbolnăvit (doi ani în urmă) când era în clasa a unsprezecea destul de serios și am întrebat dacă îi pot prescrie măcar unele medicamente compensate, la acel moment erau prescrise antibiotice și vitamine. Ni s-a răspuns că mie și soțului, doi adulți care lucrăm, trebuie să ne fie rușine să ne adresăm cu o asemenea solicitare.” (F, 48 ani, stilist, 2FG)

Astfel, majoritatea respondenților cu copii procură medicamentele pentru tratamentul acestora. Totuși au fost câțiva care au menționat că au beneficiat repetat de medicamente compensate pentru copii. Iar din câte cunosc ei, în raionul lor se oferă la toți copiii care au nevoie de tratament.

„Copiii mei au beneficiat, pentru că la noi se compensează medicamentele. Poate lumea nu e informată că trebuie așa, dar pentru copii, la raion, în policlinica centrală, la medicul de familie se dă rețetă, te duci la farmacie și le iei.” (M, 52 ani, angajat instituție privată, 2FG)

Inclusiv persoanele care beneficiază de medicamente compensate au evidențiat faptul că nu cunosc exact de ce unele medicamente le sunt compensate 100%, iar altele 60% sau 70% -nu cunoșteau însă că din octombrie 2021 a fost introdus un nou mecanism de compensare în care au rămas medicamente compensate la 100% și medicamente compensate în baza medianei prețului care oferă diferite rate de compensare în dependență de costul medicamentului; de ce unele persoane beneficiază de mai multe medicamente gratuit, iar altele doar de câteva. Însă, aceștia se declară mulțumiți de suportul oferit, în special dacă vorbim de tratamente pe termen lung.

„Primesc și eu medicamente compensate. Sunt unele categorii care primesc două tipuri de medicamente sută la sută compensate, restul – 60%, 70%, nu știu de ce. Dar, aceasta e un plus foarte mare, pentru că, dacă te-ai uita în fiecare lună să le cumperi, e destul de costisitor.” (M, 48 ani, producere a materialelor de construcție, 1FG)

Deși ghidul de interviu avea întrebarea expres *„În ce măsură persoanele asigurate medical pot beneficia în mod egal/nediscriminatoriu de servicii medicale acoperite de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală?”*, în toate cele trei discuții acest subiect a fost elucidat spontan de către respondenți cu referire în special la accesul mult mai rapid la servicii medicale contra cost comparativ cu beneficierea de acestea în baza statutului de asigurat medical. Se consideră că persoanele asigurate medical care au posibilitatea să ofere plăți informale și persoanele care se adresează făcând uz de relații sunt avantajate atât ca acces la serviciile medicale, cât și ca oferire de informații și tratamente.

„Pentru mine polița de asigurare se asociază cu discriminarea. Pentru că de multe ori când mergi la spital, eu am avut experiența cu tatăl meu, față de el era o altă atârnare pentru că avea polița de asigurare, dar nu achita tratamentul care trebuia să-l treacă. Și parcă nu era grija aceea pentru el, are poliță și nu o să le plătească nimic lor... Recent, acum trei-patru luni, tatăl meu a avut o problemă cu inima și a nimerit în spital. A spus că ăștia care achitau, se atârnau parcă altfel de ei, mai cu grijă, mai des veneau, îi întrebau: ce faci, cum te simți, ești mai bine, ai nevoie de ceva sau nu, dar tatăl meu, fiind angajat la stat, nu primea acest lucru.” (M, 24 de ani, angajat mass-media, 1FG)

Câțiva respondenți au evidențiat că teoretic poți beneficia în baza statutului de asigurat medical de mai multe servicii, inclusiv unele intervenții chirurgicale, dar la modul practic fără plăți suplimentare vei fi neglijat de către personalul medical.

„Dacă intervenția e mai complicată, atunci și omul nu are așa mare încredere în medic dacă nu-i pune ceva în mână. Credeți-mă, că, dacă să fie o intervenție mai complicată, pancreas ceva, stomac, atunci

nu mai ai așa mare încredere numai în polița aceea și numai în medic. Trebuie ceva să mai ungi, cum spune moldoveanul, să meargă totul bine. Și se uită și cu alți ochi la tine. Practic, la fiecare 2-3 ore vine la tine și te întreabă cum te simți, surorile medicale mai nu stau la capul tău. Dar dacă nu ungi nimic, atunci cu poliță. Te pune acolo într-un colț și, când îți vine rândul, atunci vine și la tine. (M, 48 ani, producere a materialelor de construcție, 1FG)

5.4. Drepturile și obligațiile persoanelor asigurate medical

Participații la discuțiile de grup au remarcat că puține persoane își cunosc drepturile în calitate de persoane asigurate. Unii respondenți consideră că este responsabilitatea persoanelor de a se informa și de a-și cere drepturile, alții cred că ar trebui să existe campanii de informare pentru populația generală (exemplul comunicarea privind COVID-19), iar medicii de familie să-i informeze ținând pe cei care se confruntă cu probleme de sănătate și/sau cu o anumită situație specifică de ce servicii pot beneficia fiind persoane asigurate.

„Poate și noi ar trebui să facem ceva. Atunci când mergem la medic și ni se spune că nu sunt medicamente, să insistăm de ce nu sunt. Eu, spre exemplu, nici nu știam că există un asemenea site unde poți afla care sunt medicamentele compensate. Probabil, trebuie să fim mai insistenți.” (F, 48 ani, stilist, 2FG)

„Nu știu ce drepturi am și sunt siguri că 90% din populație nu-și cunoaște drepturile în domeniul sănătății, ceea ce le este permis pe poliță. Unii pot spune: astea sunt problemele tale că nu știi, dar pe de altă parte medici nu ne informează. Cetățenii nu sunt informați de către medici. Mergi și nimeni nu-ți explică... Medicul de familie este primul care trebuie să ne spună: Iată așa și așa, tu ai dreptul la asta, dar tu de cealaltă. Da nimeni nimic nu zice, dă din umeri.” (M, 33 ani, șomer, grad de dizabilitate 3, 3FG)

Unii participanți la studiu au evidențiat faptul că chiar dacă unele persoane își cunosc drepturile în calitate de persoană asigurată medical, în momentul în care ei sau membrii familiei se confruntă cu o problemă de sănătate, ei sunt preocupați de starea sănătății și de obicei ușor cedează din drepturile sale și se conformează condițiilor de facto cerute/impuse de medici/ instituții medicale. În unele situații persoanele au încercat să se informeze privind beneficiile, serviciile pe care la pot accesa fiind bolnavi de COVID-19, dar răspunsul echivoc al medicului de familie i-a determinat să renunțe.

„Sunt incluse bolile cronice, s-a menționat anterior despre diabetul zaharat și mai sunt câteva categorii, dar îmi scapă acum, inclusiv acei bolnavi de COVID. Doar că, în cazul meu, eu nu am fost un caz fericit, eu nu am beneficiat de medicamente compensate, cel puțin, medicul mi-a spus că la nivel de minister se anunță oficial că da, se oferă, dar în practică ele nu sunt compensate, doar e vorba de câteva pastile, care nu sunt atât de importante. Eu, personal, mi-am cumpărat singură cele necesare. Asta a fost în această toamnă... M-am informat, ulterior am cerut ca să mi se compenseze și răspunsul a fost acesta. La moment eram într-o stare mai dificilă și nu am mai încercat să-mi caut dreptatea, pentru că prioritate era sănătatea mea.” (F, 25 ani, angajată instituție de stat, 2FG)

„Drepturile acestea nu trebuie să fie încălcate niciodată. Dar iarăși, o dată, când stătea în spital tata, eu am fost și am cumpărat niște glucoză, că s-a terminat. E foarte ieftină, dar însăși ideea că în poliță aceasta, mi se pare este gratis, dar pe tine te impun să te duci să cumperi... Atunci când noi suntem în spital sau apropiatii noștri, e mai greu să aperi drepturile... Noi avem frică că ar putea să se comporte urât” (M, 27 ani, angajat instituție privată, 2FG)

La capitolul responsabilități sunt și mai multe lacune, intervievații consideră că în momentul în care sunt asigurați trebuie să li se ofere ajutor atunci când se confruntă cu o anumită problemă de sănătate, dar nu prea cunosc care sunt responsabilitățile lor în acest sens. Unii sunt conștienți că trebuie să respecte niște prevederi privind biletele de trimitere, programările, dar în același timp recunosc că în momentul în care insiști poți avea acces la consultația medicului specialist și fără programare, de asemenea la unele investigații.

„Din respect, am dat și eu 200 de lei la medicul dat, știind că eu m-am dus fără programare. A vrut și sora aceea medicală ceva, ca ea să-mi dea drumul, dar eu așa bine i-am vorbit, că ea nu a mai vrut, mi-a completat îndată și îndreptarea și pentru analize mi-a scris, la ce medici să mă duc, cum să mă duc. Nu m-a mai întrebat nici de programare, nici de îndreptare. Deci, avem un sistem, că dacă poți să te învârtești, bine, dacă nu, cazi jos și te duci la cimitir.” (F, 51 ani, funcționar public, 2FG)

Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală stabilește că CNAM este obligată să apere interesele persoanelor asigurate. Participanții la discuțiile de grup au fost întrebați: *În calitate de persoană asigurată când ați apelat la servicii medicale în baza poliței de asigurare în ce măsură considerați că vi s-au încălcat sau nu drepturile de persoană asigurată?* Persoanele intervievate au menționat că în Republica Moldova frecvent cetățenilor li se încalcă drepturile, inclusiv dreptul la sănătate și aceasta a devenit o normă socială. O bună parte nu-și cunosc drepturile și nici nu știu că li-au fost încălcate, iar cei care constată totuși că anumite drepturi le-au fost încălcate nu cunosc unde să se adreseze și/ sau nu au convingerea că dacă se vor adresa li se va face dreptate. Unii consideră că mecanismul de adresare este următorul: la șeful instituției medicale (centrul medical/policlinică, spital) și ulterior la Ministerul Sănătății/ linia verde. CNAM care este obligată prin Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală să apere interesele persoanelor asigurate nu este cunoscută ca o instituție la care pacienții ar putea apela în cazul în care li s-ar încălca drepturile de persoană asigurată.

Mai mulți pacienți au relatat că nu se respectă programările la medic și deși ai un interval de timp prestabilit, de fapt poți petrece ore în șir la ușa medicului fără careva explicații.

„Ești programat la ora opt la medic, ai venit ora opt, primul pacient a pășit pragul și merg așa tot mai departe. Dar așa, te-ai dus, e ora opt, e ora nouă, încă nu a început, are lucruri care trebuie să și le facă înafara orelor de lucru. Trebuie să aștepti. Iată, să zicem, primul pacient a venit la ora opt și a intrat la ora zece. Ei nu se conduc de nimic, de nici un grafic. De nimic absolut, ei fac ce vor și când vor.” (M, 60 ani, lucrător tehnic la instituție de învățământ, 1FG)

Un alt aspect la care s-a făcut referire sunt erorile medicale, care pe de o parte sunt dificil de demonstrat, iar pe de altă parte pacienții nu cunosc unde s-ar putea adresa.

„Al doilea copil când s-a născut, nouă ne-au prescris un medicament care se dă copiilor după trei ani, mai mici nu, pentru că copiii sunt foarte alergici. Iarăși, din cauză că e pe hârtie, el undeva dispăre din istorie. Mult mai bine să fi fost undeva electronic, ca să-ți aperi drepturile după ce înțelegi că a fost prescris așa preparat.” (M, 27 ani, angajat instituție privată, 2FG)

Persistă ideea că nu are rost să te adresezi la nimeni dacă îți sunt încălcate drepturile pentru că aceasta îți va consuma sănătatea și timpul. Există și îngrijorarea privind consecințele ulterioare – *„puțini se adresează undeva să facă o plângere pe medic, pentru frica de a nu fi tratat cum trebuie pe urmă”*. Totuși, ca excepție a fost o pacientă care cu suportul unei alte persoane (avocat) a mers în instanță pentru a-și apăra drepturile. Ceilalți participanți la discuție erau mirați și curioși privind cazul respectiv, au întrebat dacă nu au existat consecințe în raportul medic-pacient.

Caseta 5. Lipsa încrederii că își pot revendica drepturile

„Nu mă mai duc să caut dreptate, că eu nu sunt de acela. Deseori eu dau din mână, mă întorc și mă duc. Eu știu cum s-ar putea de făcut, dar n-am nevoie să mă duc să mă enervez, să pierd timp cu prostii de acestea.” (M, 60 ani, lucrător tehnic la instituție de învățământ, 1FG)

„În primul rând, eram după operație și trebuia să am niște pastile gratis de la policlinică, să-mi dea o îndreptare și nu mi s-a dat. După aceea au început să se comporte foarte urât și să ceară bani și am scris plângere. Am scris la șeful policlinicii - nimic... După asta am dat în judecată medicul. Eu am câștigat cazul. Eu nu pot să spun tare multe, pentru că de asta s-a ocupat avocatul. Avocatul care a fost cu mine este la același medic și lui tot i-au fost încălcate drepturile, pentru că mama lui e bolnavă la pat. A făcut un demers pentru amândoi... (după aceasta) Medicul a început să aibă un pic de respect față de mine și când mă duc la ea, îmi dă tot de ce am nevoie.” (F, 20 de ani, studentă, 1FG)

„Uitați-vă ce se face la noi în țară. E o corupție totală, nebună, în toate sferele economiei, medicinei și așa mai departe. Ca să ajungi undeva să îți ceri un drept ori trebuie să ai un avocat foarte bun și foarte mulți bani în buzunar și nu știu dacă o să se rezolve ceva pozitiv în folosul tău. Foarte rar care ajung să câștige un caz în judecată.” (M, 48 ani, producere a materialelor de construcție, 1FG)

Mai mulți participanți la studiu din diferite discuții de grup au evidențiat că li se creează impresia că instituțiile statului (CNAM, centrele medicilor de familie, spitalele) nu sunt interesate ca persoanele asigurate să-și cunoască drepturile. În opinia acestora, astfel se încercă să se economisească resurse financiare care ulterior sunt direcționate spre alte categorii de cheltuieli.

Caseta 6. Percepții că necunoașterea drepturilor se reflectă în economisirea unor resurse financiare

„CNAM-ul, nu le este comod, nu le iese lor ca omul să cunoască. Ei de asta nici nu se străduiesc să ducă compania asta de lămurire a oamenilor. Să-l lămurească pe om, iată ce servicii intră cu plată, care-s fără plată, care și cum are nevoie și cum se petrece compensarea la medicamente și așa mai departe. Ei se folosesc de momentul că omul nu cunoaște... ca să economisească din banii ăștia” (M, 60 ani, lucrător tehnic la instituție de învățământ, 1FG)

„Prin asta eu, totuși, cred că statul economisește. Poate nu prea frumos sună, dar prin neinformare, cetățenii nu toți apelează care ar putea. Mulți nu cunosc cum, dar și drumul acesta e destul de lung. Având polița, e foarte greu, nu că medicii nu sunt buni, dar e foarte greu ca tu să nimerești. Eu trebuia să fac o analiză și mi s-a spus: peste o lună sau peste o lună și jumătate.” (M, 27 ani, angajat instituție privată, 2FG)

„Se analizează fiecare medicament compensat, fiecare serviciu, fiecare operație, fiecare chemare de urgență, toate se achită, că ei doar încheie contracte cu fiecare instituție, companie de asigurare, farmacie și așa mai departe. Ei, știți cum, ca într-un magazin, este orez și de 12 lei, și de 20 de lei, și de 50 de lei, de 10 lei. Te gândești de care să cumperi, de 10 lei, nu, hai să iau de cel de 17, nici foarte scump, nici cel mai ieftin. Sau altul, da, optează pentru a-și lua produsele cele mai veridice. Așa și medicii, dacă se uită la pacient și îi pare că o să facă probleme, posibil că o să-i dea și medicamente compensate. Dacă îi pare că nu cunoaște îi dă și el se duce și plătește, pentru că el nu o să știrbească din bugetul său. Pentru că ei sunt la autogestiune și fiecare mișcare se plătește.” (F, 51 ani, funcționar public, 2FG)

„50 la 50 cu polița de asigurare. Joacă și ea un rol mare, dar dacă ai bani ești luat în seamă, dacă nu ai, nu ai. Problema e că noi nu ne știm drepturile, ceea ce aparține de poliță. Noi suntem proprietari, avem polița în mână, dar noi nu știm ce drepturi avem la ea. Iată asta e problema. Medicii o știu, dar nouă nu ne divulgă toată sistemul asta...” (F, 52 ani, casă de copii de tip familial, 3FG)

VI. Sursele de informare privind prevederile Programului unic

Majoritatea celor care sunt mai informați privind prevederile Programului unic sunt persoane care au maladii cronice și s-au informat cu precădere de la alți pacienți aflați în aceeași situație și de la medicii de familie/specialiști.

Participanții la studiu în mare parte se așteaptă ca medicii de familie să-i informeze privind drepturile și obligațiile acestora în anumite situații concrete cu care ei se confruntă. Mai mulți participanți la studiu au vociferat că ar preferă să li se ofere pliante/ broșuri cu **informații succinte**, care prezintă principalele lucruri care trebuie să le cunoască pacienții/ persoanele asigurate, iar acestea să conțină și trimiteri la surse de date mai aprofundate pentru cei interesați.

Câțiva pacienți au menționat că în cadrul instituțiilor medicale primare este afișată informația privind Programul unic și maladiile/medicamentele care sunt compensate, iar cei interesați pot consulta această informație.

„La punctul medical este pe perete pusă lista cu servicii și toate reducerile la medicamente. Pe cine îl interesează, se duce și face cunoștință. Acolo sunt enumerate toate care sunt cu plată și care sunt fără plată, fiecare și cât cost. Și, dacă sunt pe poliță, sunt care și costă. Sunt afișate și în punctul medical, și în policlinică, și la ușa fiecărui medic, toate sunt afișate.” (M, 60 ani, lucrător tehnic la instituție de învățământ, 1FG)

Unii pacienți au menționat că au anumite întrebări privind serviciile medicale, medicamentele compensate, câțiva le-au adresat inclusiv medicilor de familie, dar nu au primit un răspuns clar în acest sens.

„Vreau să spun că nu știu de ce, dar la „onco” bolnavii nu li se dă medicamentele compensate, nici cu 70%, nici cu nimic. Toată lecuirea, toate pastilele care trebuie de cumpărat, onco bolnavii le cumpără. Dar eu am în vedere restul pastilelor (chimioterapia este gratuită), chiar care pastile trebuie la moment, care le primesc, absolut nu e nimic... Faptul e în aceea că am trecut șase chimioterapii și am trecut foarte bine și eram și pozitivă și îmi părea că o să fie tot bine, dar iată înainte de operație, vă spun, m-am îmbolnăvit brusc. În luna decembrie, ca să nu spun minciuni, e peste 1000 de lei...” (M, 56 ani, șomer, 1FG)

În opinia unor respondenți puțini sunt cei care se informează pur și simplu așa ca să cunoască, doar atunci când se confruntă cu anumite probleme de sănătate oamenii devin mai curioși, interesați de subiectele care îi vizează direct. Dacă au nevoie sau ar avea nevoie de careva servicii medicale și nu cunosc/ nu sunt siguri dacă acestea sunt sau nu acoperite de asigurarea obligatorie de asistență medicală, de obicei pacienții întrebă medicul această informație. O sursă credibilă de informație la care apelează frecvent unele persoane sunt rudele, cunoscuții care fie activează în domeniu ori s-au confruntat cu probleme similare de sănătate.

Pagina web a CNAM nu reprezintă o sursă de informare pentru cei intervievați. O bună parte din ei nici nu cunosc despre CNAM și responsabilitățile acestei instituții. Totuși, discuțiile din mass-media privind compensarea tratamentului anti-COVID-19 i-a determinat pe unii participanți la studiu să caute informații la acest subiect, inclusiv pe pagina web a CNAM. Aceștia declară că formatul paginii nu este prietenosă utilizatorului, iar informația prezentată în termeni medicali nu este accesibilă publicului larg.

„Am accesat-o, dar e foarte dificil să găsești informația. De obicei, site-urile instituțiilor noastre de stat sunt atât de complicat de accesat. Deci, informația este ascunsă, că trebuie să accesezi o mulțime de compartimente până ajungi și găsești ceea ce-ți trebuie. De obicei, ele nu sunt structurate ca să fie

foarte accesibile... Inițial m-am informat, am căutat lista de medicamente compensate, ele au acolo denumirea cum se vinde în farmacii, nu am cunoștințe în domeniul medicinei, ca să le înțeleg pe toate. Câteva le-am recunoscut, ceea ce am avut și eu în listă (tratament COVID-19).” (F, 25 ani, angajată instituție de stat, 2FG)

„Când am avut COVID, m-a întrebat dacă am poliță și mi-a spus că, în caz de ceva, dacă o să se agraveze situația, pot beneficia de câteva medicamente. Am căutat, dar, oricum, nu e tare clar acolo, mai mult sunt denumiri comerciale, pe care un om simplu, fără cunoștințe în farmaceutică, nu poate să înțeleagă despre ce e vorba. Acolo este un Excel mare în care este indicat pentru COVID, de exemplu, sau pentru copii până la 18 ani. Și mai era parțial compensate ceva acolo, cu 10% -20%.” (M, 21ani, chelner, 2FG)

VII. Nivelul de încredere în cadrele medicale și alegerea medicului de familie

7.1. Aprecierea profesionalismului și încrederea în cadrele medicale

Respondenții care au încredere în medicii lor de familie, în diferite contexte și-au manifestat recunoștința față de atitudinea și profesionalismul acestora. Medicii de familie percepuți ca fiind buni sunt supra solicitați, respondenții declară că inclusiv persoane de pe alte sectoare/din alte localități apelează la aceștia pentru consultație – „*vin din mai multe sate la ea și cer tratament*”.

Studiul a constatat că comunicarea cu pacienții și o atitudine grijulie din partea medicilor este foarte apreciată de pacienți. Astfel cei care se consideră neglijăți de medic când apelează la el se declară nemulțumiți, iar cei care sunt ascultați, li se oferă răspunsuri la întrebări, suport să acceseze alte servicii medicale se declară mulțumiți.

„La noi în sat totul e la o sută de procente. Medicul ne trimite, el ne consultă, el ne dă sfaturi, du-te acolo, du-te dincolo. În jumătate de an am făcut două operații și spuneau medicii aceia de la spital, ce fel de medic aveți voi în sat că are așa grijă de voi. Mai sunt oameni buni la inimă, nu toți așteaptă numai bani și bani.” (M, 50 ani, grad de dizabilitate II, 1FG)

Sunt situații în care recomandările cadrelor medicale îi determină pe participanții la studiu să pună la îndoială nivelul de profesionalism al acestora, iar în unele situații aceasta se răsfrânge și asupra încrederii în sistemul medical în general.

„Luăm legătura cu medicul de familie prin sora medicală... ea ne-a sfătuit să nu chemăm ambulanța. Tatăl meu (79 ani) avea o problemă foarte asemănătoare cu problemele COVID-ului, pentru că persoanele de această vârstă nu sunt luate la spital, iar dacă îi ia, sfârșitul letal e garantat. Lucrul acesta ni l-a spus sora medicală, nu medicul. Medicii habar nu au că ni se fac astfel de recomandări.” (F, 48 ani, stilist, 2FG)

O altă situație care bulversează pacienții se referă la stabilirea cu dificultate a diagnozei și/ sau opiniile împărțite ale medicilor privind diagnoza, tratamentul etc.

„Am fost la Chișinău la vreo 3 chirurgi și tomografie am făcut, după Anul nou o să mai trec și alt aparat. Nu știu care e diagnoza, dar tare rău mă simt. Poate medicii au dreptate că nu se grăbesc, unul spune la tăiat, altul spune mai stați oleacă și e sub semnul întrebării... Am fost de 4 ori la Chișinău și cei de acolo îmi spun: Da, medicii dvs. știu anatomia omului. Dar medicul care m-a trimis a lucrat 52 de ani în chirurgie. Cum să te mai gândești, spuneți-mi vă rog?!” (F, 68 ani, pensionară, 3FG)

7.2. Alegerea/schimbarea medicului de familie

Majoritatea participanților la discuțiile de grup cunosc despre dreptul de a alege/schimba medicul de familie. Totuși, în opinia respondenților această prevedere legală se referă cu precădere la persoanele din mediul urban care au alternativa de a alege medicul de familie din mai mulți specialiști. Pentru persoanele din mediul rural, mai ales din sate mici, această posibilitate este redusă, dat fiind faptul că deseori nu există un alt specialist în comunitate sau în imediata apropiere, iar la acest aspect se adaugă și factorul uman, atașamentul, relațiile în comunitățile mici – „*bun rău, dar e al nostru*”. Mai mulți respondenți din mediul rural s-au arătat mai degrabă îngrijorați că ar putea rămâne fără medic de familie în comunitate, decât de calitatea serviciilor prestate de către aceștia.

Caseta 7. Îngrijorări privind insuficiența/lipsa cadrelor medicale

„Vorba ceea, nu-i cum trebuie, e bun cum este. De aceea, așa cum este, așa este. Alții nu-s și, dacă nu-s, nu o să fie defel aceasta e și mai rău... Acela care pe satul nostru, vine marțea și vinerea aici la noi. Așa, am să-l schimb și, dacă mi-a trebui ceva, o să alerg la raion de fiecare dată, dar așa, deja ne împăcăm așa cum este.” (M, 60 ani, lucrător tehnic la liceul din sat, 1FG)

„Nu am încercat să-mi schimb medicul din simplu considerent, iată, dl. deja v-a răspuns. La oraș e foarte ușor de făcut. Adică, la fiecare policlinică pot fi și doi, și trei, și zece medici de familie și te schimbi foarte ușor, dar la sate, din păcate, e imposibil. Mai ales în satele unde, cum spune domnul medicul vine o dată, de două ori pe săptămână e foarte greu.... Și deja mergem așa cum este... Să ajungi la raion cu mașina proprie, să mergi direct, sunt vreo 15 km, dar ca să te duci cu microbuzul, trebuie să schimbi minimum două rutiere și sunt în jur de 35 kilometri.” (M, 48 ani, producere a materialelor de construcție, 1FG)

„Am avut un medic și, când a început pandemia, am înțeles că s-a îmbolnăvit de COVID-19 și s-a concediat, pe urmă, pe noi ne-a dat la alt medic, apoi la altul. Până la boala aceasta (cancer) eu îndeobște nu am umblat la medic, că a fost tot bine, dar iată s-a început din luna iunie... deja nu mai schimb medicul, că am rămas cu trei medici la policlinică, mai mulți nu-s.” (F, 52, grad de dizabilitate II, 1FG)

„E problemă cu medicii, că medicul la care mă aflu eu e o persoană înceată, nu are unde se grăbi, stai jumătate de oră în cabinet până îi spui problemele care le ai. E cam urât lucrul acesta, că trebuie un pic mai rapid. Și interes mare nu își dă. Repede în calculator, na-ți medicamentele și du-te. Nu se vede seriozitate față de boala persoanei care s-a adresat... Nu, nu e în vârstă, în jurul la 40 de ani.” (M, 32 ani, antreprenor domeniul HoReCa, 2FG)

Unii intervievați au menționat că este important ca să ai același medic de familie care îți cunoaște istoricul stării de sănătate, a maladiilor, iar schimbarea medicului de familie este percepută mai degrabă ca un dezavantaj pentru pacient.

„Nu are rost, dacă el te ține minte mai de mult, ești la dânsul la evidență, deja te știe, te cunoaște și e foarte bine când te știe de mai mulți ani. Îți știe și boala, și necazul.” (F, 56, grad de dizabilitate II, 1FG)

Totuși, persoanele care au utilizat acest drept de a-și schimba medicul de familie, în mare parte cei care și-au schimbat locul de trai declară că a fost o procedură simplă. În cazul a doi studenți, schimbarea medicului de familie a fost „*întâmplătoare*”, aceștia au scris cerere de schimbare a medicului de familie în sectorul instituției de învățământ sau cu instituția medicală cu care colaborează universitatea fără a fi conștienți de proces, a se informa de consecințele cererii pe care o scriu.

„Am aflat despre prevederea aceasta anul trecut, sincer. Am avut o situație în care m-am dus la medicul meu de familie la care merge practic toată familia mea, noi nu avem niciodată probleme cu ea și mergem, ne tratează OK, dar eu am venit la ea și ea îmi spune că nu mai ești la mine, ești la Sancos. Am văzut că atunci când eram student am depus chipurile cererea să mă schimb la Sancos... Noi am scris colectiv atunci cererea ca să fim la Sancos, dar eu se vede că nu am fost atent atunci... Am scris iar o cerere la medicul meu de familie să revin la ea și a trebuit să mă duc la CNAM să duc cererea. Asta a fost toată procedura.” (M, 24 de ani, angajat mass-media, 1FG)

Procesul de schimbare a medicului de familie este considerat ca fiind facil, însă schimbul de informații este unul perceput ca fiind mai anevoios, în mare parte din lipsa informației în format electronic. Astfel unele date se pierd, iar istoricul medical al pacienților cu probleme de sănătate este important.

„Și eu tot mi-am schimbat locuința și a trebuit să-mi schimb și medicul de familie. Iarăși, o cerere pur și simplu scrii, numai că toate datele, că eu nu mi-am luat cu mine carnetul, ele s-au pierdut. Am venit aici, ei cereau de la mine, m-am duc acolo, mi-au spus că le-au trimis, dar s-a pierdut istoria mea. Acum, în 2021, acuși e 2022 peste câteva zile, ca noi tot să ținem pe hârtie și să fie nevoie... Eu, când am apelat, mi s-a spus că trebuie să aduc cărticica. Du-te la Buiucani și ia-o. Te duci acolo, iarăși, nimeni idee nu are. Te-ai mutat?!- Da. Înseamnă că trebuia să o trimitem. Și asta este o neplăcere, pentru că da, însuși schimbatul e una, dar se pierd date, pentru că foarte multe sunt pe hârtie... Mie mi s-a făcut rău și ei, din spusele mele m-au tratat, că eu acasă am găsit o foaie din spital când am fost externat și le-am adus. Închipuți-vă, eu le-am spus ce am avut de pe o foaie, dar ei idee nu aveau. Ei mă credeau pe cuvânt, într-un fel. Ei așa și mi-au spus: „cum să-ți dăm noi lecuire când noi nu știm ce ai tu.” Cărticica nu-i, istoria tot nu-i.” (M, 27 ani, angajat instituție privată, 2FG)

7.3. Mecanismul de stabilire a costurilor serviciilor medicale ce au fost acordate persoanelor asigurate peste volumul prevăzut de Programul unic

Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală prevede că Guvernul aprobă mecanismul de stabilire a costurilor serviciilor medicale ce au fost acordate persoanelor asigurate peste volumul prevăzut de Programul unic, precum și modul de achitare/încasare a acestor plăți. Respondenții nu cunosc aceste prevederi, dat fiind faptul că ei nu cunosc în primul rând care sunt serviciile medicale care sunt acoperite de Programul unic. Doar un respondent a menționat că în cazul în care persoana depășește numărul de zile de aflare în staționar poate fi externată pe o perioadă scurtă, iar ulterior să fie din nou spitalizată, dar fără ai solicita plăți oficiale suplimentare – „reglementare” care, de fapt, nu există nici în actele normative ale MS nici CNAM. Prin urmare, acest „mecanism” de tratament în staționar este utilizat de prestatorii de servicii medicale pentru a soluționa această provocare.

Întrebați *„Cât de clare sunt pentru dvs. prevederile care se referă la achitarea de către persoanele asigurate a costurilor serviciilor medicale care nu sunt acoperite de asigurarea medicală obligatorie?”*, participanții la studiu au avut dificultăți să-și exprime punctul de vedere. Persistă în opinia participanților la studiu ideea că pentru a accesa anumite servicii publice și nu doar în domeniul sănătății, sunt necesare plăți informale. Unii pacienți consideră că corupția este atât de adânc înrădăcinată în conștiința populației că în opinia lor este foarte dificil sau practic imposibil să schimbi ceva. Câțiva respondenți au relevat că la nivel de medic de familie, mai ales în mediul rural plățile informale sunt nesemnificative comparativ cu medicii specialiști și/sau staționar.

„Trebuie să faci două bancomate, la medic în buzunar și la stat altul. Asta cu medicul o să meargă mai repede. Acum toți s-au deprins cu banul și nu mai putem face nimic. Nu-i banul, nu-i nici respect, ai bani, ai de toate... La noi moldovenii s-au deprins atât medicii, cât și oamenii, dacă nu-i banul în buzunar, nu le ajunge aer, se zbate ca peștele, așa că nu numai de medici să vorbim, că așa sunt și șoferi, și celălalt, și celălalt. Dacă nu-l mulțumești, nu ai nici o stimă, te duci și el nici nu se uită la tine. Asta am în vedere, la oraș, unde te duci mai departe, la operații, la control. Medicii de familie din sat sunt mai simpli. Zi de zi ești cu dânsul, îi dai bună ziua și te vede în toată ziua, așa că nu, dar acei de departe, aceia te jumulesc.” (M, 50 ani, grad de dizabilitate II, 1FG)

„Deseori i-am dat direct medicului, chiar la un spital de stat, consultația ar fi 90 sau 100 de lei. Medicul spune, 250 de lei îmi puneți pe masă, acesta e caz real, când s-a cerut de la mine. Nu am achitat în casă, dar am achitat medicului. Sau a fost caz, am achitat și în casă, foia aceea 90 de lei îmi pare, am adus bon, dar i-am dat și medicului... a cerut, să zicem așa, știți cum, prin înconjur, cumva, s-a înțelese. Dar am fost în alt cabinet, a cerut chiar medicul și a spus suma care trebuie să o pun pe masă. Dacă nu mulțumești, nu e calitate.” (F, 34 ani, specialist marketing, 2FG)

VIII. Opinii și percepții privind implementarea, funcționarea asistenței medicale asigurate de stat

8.1. Garantarea tratamentului de către stat pentru anumite maladii (exemplul cancerului)

Participanții la studiu consideră că cetățenii RM care suferă de cancer sau o altă maladie/ afecțiune a cărui tratament este asigurat de către stat, pot beneficia de unele servicii medicale, tratamente gratuite, dar cu certitudine nu li se oferă condiții și suport pentru a beneficia de un tratament adecvat pentru care sunt necesare resurse financiare considerabile. Majoritatea cetățenilor RM care se află în asemenea situații se bazează pe membrii familiei – „dacă nu are cine te ajută, mori cu zile”. Respondenții au ajuns la aceste concluzii bazându-se pe experiențele celor din anturaj, dar și pe relatările participanților la discuțiile de grup.

„Nici nu vreau să mă gândesc la asta. Bineînțeles că nu ar trebui să fie unele restricții, unele probleme, ar trebui să fie totul asigurat de stat, dar vedeți ce spune doamna, că chimioterapia a trecut-o gratis, dar medicația deja din buzunarul propriu. Dar sunt cazuri când omul nu are pe ce achita acolo comunale, nu are o pensie, nu are un salariu decent și, când colo, mai trebuie să achite și medicamentele astea, practic peste o mie de lei pe lună, atunci e foarte strașnic, nici nu vrea să mă gândesc.” (M, 48 ani, producere a materialelor de construcție, 1FG)

Respondenții consideră că statul RM comparativ cu alte țări dezvoltate nu îți prea oferă garanții chiar dacă plătești impozite și contribuții, iar acest lucru este valabil și în domeniul sănătății. Există percepția că în RM indiferent de situație ești pe cont propriu, te poți baza pe tine și pe membrii familiei, în rest statul îți poate oferi anumit suport, facilități, dar persistă incertitudinea atât ca acces, cât și ca continuitate a tratamentului.

„Am văzut un reportaj unde se spunea despre acei care au boala SIDA, că e destul de ușor să supraviețuiești într-un stat dezvoltat, că tot timpul ai acces la medicamente. În Moldova nu știu, cred că într-o bună zi ți se poate spune că medicamentele sunt finisate și vor fi peste două luni. Asta, iarăși, e părerea mea, pentru că eu nu am accesat niciodată așa fel de servicii.” (M, 27 ani, angajat instituție privată, 2FG)

8.2. Protecția financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății

Legea nr.1585/1998 stabilește că asigurarea obligatorie de asistență medicală reprezintă un sistem autonom garantat de stat de protecție financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății prin constituirea, pe principii de solidaritate, din contul primelor de asigurare, a unor fonduri bănești destinate pentru acoperirea cheltuielilor de tratare a stărilor condiționate de survenirea evenimentelor asigurate (maladie sau afecțiune).

Participanții la studiu au remarcat că în RM, deseori sunt legi bune, dar care nu se respectă – „*Legea este, dar nu se îndeplinește niciodată. Tot merge pe alături de lege*”. Respondenții consideră că pe lângă plățile informale solicitate în instituțiile medicale sunt și scheme de corupție care și mai mult afectează sustenabilitatea sistemului.

„Pe un minut am să intru în politica RM. Sunt firme parazite, cum era la Moldtelecom, care e de stat, dar, iarăși, sunt interese financiare. Medicul, ca să devină poate un medic șef, să aibă un câștig, el ar trebui să asculte pe cineva care are interese în CNAM. Mie mi-e destul de greu să desenez acum tot spectrul, dar eu sunt convins că sunt niște mecanisme unde, totuși, se scriu medicamentele date, banii se duc, pur și simplu, noi nu primim medicamente. Ele pe urmă se revând, cel mai probabil. Acesta este un business.” (M, 27 ani, angajat instituție privată, 2FG)

În opinia unor respondenți sunt câteva categorii percepute vulnerabile cărora statul le oferă tratament și suport pentru a proteja sănătatea publică cu referire la unele maladii transmisibile (HIV, TB).

„Diabet zaharat, tensiune, boli cardiovasculare, tuberculoză, SIDA. Sunt niște boli, da, poate într-adevăr îi salvează, că acestea sunt păturile cele mai vulnerabile, care nu mai au nici poliță, nici bani, dar sunt niște focare de nedescris în sate, în localități unde sunt ei și trăiesc, și se adună mulți acolo și la dormit, și la băut, și la mâncat, și la toate celea.” (F, 51 ani, funcționar public, 2FG)

Majoritatea participanților la discuțiile de grup consideră că indiferent de statutul de asigurat sau nu medical nu există o diferență semnificativă (excepție achitarea pat/zi staționar) privind protecția financiară a persoanei/ familiei, iar în momentul în care te îmbolnăvești bugetul familie este afectat. Oamenii cumva se pregătesc din timp de efortul financiar care urmează să-l suporte, iar dacă nu au resurse de multe ori amână adresarea la medic.

„Când am avut nevoie de chirurg (consultație), am trecut repede. La noi fără mită nu merge, dacă îți face operație și medicul singur zice cât trebuie să dai... Încă nu am ajuns la operație, dar mi-a spus: „Gătește banii. Ai copii peste hotare, gătește banii că trebuie operată.” Și eu o să gătesc, ce să fac. Numai să-mi facă corect, numai să nu pățesc cum pățesc alții.” (F, 68 ani, pensionară, 3FG)

Un respondent a evidențiat un subiect care în opinia acestuia se discută de mai mulți ani, dar nu a fost până la moment găsită o soluție. Astfel, o parte din persoanele asigurate de către stat în baza statutului apartenenței la un grup căruia i se garantează asigurarea medicală, sunt angajate în câmpul muncii și acestora li se reține din salariu contribuția pentru asigurarea medicală, deși aceștia sunt deja asigurați.

„Ceea ce ține de poliță, pentru cei asigurați mai este o problemă care permanent este discutată între noi veteranii și alte categorii care sunt asigurate de stat. Uitați-vă, dacă ești asigurat de stat, cum eu am ieșit la pensie din militarie, am pensia asigurată de stat și polița permanent, dar eu muncesc, sunt director de întreprindere și atunci trebuie să plătesc acel 9% încă o dată. Și așa practic toți care sunt asigurați de stat, dacă ei mai muncesc undeva, oricum mai plătesc încă o dată acele 9%. Dacă salariul

mediu este între 3000- 10 000, 9% în fiecare lună veteranul sau cetățeanul asigurat de stat, el le mai plătește încă o dată.” (M, 51 ani, militar în rezervă, 3FG)

IX. Sugestii și recomandări ale intervievaților

9.1. Sugestii privind îmbunătățirea accesului la serviciile medicale a persoanelor asigurate

- ✓ **Sporirea nivelului de informare a populației privind drepturile persoanelor asigurate medical.**

„În primul rând, ar trebui o campanie de informare a cetățenilor despre drepturile lor, adică sunt difuzate foarte multe pe posturile TV, dar și pe internet foarte multe clipuri video despre coronavirus. De ce să nu faci astfel de clipuri și despre drepturile oamenilor care dețin polița de asigurare și au nevoie de unele medicamente sau de altceva, ca omul să fie informat. Fix în același format, că, iată, poți să mergi la medicul de familie și să ceri asta gratuit, de exemplu. Al doilea, chiar și medicul de familie să ofere această informație persoanelor dacă au nevoie.” (M, 24 de ani, angajat mass-media, 1FG)

„Cred că și medicii ar trebui să fie acei care să le spună pacienților despre drepturile lor, inclusiv de ce pot să beneficieze, pentru că, de obicei, de aici se pornește, oamenii, pur și simplu, nu sunt informați.” (F, 25 ani, angajată instituție de stat, 2FG)

- ✓ **Garantarea unei game mai largi de medicamente și servicii medicale în baza asigurării medicale. În condițiile în care există percepția că asigurarea medicală oferă doar spitalizarea gratuită pentru câteva zile, nu și tratamentele în regim ambulatoriu și/sau în staționar – „ar trebui medicamente să fie mai multe, nu doar să te ia 12 zile acolo și să te trimită acasă nesănătos, să dea mai multe medicamente gratis”.**

Respondenții cel mai mult au pus accentul pe asigurarea tratamentului, oferirea medicamentelor și nu doar a accesului în spital. De asemenea, în toate discuțiile de grup s-a menționat necesitatea includerii serviciilor stomatologice, care sunt scumpe, dar extrem de necesare populației. Participanții la studiu își doresc ca cel puțin o parte din acestea să fie acoperite de asigurarea medicală obligatorie.

„Te doare dintele, dar asta e cu plată. Tu nu poți măcar o dată în an un dinte să repari din contul asigurării. Asta e cel mai necesar ca omul să poată mânca, dar nimeni la asta nu s-a gândit niciodată. Un dinte de scos e 200-300 lei, iar cea mai ieftină plombă e 400 lei. Ai bani sau nu, dintele doare și tu trebuie să mergi să faci asta. Cred că asta nu e corect. Eu nu sunt deloc mulțumit de poliță.” (M, 33 ani, șomer, grad de dizabilitate 3, 3FG)

„Trebuie să fim mulțumiți și cu ce avem, dar ar trebui și la dinți măcar o dată în an să te duci să-ți faci ceva gratis, dar așa pentru tot trebuie să te duci să plătești.” (F, 70 ani, pensionară, 3FG)

- ✓ **Promovarea „liniei verde” și oferirea posibilității reclamațiilor anonime.** În opinia unor respondenți o parte din pacienți sunt îngrijorați că dacă vor reclama unele comportamente neadecvate, ilegale din instituțiile medicale vor avea ulterior de suferit.
- ✓ **Oferirea posibilității de a alege nu doar medicul de familie, dar și medicii specialiști/instituția medicală.** Câțiva pacienți au evidențiat faptul că și-ar dori să poată alege și medicii specialiști la care se adresează, astfel că dacă așteaptă rândul să fie siguri că ajung la un medic bun. În acest sens existe exemple pozitive în mediul privat care ar putea fi preluate – de ex. situl docdoc.md.

„Este așa un site, adică, mie, când îmi trebuie un medic ceva, este site-ul docdoc, ai intrat, acolo îți dă o listă de 10 sau 6 specialiști și acolo scrie toată istoria specialistului, când a început munca, ce performanțe are, ce studii adăugătoare a mai făcut, și tu singur îți alegi. Te-ai programat, ți-a spus ziua, ora, ai plecat și se atârână foarte bine și foarte serios. Bineînțeles plătești de la 150, 200, 300, 500 de lei. Dar, hai să zicem așa, parcă îmi permit acești 150 de lei. Nu fumez, nu consum alcool și în privința aceasta mai economisesc și îmi permit măcar un medic.” (M, 48 ani, producere a materialelor de construcție, 1FG)

- ✓ **Diversificarea tipurilor de asigurări medicale și a serviciilor incluse în raport cu contribuția persoanelor (cu precădere s-a făcut referință la serviciile stomatologice).**

„De ce să nu se includă măcar un dinte pe an asigurarea medicală de 4800 lei? Un dinte la un bătrân, la un copil. De ce trebuie să se ducă omul și să plătească 200-300 euro pentru un implant sau chiar mai bine, 500 euro. Ar trebui să fie inclus măcar un dinte pe an, de exemplu.” (M, 48 ani, producere a materialelor de construcție, 1FG)

9.2. Alte recomandări

- ✓ **Promovarea și efectuarea controalelor profilactice, de prevenire în baza asigurării medicale obligatorii.**

Mai mulți respondenți au evidențiat faptul că în societatea noastră nu este cultura de adresare la medic pentru examene profilactice, iar mulți oameni se adresează tardiv la medic atunci când deja se confruntă cu probleme grave de sănătate. În acest sens trebuie să existe un plan de acțiune de invitare la unele examene medicale de screening, de efectuare a unor analize de bază, dacă nu anual cel puțin o dată la 3-5 ani, astfel ca să fie depistate maladiile în fază incipientă. Aceștia consideră că persoanele asigurate ar trebui să beneficieze de servicii de investigații preventive.

„Noi suntem obișnuiți că tot lăsăm, tot amânăm. Dar vă spun că cu un an în urmă am avut intervenția asta chirurgicală și acum merg mai des, sunt la evidență într-un fel. Analizele de sânge, chiar așa, analizele de rutină. Cred că o dată la jumătate de an sau la un an trebuie făcute.” (F, 34 ani, specialist marketing, 2FG)

- ✓ **Instituirea unui mecanism funcțional de monitorizare și de sancționare a activității cadrelor medicale, astfel ca medicii să cunoască și consecințele acțiunilor/ inacțiunilor lor.**

„Medicul de familie și medicii de rând nu sunt controlați, fac ce vor, nu au nici o frică. De aceea ei își permit să încalce legea și bani să ceară, și toate astea. Își permit, fiindcă nu e control.” (M, 60 ani, lucrător tehnic la instituție de învățământ, 1FG)

„Ar trebui să existe și unele consecințe pentru medici. Adică, dacă prejudiciază un pacient, să fie și ei pedepsiți... Ar trebui să existe și un mecanism care să verifice și medicii, dacă ei consultă corect, dacă ei informează până la capăt oamenii despre chestiile de care pot beneficia, chiar și atunci când este vorba despre medicamente, pentru că cred că cu toții știm că medicii pot avea contracte cu unii producători de medicamente, să prescrie un anumit preparat și au, atunci când omul merge la farmacie și dă rețeta, un oarecare procent. Cred că ar trebui să existe un mecanism care ar reglementa și atunci medicul ar informa corect oamenii și oamenii ar ști cu adevărat drepturile lor... ar trebui instituit un control mai sever al medicilor, nu știu, vreun inspectorat ceva care să verifice cum se comportă ei cu oamenii, dacă le prescriu rețetele corect, dacă le dau medicamentele de care chiar au nevoie oamenii, pentru că am avut cazuri când medicamentele nu ajutau, dar le prescriau nu știu de ce.” (M, 24 de ani, angajat mass-media, 1FG)

- ✓ **Atitudine mai respectuoasă față de pacienți.** În toate discuțiile de grup, în diferite contexte participanții au menționat necesitatea ca pacienții să fie tratați cu respect atunci când se adresează la medic.

„Sunt surori medicale care ies și încep a striga, parcă... Noi tot suntem oameni și nu ne ducem acolo de bucurie sau că ne e foarte bine. Suntem bolnavi și ne ducem la ușă acolo...” (F, 52, grad de dizabilitate II, 1FG)

„Medicii nu întotdeauna sunt cei mai amabili la policlinicile de stat. De obicei, sunt foarte aroganți când ajungi să te adresezi cu o problemă... Te adresezi cu o întrebare, îți răspund foarte dur sau: așteaptă. Deci, sunt anumite expresii. Omul, când este bolnav, el are nevoie de ajutor. În momentul acela este foarte vulnerabil, însă medicii sunt cumva foarte reci și ei își fac norma.” (F, 25 ani, angajată instituție de stat, 2FG)

„Aș vrea ca atunci când mergi la doctor să te primească cu zâmbet pe față, să vorbească omeneste, să ne întrebe cu dispoziție. Dar nu așa, cum se uită câteodată la noi: De ce ai venit? Ești bătrână și nu mai trebuie. Stai acasă. Vrem atenție mare că suntem bătrâni. Vrem să ne spună multe și de toate, măcar cu o vorbă bună și nouă ne pare că și aceea ne însănătoșește.” (F, 70 ani, pensionară, 3FG)

- ✓ **Digitalizarea informațiilor privind pacienții, istoricul medical al acestora.** În discuția de grup cu persoanele care sunt asigurate medical, fiind angajate (contribuție procentuală la salariu) ori care s-au asigurat în mod individual s-a accentuat necesitatea digitalizării informației pacienților. Astfel, ca aceștia indiferent de specialistul/ instituția medicală la care se adresează să poată fi vizualizată istoricul medical și actualizată informația. Această practică este una firească în unele țări UE, la acestea au făcut referință respondenții care au locuit o perioadă peste hotare.

„Au polița de asigurare cum ar fi permisul de conducere al nostru sau buletinul. E cu coduri care trece la calculator și vede toată istoria. Nu poate să-ți dea... la care spital nu te-ai duce, și la privat, și la stat, sistemul medical e unul și același. Adică, dacă tu ai primit tratament cu o lună în urmă antibiotic, orice medic poate să deschidă istoria.” (F, 36 ani, antreprenoare, gospodărie țărăneasca, 2FG)

În opinia unor respondenți digitalizarea informației ar trebui să excludă înscrierea în multe alte registre a aceleiași informații. Unii pacienți sunt îngrijorați că aceasta ar supra-solicita și mai mult medicii – *„și așa medicii scriu și scriu nici nu se uită la pacient”*. Pe de altă parte cei care au avut experiențe în sistemele medicale din alte țări declară că digitalizarea serviciilor economisesc timpul medicilor și automatizează niște procese.

„Aici sunt trei lucrători medicali care lucrează cu un sat. În Italia lucra o doamnă cu cinci sate. Nimeni nu crede chestia asta. Dar rețetele medicale - la calculator, a apăsă la calculator și a ieșit la printer rețeta medicală, dar la noi e bătaie de joc cu rețetele astea medicale și nu înțeleg, trebuie să umbli pe la vreo trei farmacii. Sunt atâtea tehnologii care s-ar putea numai de copiat și de implementat.” (F, 36 ani, antreprenoare, gospodărie țărăneasca, 2FG)

- ✓ **Oferirea unor stimulente, oportunități pentru persoanele care contribuie la sistemul de asigurări medicale, dar nu apelează la sistemul public de sănătate, nu beneficiază/ nu au beneficiat de careva servicii.**

În opinia mai multor respondenți organizarea și funcționarea sistemului de asigurare obligatorie are carențe, pe de o parte unii din cei care contribuie la sistemul de asigurări au dificultăți logistice de accesare a serviciilor medicale și o credibilitate redusă în calitatea serviciilor, iar pe de altă parte categoriile vulnerabile sunt dezavantajate de accesarea serviciilor medicale pentru

că persistă plățile informale. Deci, sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală nu și-a atins toate principiile stabilite de lege. În special principiul solidarității - potrivit căruia plătorii primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală achită contribuțiile respective în funcție de venit, iar persoanele asigurate beneficiază de asistență medicală și farmaceutică în funcție de necesități. Astfel, unii respondenți pledează pentru un sistem de asigurare medicală care nu este bazat pe principiul solidarității.

„Dacă eu nu m-am folosit de poliță, deci, toți banii care s-au acumulat în decurs de 20 de ani, de exemplu, de când activez eu, să mă pot folosi de o intervenție peste hotare, să donez poate o parte din banii de pe polița mea unei rude apropiate care are nevoie de o operație foarte costisitoare, dar așa se primește că mulți lucrează, nu se folosesc de poliță...” (F, 51 ani, funcționar public, 2FG)

„Ar trebui sumele acestea de care omul nu beneficiază, de exemplu am achitat, dar 4-5 ani nu m-am adresat și nu am beneficiat de ajutor medical, ar fi bine să se acumuleze suma aceasta, ca omul să poată beneficia de ea pe urmă. Să nu fie dată uitării. Ca și fondul social, omul achită, achită, iar la pensie primește din ceea ce a achitat în anii trecuți.” (M, 49 ani, angajat drumuri, 2FG)

„Dacă eu achit zece mii (contribuții din salariu), dacă eu nu am să mă folosesc, aceste zece mii să mi le întoarcă, pentru că altcineva le-a consumat, dar el a achitat mai puțin. În felul acesta se asigură o protecție socială. Chiar nu cunosc cum am putea să facem asta, dar precis pot să spun că trebuie schimbat, poate prin faptul ca să fie mai multe companii de asigurare, unde noi să putem să ne asigurăm. Să fie o poliță poate puțin mai scumpă, dar unde să intre și clinicile private. Să zicem, să fie o companie de asigurare unde eu am o sumă acumulată, iar eu să mă pot adresa la orice clinică care îmi place mie.” (M, 27 ani, angajat instituție privată, 2FG)

„Cred că dacă achiți acești bani, ei trebuie să se acumuleze de la an la an și dacă cineva apropiat sau tu te-ai îmbolnăvit, cu acești bani să-și poți face o operație costisitoare. Să poți da acești bani cuiva apropiat care nu are poliță. Iată cum trebuie să lucreze asta.” (M, 33 ani, șomer, grad de dizabilitate 3, 3FG)

Concluzii

- ✓ Cu toate că sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală funcționează, la nivel național, de 18 ani și pe parcursul acestor ani au existat campanii de informare persoanele asigurate sunt puțin informate despre drepturile pe care le au în calitate de persoană asigurată și încă mai puțin își cunosc responsabilitățile. Iar cei care cunosc anumite drepturi privind serviciile medicale de care pot beneficia, atunci când sunt bolnavi ei sau membrii familiei sunt preocupați mai mult de starea sănătății, decât de solicitarea respectării acestor drepturi.
- ✓ Studiul a constatat că persistă ideea că dacă drepturile îți sunt încălcate nu există mecanisme și pârgii funcționale de apărare a acestora și că atât pacienții cât și rudele acestora au temeri că vor avea ulterior de suferit dacă vor reclama încălărarea drepturilor. Cu toate că prin Legea nr,1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală CNAM este obligată să apere interesele persoanelor asigurate această instituție este puțin cunoscută de respondenți și nu este asociată cu faptul că ar putea să apere interesele persoanelor asigurate.
- ✓ Deși respondenții recunosc că și lor le revine responsabilitatea de a-și cunoaște drepturile mai mulți din aceștia au evidențiat că în opinia lor instituțiile statului (CNAM și instituțiile medicale) nu sunt interesate ca persoanele asigurate să-și cunoască drepturile, astfel se încercă să se economisească resurse financiare pe fondul necunoașterii beneficiilor statutului de persoană asigurată, ceea ce creează condiții de motivare ca aceasta să achite din buzunar serviciile medicale acoperite de polița de asigurare obligatorie de asistență medicală. Participanții la studiu în mare parte se așteaptă ca medicii de familie să-i informeze privind drepturile și obligațiile acestora în anumite stări/situații de sănătate concrete cu care ei se confruntă.
- ✓ Cei mai mulți respondenți asociază asigurarea medicală cu accesul la medicul de familie și aflarea pe pat în staționar, ceea ce, de regulă, ar însemna „*alimentație asigurată și patul gratis în spital*”. Unii participanți au menționat că având statutul de asigurat medical au beneficiat de investigații medicale, intervenții chirurgicale și tratament în staționar gratuit, inclusiv pentru tratarea infecției COVID-19. De medicamente compensate au beneficiat câțiva respondenți, cu precădere pacienți cu hipertensiune. Familiile cu copii până la 18 ani, cuprinse în studiu în mare parte nu au beneficiat de medicamente compensate pentru tratamentul acestora.
- ✓ Categoriile de persoane care pot beneficia de medicamente compensate menționate de majoritatea respondenților se referă la pacienții cu hipertensiune și cele cu diabet, dar și cei cu maladii incurabile sau boli rare. De asemenea, copiii pot beneficia de medicamente compensate, dar încă nu se cunoaște că se includ toți copiii până la vârsta de 18 ani. Sunt percepții că compensarea medicamentelor se face după criteriul de vulnerabilitate economică, ceea ce relevă existența neajunsurilor în implementarea Legii nr,1585/1998 prin care sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală trebuie să ofere cetățenilor Republicii Moldova posibilități egale în obținerea asistenței medicale oportune și calitative.
- ✓ În opinia celor intervievați persoanele asigurate medical nu beneficiază în mod egal/nediscriminatoriu de servicii medicale acoperite de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medical, fiind avantajate persoanele care oferă plăți suplimentare și cele care au relații/ apelează prin recomandare. Unii respondenți au menționat că pacienții asigurați sunt discriminați, pentru că aceștia, mai des, se confruntă cu un comportament nepăsător din partea personalului medical în comparație cu atitudinea aceluiași personal

medical în cazul pacienților care au achitat serviciile medicale. De asemenea, persoanele din mediul urban comparativ cu cei din rural sunt mai avantajate în accesul la serviciile medicale, selectarea specialiștilor, după caz schimbarea medicului de familie, astfel neîndeplinindu-se prevederile Legii nr.1585/1998 prin care sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală oferă cetățenilor Republicii Moldova posibilități egale în obținerea asistenței medicale oportune și calitative. Pe fonul crizei de specialiști există temeri că nu vor exista medici și astfel pacienții sunt mai toleranți în raport cu profesionalismul și comportamentul acestora.

- ✓ Respondenții sunt de acord că trebuie să existe un itinerar al pacientului asigurat CNAM (bilet de trimitere etc.) pentru a beneficia de anumite servicii medicale prevăzute în Programul unic, însă nu susțin modul în care acesta este pus în aplicare de către instituțiile medicale. Maniera în care instituțiile medicale aplică itinerarul pacientului asigurat CNAM cauzează persoanele asigurate să plătească pentru serviciile prevăzute de Programul unic, stimulează plățile informale în sistem, amplificând astfel nemulțumirea acestora. Cea mai mare nedumerire, chiar indignare a pacienților se referă la faptul că același serviciu, consultarea unui specialist de profil sau efectuarea unei investigații medicale sunt disponibile imediat contra cost, dar în baza asigurării obligatorii de asistență medicală există un rând care în unele situații este perceput ca fiind inacceptabil în raport cu starea de sănătate a pacientului.
- ✓ Plățile informale din sistemul medical s-au conturat ca un fir roșu pe parcursul tuturor discuțiilor de grup, începând de la acces la serviciile medicale, atitudinea cadrelor medicale, tratament etc. Totuși persoanele care își pot permite financiar apelează cu precădere la servicii medicale private. De remarcat că persoanele care s-au tratat în staționar în ultimul an s-au arătat în general mulțumite, chiar dacă unele au trebuit să procure o parte din medicamente, „să mulțumească” medicii, aceste experiențe sunt percepute ca fiind firești.
- ✓ Cu toate că Legea nr.1585/1998 prevede că Guvernul aprobă mecanismul de stabilire a costurilor serviciilor medicale ce au fost acordate persoanelor asigurate peste volumul prevăzut de Programul unic, precum și modul de achitare/încasare a acestor plăți, respondenții nu cunosc aceste prevederi, dat fiind faptul că ei nu cunosc în primul rând care sunt serviciile medicale care sunt acoperite de Programul unic. Câțiva respondenți au menționat că în instituțiile medicale au văzut afișate liste cu servicii de care pot beneficia în baza statutului de persoană asigurată, inclusiv costurile pentru cele cu plată, însă majoritatea respondenților cred că acestea puțin le ajută și sunt de părere că pentru a beneficia de servicii sunt necesare plăți informale.
- ✓ Unii pacienți consideră că corupția este atât de adânc înrădăcinată în conștiința populației și că în opinia lor este foarte dificil sau practic imposibil să schimbi ceva. Respondenții consideră că pe lângă plățile informale solicitate în instituțiile medicale sunt și scheme de corupție care și mai mult afectează sustenabilitatea sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală. Câțiva respondenți au relevat că la nivel de medic de familie, mai ales în mediul rural plățile informale sunt nesemnificative comparativ cu medicii specialiști și/sau staționar.
- ✓ Respondenții asigurați de CNAM nu se simt protejați în domeniul ocrotirii sănătății. Majoritatea consideră că indiferent de statutul de asigurat sau nu medical nu există o diferență semnificativă (excepție achitarea pat/zi staționar) privind protecția financiară a persoanei/ familiei, în momentul în care se îmbolnăvește vreun membru, bugetul familiei este afectat. Astfel oamenii cumva se pregătesc din timp de efortul financiar care urmează să-l suporte atunci când acced la serviciile medicale, iar dacă nu au resurse de multe ori amână

adresarea la medic. Participanții la studiu consideră că statul RM comparativ cu alte țări dezvoltate nu îți prea oferă garanții chiar dacă plătești impozite și contribuții. Acest lucru este valabil și în domeniul sănătății unde, în baza Legii nr.1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie colectează, se determină mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în fondurile constituite și gestionate de CNAM.

- ✓ Există percepția că în RM indiferent de situație ești pe cont propriu, te poți baza pe tine și pe membrii familiei, în rest statul îți poate oferi anumit suport, facilități, dar persistă incertitudinea atât ca acces, cât și ca continuitate a tratamentului medical. Această constatare din studiu trebuie să fie un semnal de alertă pentru autorități, care trebuie să intervină cu acțiuni pentru a asigura plener protecția financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății așa cum prevede legislația în baza căreia este organizat și funcționează sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
- ✓ Plătitorii de prime de asigurare obligatorie de asistență medicală consideră că pe lângă pachetul de servicii medicale, inclus în Programul unic, CNAM trebuie să ofere posibilitatea de asigurare complementară, prin care să se asigure acces la pachete de servicii medicale care nu sunt incluse în Programul unic și/sau care să permită acces direct la unele servicii care astăzi sunt reglementate printr-un itinerar mai anevoios pentru pacient.