



CHIȘINĂU-2021

# ACCESUL POPULAȚIEI GENERALE ȘI AL GRUPURILOR VULNERABILE LA SERVICII DE SĂNĂTATE ÎN PERIOADA PANDEMICĂ

Acest studiu a fost realizat de Keystone Moldova cu suportul financiar al Fundației Soros Moldova. Autorii poartă responsabilitate integrală pentru conținutul acestui raport. Studiul nu întotdeauna reflectă opiniile Keystone Moldova și ale Fundației Soros Moldova.

Acest studiu a fost realizat de Asociația Keystone Moldova din sursele financiare ale Fundației Soros Moldova/Departamentul Sănătate Publică.  
Cercetarea cantitativă în teren a fost efectuată de Compania sociologică IData – Date Inteligente.  
Autorii poartă responsabilitate integrală pentru conținutul acestui raport. Raportul nu întotdeauna reflectă opiniile Keystone Moldova și ale Fundației Soros Moldova.

**Autori:**

**Ludmila Malcoci, doctor habilitat în sociologie, profesor cercetător** – conceperea metodologiei de cercetare, analiza datelor cantitative, elaborarea sumarului, a concluziilor și recomandărilor

**Natalia Cojocar, doctorand în sociologie** – focus-grupuri în teren, analiza datelor calitative

**Sabina Cerbu, magistrul în drept și în economie** – analiza cadrului legal și a politicilor

**Redactor:** Mariana Vatamanu

**Design și machetare:** Casa Editurii 11

**Apare cu sprijinul financiar al Fundației Soros Moldova**

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

**Malcoci, Ludmila.**

Accesul populației generale și al grupurilor vulnerabile la servicii de sănătate în perioada pandemică / Ludmila Malcoci, Natalia Cojocar, Sabina Cerbu ; Asociația Keystone Moldova. – Chișinău : Casa Editurii 11, 2021 (Print-Caro SRL). – 157 p. : diagr.

Cerințe sistem: PDF Reader.

Aut. indicați pe vs. f. de tit. – Referințe bibliogr.: p. 154-155 (37 tit.). – Apare cu suportul financiar al Fundației Soros Moldova. – 100 ex.

ISBN 978-9975-3266-9-8 (PDF).

# CUPRINS

<b>SUMAR</b>	4
<b>INTRODUCERE</b>	6
<b>CAPITOLUL 1. Accesul populației generale la servicii de sănătate</b>	12
1.1. Aspecte generale	13
1.2. Disponibilitatea și accesibilitatea serviciilor medicale	16
<b>CAPITOLUL 2. Accesul persoanelor cu dizabilități la servicii de sănătate în perioada pandemică</b>	44
2.1. Analiza generală a situației în baza surselor de informare secundare	45
2.2. Analiza cadrului legal și a documentelor de politici	47
2.3. Percepțiile persoanelor cu dizabilități privind accesul la servicii de sănătate: analiză sociologică comparativă	50
2.4. Concluzii la Capitolul 2	79
<b>CAPITOLUL 3. Accesul persoanelor în îngrijire paliativă la servicii de sănătate în perioada pandemică</b>	80
3.1. Analiza generală a situației în baza surselor de informare secundare	81
3.2. Analiza cadrului legal și a documentelor de politici	84
3.3. Percepțiile persoanelor din îngrijire paliativă privind accesul la servicii de sănătate: analiză sociologică comparativă	87
3.4. Concluzii la Capitolul 3	114
<b>CAPITOLUL 4. Accesul persoanelor cu diabet zaharat la servicii de sănătate în perioada pandemică</b>	115
4.1. Analiza situației în baza surselor secundare	116
4.2. Analiza cadrului legal și a documentelor de politici	118
4.3. Percepțiile persoanelor cu diabet privind accesul la servicii de sănătate: analiză sociologică comparativă	120
4.4. Concluzii la Capitolul 4	141
<b>CAPITOLUL 5. Accesul persoanelor care trăiesc cu HIV la servicii de sănătate în perioada pandemică</b>	142
5.1. Analiza situațională în baza surselor secundare	143
5.2. Analiza cadrului legal și a documentelor de politici	145
5.3. Percepțiile persoanelor care trăiesc cu HIV despre accesul la servicii medicale	146
5.4. Concluzii la Capitolul 5	150
<b>RECOMANDĂRI</b>	151
<b>BIBLIOGRAFIE</b>	154
<b>CADRUL NORMATIV</b>	156

## SUMAR

Sumarul include constatările cercetării accesului la servicii de sănătate a populației generale și grupurilor vulnerabile în perioada pandemică. Cercetarea a fost efectuată în perioada aprilie-iunie 2021 de către Keystone Moldova cu suportul financiar al Fundației Soros Moldova, pe un eșantion de 1805 respondenți, inclusiv populație generală, persoane cu dizabilități, persoane în îngrijiri paliative și persoane cu diabet zaharat. Aspectele supuse cercetării au fost: disponibilitatea serviciilor medicale, accesul fizic și financiar la serviciile medicale esențiale, mecanismul de feedback și implicarea pacienților, stigmatizarea în instituțiile medicale, accesul respondenților la echipamente de protecție și tratament anti-COVID-19 și impactul COVID-19 asupra sănătății mentale.

**CONSTATAREA 1.** În pofida restricțiilor pandemice, **marea majoritate a respondenților au accesat serviciile medicale primare în perioada pandemiei COVID-19.** Ponderea persoanelor cu dizabilități (79%), a persoanelor cu diabet (85%), a persoanelor în îngrijire paliativă (86%) care au accesat serviciile medicului de familie este mai mare decât cea a populației generale (67%), fapt argumentat prin maladiile cronice și necesitatea de consultații mai frecvente și de prescripții pentru medicamentele compensate.

**CONSTATAREA 2.** **Persoanele în îngrijire paliativă și persoanele cu dizabilități s-au confruntat cu dificultăți mari în accesarea serviciilor medicale specializate** în perioada pandemică, **fiind nevoite să contramandeze sau să amâne programările la intervenții chirurgicale (17% din persoanele în îngrijire paliativă și 14% din persoanele cu dizabilități), la servicii de diagnostic (21% din persoanele în îngrijire paliativă și 17% din persoanele cu dizabilități), la medicii specialiști (26% din persoanele în îngrijire paliativă și 22% din persoanele cu dizabilități).** Aceste amânări au fost cauzate de programări restricționate, frica de infectare cu SARS-CoV-2, dificultăți de deplasare (distanțe mari, transport public inaccesibil în cazul persoanelor cu mobilitate redusă) și resurse financiare limitate. În rezultatul acestor amânări, **peste 50% din aceste persoane au menționat că starea sănătății lor a fost afectată în mare și foarte mare măsură.**

**CONSTATAREA 3.** **La barierele existente au fost suprapuse/adăugate provocările generate de pandemie, fapt care s-a răsfârns și mai negativ asupra reprezentanților din grupurile vizate de cercetare.** Astfel, conform studiului, persoanele cu dizabilități au continuat să se confrunte cu următoarele bariere în accesarea serviciilor de sănătate: infrastructură medicală inadecvată nevoilor persoanelor cu dizabilități locomotorii și senzoriale în special; numărul redus al serviciilor medicale specializate, la domiciliu, destinate persoanelor cu dizabilități severe; lipsa serviciilor de suport pentru intermedierea comunicării dintre persoanele cu dizabilități intelectuale și senzoriale cu prestatorii de servicii medicale; capacități reduse ale prestatorilor de servicii medicale de comunicare cu persoanele cu dizabilități; lipsa suportului financiar pentru accesarea serviciilor medicale, în special pentru persoanele cu dizabilități și pentru persoanele sărace (asigurarea cu transport, procurarea medicamentelor); număr limitat de echipamente de asistență, oferite în funcție de nevoi.

Persoanele în îngrijire paliativă s-au confruntă cu lipsa ofertei serviciilor de îngrijiri paliative, accesul redus la medicamentele esențiale în îngrijirea paliativă, capacitățile reduse ale prestatorilor de servicii medicale de a presta servicii calitative persoanelor în îngrijire paliativă.

Persoanele cu diabet au menționat accesul limitat la analogii de insulină, lipsa specialiștilor endocrinologi calificați, neacoperirea costurilor de îngrijire din asigurarea medicală pentru persoanele cu diabet de tip 1, cunoștințe limitate ale medicilor de familie în prestarea serviciilor persoanelor cu diabet.

Persoanele cu HIV au menționat lipsa suportului financiar din partea statului pentru serviciile de transport în accesarea serviciilor medicale necesare pentru determinarea/confirmarea gradului de dizabilitate și a tratamentului ARV; necesitatea procurării din resurse proprii a medicamentelor pentru maladiile secundare.

**CONSTATAREA 4.** **Deși ponderea persoanelor cu diabet, în îngrijire paliativă, cu dizabilități, cu HIV asigurate medical este mai mare decât cea din populația generală, accesul grupurilor vulnerabile la serviciile de sănătate este mult mai restrâns comparativ cu populația generală.** Acest fapt este explicat prin nivelul redus de informare al acestor grupuri despre serviciile acoperite de asigurarea obligatorie de asistență medicală, accesibilitatea redusă a informației, în special pentru persoanele cu diferite tipuri de dizabilități, număr limitat de

servicii medicale și a medicamentelor de care au nevoie. Astfel, 63% din persoanele în îngrijire paliativă, 62% din persoanele cu dizabilități au indicat că nu sunt informate deloc sau sunt informate în mică măsură despre serviciile medicale acoperite de CNAM. Peste 70% din persoanele în îngrijire paliativă, cu dizabilități și cu diabet zaharat au menționat că serviciile medicale de care au nevoie nu sunt acoperite suficient de asigurarea medicală, iar circa 60% din reprezentanții acestor grupuri nu sunt satisfăcuți de serviciile medicale acoperite de asigurarea medicală. În acest context menționăm neacoperirea financiară din Pachetul Unic a medicamentelor pentru maladiile secundare pentru persoanele cu HIV, a echipamentelor asistive pentru persoanele cu dizabilități, accesul limitat al persoanelor cu diabet la analogi de insulină. Studiul scoate în evidență necesitatea elaborării și implementării unei strategii de comunicare și informare a populației de lungă durată privind pachetul de servicii, inclusiv medicamente, de care pot și trebuie să beneficieze, ajustând intervențiile la nevoile și sursele de informare a diferitor grupuri de populație.

**CONSTATAREA 5. Pandemia a redus și mai mult accesul financiar al persoanelor cu dizabilități, diabet zaharat, în îngrijire paliativă, cu HIV la servicii medicale.** 58% din persoanele în îngrijire paliativă, 44% din persoanele cu dizabilități și 36% din persoanele cu diabet zaharat, comparativ cu 25% din populația generală, dispun de venituri care nu le ajung nici pentru strictul necesar. Pandemia a afectat veniturile a mai bine de 2/3 din respondenți, fapt ce a dus la reducerea accesului acestora la servicii medicale. Astfel, mai bine de jumătate din respondenți au indicat că nu își pot permite deloc sau doar rareori spitalizarea, serviciile de diagnosticare, serviciile stomatologice. 45% din respondenți au indicat că nu își pot permite deloc sau își permit rareori vizitele la medicul specialist.

Totodată, 70% din respondenții din grupurile vulnerabile își permit foarte rar sau deloc accesarea serviciilor stomatologice, iar peste 65%- nu își pot permite deloc sau foarte rar accesarea serviciilor de diagnostic, comparativ cu 57% din populația generală.

**CONSTATAREA 6. Persoanele cu dizabilități, în îngrijire paliativă, cu diabet zaharat, cu HIV continuă să fie discriminate mai frecvent decât populația generală în instituțiile medicale, cazurile de stigmatizare fiind asociate cu sărăcia, vârsta înaintată și dizabilitatea.** Astfel, în ultimele 12 luni, 20% din persoanele în îngrijire paliativă s-au simțit discriminate pe motiv de sărăcie, comparativ cu 6% în populația generală. 16% din persoanele cu dizabilități, comparativ cu 2% în populația generală, s-au simțit discriminate pe motiv de dizabilitate. 11% din persoanele cu diabet zaharat comparativ cu 4% în populația generală s-au simțit discriminate pe motiv că sunt în vârstă înaintată. În cazul persoanelor cu HIV stigmatizarea se manifestă prin acțiuni neglijente ale personalului medical, încălcarea principiului confidențialității de unii medici, și în cel mai grav caz, refuzul de a presta servicii medicale necesare.

**CONSTATAREA 7. Persoanele din grupurile vulnerabile care sunt sărace și în vârstă nu au acces sau au acces în mică măsură la echipamente de protecție împotriva COVID-19.** De această părere au fost mai bine de 2/3 din populația generală și grupurile vulnerabile.

**CONSTATAREA 8. Intenția de vaccinare în mediul persoanelor cu dizabilități, în îngrijire paliativă continuă să fie redusă, ca și în cazul populației generale.** În mediu peste 50% din populația generală, persoanele cu dizabilități sau în îngrijire paliativă continuă să susțină că nu se vor vaccina sau sunt indecise în privința vaccinării.

**CONSTATAREA 9. Pandemia COVID-19 a afectat într-o măsură mai mare sănătatea mintală a persoanelor cu dizabilități în îngrijire paliativă și cu diabet comparativ cu populația generală.** Astfel, 42% din persoanele cu dizabilități și în îngrijire paliativă și 39% din persoanele cu diabet comparativ cu 24% din populația generală se simt fricoase, stresate, anxioase și nervoase. 52% din persoanele în îngrijire paliativă, 42% din persoanele cu dizabilități și 39% din persoanele cu diabet comparativ cu 19% din populația generală se simt închise între patru pereți acasă. 36% din persoanele în îngrijire paliativă și 32% din persoanele cu dizabilități comparativ cu 15% din populația generală sunt în depresie și suferă.

**CONSTATAREA 10. Pacienții sunt implicați foarte rar sau nu sunt implicați deloc în luarea deciziilor privind opțiunile de tratament, iar serviciile medicale corespund în mică măsură nevoilor individuale ale pacienților.** Pe grupuri de respondenți ponderea persoanelor care au menționat că sunt rareori implicate sau nu sunt deloc implicate în luarea deciziilor privind tratamentul este mai mare în mediul persoanelor sărace și cu câteva maladii cronice. Astfel, mai bine de 2/3 din respondenții în îngrijire paliativă sunt nemulțumiți de gradul de corespundere a tratamentului nevoilor lor, menționând că nu sunt implicați deloc sau sunt implicați foarte rar în procesul de luare a deciziei privind opțiunile de tratament.

# INTRODUCERE

**IMPORTANȚA ȘI ACTUALITATEA CERCETĂRII.** Actualitatea cercetării accesului la servicii de sănătate al populației generale și al grupurilor de populație cu nevoi avansate de servicii medicale (persoane cu dizabilități, persoane în îngrijire paliativă, persoane cu diabet și persoane care trăiesc cu HIV) este argumentată de gradul înalt de inechitate privind accesarea serviciilor respective de către diferite grupuri de populație din Republica Moldova, care s-a accentuat și mai mult în perioada pandemică. Analiza datelor Biroului Național de Statistică, a documentelor de politici în domeniu denotă faptul că accesul la servicii de sănătate reprezintă una dintre cele mai acute probleme ale sistemului de sănătate din Republica Moldova. Cauzele sunt diverse: insuficiența cadrelor medicale, numărul limitat de servicii medicale de bază (mai ales în zonele rurale), resursele financiare limitate ale populației pentru accesarea serviciilor medicale, lipsa unei culturi a sănătății în rândul populației etc. Persoanele cu dizabilități, vârstnicii, pacienții cu boli cronice (maladii oncologice, diabet), persoanele cu risc sporit de infectare cu HIV și cele în îngrijire paliativă sunt printre grupurile afectate în mod disproporționat de problemă.<sup>1</sup>

Cercetările privind impactul COVID-19 asupra populației au scos în evidență faptul că pandemia a influențat foarte mult calitatea vieții populației generale, diminuând considerabil accesul acesteia la servicii educaționale, de sănătate, de infrastructură etc. Totodată, persoanele infectate cu COVID-19 au fost supuse unei stigmatizări considerabile la nivel de comunități. Astfel, conform cercetării efectuate de Institutul de Cercetări Juridice, Politice și Sociologice, la finele lunii aprilie 2020, circa 47% din respondenți considerau că pandemia COVID-19 a fost cea mai mare provocare pentru țară și pentru familiile lor **în ultimii 15 ani, iar 1/3** au indicat că le este frică de persoanele care au fost infectate cu COVID-19 și preferă să stea la distanță de ele, chiar dacă s-au însănătoșit.<sup>2</sup> Cercetarea efectuată de IMAS, în aprilie 2020, de asemenea confirmă faptul că criza pandemică și starea de urgență ar putea avea un impact foarte negativ asupra veniturilor familiilor, conducând la sărăcirea multora dintre ele<sup>3</sup>. Agravarea situației financiare a familiilor este menționată și de Expert Grup în documentul de politici "COVID-19: Cum salvăm economia națională și pregătim terenul pentru o relansare post-criză".<sup>4</sup> Rezultatele cercetării "Influența pandemiei COVID-19 asupra gospodăriei", realizată de Biroul Național de Statistică în cadrul Cercetării Bugetelor Gospodăriilor Casnice, 2020, arată că 51% din populația Republicii Moldova a **întâmpinat** dificultăți în accesarea serviciilor medicale<sup>5</sup>. Potrivit raportului MSMPs<sup>6</sup> pentru perioada declarării situației excepționale, în martie 2020 intervențiile planice au fost anulate, eforturile sistemului spitalicesc concentrându-se pe asigurarea serviciilor esențiale de sănătate, inclusiv a urgențelor medicale, a serviciilor obstetricale și neonatologice, a serviciilor critice (dializă medicală, radio și chimioterapie etc.). Această suspendare a durat aproximativ 2 luni și a fost argumentată prin necesitatea de organizare a răspunsului sectorului de sănătate la infecția cu COVID-19.

Impactul negativ al pandemiei este resimțit mai ales de către categoriile vulnerabile de populație, printre care persoanele cu dizabilități și familiile acestora, persoanele cu boli cronice, persoanele în etate, în special din mediul rural și cu venituri mici. Această constatare este susținută de cercetările realizate la inițiativa organizațiilor societății civile care lucrează cu și pentru grupurile menționate mai sus și a organizațiilor internaționale. Studiul sociologic "Impactul COVID-19 asupra persoanelor cu dizabilități din Republica Moldova", realizat de A.O. Keystone Moldova, în perioada martie-aprilie 2020<sup>7</sup>, pe un eșantion de 257 persoane, arată că pandemia și starea de urgență au contribuit la limitarea accesului persoanelor cu dizabilități la serviciile de sănătate. Astfel, 68% s-au confruntat cu acces redus la servicii de sănătate, motivele fiind diferite: sistarea programărilor la medicul

<sup>1</sup> Strategia națională de sănătate publică pentru anii 2014-2020. Disponibil la: [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=18438&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=18438&lang=ro)

<sup>2</sup> Malcoci L., Mocanu V. Coeziunea socială a populației din Republica Moldova în perioada pandemiei COVID-19. Revista de Filosofie, Sociologie și Științe Politice, nr.1 (182), 2020, pp. 128-149.

<sup>3</sup> Percepții privind pandemia de coronavirus [online], [citată 12 mai, 2020]. Disponibil la: [http://imas.md/pic/archives/27/\[imas\]%20perceptii%20cu%20privire%20la%20epidemia%20de%20Coronavirus%20II.pdf](http://imas.md/pic/archives/27/[imas]%20perceptii%20cu%20privire%20la%20epidemia%20de%20Coronavirus%20II.pdf)

<sup>4</sup> Lupusor A., Pântea D., Gaibu S. COVID-19: Cum salvăm economia națională și pregătim terenul pentru o relansare post-criză, aprilie 2020, p. 6. [online]. Disponibil: [https://www.expert-grup.org/media/k2/attachments/COVID-19\\_Cum\\_salv%C3%A9m\\_economia\\_na%C3%A7ional%C3%A2i\\_preg%C3%A2tim\\_terenul\\_pentru\\_o\\_relansare\\_post-criz%C3%A2.pdf](https://www.expert-grup.org/media/k2/attachments/COVID-19_Cum_salv%C3%A9m_economia_na%C3%A7ional%C3%A2i_preg%C3%A2tim_terenul_pentru_o_relansare_post-criz%C3%A2.pdf)

<sup>5</sup> <https://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=6773&parent=0>

<sup>6</sup> Raport privind măsurile de răspuns la infecția COVID-19 (în perioada ianuarie – decembrie 2020). Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. Disponibil la: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/12/Raport-COVID.pdf>

<sup>7</sup> Malcoci L., Munteanu P., Cojocar N. Impactul pandemiei COVID-19 asupra persoanelor cu dizabilități. Chișinău, 2020. Disponibil la: <https://www.keystonemoldova.md/wp-content/uploads/sites/4/2020/08/STUDIUL-IMPACTUL-PANDEMIEI-PERSONE-CU-DIZABILITATI.pdf>

de familie și specialiștii de profil, imposibilitatea deplasării la serviciile medicale din cauza sistării transportului, frica utilizării transportului public (acolo unde era funcțional) și dorința de a evita infectarea cu COVID-19, frica/refuzul de a se adresa medicilor din cauza incidenței sporite a cazurilor de îmbolnăvire a personalului medical, lipsa/insuficiența produselor de protecție (mănuși, măști, dezinfectanți ș.a.). Totodată, persoanele cu dizabilități au declarat că s-au confruntat cu acces redus la medicamente din cauza dificultăților în obținerea prescripțiilor medicale pentru acestea, au întâmpinat dificultăți în accesarea serviciilor stomatologice de urgență, iar personalul medical a fost nepregătit să le acorde asistență conform nevoilor care rezultă din specificul dizabilității.

„Raportul de monitorizare a măsurilor întreprinse de autoritățile publice în timpul pandemiei COVID-19 din perspectiva impactului asupra persoanelor vârstnice”, realizat de HelpAge International și Platforma pentru Îmbătrânire Activă din Republica Moldova, arată că două treimi din respondenții chestionați de aceste organizații s-au plâns pe accesul limitat la tratament medical, nereușind să ajungă la medic în primele trei-patru luni de pandemie, deși mulți dintre ei au boli cronice și necesită supraveghere medicală continuă<sup>8</sup>.

Raportul privind monitorizarea respectării drepturilor omului în Republica Moldova în contextul pandemiei COVID-19, realizat de IDOM, în 2020<sup>9</sup>, indică asupra problemelor de accesare a serviciilor de sănătate de către persoanele cu dizabilități aflate în centrele de plasament din subordinea MSMPS și spitalele psiho-neurologice. Accesul la asistența medicală și asigurarea continuă cu medicamente a fost deficitară în perioada stării de urgență. Vizitele medicilor specialiști în instituții au fost sistate. Medicii psihiatri s-au ocupat de prescrierea tratamentului și pentru alte maladii, inclusiv pentru pacienții cu forme ușoare și medii COVID-19. Tratamentul persoanelor confirmate cu COVID-19 a fost realizat în instituțiile rezidențiale, iar dacă exista necesitatea de spitalizare (în cazurile când beneficiarii prezentau stare gravă sau critică), acestea erau referite, preponderent, către spitalele psihiatrice din țară, doar în cazuri rare – către spitalele raionale. Nu în toate centrele de plasament se realizează colectarea și transportarea probelor pentru COVID-19. Raportul de monitorizare a scos în evidență că în câteva instituții au fost depistați pacienți cu maladii cronice în fază de acutizare care nu beneficiau de niciun tratament, fiind în suferință și durere acută. Continuitatea tratamentelor bolilor cronice este, de regulă, asigurată, dar, din cauza restricțiilor impuse de instituțiile medicale pe durata pandemiei COVID-19, accesul la investigații planificate ori consultații ale specialiștilor de profil a fost limitat.

PNUD Moldova a realizat un ministudiu privind impactul pandemiei COVID-19 asupra grupurilor vulnerabile<sup>10</sup>, care a inclus următoarele grupuri-țintă: populația săracă, femei vulnerabile, copii și tineri, populația în vârstă, emigranții întorși în țară și antreprenorii mici. În rezultatul cercetării, care s-a bazat în special pe interviuri (câte 50 de interviuri realizate pentru fiecare grup) și pe date statistice, s-a constatat că aceste grupuri au acces mai limitat la servicii de sănătate pe timp de pandemie. Totodată, au fost elaborate recomandări în vederea dezvoltării politicilor în conformitate cu condițiile pandemice noi, pentru a reduce impactul negativ al pandemiei asupra grupurilor în cauză.

Potrivit raportului de activitate al MSMPS pentru anul 2020<sup>11</sup>, unor categorii de populație (inclusiv persoanelor cu dizabilități) care au dezvoltat pneumofibroze urmare a îmbolnăvirii cu COVID-19, li s-a acordat, în regim prioritar, dreptul la reabilitare balneo-sanatorială. Raportul nu oferă statistici în acest sens.

Planul de răspuns și redresare COVID-19, întocmit de ONU Moldova<sup>12</sup>, a inclus o analiză a impactului pandemiei asupra grupurilor vulnerabile, printre care au fost menționate și persoanele cu dizabilități, persoanele care trăiesc cu HIV. Potrivit analizei, copiii cu dizabilități au fost afectați în mod special de accesul limitat la servicii medicale obișnuite. Pentru persoanele cu mobilitate limitată sau cu dizabilități locomotorii, principala provocare în timpul pandemiei COVID-19 a fost accesul limitat la bunuri și servicii de bază (inclusiv de sănătate), din cauza infrastructurii deficitare și a lipsei de servicii în această perioadă. Pentru persoanele cu dizabilități senzoriale și intelectuale, principala provocare a fost accesibilitatea informațiilor furnizate publicului larg, inclusiv privind serviciile de sănătate. Circa 3.500 de persoane cu dizabilități auditive, care folosesc limbajul semnelor, nu au acces la măști adaptate nevoilor lor de comunicare.

<sup>8</sup> Raportul de monitorizare a măsurilor întreprinse de autoritățile publice în timpul pandemiei din perspectiva impactului asupra persoanelor vârstnice. Disponibil la: <https://realitatealive.md/live-lansarea-raportului-de-monitorizare-a-masurilor-intreprinse-de-autorita-ile-publice-in-timpul-pandemiei-de-covid-19-din-perspectiva-impactului-asupra-persoanelor-varstnice---115112.html>

<sup>9</sup> Raportul privind monitorizarea respectării drepturilor omului în Republica Moldova în contextul pandemiei COVID-19. IDOM. Chișinău, 2020. Disponibil la: [https://idom.md/wp-content/uploads/2021/01/Raport\\_Final\\_IDOM-1.pdf](https://idom.md/wp-content/uploads/2021/01/Raport_Final_IDOM-1.pdf)

<sup>10</sup> Social and Economic Impact Assessment of the COVID-19 pandemic on vulnerable groups and economic sectors in the Republic of Moldova, 2020.

<sup>11</sup> Raport de activitate al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, ianuarie-decembrie 2020. Disponibil la: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/12/RAPORT-MSMPS-2020.pdf>

<sup>12</sup> Planul de răspuns și redresare de la COVID-19, întocmit de ONU Moldova. Versiunea actualizată pentru septembrie 2020. Disponibil la: <https://moldova.un.org/en/93768-united-nations-moldova-covid-19-socio-economic-response-and-recovery-plan-updated-version>

Constatările Planului de răspuns și redresare COVID-19, întocmit de ONU Moldova<sup>13</sup> arată că persoanele cu HIV și SIDA au raportat dificultăți de deplasare la instituțiile de tratament și de primire a tratamentului antiretroviral (ARV) în primele luni ale stării de urgență. În prima jumătate a anului 2020, a fost înregistrată o reducere cu circa 40% în testarea la HIV și înrolarea în tratamentul ARV, inclusiv în rândul femeilor însărcinate, și o creștere cu 30% a abandonului tratamentului ARV, comparativ cu prima jumătate a anului 2019. Acest fapt indică asupra unei reduceri accentuate a disponibilității și accesibilității serviciilor vitale pentru persoanele care trăiesc cu HIV.

Analiza literaturii denotă că un rol important în soluționarea problemelor sus-menționate l-au avut organizațiile societății civile și donatorii<sup>14,15</sup>, care s-au implicat activ în identificarea de fonduri și în susținerea grupurilor vulnerabile și familiilor lor cu produse de primă necesitate și produse medicale, dar și cu servicii de sănătate, de consiliere psihologică etc., pentru a depăși și/sau preveni situațiile de criză.

În același timp, aceste cercetări au reflectat doar un spectru foarte îngust de aspecte ce țin de accesul la servicii de sănătate al grupurilor vulnerabile și dezavantajate. În plus, nu au fost identificate analize și studii privind accesul la servicii de sănătate al beneficiarilor de servicii paliative sau al persoanelor cu diabet. Cercetarea în cauză este actuală și din considerentul că până în prezent nu au fost efectuate studii comparative, triangulare, aprofundate în domeniul accesului la servicii de sănătate al persoanelor cu dizabilități, persoanelor HIV pozitive, persoanelor în îngrijire paliativă, persoanelor cu diabet, comparativ cu populația generală. Totodată, în Moldova nu au fost efectuate studii privind accesul la sănătate al grupurilor menționate mai sus, comparativ cu populația generală, pe timp de pandemie. Studiul este axat și pe nivelul de informare și pe sursele de informare despre serviciile medicale a grupurilor de persoane incluse în cercetare, fapt ce va permite elaborarea unei strategii mai bune de pledoarie în domeniul asigurării dreptului la sănătate a acestor grupuri.

## SCOPUL ȘI OBIECTIVELE CERCETĂRII

**Scopul cercetării** a ținut identificarea accesului la servicii de sănătate esențiale, inclusiv legate de COVID-19, al populației generale și al grupurilor vulnerabile (persoane cu dizabilități, persoane cu diabet, persoane cu risc sporit de infectare cu HIV, persoane în servicii de îngrijire paliativă) din Republica Moldova.

### **Obiectivele cercetării au constat în următoarele:**

- Analiza legislației privind asigurarea accesului la sănătate al grupurilor vulnerabile, inclusiv în perioada pandemică;
- Cercetarea gradului de disponibilitate a serviciilor medicale pentru grupurile vulnerabile incluse în studiu;
- Studiarea gradului de accesibilitate (fizică, informațională, financiară) a grupurilor vulnerabile la serviciile medicale;
- Identificarea gradului de implicare a pacienților în luarea deciziilor privind tratamentul necesar conform nevoilor;
- Identificarea gradului de satisfacție a pacienților de serviciile medicale;
- Identificarea gradului de stigmatizare și discriminare a grupurilor vulnerabile în obținerea serviciilor medicale;
- Cercetarea accesului populației la măsuri de protecție împotriva infectării cu COVID-19 și la tratament;
- Studiarea impactului COVID-19 asupra sănătății mentale a diferitelor grupuri de populație;
- Elaborarea recomandărilor practice pentru dezvoltarea unei strategii de comunicare și advocacy în vederea măririi accesului grupurilor vulnerabile la servicii medicale conform nevoilor.

<sup>13</sup> Planul de răspuns și redresare de la COVID-19, întocmit de ONU Moldova. Versiunea actualizată pentru septembrie 2020. Disponibil la: <https://moldova.un.org/en/93768-united-nations-moldova-covid-19-socio-economic-response-and-recovery-plan-updated-version>

<sup>14</sup> Planul de răspuns și redresare de la COVID-19, întocmit de ONU Moldova. Versiunea actualizată pentru septembrie 2020. Disponibil la: <https://moldova.un.org/en/93768-united-nations-moldova-covid-19-socio-economic-response-and-recovery-plan-updated-version>

<sup>15</sup> Malcoci L., Munteanu P., Cojocar N. Impactul pandemiei COVID-19 asupra persoanelor cu dizabilități. Chișinău, 2020. Disponibil la: <https://www.keysto-nemoldova.md/wp-content/uploads/sites/4/2020/08/STUDIUL-IMPACTUL-PANDEMIEI-PERSOANE-CU-DIZABILITATI.pdf>



## INDICATORII DE CERCETARE ÎN FUNCȚIE DE OBIECTIVE

Obiective/aspecte cercetate	Indicatori de cercetare
<p><b>Disponibilitatea serviciilor medicale</b></p> <p><i>Sunt oare serviciile medicale sau tratamentele disponibile în sistemul de sănătate?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ponderea persoanelor care consideră că în perioada pandemiei le-a fost ușor să acceseze serviciile medicale de care au avut nevoie;</li> <li>● Ponderea persoanelor care consideră că informația despre serviciile medicale disponibile este ușor de găsit, ușor de accesat, ușor de înțeles și este transparentă din perspectiva costurilor;</li> <li>● Ponderea persoanelor care au accesat diferite servicii medicale în perioada pandemică și s-au simțit confortabil;</li> <li>● Ponderea persoanelor care consideră că serviciile medicale au fost bine gestionate în situația pandemică;</li> <li>● Ponderea persoanelor care consideră că grupurile de populație vulnerabile și cu maladii cronice au avut acces la diferite servicii medicale în perioada pandemică;</li> <li>● Ponderea populației care consideră că Guvernul este responsabil de asigurarea accesului echitabil al cetățenilor la o viață sănătoasă și lungă.</li> </ul>
<p><b>Accesibilitatea financiară a serviciilor medicale</b></p> <p><i>În ce măsură accesarea serviciilor medicale și a tratamentului provoacă dificultăți financiare persoanelor?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ponderea familiilor care au fost afectate în mare măsură și în foarte mare măsură de pandemie, inclusiv financiar, și au întâmpinat dificultăți în accesarea diferitelor servicii, inclusiv medicale;</li> <li>● Ponderea persoanelor care pot accesa din punct de vedere financiar întotdeauna sau frecvent următoarele servicii medicale: medicul de familie, medicul specialist, spitalizarea, serviciile de diagnosticare, serviciile stomatologice;</li> <li>● Ponderea persoanelor care nu întâmpină niciodată sau întâmpină rareori dificultăți financiare în rezultatul cheltuielilor efectuate pentru serviciile medicale;</li> <li>● Ponderea persoanelor care, în timpul pandemiei, nu și-au redus cheltuielile pe nevoi esențiale (produse alimentare sau îmbrăcăminte) într-o măsură care să acopere costurile pentru serviciile de sănătate;</li> <li>● Ponderea persoanelor care nu au amânat niciodată vizitele la medici în perioada pandemiei din cauza costurilor;</li> <li>● Ponderea persoanelor care nu au amânat niciodată tratamentul în perioada pandemiei din cauza costurilor;</li> <li>● Ponderea persoanelor care beneficiază de asigurare medicală și sunt bine informate despre serviciile medicale acoperite de poliță;</li> <li>● Ponderea persoanelor conform cărora costurile pentru serviciile medicale sunt acoperite suficient de polița de asigurare medicală, serviciile accesate în baza poliței medicale sunt calitative și acoperite de asigurarea medicală.</li> </ul>
<p><b>Accesibilitatea fizică a serviciilor de sănătate</b></p> <p><i>Există oare alte bariere în accesarea serviciilor medicale decât cele financiare?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ponderea persoanelor care nu au fost nevoite în perioada pandemică să acceseze cu întârziere serviciile medicale, inclusiv: medicamentele, intervenția chirurgicală, echipamentul medical, testul diagnostic, vizita la medicul de familie, vizita la medicul specialist;</li> <li>● Ponderea persoanelor care au menționat că următoarele servicii sunt aproape de domiciliul lor: medicul de familie, farmacia, medicul specialist, spitalul;</li> <li>● Ponderea persoanelor care trebuie să se deplaseze în altă localitate (centru rațional, oraș, capitală) pentru a beneficia de serviciul de care au nevoie în funcție de starea lor de sănătate;</li> <li>● Ponderea persoanelor care dispun de susținere financiară pentru călătorie, transport, servicii de sănătate la distanță, prin internet, pentru a depăși barierele geografice în accesarea serviciilor de sănătate.</li> </ul>

<p><b>Îngrijirea medicală adecvată nevoilor</b></p> <p><i>Participă oare pacienții în luarea deciziilor privind tratamentul și cât de satisfăcuți sunt ei de serviciile medicale?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ponderea persoanelor care consideră că întotdeauna sau foarte frecvent sunt informate adecvat de către prestatorul de servicii în sănătate despre opțiunile de tratament;</li> <li>● Ponderea persoanelor care sunt implicate întotdeauna sau foarte frecvent de către medici în luarea deciziilor privind tratamentul;</li> <li>● Ponderea persoanelor care consideră că medicii întotdeauna sau foarte frecvent adaptează tratamentul în funcție de nevoile lor schimbătoare;</li> <li>● Ponderea persoanelor care au menționat că prestatorul de servicii în sănătate întotdeauna sau foarte frecvent cere feedbackul lor privind calitatea serviciilor medicale prestate;</li> <li>● Ponderea persoanelor care consideră că întotdeauna sau foarte frecvent obțin servicii medicale de calitate, conform standardelor;</li> <li>● Ponderea persoanelor care întotdeauna sau foarte frecvent sunt satisfăcute de siguranța tratamentului medical de care beneficiază.</li> </ul>
<p><b>Stigmatizarea diferitelor categorii de pacienți în instituțiile medicale</b></p> <p><i>Sunt oare stigmatizate anumite categorii de persoane în accesarea serviciilor medicale?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ponderea persoanelor care nu s-au simțit niciodată stigmatizate în instituțiile medicale în bază de vârstă, dizabilitate intelectuală, dizabilitate mentală, dizabilitate fizică, maladie cronică de lungă durată, etnie, gen, venituri, religie, statut HIV;</li> <li>● Ponderea persoanelor care au simțit discriminare manifestată prin atitudinea proastă a lucrătorilor medicali, încălcarea drepturilor, limbaj neadecvat, lipsa instituției medicale în comunitate, refuzul de a li se oferi tratament;</li> <li>● Ponderea respondenților care au fost infectați cu COVID-19 și s-au simțit discriminați în bază de maladie;</li> <li>● Măsuri care trebuie să fie luate pentru a preveni discriminarea.</li> </ul>
<p><b>Gradul de acces al populației la măsuri de protecție împotriva infectării cu COVID-19 și la tratament</b></p> <p><i>În ce măsură populația are acces la informație și la măsurile de protecție împotriva infectării cu COVID-19?</i></p> <p><i>În ce măsură populația a avut acces la tratamentul anti-COVID-19?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ponderea persoanelor care se consideră bine informate despre măsurile de protecție împotriva COVID-19;</li> <li>● Ponderea persoanelor care au acces la echipament de protecție și dezinfectanți;</li> <li>● Măsurile de protecție aplicate de către populație pentru a se proteja de COVID-19 (purtatul măștii, evitarea locurilor aglomerate, evitarea transportului public, spălătul pe mâini, purtatul mănușilor de o singură folosință, minimalizarea contactelor fizice, reducerea plimbărilor, evitarea călătoriilor peste hotare, consumul de apă curată, păstrarea suprafețelor din casă curate, statul doar în casă, respectarea distanței față de animale);</li> <li>● Percepții privind accesul mai limitat la servicii medicale (acces limitat, normal, deteriorat simțitor);</li> <li>● Dificultăți ale familiei în obținerea echipamentului protector (deloc, acces la măști, la detergenți pentru curățarea casei, la dezinfectant pentru mâini, la hârtie igienică);</li> <li>● Ponderea respondenților care au fost infectați cu COVID-19, care au primit tratamentul corespunzător și sunt satisfăcuți de acesta.</li> </ul>
<p><b>Impactul COVID-19 asupra sănătății mentale a diferitelor grupuri de populație</b></p> <p><i>În ce măsură pandemia a afectat sănătatea mentală a diferitelor grupuri de populație?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ponderea persoanelor care au indicat că pandemia a avut un impact considerabil asupra sănătății lor mentale (s-au simțit izolați, stresați, speriați, deranjați de sănătatea lor mentală, deranjați de sănătatea mentală a membrilor familiei sau a prietenilor, deranjați de lipsa prietenilor, speriați de posibilitatea pierderii locului de muncă).</li> </ul>

**Metodologia de cercetare.** Metodologia de cercetare a corespuns scopului și obiectivelor cercetării și a inclus următoarele metode de cercetare:

1. **Analiza de birou a cadrului legal și normativ și a documentelor de politici** care asigură și reglementează accesul populației la servicii de sănătate, inclusiv a deciziilor Comisiei pentru situații excepționale în sănătate publică începând cu luna martie 2020, odată cu declararea situației pandemice cauzată de COVID-19.
2. **Ancheta sociologică în bază de chestionar.** În total au fost chestionate 1805 de persoane adulte (18+), inclusiv 1205 persoane selectate pe un eșantion aleatoriu național, 200 de persoane cu dizabilități, 200 de persoane cu diabet, 200 de persoane în îngrijire paliativă.
3. **Discuții focus-grup cu persoanele cu risc sporit de infectare cu HIV.** Au fost organizate 2 focus-grupuri cu persoanele cu risc sporit de infectare cu HIV. Discuțiile au fost organizate în baza ghidului de focus-grup.
4. **Discuții focus-grup cu reprezentanții organizațiilor societății civile care sunt active în promovarea și apărarea drepturilor persoanelor din grupurile vulnerabile și marginalizate – țintă a proiectului.** Au fost organizate 4 focus-grupuri cu reprezentanți ai ONG-urilor în vederea identificării problemelor privind accesul grupurilor vulnerabile și marginalizate la servicii de sănătate, inclusiv pentru COVID-19, precum și în scopul formulării de recomandări. Discuțiile focus-grup au fost realizate în baza ghidului de focus-grup.
5. **Interviuri aprofundate cu experți – reprezentanți ai autorităților publice centrale și locale și cu prestatori de servicii de sănătate.** Au fost realizate 20 de interviuri aprofundate cu actorii vizai. Experții au fost selectați din localitățile în care a fost realizată ancheta sociologică cu populația generală, ceea ce ne-a permis să obținem informații atât de la populația generală cu referire la accesul la serviciile de sănătate esențiale, inclusiv pentru COVID-19, cât și de la prestatorii de servicii de sănătate. Acest fapt a făcut posibilă triangularea metodelor în cadrul cercetării sociologice.
6. **Analiza de conținut al apelurilor telefonice** parvenite la Serviciul de asistență telefonică gratuită pentru persoanele cu dizabilități. Au fost analizate problemele atenționate și tipul de suport solicitat prin apelurile telefonice cu referire la accesul la serviciile de sănătate esențiale, inclusiv pentru COVID-19. Au fost analizate apelurile telefonice începând cu martie 2020.

Ancheta sociologică și chestionarea experților au fost efectuate de compania sociologică IData, specializată în cercetări, în baza instrumentelor elaborate de consultantul Keystone Moldova. Cercetările calitative (focus-grupurile, analiza de conținut și analiza de birou) au fost efectuate de către consultantul Keystone Moldova.

Eșantionul populației generale pentru cercetarea cantitativă a fost selectat în baza metodei de eșantionare probabilistică, stratificată și multistadială. Datele au fost colectate prin metoda KAPI, interviu față în față.



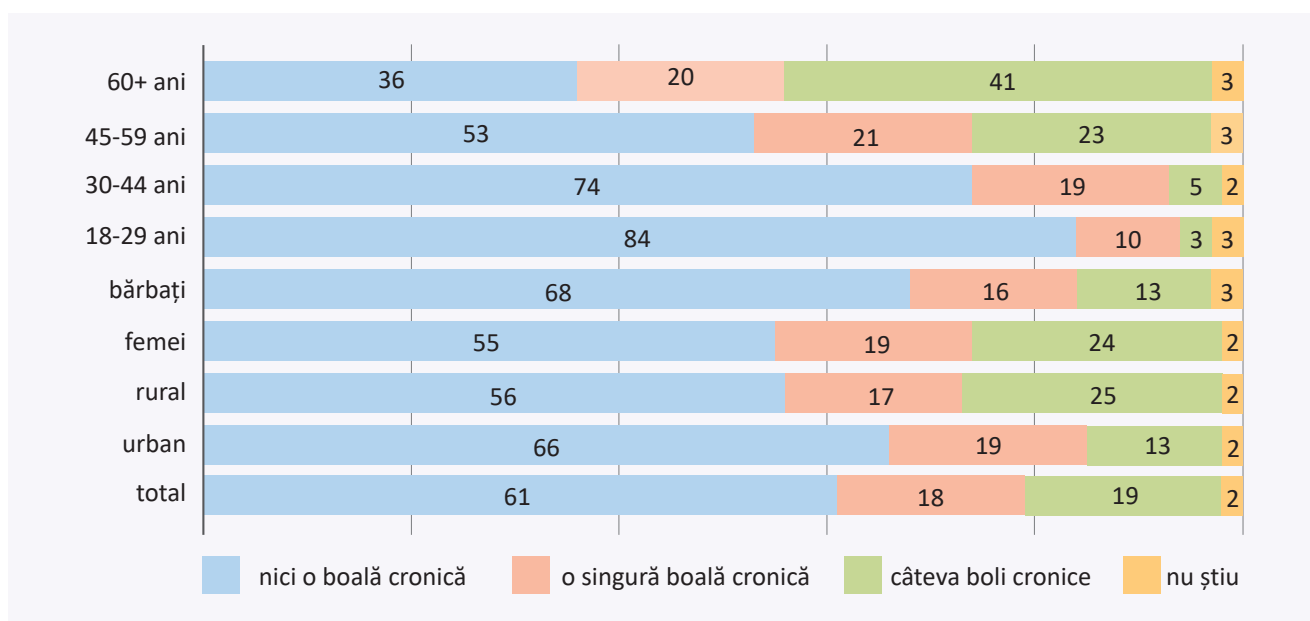
# CAPITOLUL 1.

**Accesul populației generale  
la servicii de sănătate**

## 1.1. Aspecte generale

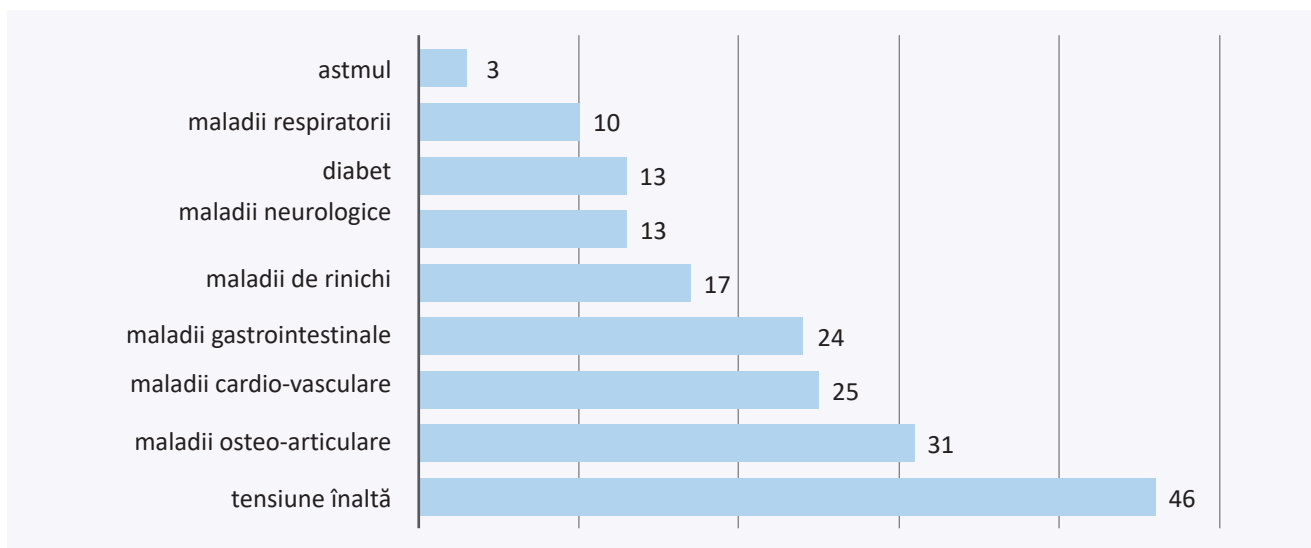
**Caracteristicile socio-demografice ale respondenților.** Cercetarea populației generale a inclus 1205 persoane, inclusiv 55% femei și 45% bărbați. După mediul de reședință, 47% din cei chestionați sunt din localități urbane și 53% – din localități rurale. În funcție de vârstă, eșantionul se distribuie în felul următor: 18-29 ani – 19%, 30-44 ani – 29%, 45-59 ani – 24% 60+ ani – 28%. În funcție de studii, au fost chestionate 14% persoane cu studii medii incomplete, 45% – cu studii medii/de specialitate și 31% – cu studii superioare. Conform statutului ocupațional, 44% din respondenți sunt încadrați în câmpul muncii și 56% – nu sunt încadrați în câmpul muncii.

La capitolul maladii cronice, 61% din cei chestionați au menționat că nu au nicio boală cronică, 18% – au o singură boală cronică, 19% – două și mai multe maladii cronice și 2% – nu au oferit un răspuns. În funcție de mediul rezidențial, ponderea persoanelor cu maladii cronice este mai mare în mediul rural (42%) decât în mediul urban (32%), în rândul femeilor (43%) comparativ cu bărbații (29%). Odată cu avansarea în vârstă, crește ponderea populației care are maladii cronice de la 13% în grupul de vârstă de 18-29 ani la 61% în cazul persoanelor de 60+ ani (vezi Diagrama 1).



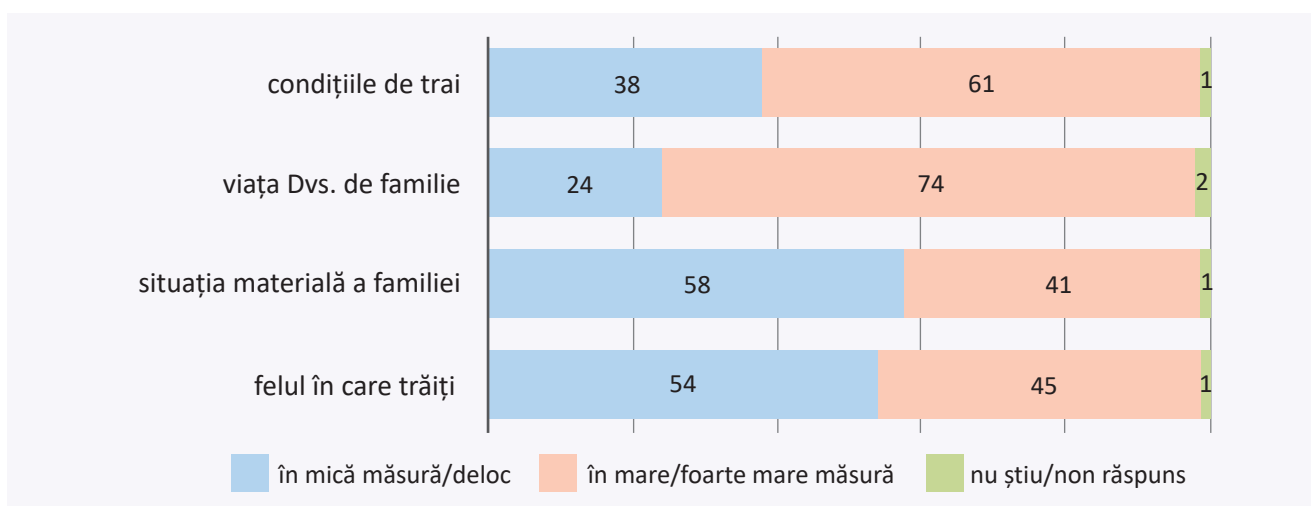
**Diagrama 1.** Distribuția populației în funcție de maladiile cronice caracteristice, per total, mediu de reședință, sex, vârstă, %

Fiind întrebați ce maladii cronice le sunt caracteristice, 46% din respondenți au indicat hipertensiunea arterială, 31% – maladiile osteo-articulare, 25% – maladiile cardiovasculare, 24% – maladiile gastrointestinale, 17% – maladiile de rinichi, 13% – maladiile neurologice, 13% – diabetul, 10% – maladiile respiratorii, 3% – astmul bronhic.



**Diagrama 2.** Distribuirea populației în funcție de maladiile cronice caracteristice, %

**Gradul de mulțumire privind diferite aspecte ale vieții.** Conform cercetării, mai bine de jumătate din cei chestionați nu sunt satisfăcuți deloc sau sunt satisfăcuți în mică măsură de felul în care trăiesc, de situația materială a familiei. În schimb, peste 2/3 din respondenți au menționat că sunt satisfăcuți în mare și în foarte mare măsură de condițiile de trai și de viața lor de familie (vezi Diagrama 3).

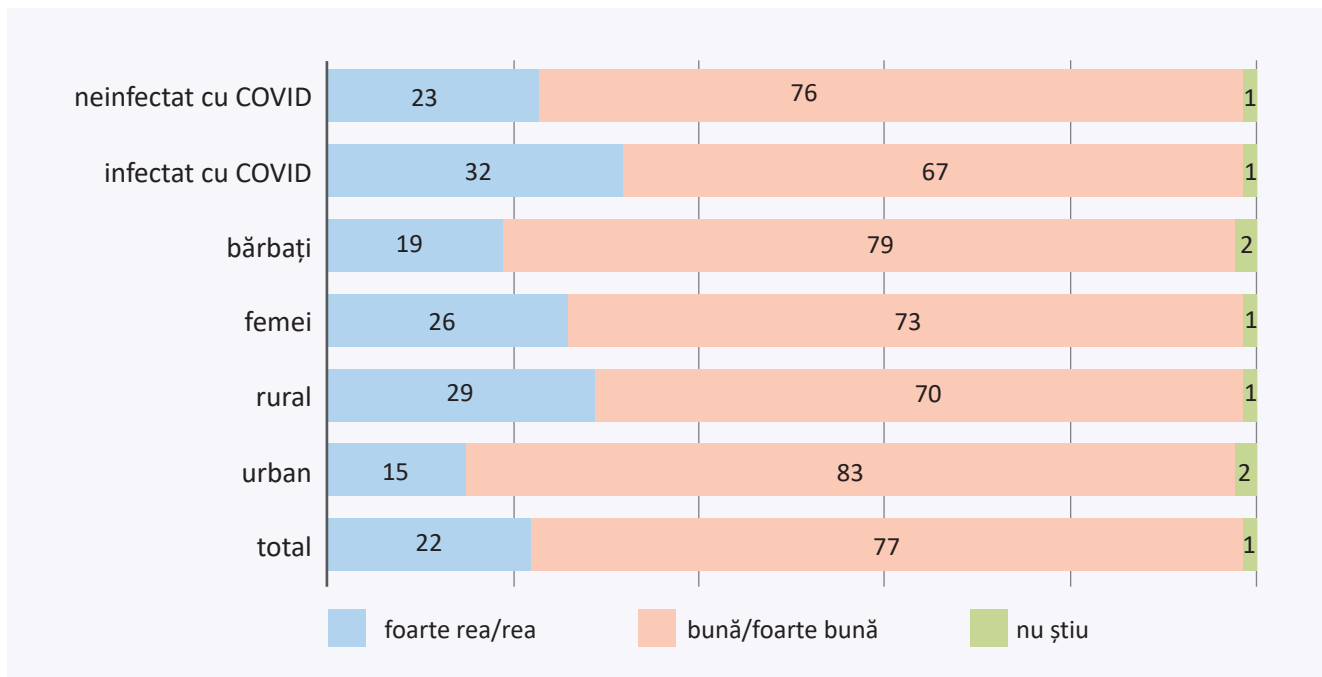


**Diagrama 3.** Gradul de satisfacție privind anumite aspecte ale vieții, %

Ponderea populației nesatisfăcute de felul în care trăiește este mai mare în mediul persoanelor cu două și mai multe maladii cronice (68%), al celor de 60+ ani (66%), al persoanelor neîncadrate în câmpul muncii (61%), al persoanelor sărace, cu venituri care nu le ajung nici pentru strictul necesar (80%).

Aceași situație a fost identificată și în cazul aprecierii gradului de satisfacție privind situația materială a familiei. Astfel, ponderea populației nesatisfăcute de situația materială a familiei este mai mare în rândul persoanelor cu două și mai multe boli cronice (77%), al persoanelor în vârstă de 60+ ani (74%), al persoanelor neîncadrate în câmpul muncii (68%), al persoanelor sărace, cu venituri care nu le ajung nici pentru strictul necesar (86%).

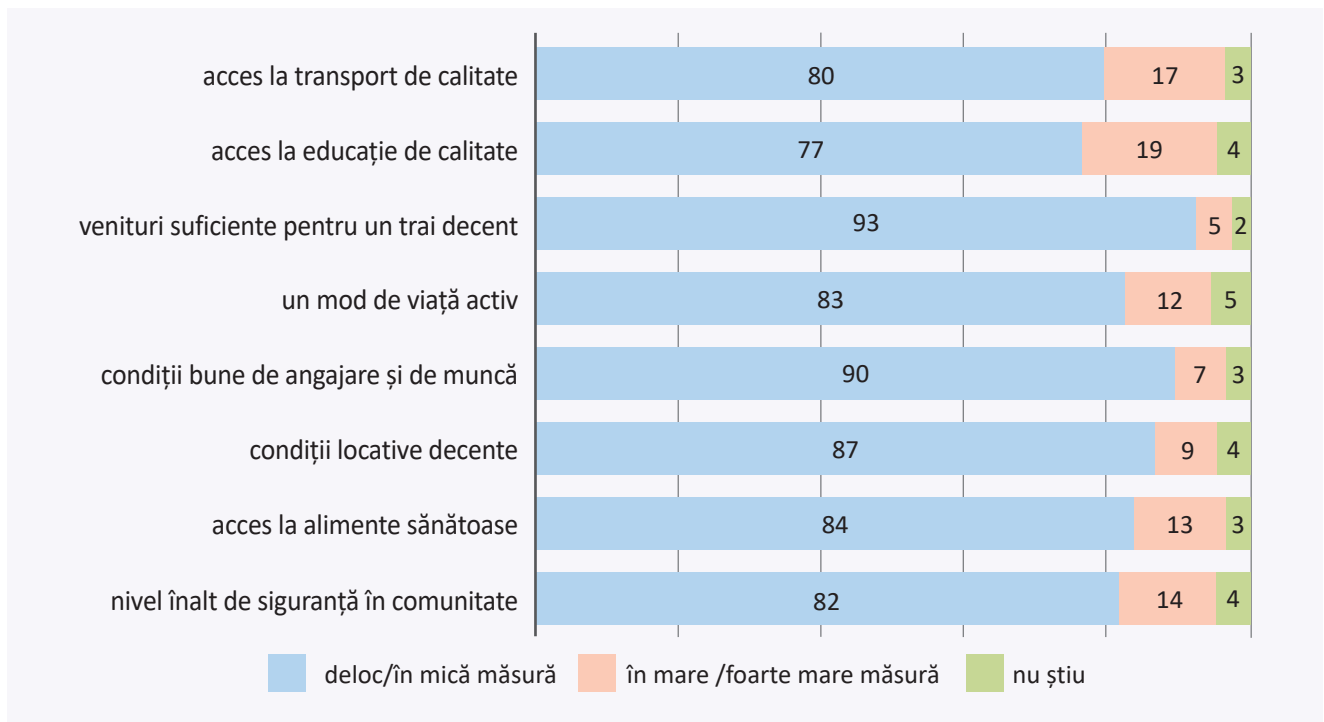
Cu referință la starea de sănătate, 77% din respondenți au menționat că, în general, sănătatea lor este bună și foarte bună, 22% – că starea sănătății lor este rea/foarte rea și 1% – nu au răspuns. Ponderea persoanelor care consideră că starea sănătății lor este rea/foarte rea este mai mare în mediul persoanelor care au fost infectate cu COVID-19 (32%), al femeilor (26%), al persoanelor care locuiesc în zonele rurale (29%) (vezi Diagrama 4).



**Diagrama 4.** Percepțiile populației privind starea sănătății lor, per total, mediu de reședință, sex, infectat cu COVID-19, %

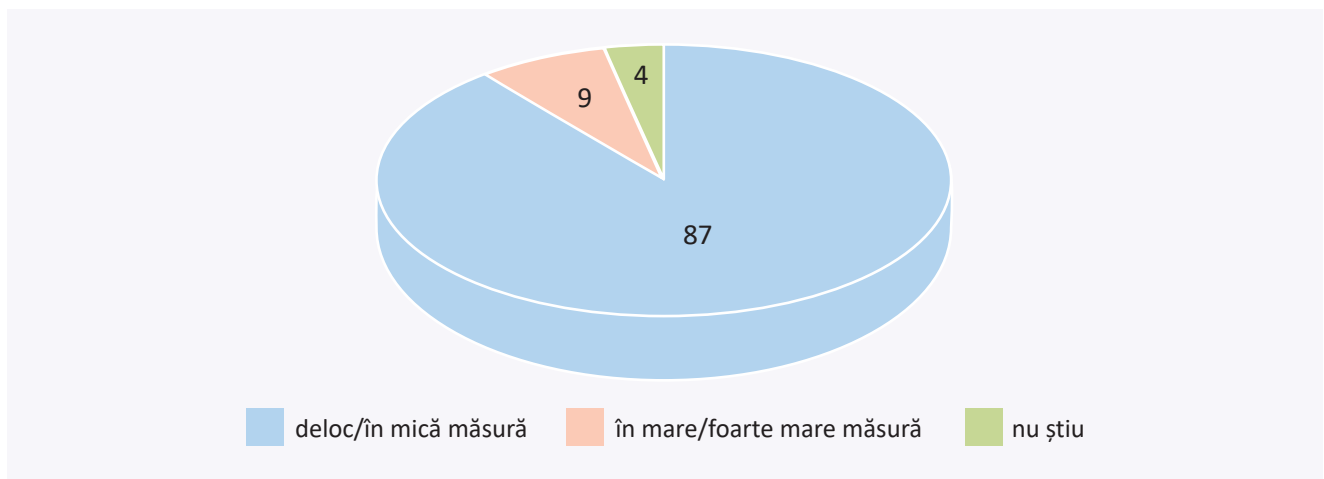
Ponderea respondenților care consideră că starea sănătății lor e foarte rea/rea este mai mare în mediul persoanelor cu boli cronice (o singură boală cronică – 35%, două și mai multe boli cronice – 64%), al persoanelor de 60+ (47%), al celor cu venituri care nu le ajung nici pentru strictul necesar (43%).

Conform cercetării, deși peste 95% din populație consideră că pentru o viață sănătoasă contează în mare și în foarte mare măsură atât serviciile de sănătate calitative și accesibile, cât și alte aspecte – cum ar fi veniturile suficiente pentru un trai decent (98%), condițiile bune de angajare în câmpul muncii (98%), nivelul înalt de siguranță în comunitate (98%), accesul la alimente sănătoase (98%), accesul la educație de calitate (97%), accesul la transport de calitate (95) – mai bine de 2/3 din respondenți cred că Guvernul Republicii Moldova nu asigură deloc sau asigură în mică măsură accesul populației la aceste bunuri sociale. Astfel, din Diagrama de mai jos putem observa că 93% din respondenți sunt de părerea că Guvernul nu asigură deloc sau asigură în mică măsură venituri suficiente pentru un trai decent, 90% – că Guvernul nu asigură deloc sau asigură în mică măsură condiții bune de angajare în câmpul muncii. Peste 80% din respondenți au menționat că Guvernul nu asigură deloc sau asigură în mică măsură condiții locative decente, accesul la alimente sănătoase, siguranța înaltă în comunități, accesul la transport de calitate, iar 77% – că Guvernul asigură în mică măsură sau nu asigură deloc accesul la educație de calitate.



**Diagrama 5.** Percepțiile populației despre gradul de asigurare de către Guvern a unor aspecte, %

Totodată, 87% din cei chestionați sunt de părerea că Guvernul nu se implică deloc sau se implică în mică măsură în vederea asigurării unui acces echitabil al tuturor oamenilor la servicii de sănătate de calitate, în timp ce 9% consideră că Guvernul întreprinde acțiuni în această direcție în mare/foarte mare măsură (vezi Diagrama 6).



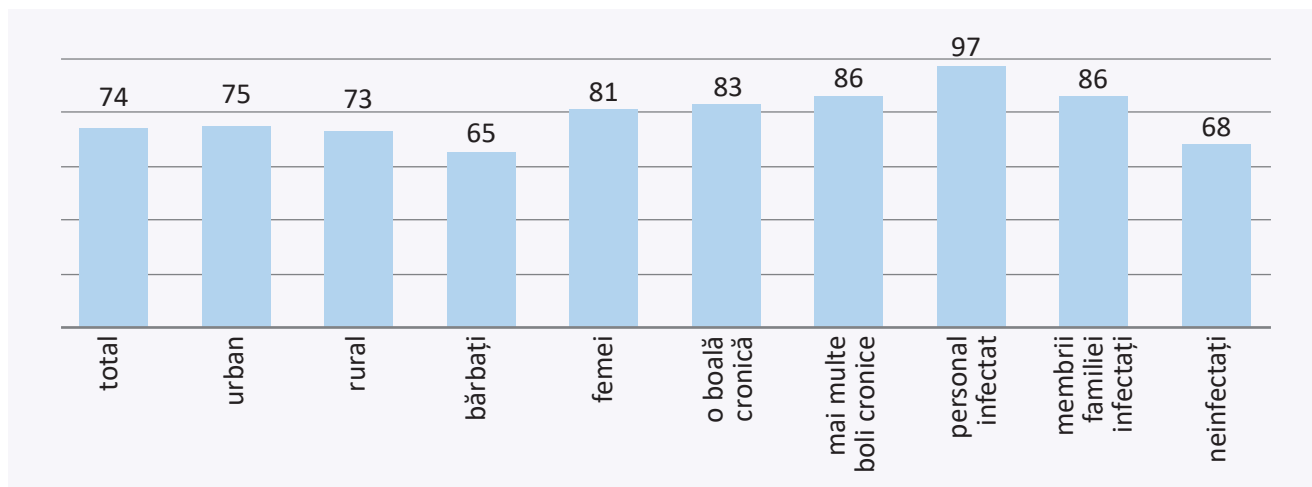
**Diagrama 6.** Percepțiile populației privind gradul de implicare a Guvernului în asigurarea accesului echitabil la servicii de sănătate de calitate, %

## 1.2. Disponibilitatea și accesibilitatea serviciilor medicale

Disponibilitatea serviciilor medicale în perioada pandemică a fost cercetată din perspectiva gradului de accesare a serviciilor medicale, a predisunerii populației de a accesa aceste servicii în viitorul apropiat și a percepțiilor populației despre gestionarea serviciilor medicale pe timp de pandemie.

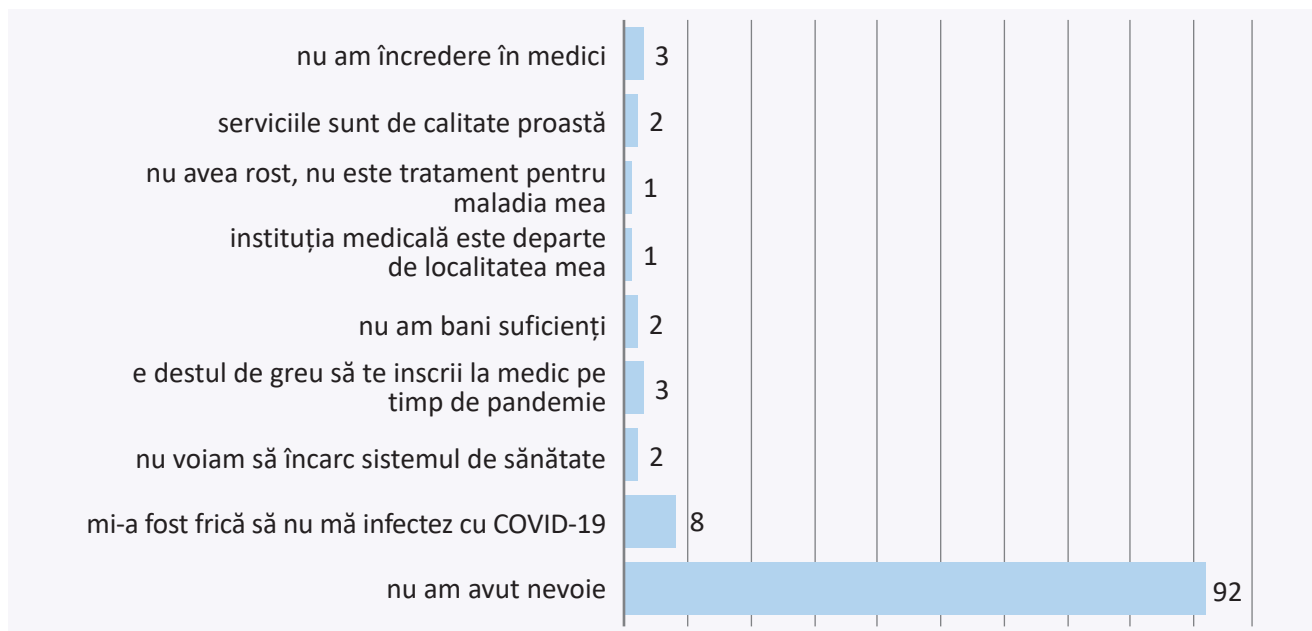


Conform rezultatelor cercetării, peste 2/3 din populație a indicat că a accesat serviciile medicale pe timp de pandemie, iar 1/3 – nu a accesat. Ponderea persoanelor care au accesat serviciile medicale este mai mare în mediul femeilor (81%), al persoanelor cu boli cronice (o boală cronică – 83%, mai multe boli cronice – 86%), al persoanelor care au fost infectate cu COVID-19 (97%) sau care au avut membri ai familiei infectați (86%) (vezi Diagrama 7).



**Diagrama 7.** Ponderea populației care a accesat serviciile medicale pe timp de pandemie, per total, medii de reședință, sex, boli cronice, infectat cu COVID-19, %

Întrebați de ce nu au accesat serviciile medicale, circa 92% din cei care nu au accesat au indicat că nu au avut nevoie, 8% – că le-a fost frică să nu se infecteze cu COVID-19, 3% – că nu au avut încredere în medici, 3% – că s-au confruntat cu greutăți atunci când au vrut să se programeze la medic. Circa 2% și mai puțin au susținut că: serviciile sunt de calitate proastă, nu au bani suficienți, nu voiau să încarce sistemul de sănătate etc.

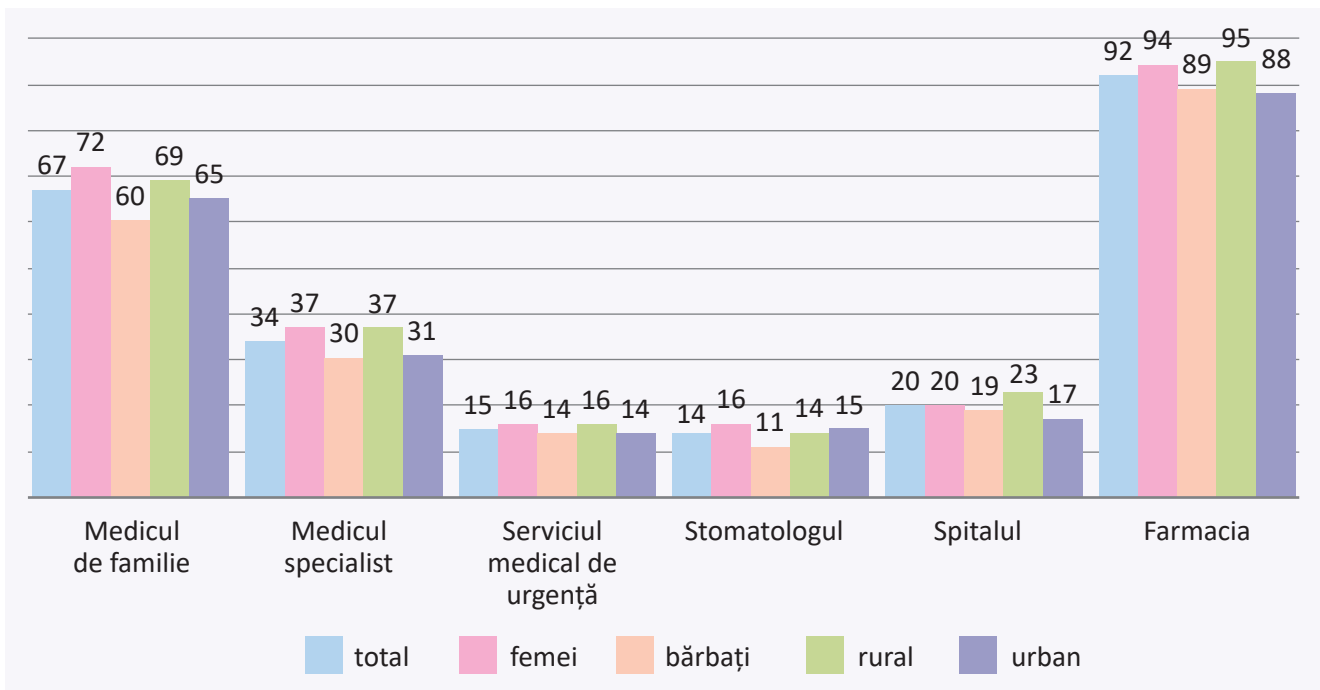


**Diagrama 8.** Cauzele neaccesării serviciilor medicale pe timp de pandemie, %

La întrebarea ce servicii medicale au accesat, 92% din cei chestionați au indicat farmacia, 67% – medicul de familie, 34% – medicul specialist, 20% – spitalul, 15% – serviciul medical de urgență, 14% – medicul stomatolog.

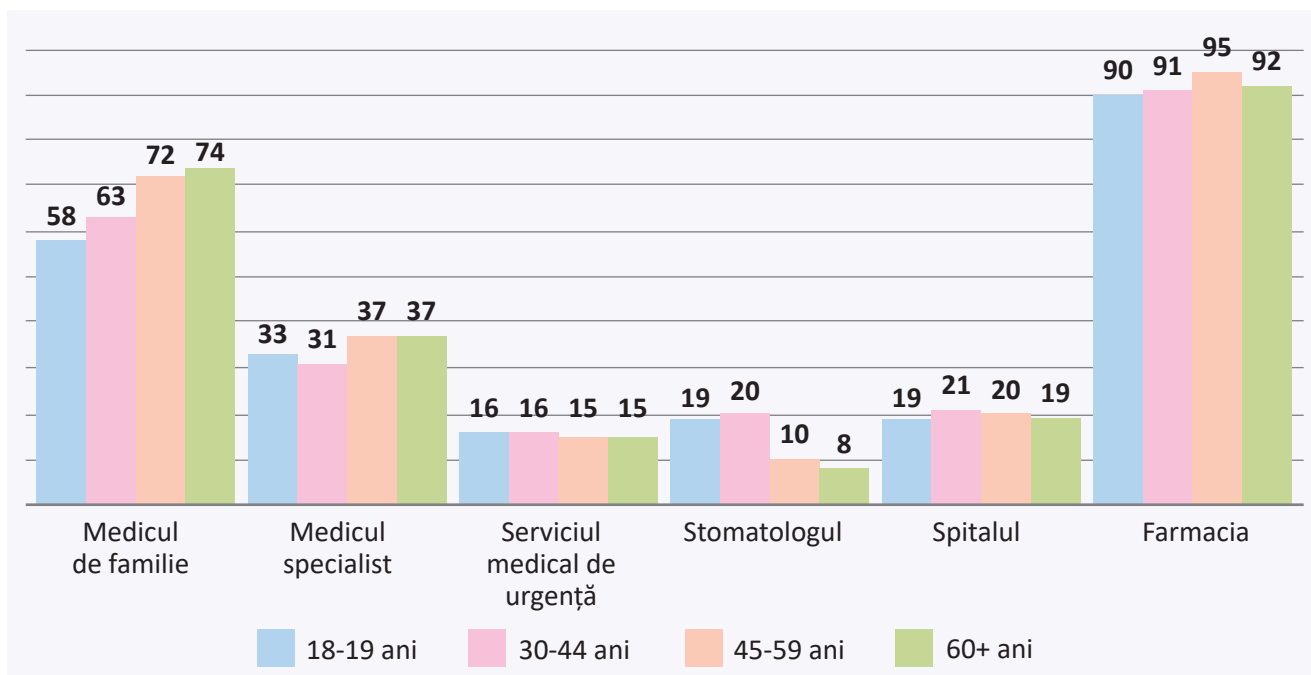
În funcție de sex, ponderea femeilor care au accesat serviciile medicale este mai mare decât cea a bărbaților. Astfel, 94% femei, comparativ cu 89% bărbați, au fost la farmacie; 72% femei, comparativ cu 60% bărbați, s-au adresat medicului de familie; 37% femei, comparativ cu 30% bărbați, s-au adresat medicului specialist; 16% femei, comparativ cu 11% bărbați, au fost la stomatolog. În cazul serviciului de urgență și al spitalului, ponderea femeilor și cea a bărbaților care le-au accesat au fost aproape egale (vezi Diagrama 9).

În funcție de mediul de reședință, ponderea persoanelor din zonele rurale care au accesat serviciile medicale este mai mare decât a celor din localitățile urbane. Astfel, 95% din persoanele din mediul rural, comparativ cu 88% din mediul urban, au accesat farmacia; 69% din persoanele din mediul rural, comparativ cu 65% din cel urban, au fost la medicul de familie; 37% din persoanele din mediul rural, comparativ cu 31% din cel urban, au fost la medicul specialist (vezi Diagrama 9).



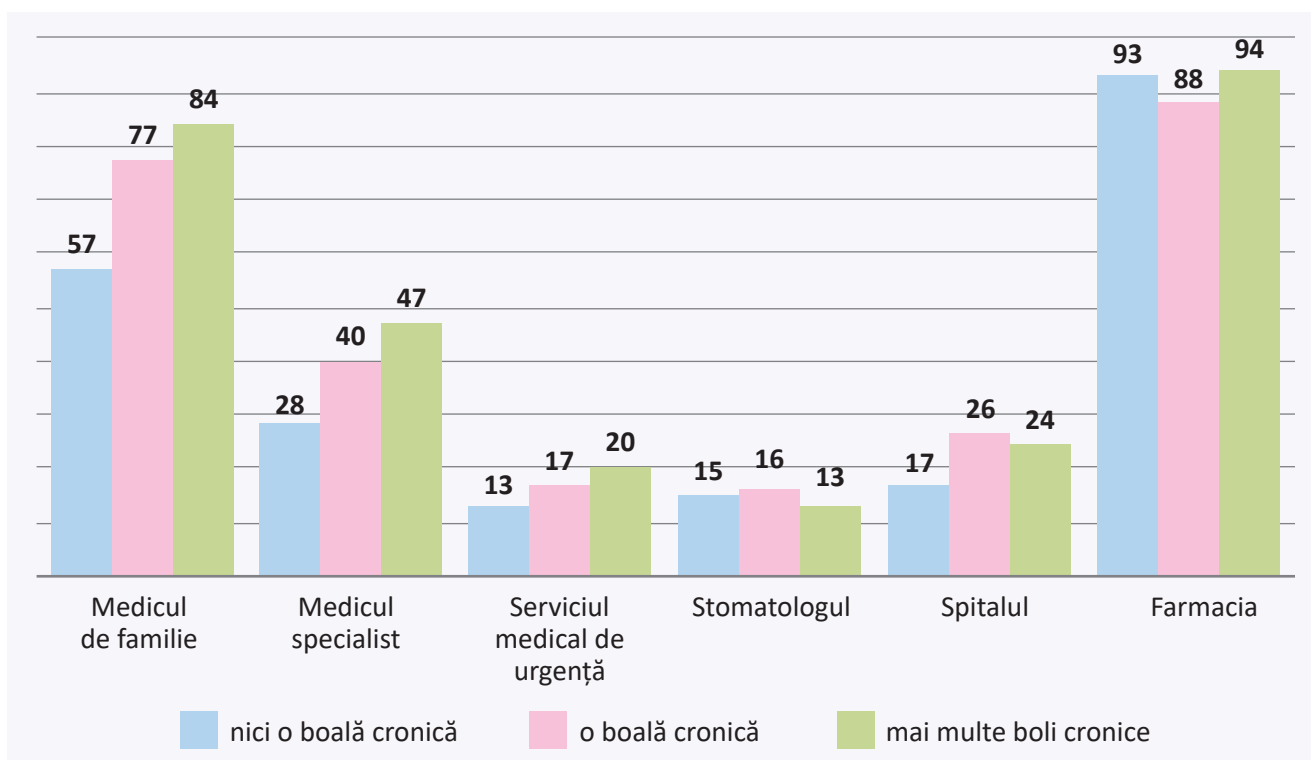
**Diagrama 9.** Ponderea populației care a accesat diferite servicii medicale, per total, sex, mediu rezidențial, %

În funcție de vârstă, ponderea persoanelor care au accesat medicul de familie și medicul specialist este mai mare în mediul respondenților cu vârsta cuprinsă între 45 și 59 ani (medicul de familie – 72%, medicul specialist – 37%) și 60+ ani (medicul de familie – 74%, medicul specialist – 37%). Ponderea persoanelor care au accesat farmaciile este mai mare în grupul de vârstă 45-59 ani (95%). Ponderea persoanelor care au fost la stomatolog este mai mare în grupurile de vârstă 18-29 ani (19%) și 30-44 ani (20%) (vezi Diagrama 10).



**Diagrama 10.** Ponderea populației care a accesat diferite servicii medicale, în funcție de vârstă, %

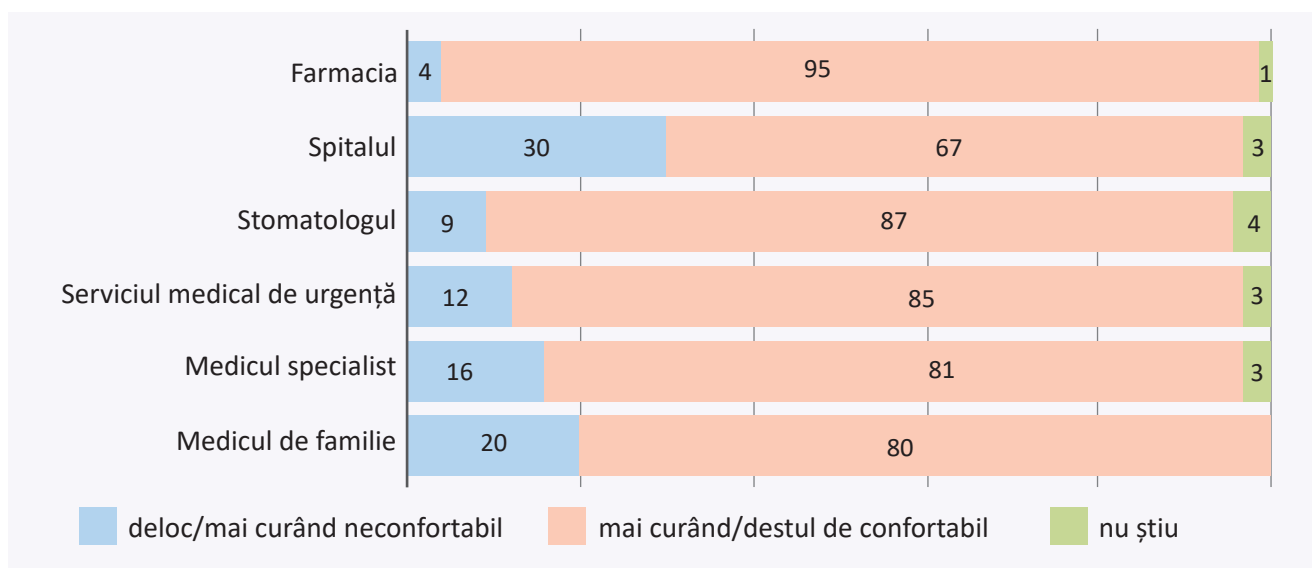
În funcție de maladiile cronice, ponderea persoanelor care au accesat farmacia este mai mare în mediul celor care nu au boli cronice (93%) și al celor cu două și mai multe maladii cronice (94%). Ponderea persoanelor care au accesat medicul de familie, medicul specialist, serviciul medical de urgență și spitalul este mai mare în rândul respondenților care au maladii cronice, comparativ cu cei care nu au maladii cronice, fapt ce denotă că aceste grupuri de persoane au avut mai mare nevoie de serviciile medicale în timp de pandemie decât celelalte grupuri (vezi Diagrama 11).



**Diagrama 11.** Ponderea populației care a accesat diferite servicii medicale, în funcție de maladiile cronice, %

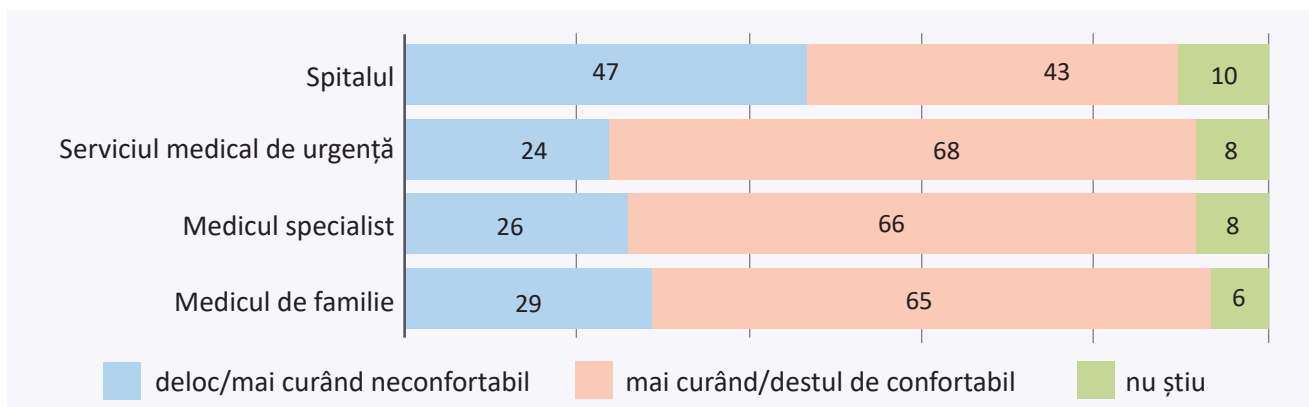
Persoanele care au fost infectate cu COVID-19 sau care au avut membri ai familiei infectați au accesat mai mult decât persoanele neinfectate medicul de familie (personal infectat – 78%, membrii familiei infectați – 72%, persoane neinfectate – 64), medicul specialist (personal infectat – 40%, membrii familiei infectați – 44%, persoane neinfectate – 30), serviciul medical de urgență (personal infectat – 30%, membrii familiei infectați – 24%, persoane neinfectate – 10), spitalul (personal infectat – 39%, membrii familiei infectați – 26%, persoane neinfectate – 15).

Fiind întrebați cât de confortabil s-au simțit atunci când au accesat serviciile medicale, mai bine de 80% din cei care au accesat medicul de familie, medicul specialist, serviciul de urgență, stomatologul au menționat că s-au simțit mai curând sau destul de confortabil. Fiecare a cincea persoană care a vizitat medicul de familie și fiecare a șasea persoană care a vizitat medicul specialist au indicat că s-au simțit mai curând neconfortabil sau deloc confortabil. 95% din cei care au accesat farmaciile au recunoscut că s-au simțit confortabil. În cazul spitalului, ponderea celor care au indicat că s-au simțit mai curând confortabil sau destul de confortabil este mai redusă și constituie 67%. Fiecare al treilea respondent care a fost la spital a susținut că s-a simțit mai curând neconfortabil sau deloc confortabil (vezi Diagrama 12).



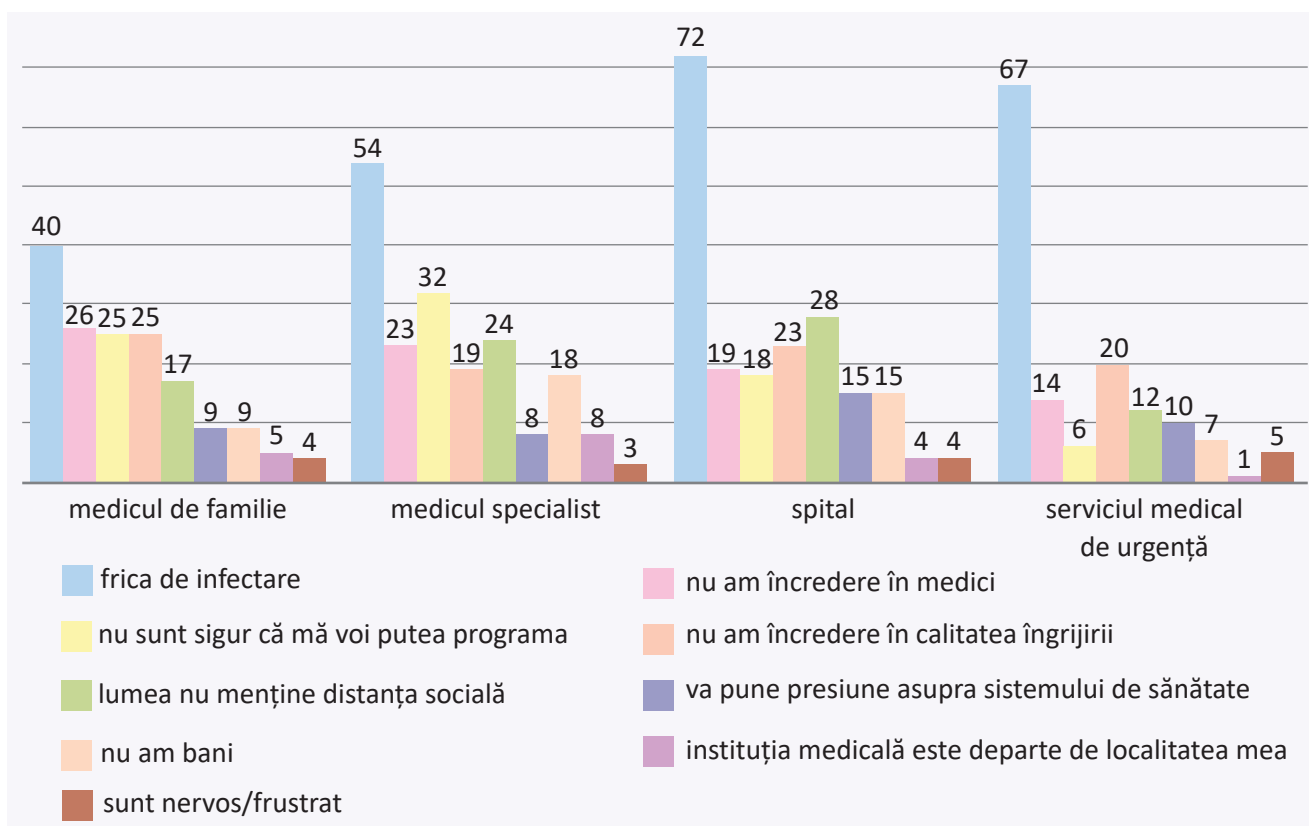
**Diagrama 12.** Percepțiile populației privind gradul de confort în timpul accesării serviciilor medicale, %

Deși cea mai mare parte dintre respondenți au menționat că s-au simțit măi curând confortabil sau destul de confortabil accesând serviciile medicale în trecut, ponderea celor care s-ar simți măi curând neconfortabil sau deloc confortabil dacă ar avea nevoie să acceseze serviciile medicale în următoarele două săptămâni este destul de mare. Astfel, de această părere este fiecare al doilea respondent care ar fi nevoit să acceseze spitalul, fiecare al treilea care ar fi nevoit să acceseze medicul de familie și fiecare al patrulea care ar fi nevoit să acceseze medicul specialist și serviciul medical de urgență. Discrepanțele dintre răspunsurile cu referință la accesarea în trecut a serviciilor medicale și cele privind accesarea în viitor țin de perioadă – oamenii privesc măi puțin critic la evenimentele din trecut dacă acestea nu au avut un impact considerabil negativ asupra vieții lor, precum și de faptul că în perioada cercetării situația epidemiologică era destul de agravată. Acest fapt denotă o dată în plus că o bună parte din respondenți nu se simt prea confortabil să acceseze serviciile medicale pe timp de pandemie (vezi Diagrama 13).



**Diagrama 13.** Percepțiile populației privind gradul de confort dacă ar accesa serviciile medicale în următoarele două săptămâni, %

Fiind întrebați de ce nu s-ar simți confortabil să viziteze diferite servicii medicale, respondenții au numit frica de infectare drept prima cauză pentru fiecare serviciu. Astfel, 72% au frică să nu se infecteze la spital, 67% au frică să nu se infecteze la serviciul medical de urgență, 54% au frică să nu se infecteze la medicul specialist și 40% – la medicul de familie.

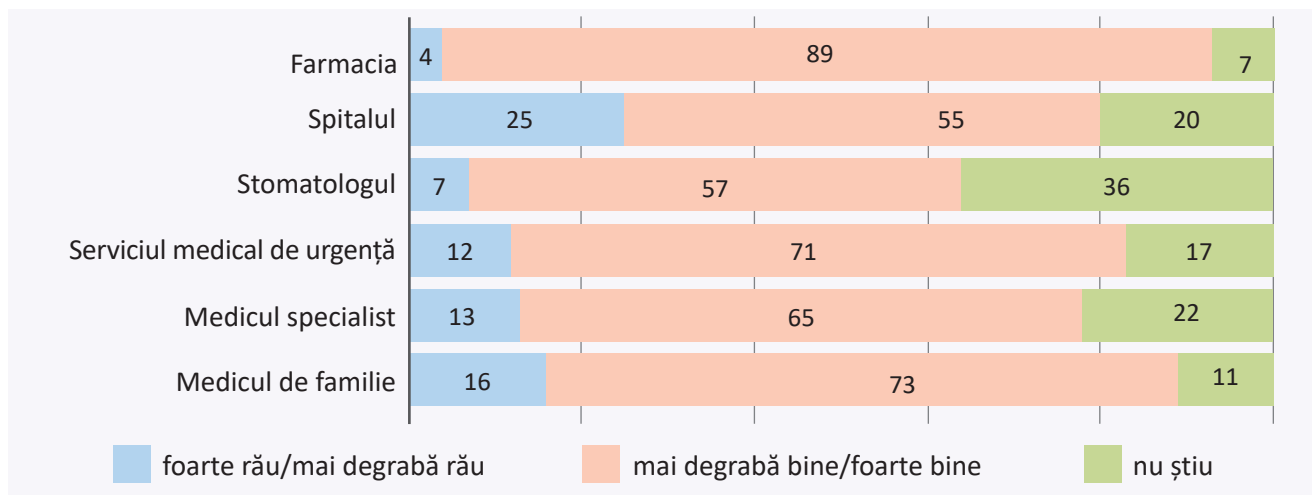


**Diagrama 14.** Percepțiile populației privind gradul de confort dacă ar accesa serviciile medicale în următoarele două săptămâni, %

Totodată, în cazul medicului de familie, 26% din cei intervievați au indicat că nu s-ar simți confortabil, deoarece nu au încredere în medici, 25% – nu sunt siguri că se vor putea programa, 25% – nu au încredere în calitatea îngrijirii, 17% – lumea nu menține distanța socială. În cazul medicului specialist, 32% nu sunt siguri că se vor putea programa, 24% – le este frică că lumea nu menține distanța socială, 23% – nu au încredere în medici, 19% – nu au încredere în calitatea îngrijirii, 18% – nu au resurse financiare. În cazul spitalului, 28% au motivat prin faptul că le este frică că lumea nu menține distanța socială, 23% – nu au încredere în calitatea îngrijirii, 19%

– nu au încredere în medici, 18% – nu sunt siguri că se vor putea programa, 15% – nu vor să pună presiune pe sistemul de sănătate și 15% – nu au bani. În cazul serviciului de urgență, 20% din respondenți au menționat că nu au încredere în calitatea îngrijirii, 14% – nu au încredere în medici, 12% – lumea nu menține distanța socială, 10% – nu vor să pună presiune pe sistemul de sănătate și 7% – nu au bani.

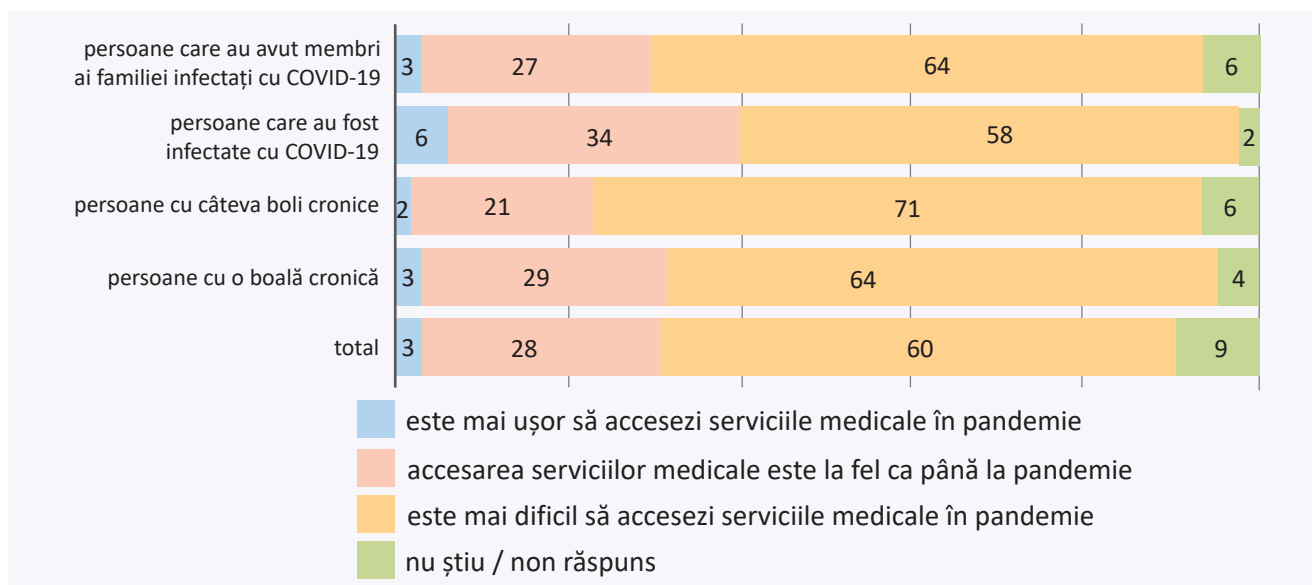
Fiind întrebați cât de bine au gestionat serviciile medicale pandemia, mai bine de 2/3 din respondenți au indicat că farmaciile, medicul de familie, serviciul medical de urgență, medicul specialist au gestionat situația pandemică mai degrabă bine/bine. Puțin peste jumătate din cei chestionați au fost de părerea că spitalele și stomatologii de asemenea au gestionat situația pandemică mai degrabă bine/bine (vezi Diagrama 15).



**Diagrama 15.** Opiniile populației despre modul în care serviciile medicale au gestionat situația pandemică, %

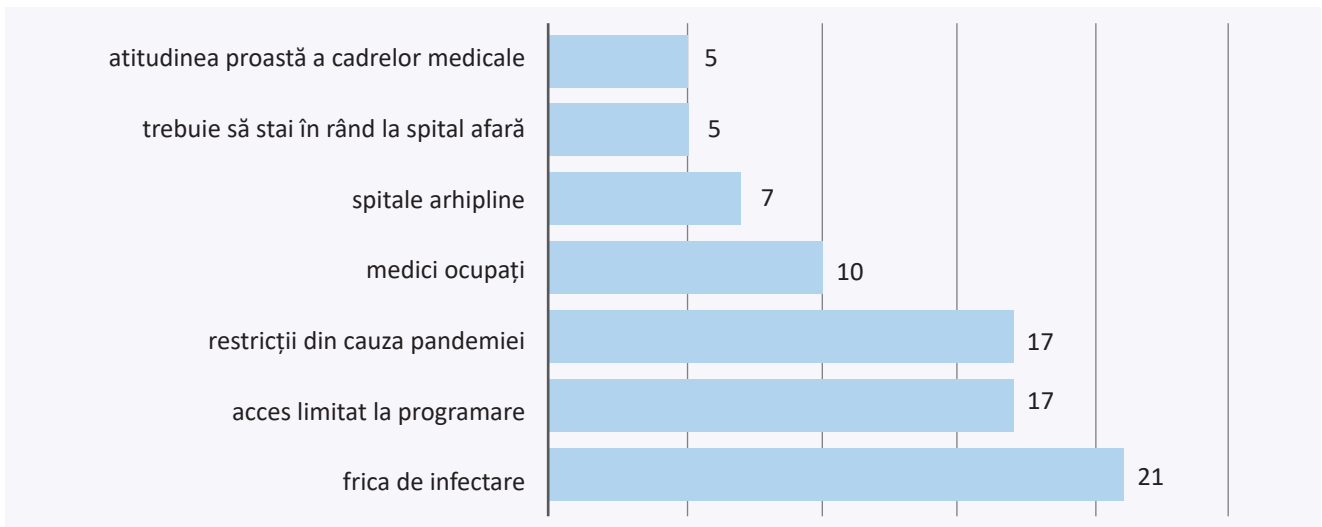
Dacă ne propunem să comparăm datele pentru diferite servicii medicale, respondenții au avut o părere mai proastă despre modul de gestionare a pandemiei de către spitale. Astfel, fiecare al patrulea respondent a opinat că spitalele au gestionat situația pandemică foarte rău/mai degrabă rău.

Șaizeci la sută din cei chestionați consideră, de asemenea, că a fost mult mai dificil de accesat serviciile medicale în perioada pandemică decât în perioada anterioară. Ponderea persoanelor care sunt de această părere este mai mare în mediul persoanelor cu una (64%) sau cu câteva maladii cronice (71%) și în mediul persoanelor care au avut membri ai familiei infectați cu COVID-19 (64%).



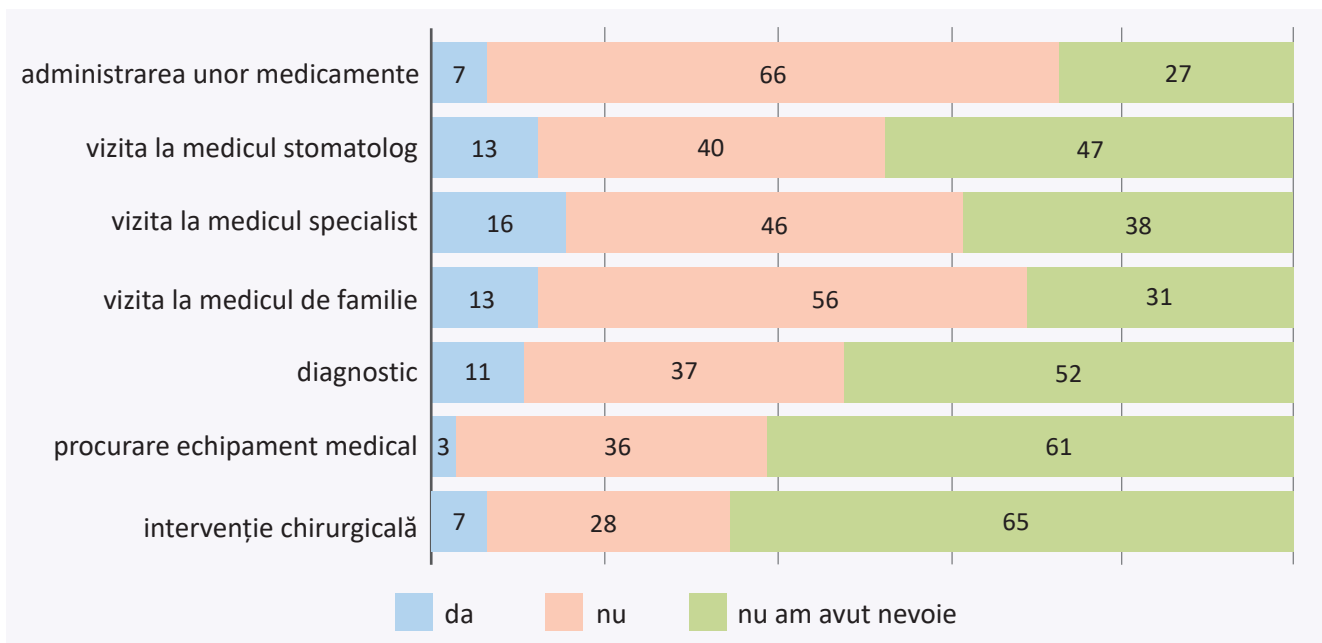
**Diagrama 16.** Percepțiile populației despre gradul de acces la serviciile medicale pe timp de pandemie, per total, maladii cronice, infectați cu COVID-19, %

La întrebarea de ce a fost mai dificil de accesat serviciile medicale, printre primele trei cauze au fost enumerate: frica de infectare (21%), accesul limitat la programări (17%) și restricții din cauza pandemiei (17%). Fiecare al zecelea a menționat medicii ocupați și 7% – spitalele arhipline.



**Diagrama 17.** Cauzele accesării dificile a serviciilor medicale pe timp de pandemie, %

Cercetarea a scos în evidență faptul că o mare parte din respondenți nu au avut nevoie de servicii medicale și nu au amânat servicii medicale pe timp de pandemie. În același timp, 16% au menționat că au amânat vizita la medicul specialist, 13% – la mediul de familie, 13% – la medicul stomatolog, 11% – la serviciile de diagnostic, 7% – intervențiile chirurgicale și 7% – administrarea unor medicamente.



**Diagrama 18.** Ponderea populației care a amânat anumite servicii medicale din cauza pandemiei, %

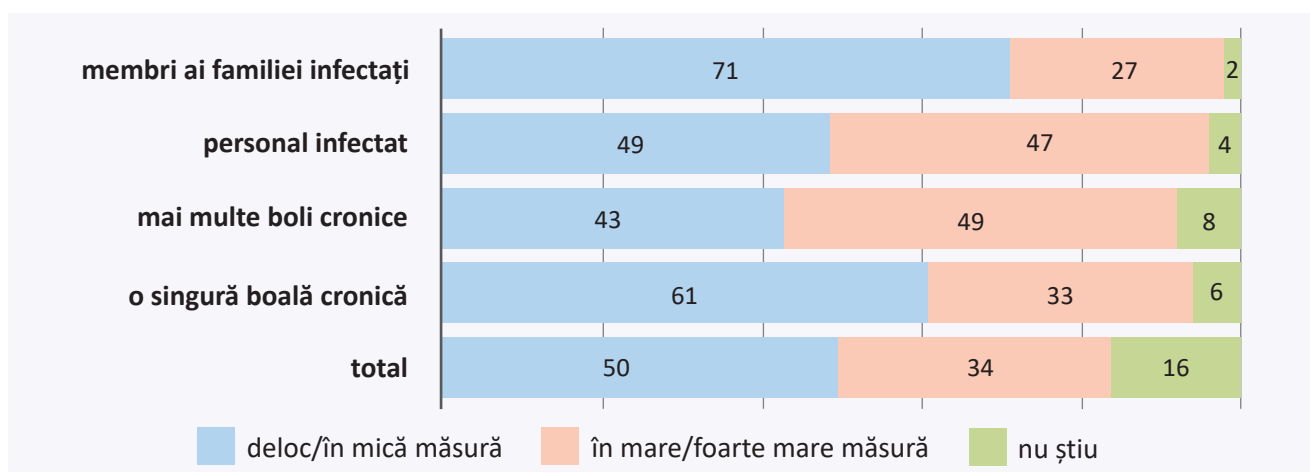
Pe grupuri de populație, ponderea persoanelor care au amânat anumite servicii medicale este mai mare în mediul celor care au maladii cronice sau au fost infectate cu COVID-19. Astfel, în cazul persoanelor cu două și mai multe maladii cronice, 28% au amânat vizitele la medicul specialist, 22% – serviciile de diagnostic, 20% – vizita la medicul de familie, 18% – vizita la medicul stomatolog, 14% – intervențiile chirurgicale, 11% – administrarea unui medicament. În cazul persoanelor cu o maladie cronică, 22% au amânat vizitele la medicul specialist, 17% –

serviciile de diagnostic, 19% – vizita la medicul de familie, 17% – vizita la medicul stomatolog, 9% – intervențiile chirurgicale, 11% – administrarea unui medicament.

Persoanele care au fost infectate cu COVID-19 sau au avut membri ai familiei infectați, de asemenea, au fost nevoite să amâne diferite servicii medicale în mai mare parte decât populația generală. Astfel, în mediul respondenților care au fost infectați de COVID-19, 26% au amânat vizitele la medicul specialist, 24% – serviciile de diagnostic, 22% – vizita la medicul de familie, 20% – vizita la medicul stomatolog, 14% – intervențiile chirurgicale, 8% – administrarea unui medicament. În mediul respondenților care au avut membri ai familiei infectați cu COVID-19, 22% au amânat vizitele la medicul specialist, 13% – serviciile de diagnostic, 13% – vizita la medicul de familie, 19% – vizita la medicul stomatolog, 10% – intervențiile chirurgicale, 7% – administrarea unui medicament.

Mai bine de jumătate din cei care au amânat serviciile medicale în timpul pandemiei au argumentat acest fapt prin frica de infectare cu COVID-19 (56%), 38% nu s-au putut programa și fiecare al treilea (29%) nu a dispus de resurse financiare. Fiecare al cincilea (20%) a menționat că maladia nu a fost gravă, iar 15% – că serviciile medicale au fost departe de casă și nu s-au putut deplasa.

Jumătate din respondenții care au amânat serviciile medicale au menționat că acest fapt le-a afectat starea de sănătate în mică măsură sau nu le-a afectat deloc. 34% au indicat că amânarea serviciilor medicale le-a afectat starea de sănătate în mare/foarte mare măsură și 16% – nu cunosc cum a influențat acest fapt asupra stării sănătății lor. Ponderea respondenților care au menționat că în rezultatul amânării serviciilor medicale starea lor de sănătate a fost afectată în mare/foarte mare măsură este mai mare în mediul persoanelor cu mai multe boli cronice (49%) și al celor care au fost infectați cu COVID-19 (47%).

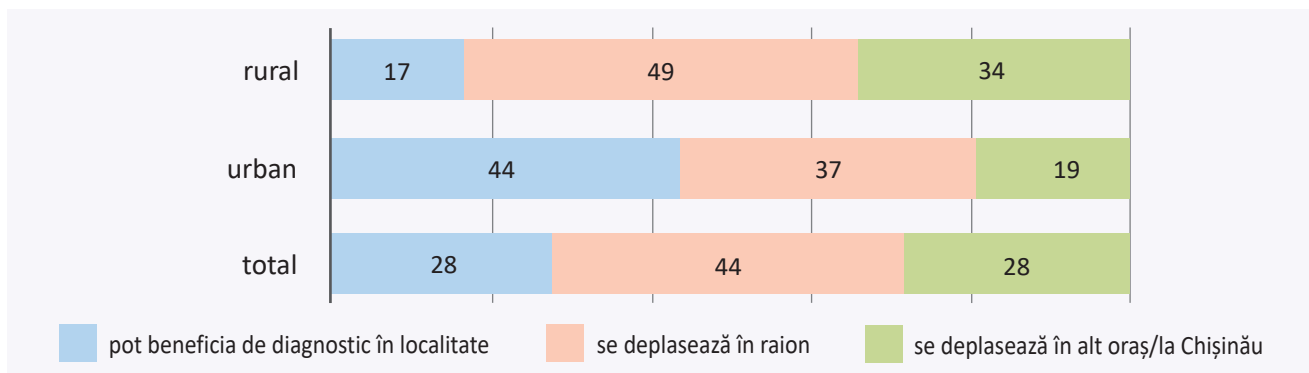


**Diagrama 19.** Opiniile populației privind impactul amânării serviciilor medicale asupra stării sănătății, per total, per grupuri de populație, %

Mai bine de jumătate din cei care au amânat serviciile medicale în cele din urmă au reușit să soluționeze problemele de sănătate. În cazul persoanelor cu două și mai multe maladii cronice, doar fiecare al treilea a menționat că a reușit într-o oarecare măsură să soluționeze problemele ce țin de sănătate și care au fost amânate din cauza pandemiei.

**Accesibilitatea fizică.** Cercetarea a scos în evidență faptul că circa 28% din persoanele care au o boală cronică pot beneficia de servicii de diagnostic în localitate, 44% – în centrele raionale și 28% – în alt oraș sau în Chișinău.

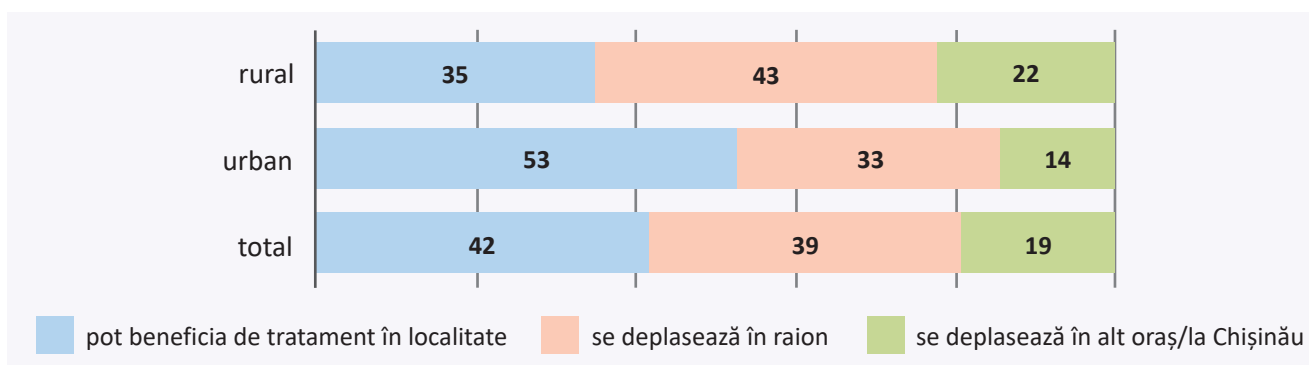




**Diagrama 20.** Distribuția populației cu maladii cronice în funcție de accesul la servicii de diagnostic, per total și medii rezidențiale, %

În funcție de mediul de reședință, ponderea populației cu maladii cronice din mediul rural care are acces la servicii de diagnostic în localitatea proprie (17%) este de două ori și ceva mai redusă comparativ cu cea a populației din mediul urban (44%), ceea ce denotă o accesibilitate fizică mai redusă a acestui grup la serviciile respective.

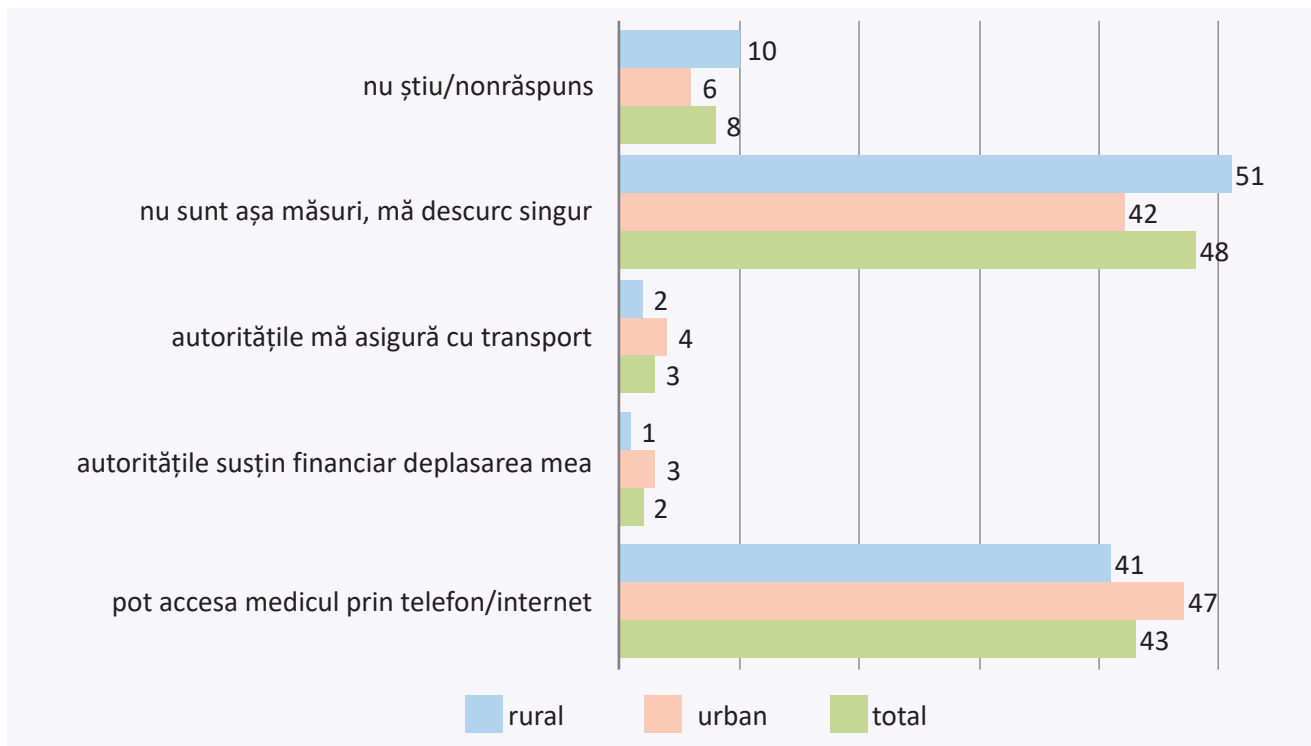
În cazul tratamentului, 42% din respondenții cu maladii cronice per total au menționat că pot beneficia de tratament în localitate, 39% – se deplasează în raion și 19% – se deplasează în alt oraș sau la Chișinău.



**Diagrama 21.** Distribuția populației cu maladii cronice în funcție de accesul la tratament, per total și medii rezidențiale, %

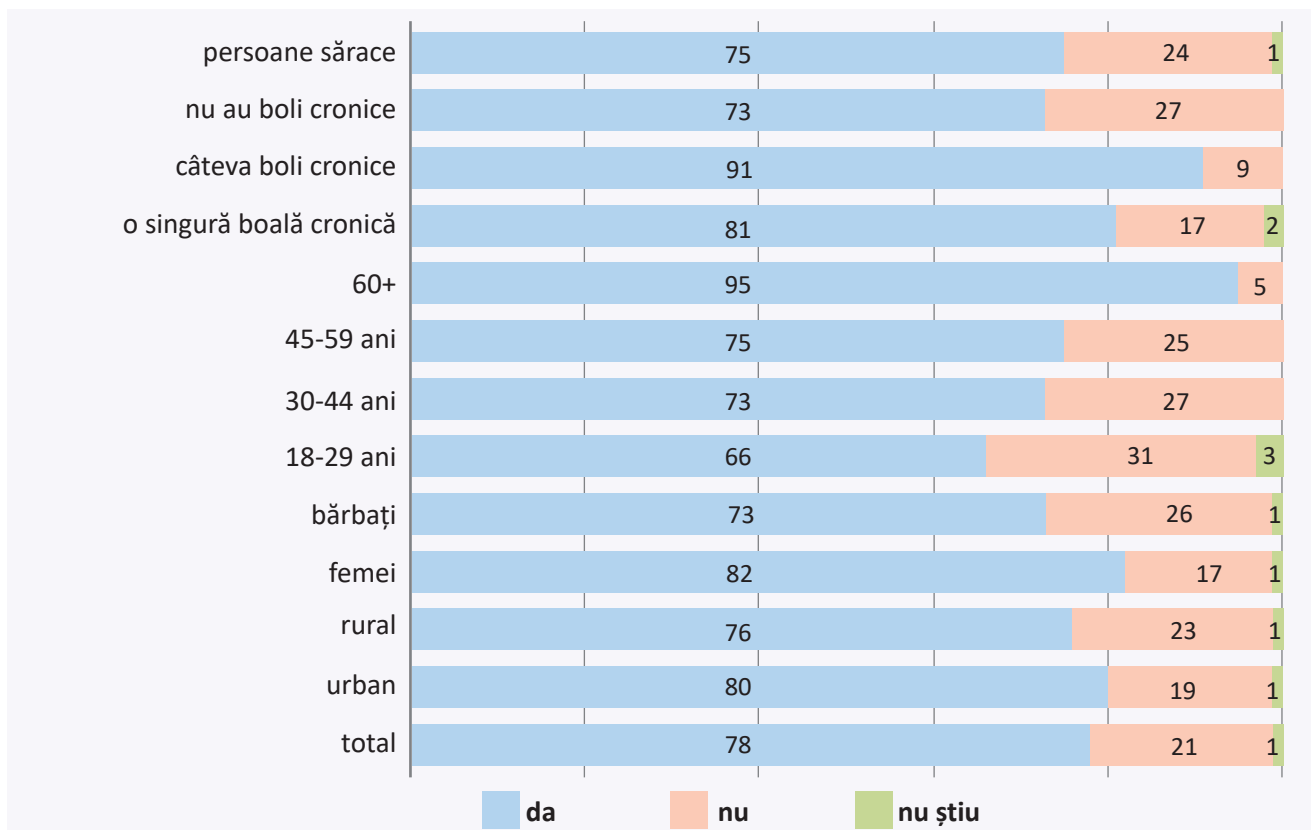
Pe medii rezidențiale, accesul populației rurale cu maladii cronice la tratament în localitatea proprie este, de asemenea, cu mult mai redus decât în cazul populației urbane. Astfel, 35% din populația rurală cu maladii cronice, comparativ cu 53% din populația urbană, au declarat că au acces la tratament în localitatea proprie; 2/3 din populația rurală cu maladii cronice este în situația de a se deplasa pentru tratament în raion, în alt oraș sau în Chișinău.

Studiul a scos în evidență faptul că respondenții care au maladii cronice practic nu beneficiază de susținere din partea autorităților pentru a accesa serviciile de diagnostic și tratament. Unica facilitare menționată a fost posibilitatea de a accesa medicul prin telefon sau internet. Astfel, 48% per total au afirmat că nu sunt așa măsuri de susținere, că se descurcă singuri, 43% – au indicat că pot accesa medicul prin telefon, internet, 3% – au indicat că autoritățile îi asigură cu transport, 2% – că autoritățile susțin financiar deplasarea lor și 8% – nu știu. Pe medii rezidențiale, nu există mari discrepanțe în facilitarea accesului la servicii, exceptând posibilitatea de a accesa serviciile medicale prin telefon/internet. Astfel, din cauza accesului mai mare al populației din urban la servicii de telefonie, internet, ponderea celor ce pot accesa medicul prin telefon/internet este mai mare decât în mediul rural și viceversa.



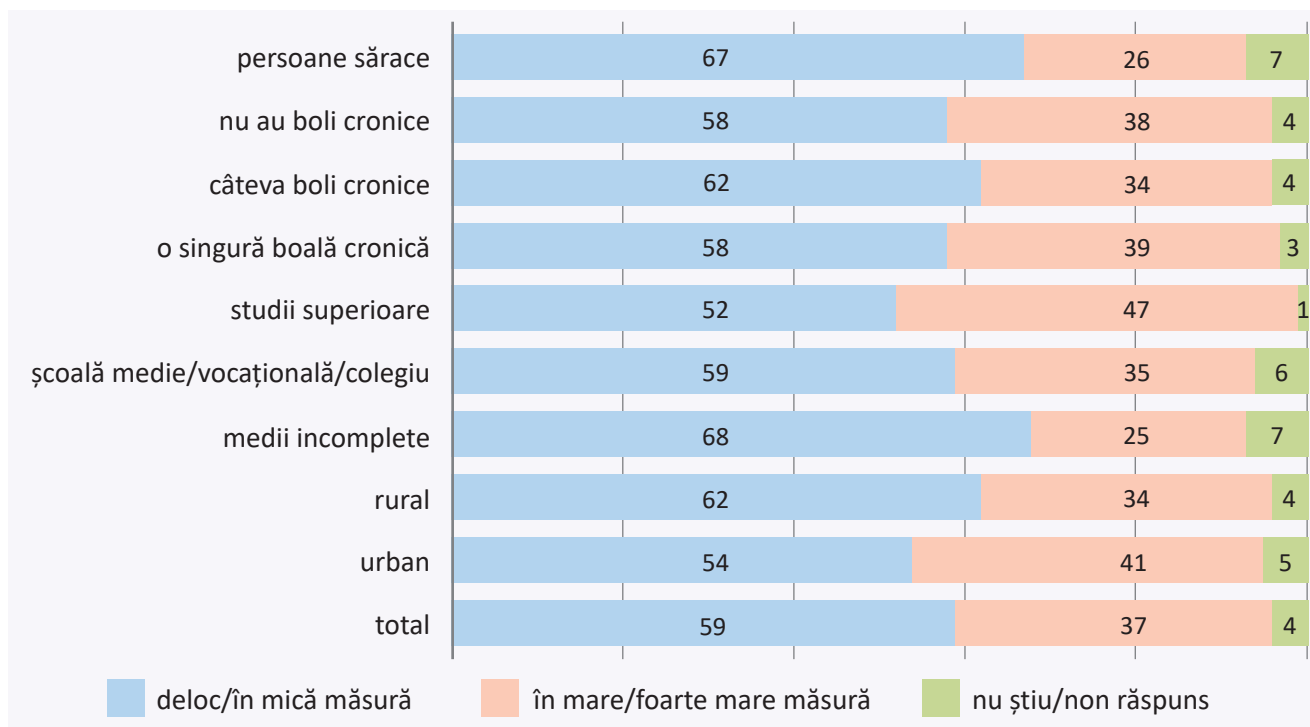
**Diagrama 22.** Suportul de care beneficiază populația cu maladii cronice pentru accesarea serviciilor de diagnostic și tratament, per total și medii rezidențiale, %

**Accesul la serviciile procurate de la CNAM.** Conform cercetării per total, 78% din respondenți au indicat că au poliță de asigurare medicală, iar 21% nu au. Pe grupuri de populație, ponderea persoanelor care nu au poliță de asigurare medicală este mai mare în mediul rural (23%), în mediul bărbaților (26%), în grupurile de vârstă 18-29 ani (31%) și 30-44 ani (27%), în rândul persoanelor care nu au boli cronice (27%) sau al celor sărace (24%).



**Diagrama 23.** Distribuția populației în funcție de deținerea poliței de asigurare medicală, per total, medii rezidențiale, sex, vârstă, maladii cronice, sărăcie, %

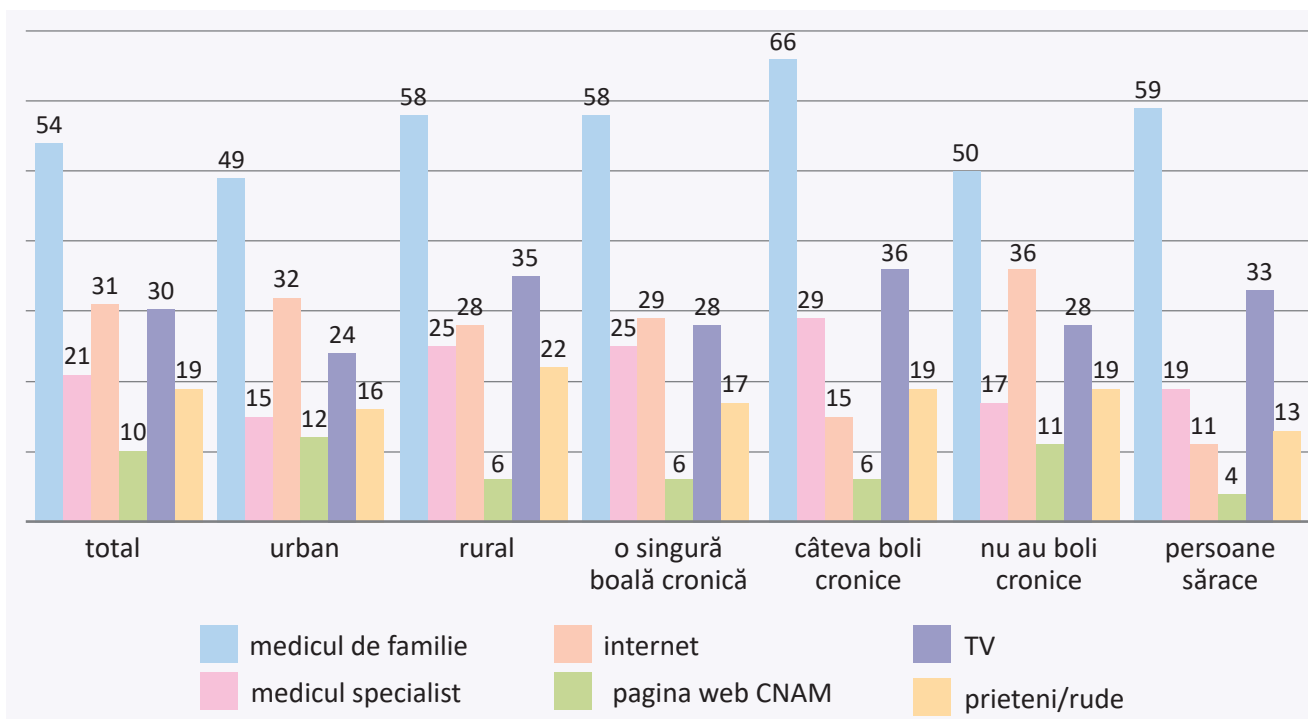
Conform cercetării per total, 59% din populația asigurată medical cunoaște în mică măsură sau nu cunoaște nimic despre serviciile medicale acoperite de CNAM, 37% – cunoaște în mare/foarte mare măsură și 4% – nu s-au expus.



**Diagrama 24.** Distribuția populației asigurate medical în funcție de gradul de informare despre serviciile medicale acoperite de CNAM, per total, medii rezidențiale, sex, vârstă, maladii cronice, sărăcie, %

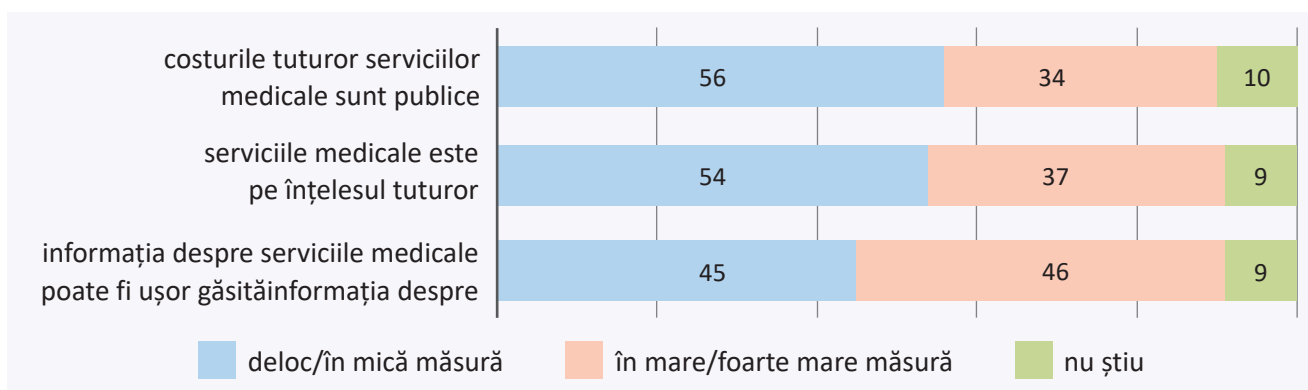
Ponderea populației care cunoaște în mică măsură sau nu cunoaște nimic despre serviciile medicale acoperite de asigurarea medicală obligatorie este mai mare în mediul rural (62%), în grupul de populație cu studii medii incomplete (68%), în rândul celor cu câteva maladii cronice (62%) și al persoanelor sărace (67%).

Cercetarea a mai scos în evidență faptul că medicul de familie este principala sursă de informare despre serviciile medicale acoperite financiar de CNAM (54%), după care urmează internetul (30%), televiziunea (30%), medicul specialist (21%), prietenii, rudele (19%) și pagina web CNAM (10%). Printre primele trei surse de informare a populației din mediul rural sunt medicul de familie (58%), televiziunea (35%) și internetul (28%). În cazul persoanelor cu câteva maladii cronice, primele trei surse de informare sunt medicul de familie (66%), televiziunea (36%) și medicul specialist (25%), iar în cazul persoanelor sărace – medicul de familie (59%), televiziunea (33%) și medicul specialist (19%). Cunoașterea surselor de informare despre serviciile acoperite financiar de CNAM scoate în evidență sursele care ar trebui utilizate pentru o mai bună informare în acest sens a grupurilor cu acces redus la informație, și anume – medicul de familie, medicul specialist, televiziunea și internetul. Totodată, în condițiile în care informația despre serviciile acoperite financiar de CNAM este redată cel mai complet, desfășurat și corect pe pagina sa web – această sursă de informare trebuie promovată mai mult în mediul grupurilor vulnerabile, iar informația de aici trebuie să fie mai accesibilă grupurilor de populație cu diferit nivel de educație și dizabilitate.



**Diagrama 25.** Sursele de informare despre serviciile medicale acoperite financiar de CNAM utilizate de către populație, per total, mediu de reședință, maladii cronice, sărăcie, %

Urmare a celor expuse mai sus, 45% din respondenți au menționat că informația despre serviciile medicale acoperite financiar de CNAM nu poate fi ușor găsită, iar mai bine de jumătate – că informația despre serviciile medicale nu este pe înțelesul tuturor, iar costurile tuturor serviciilor medicale nu sunt publice.

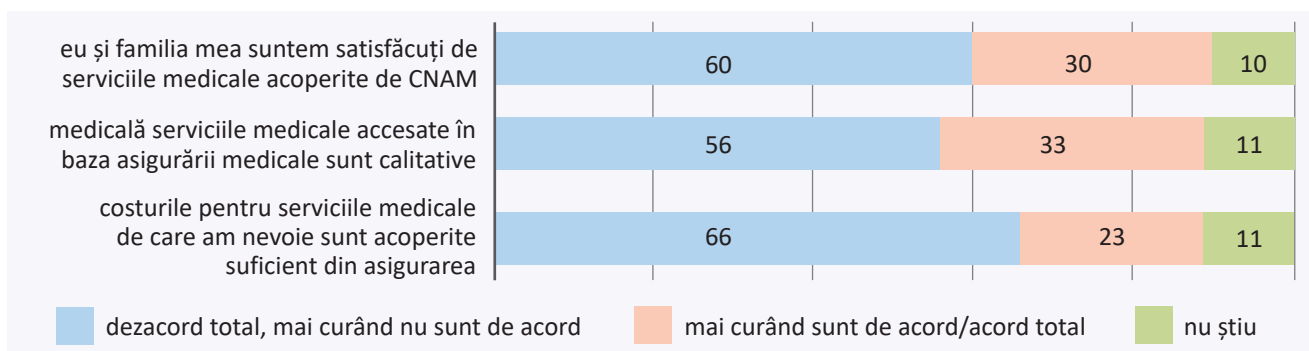


**Diagrama 26.** Ponderea populației care exprimă acord/dezacord cu afirmațiile prezentate, %

Pe grupuri de populație, ponderea persoanelor care au afirmat că informația despre serviciile medicale poate fi găsită în mare măsură sau nu poate fi găsită deloc este mai mare în mediul populației cu câteva maladii cronice (53%), al populației rurale (50%), al persoanelor sărace (50%). Ponderea populației care consideră că informația despre serviciile medicale nu este pe înțelesul tuturor e mai mare în rândul persoanelor cu mai multe maladii cronice (59%), al persoanelor sărace (58%), al persoanelor din mediul rural (57%). Ponderea persoanelor care consideră că informația despre costul serviciilor medicale nu este publică e mai mare în mediul populației din zonele rurale (61%) și al persoanelor sărace (61%).

Gradul de satisfacție privind serviciile medicale acoperite de CNAM a fost măsurat în baza a trei indicatori – gradul de acoperire a costurilor serviciilor medicale de CNAM, satisfacția privind calitatea serviciilor medicale acoperite de CNAM și gradul de satisfacție în general privind serviciile medicale acoperite de CNAM. Cercetarea a scos în evidență faptul că circa 2/3 din cei chestionați mai curând nu sunt de acord sau deloc nu sunt de acord cu afirmația *costurile pentru serviciile medicale de care au nevoie sunt acoperite suficient de CNAM* și că ei și

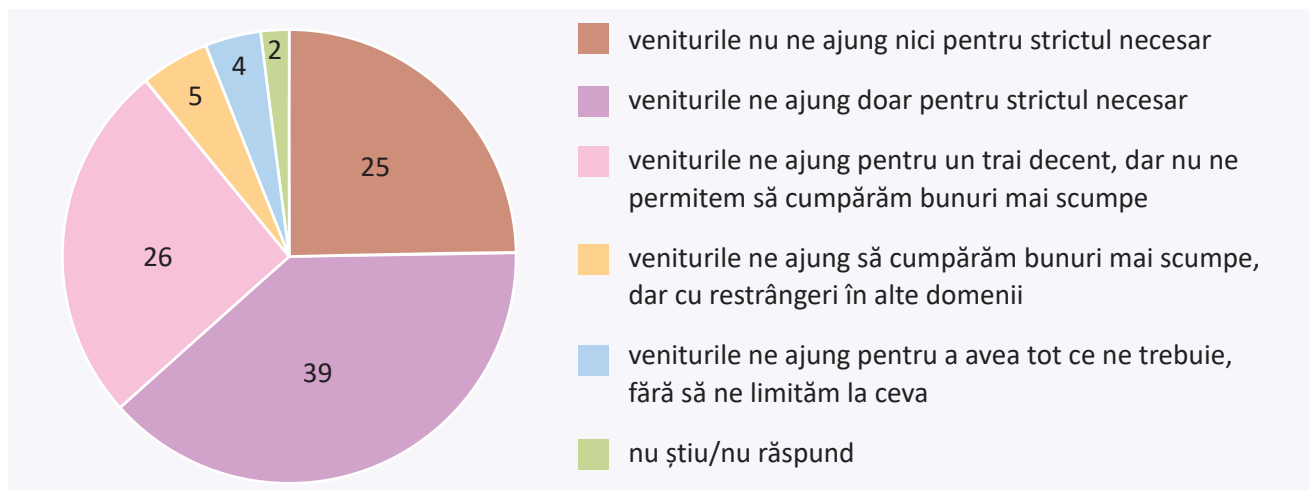
membrii familiilor lor sunt satisfăcuți de serviciile medicale acoperite de CNAM. Puțin mai mult de jumătate din respondenți au recunoscut că mai curând nu sunt de acord sau nu sunt deloc de acord cu faptul că serviciile medicale accesate în baza asigurării medicale sunt calitative.



**Diagrama 27.** Pondere populatiei care exprima acord/dezacord cu afirmatiile prezentate, %

Pe grupuri de populatie, ponderea persoanelor care considera că asigurarea medicală nu acoperă suficient costurile serviciilor medicale de care au nevoie este mai mare în mediul persoanelor cu o singură maladie cronică (72%) sau cu mai multe maladii cronice (70%). Cu referință la celelalte aspecte, nu există discrepante mari între răspunsuri pe diferite grupuri de populatie.

**Accesul financiar la servicii medicale.** Analiza structurii populatiei pe grupuri de venit a scos în relief faptul că mai bine de 2/3 din populatie a avut venituri mult mai mici decât necesarul pe timp de pandemie. Astfel, 25% din respondenți au menționat că veniturile de care dispun nu le ajung nici pentru strictul necesar, 39% au indicat că veniturile le ajung doar pentru strictul necesar, 26% – veniturile le ajung pentru un trai decent, dar nu-și permit să procure lucruri mai scumpe, 5% – veniturile le ajung să cumpere lucruri mai scumpe, dar cu restrângeri în alte domenii, 4% – veniturile le ajung pentru a avea tot ce ne trebuie, fără să ne limităm la ceva și 2% – nu au răspuns.



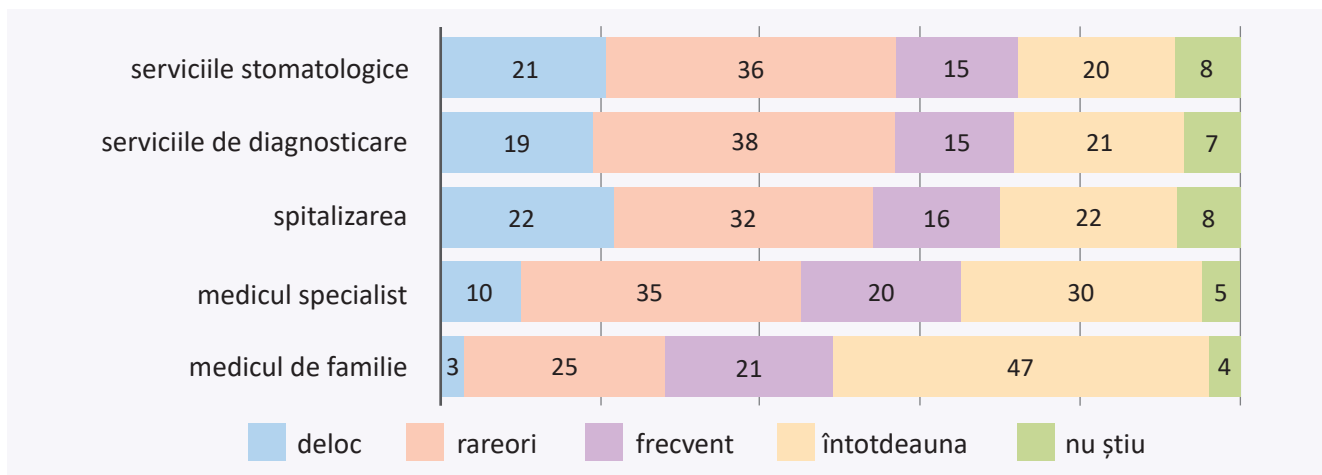
**Diagrama 28.** Distribuie populatiei după grupuri de venit, %

Ponderea persoanelor care au menționat că veniturile nu le ajung nici pentru strictul necesar este mai mare în mediul rural (31%), în mediul persoanelor neîncadrate în câmpul muncii (36%) și în mediul persoanelor cu câteva maladii cronice (40%). Ponderea persoanelor care au menționat că veniturile le ajung doar pentru strictul necesar este mai mare în mediul persoanelor cu o singură maladie cronică (46%) și cu două și mai multe maladii cronice (43%). Acest fapt denotă că persoanele cu maladii cronice neîncadrate în câmpul muncii și din mediul rural în mare fac parte din grupurile de populatie cele mai sărace.

Impactul negativ al pandemiei asupra veniturilor populatiei a fost confirmat și de alte constatări ale cercetării. Astfel, mai bine de jumătate din respondenți (52%) au indicat că în pandemie veniturile lor s-au redus. Circa 42% au menționat că în familiile lor au crescut cheltuielile pentru servicii medicale și medicamente; 20% s-au

confruntat cu dificultăți legate de plata serviciilor comunale, iar 10% – cu dificultăți legate de plata chiriei, creditelor. 14% au menționat că cineva din familie a pierdut locul de muncă. Ponderea persoanelor care au indicat că veniturile lor s-au redus a fost mai mare în rândul persoanelor care au avut membri ai familiei infectați (59%), cu maladii cronice (55%). Persoanele cu maladii cronice (55%), persoanele infectate cu COVID-19 (57%) au avut de suferit în mai mare parte de mărirea cheltuielilor pentru servicii medicale și medicamente.

Analiza accesului respondenților la diferite servicii medicale din punct de vedere financiar a scos în evidență faptul că populația are acces mai mare la medicul de familie și medicul specialist și acces mai redus la serviciile stomatologice, de diagnosticare și spitalizare. Astfel, 68% din respondenți au indicat că au acces întotdeauna sau frecvent la medicul de familie, 50% – la medicul specialist, 38% – la servicii de spitalizare, 36% – la servicii de diagnostic și 36% – la servicii stomatologice. Totodată, 45% din respondenți au susținut că nu își pot permite deloc sau își permit rareori vizitele la medicul specialist, 54% – nu își pot permite deloc sau își permit doar rareori spitalizarea, 57% nu își pot permite deloc sau își permit rareori serviciile de diagnosticare și 57% nu își pot permite deloc sau își permit rareori serviciile stomatologice.

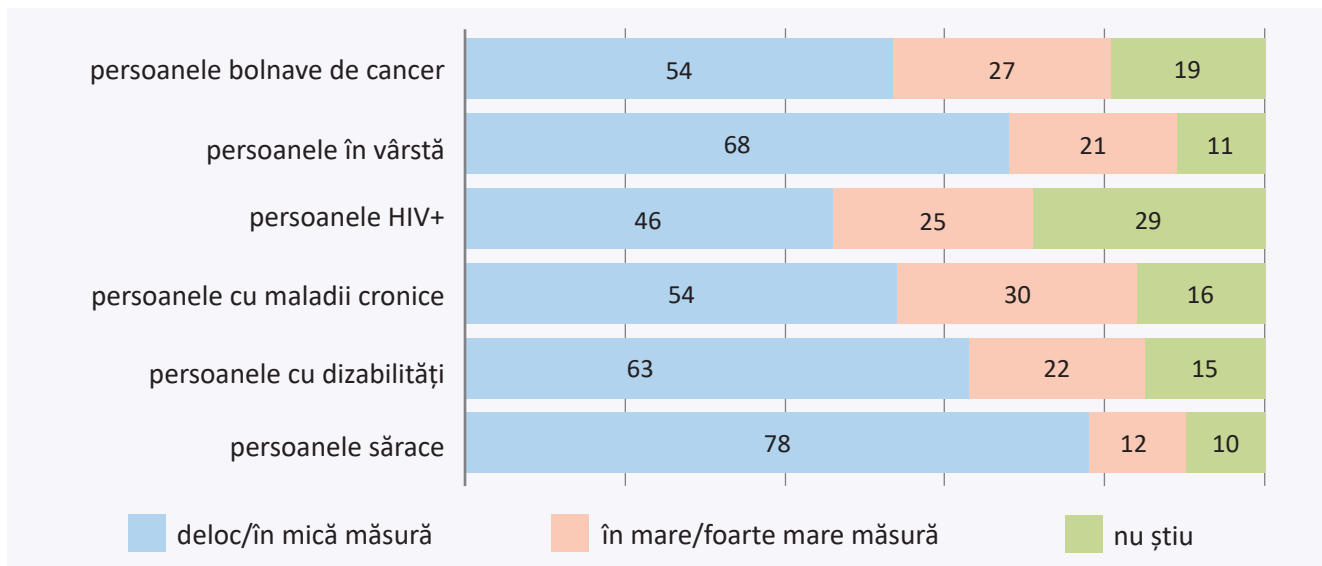


**Diagrama 29.** Opiniile respondenților privind gradul de acces la serviciile medicale din perspectivă financiară, %

Ponderea persoanelor care nu își pot permite deloc sau își permit doar rareori serviciile stomatologice este mai mare în mediul: persoanelor sărace (77%), persoanelor cu câteva maladii cronice (72%), persoanelor în vârstă de 60+ ani, persoanelor din mediul rural (66%), persoanelor cu o maladie cronică (64%), persoanelor neîncadrate în câmpul muncii (63%).

Ponderea persoanelor care nu își pot permite deloc sau își permit doar rareori serviciile de diagnosticare este mai mare în mediul: persoanelor sărace (78%), persoanelor cu câteva maladii cronice (69%), persoanelor din mediul rural (66%), persoanelor în vârstă de 60+ ani (65%), persoanelor neîncadrate în câmpul muncii (64%), persoanelor cu o maladie cronică (60%).

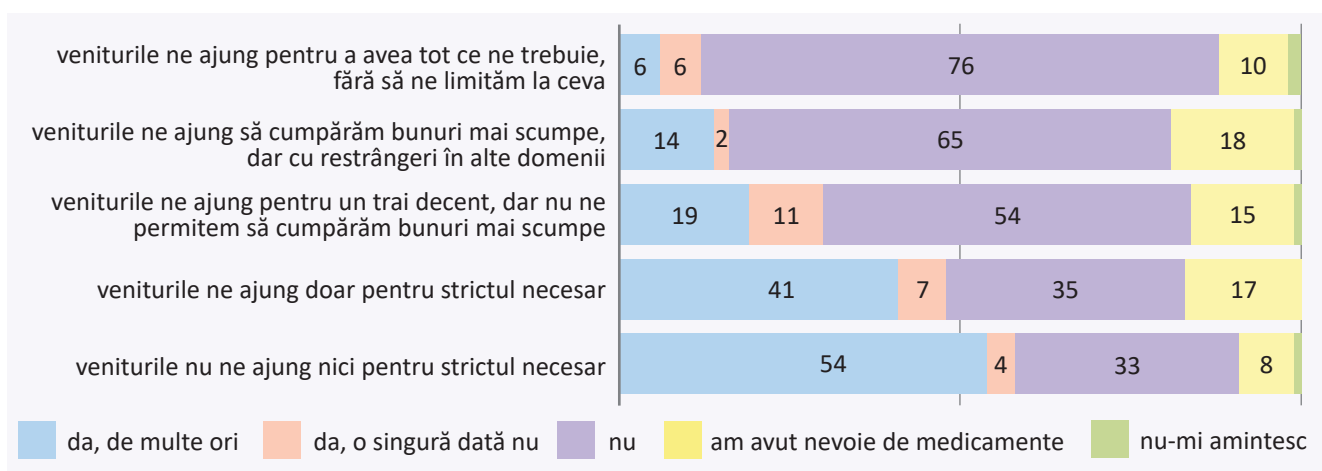
Fiind rugați să se expună pe marginea măsurii în care persoanele din grupurile vulnerabile își pot permite accesarea serviciilor medicale, mai bine de 2/3 din respondenți au fost de părerea că persoanele sărace, persoanele în vârstă și persoanele cu dizabilități își permit în mică măsură sau nu își permit deloc să acceseze aceste servicii. De aceeași părere au fost mai bine de jumătate din respondenți cu privire la persoanele cu maladii cronice, bolnave de cancer, 46% consideră că persoanele cu HIV sunt cele care își pot permite în mică măsură sau nu își permit deloc accesul la servicii medicale.



**Diagrama 29 a.** Opiniile populației privind accesul la servicii de sănătate al diferitelor grupuri vulnerabile, %

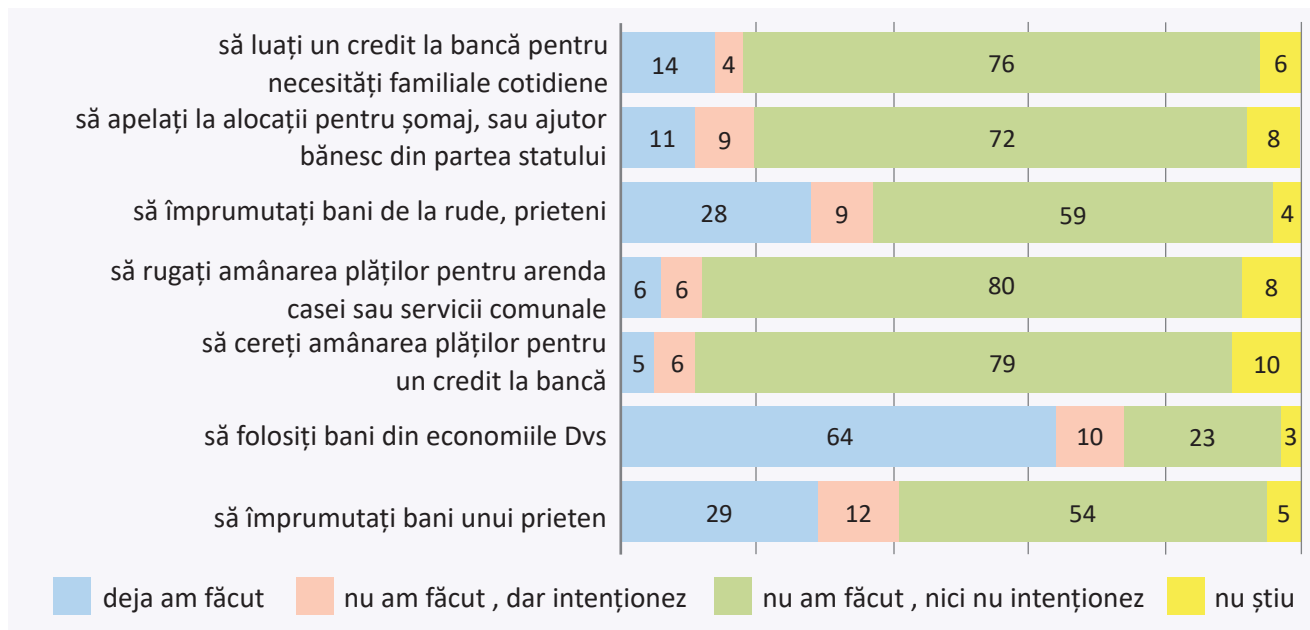
În pandemie, accesul financiar limitat la servicii medicale a fost confirmat și de răspunsurile respondenților la întrebarea dacă li s-a întâmplat să reducă din cheltuielile pentru produse alimentare sau haine pentru a putea procura medicamentele necesare. 36% din respondenți au menționat că au făcut acest lucru de multe ori, 7% – o singură dată, 42% au indicat că nu au economisit pe alimente și haine pentru a procura medicamente, iar 14% nu au avut nevoie de medicamente. Pe grupuri de populație, ponderea persoanelor care au economisit de mai multe ori pe alimente și haine pentru a procura medicamente este mai mare în rândul persoanelor neîncadrate în câmpul muncii (42%), al celor de 60+ ani (45%), al femeilor (41%), al persoanelor care au fost infectate cu COVID-19 (51%) sau care au avut membri ai familiei infectați cu COVID-19 (41%), al persoanelor cu câteva maladii cronice (63%) sau cu o maladie cronică (44%).

Analiza răspunsurilor respondenților din perspectiva veniturilor lor a scos în evidență faptul că, odată cu reducerea veniturilor, sporește ponderea populației care de multe ori a făcut economii pe seama produselor alimentare sau a hainelor pentru a procura medicamente (de la 6% în grupul cu venituri mari până la 54% în grupuri cu venituri reduse, unde acestea nu ajung nici pentru strictul necesar). Faptul în cauză denotă încă o dată că accesul populației cu venituri mici la servicii medicale, inclusiv medicamente, a fost și continuă să fie foarte redus.



**Diagrama 30.** Ponderea populației care a economisit pe produse alimentare și haine pentru a procura medicamente, pe grupuri de venit, %

Pentru a face față nivelului crescut de cheltuieli, 64% din respondenți au indicat că au folosit banii din economiile pe care le aveau, 28% – au împrumutat bani de la rude, 14% – au luat credit de la bancă pentru nevoi familiale cotidiene, 11% – au apelat la ajutor de șomaj, 5% – au rugat amânarea plăților pentru arenda casei sau servicii comunale, 5% – au cerut amânarea plăților pentru credite.

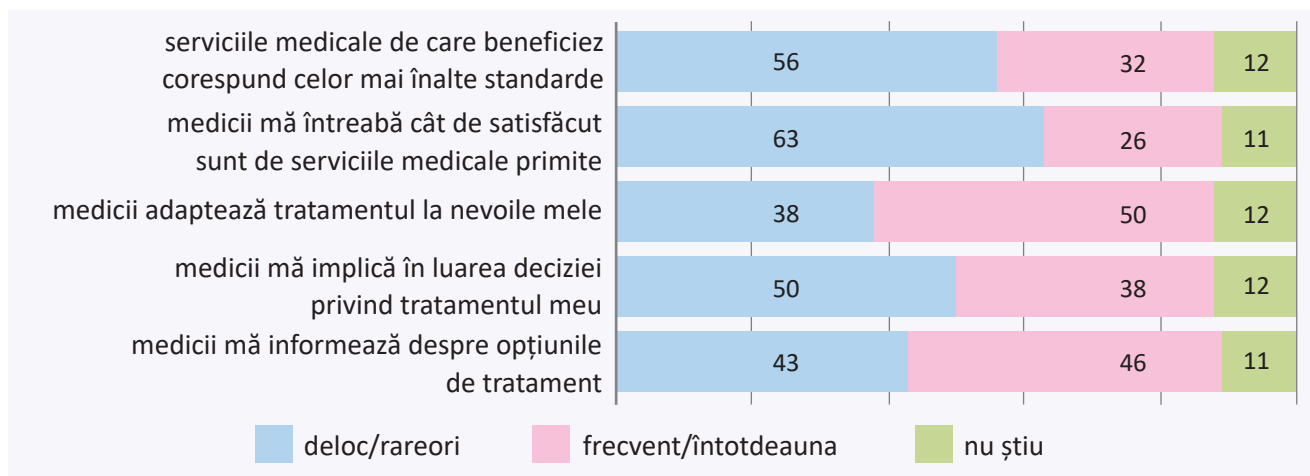


**Diagrama 31.** Măsuri întreprinse de populație pentru a face față cheltuielilor crescute în pandemie, %

Ponderea populației care a apelat sau intenționează să apeleze la alocații de șomaj sau la ajutor bănesc din partea statului este cu mult mai mare în mediul persoanelor sărace (34%), al persoanelor neîncadrate în câmpul muncii (28%), al persoanelor cu mai multe maladii cronice (28%) comparativ cu populația generală (20%).

### 1.3. Implicarea pacienților și mecanismul de feedback privind calitatea serviciilor

O altă întrebare de cercetare a fost în ce măsură sunt implicați pacienții în luarea deciziilor privind sănătatea lor și care este mecanismul de feedback în serviciile de sănătate. Rezultatele cercetării au scos în evidență faptul că mai bine de jumătate din respondenți (56%) consideră că serviciile medicale de care beneficiază rareori corespund sau nu corespund deloc celor mai înalte standarde, 32% – că acestea corespund frecvent/întotdeauna și 12% – nu știu.



**Diagrama 32.** Opiniile respondenților despre mecanismul de feedback și implicarea lor în luarea deciziilor în domeniul sănătății, %



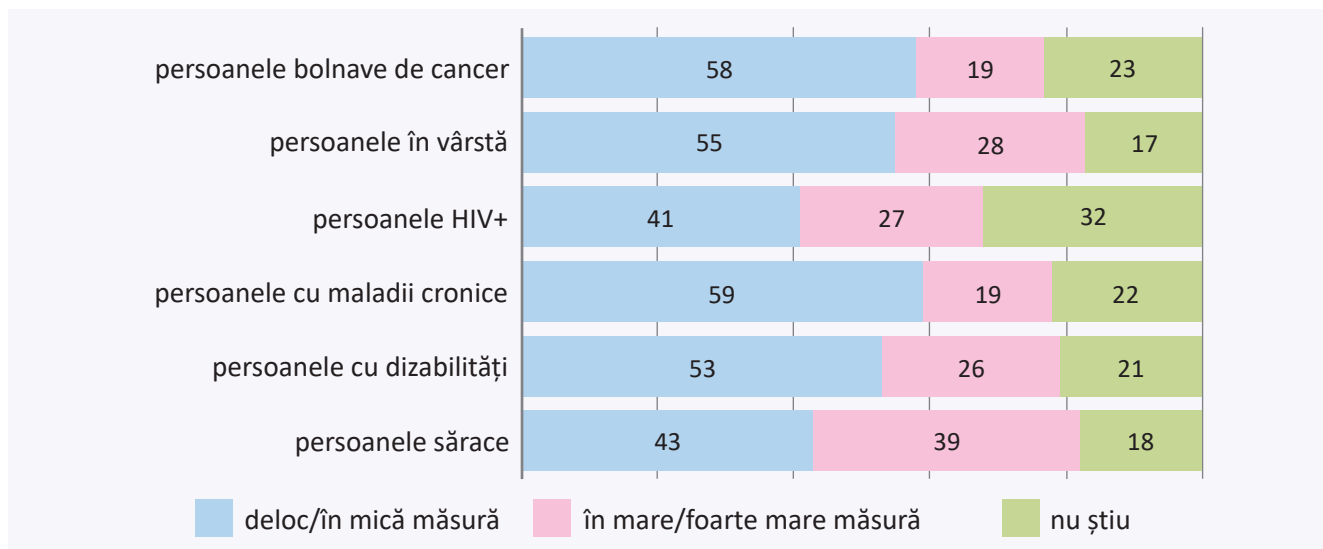
Pe grupuri de respondenți, ponderea persoanelor care cred că serviciile medicale de care beneficiază corespund rareori sau nu corespund deloc standardelor de calitate este mai mare în mediul persoanelor cu studii superioare (63%) și al persoanelor sărace (60%).

Două treimi din cei chestionați au indicat că medicii rareori îi întreabă sau nu îi întreabă deloc despre gradul lor de satisfacție privind serviciile medicale, 26% au menționat că sunt întrebați și 11% nu au oferit un răspuns. Ponderea persoanelor nesatisfăcute de mecanismul de feedback este mai mare în mediul celor cu studii superioare (70%), cu vârsta cuprinsă între 30 și 44 de ani (70%), din mediul urban (67%).

Studiul a mai scos în evidență faptul că, în mare parte, pacienții sunt implicați puțin în luarea deciziilor și consultarea privind tratamentul prescris. Astfel, fiecare al doilea respondent a menționat că este implicat rareori sau nu este implicat deloc în luarea deciziei privind tratamentul, 43% sunt informați rareori sau nu sunt informați deloc despre opțiunile de tratament și 38% consideră că medicii ajustează rareori sau nu ajustează deloc tratamentul la nevoile lor. Pe grupuri de respondenți, ponderea persoanelor care au afirmat că sunt implicate rareori sau nu sunt implicate deloc în luarea deciziilor privind tratamentul este mai mare în mediul persoanelor sărace (55%) și al celor cu câteva maladii cronice (52%). Ponderea persoanelor care au menționat că medicii nu le informează deloc sau le informează doar rareori despre opțiunile de tratament este mai mare în rândul celor cu mai multe maladii cronice (49%) și al persoanelor sărace (51%). Ponderea persoanelor care au indicat că medicii ajustează rareori sau nu ajustează deloc tratamentul la nevoile lor este mai mare în mediul persoanelor sărace (45%).

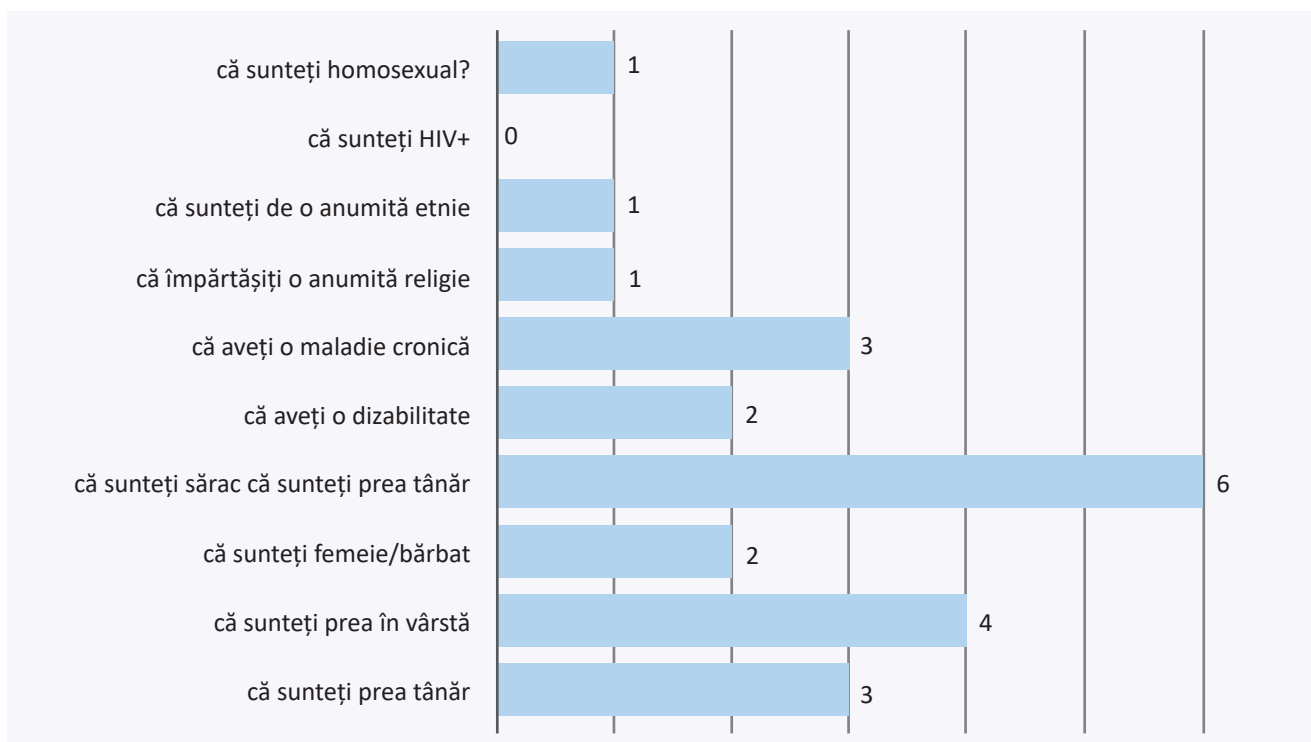
#### 1.4. Stigmatizarea diferitelor categorii de pacienți în instituțiile medicale

Mai bine de jumătate din respondenți consideră că persoanele bolnave de cancer, persoanele în vârstă, persoanele cu maladii cronice, persoanele cu dizabilități sunt discriminate în mică măsură sau nu sunt discriminate deloc în instituțiile medicale. Totuși ponderea celor care cred că aceste grupuri sunt discriminate continuă să fie destul de mare. Astfel, 39% din cei chestionați au fost de părerea că în instituțiile medicale sunt discriminate în mare/foarte mare măsură persoanele sărace, 28% – persoanele în vârstă, 27% – persoanele cu HIV, 26% – persoanele cu dizabilități. Fiecare al cincilea respondent opinează că persoanele cu maladii cronice și cele bolnave de cancer sunt stigmatizate în mare/ foarte mare măsură (19%).



**Diagrama 33.** Percepțiile populației privind discriminarea diferitelor grupuri vulnerabile în instituțiile medicale, %

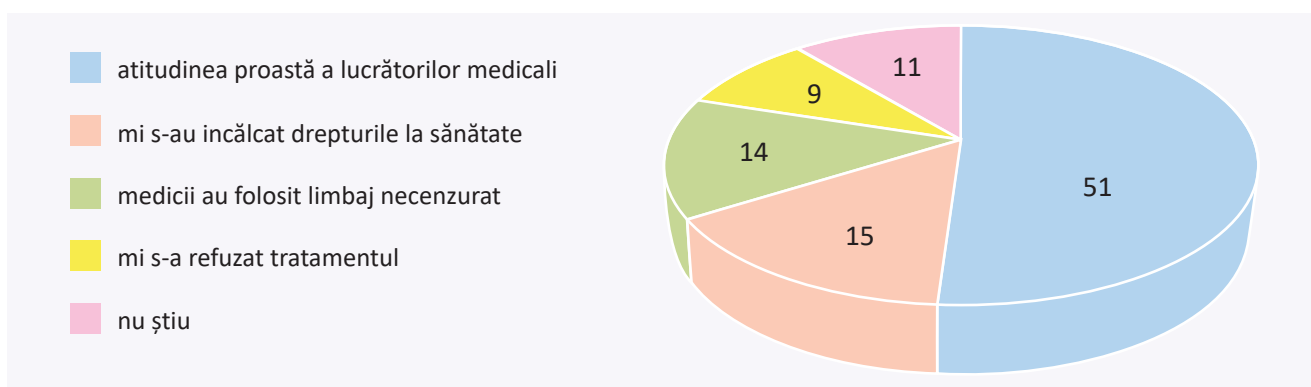
La întrebarea dacă s-au simțit stigmatizați în ultimele 12 luni într-o instituție medicală din anumite motive, per total, 6% din respondenți au indicat că s-au simțit stigmatizați pentru că sunt săraci, 4% – sunt în vârstă, 3% – au o maladie cronică, 3% – sunt prea tineri, 2% – au o dizabilitate.



**Diagrama 34.** Ponderea populației care s-a simțit discriminată în ultimele 12 luni din diferite motive în instituțiile medicale, per total, %

Pe grupuri de populație, 10% din populația de 60+ și 8% din populația 18-29 ani au indicat că s-au simțit discriminați în ultimele 12 luni pe motive de vârstă în instituțiile medicale. Pe grupuri de venituri, 13% din populația cu cele mai mici venituri au indicat că s-au simțit discriminați pe motive de sărăcie în instituțiile medicale în ultimele 12 luni. 12% din persoanele care au cel puțin o maladie cronică s-au simțit discriminate în ultimele 12 luni în instituțiile medicale pe motiv de boală.

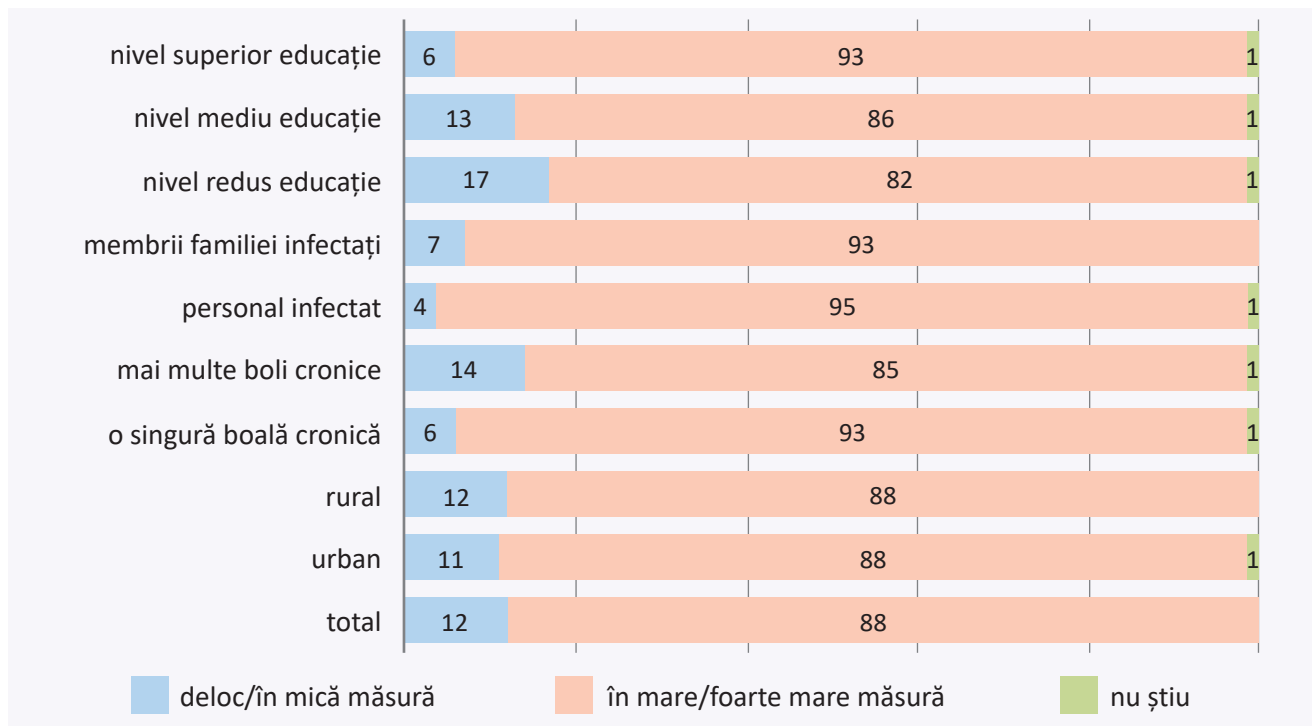
Fiind întrebați cum anume s-a manifestat discriminarea, mai bine de jumătate au indicat că prin atitudinea proastă a lucrătorilor medicali, 15% – li s-a încălcat dreptul la sănătate, 14% – medicii au folosit limbaj necenzurat, 9% – li s-a refuzat tratamentul și 11% – nu au oferit un răspuns concret.



**Diagrama 35.** Formele de manifestare ale discriminării în instituțiile medicale, %

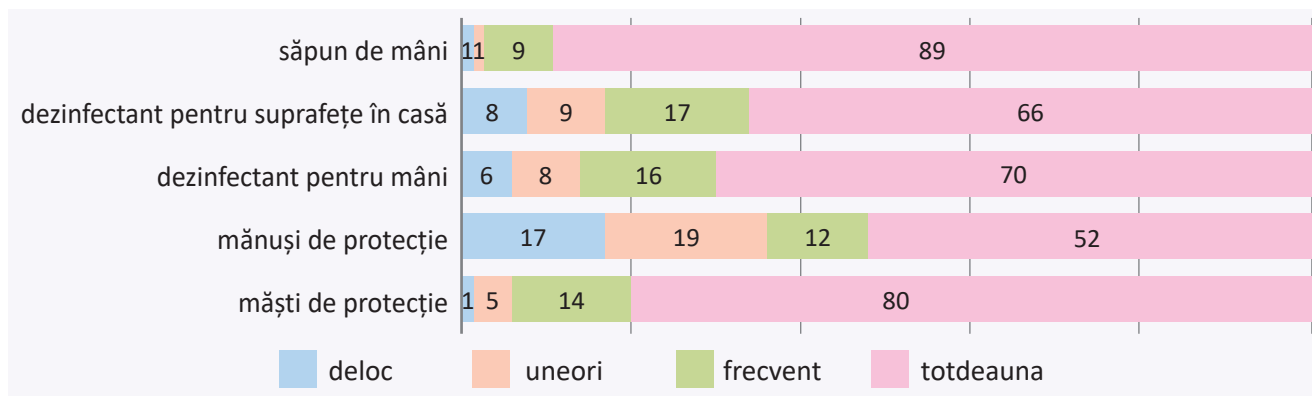
## 1.5. Gradul de acces la măsuri de protecție împotriva infectării cu COVID-19 și la tratament

**Nivelul de informare despre măsurile de protecție.** Cercetarea a scos în evidență faptul că marea majoritate a populației (88%) se consideră informată în mare/foarte mare măsură despre măsurile de protecție împotriva COVID-19. Doar fiecare al optulea respondent (12%) a indicat că se consideră informat în mică și în foarte mică măsură. Ponderea persoanelor cu nivel de informare redus este mai mare în mediul respondenților cu nivel redus de educație (17%) și al celor cu grad înalt de sărăcie (20%).



**Diagrama 36.** Gradul de informare a populației despre măsurile de protecție împotriva COVID-19, per total, per grupuri de populație, %

**Accesul la măsuri de protecție împotriva COVID-19.** Marea majoritate a respondenților au indicat că au acces frecvent sau întotdeauna la săpun de mâini (98%), dezinfectant pentru mâini (86%), dezinfectant pentru suprafețe în casă (84%), măști de protecție (80%), iar mai bine de 2/3 – la mănuși de protecție (64%).

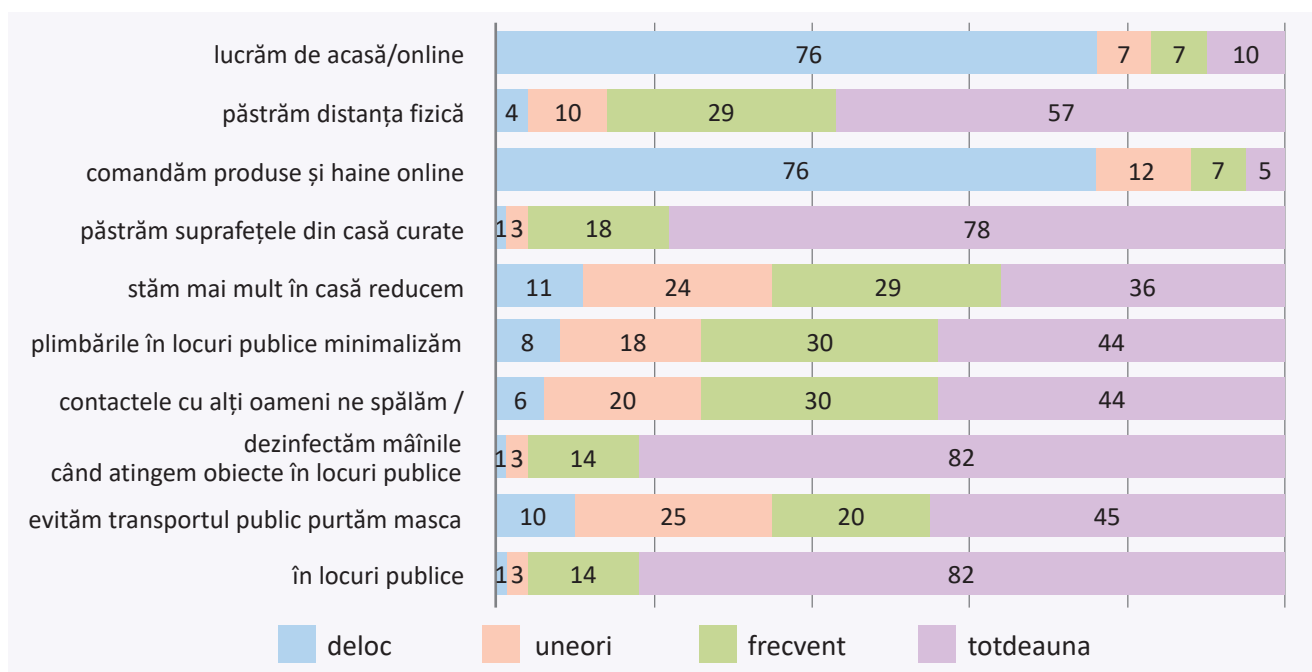


**Diagrama 37.** Gradul de acces al respondenților la măsuri de protecție împotriva COVID-19, %

Cu toate acestea, 36% din respondenți au indicat că au acces uneori sau nu au acces deloc la mănuși de protecție, 17% – au acces uneori sau nu au acces deloc la dezinfectant pentru suprafețe în casă, 14% – au acces uneori sau nu au acces deloc la dezinfectant pentru mâini, iar 6% – la măști de protecție.

Pe grupuri de populație, ponderea celor care au acces uneori sau nu au acces deloc la măști de protecție este mai mare în mediul persoanelor sărace (11%), al persoanelor neîncadrate în câmpul muncii (9%), al persoanelor cu mai multe boli cronice (8%). Ponderea populației care are acces uneori sau nu are acces deloc la dezinfectant pentru mâini este mai mare în mediul persoanelor sărace (24%), al persoanelor cu mai multe boli cronice (18%), al persoanelor neîncadrate în câmpul muncii (18%), al persoanelor de 60+ ani (18%), al persoanelor din mediul rural (17%). Ponderea populației care are acces uneori sau nu are acces deloc la dezinfectant pentru suprafețe în casă este mai mare în mediul persoanelor sărace (27%), al persoanelor cu mai multe boli cronice (25%), al persoanelor de 60+ ani (23%), al persoanelor neîncadrate în câmpul muncii (21%), al persoanelor din mediul rural (21%). Ponderea populației care are acces uneori sau nu are acces deloc la mănuși de protecție este mai mare în mediul persoanelor sărace (47%), al persoanelor neîncadrate în câmpul muncii (45%), al persoanelor cu mai multe maladii cronice (41%), al persoanelor în de 60+ ani (41%).

Măsurile de protecție folosite întotdeauna sau cel mai frecvent de respondenți și familiile lor pentru a se proteja de infectarea cu COVID-19 sunt: purtarea măștii în locuri publice (96%), spălarea/dezinfectarea mâinilor atunci când ating obiecte în spațiul public (96%), păstrarea suprafețelor din casă curate (96%), păstrarea distanței fizice (85%), minimalizarea contactelor cu alți oameni (77%), reducerea plimbărilor în locuri publice (77%), evitarea transportului public (65%); alte măsuri enumerate de respondenți: stau mai mult pe acasă (65%), lucrează de acasă/online (17%), comandă produse și haine online (12%).

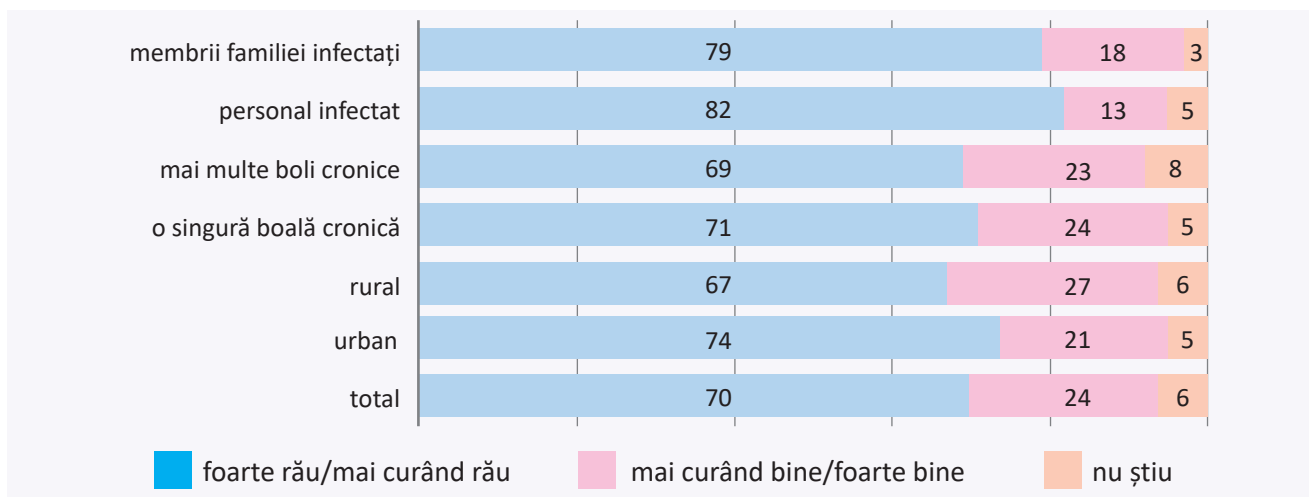


**Diagrama 38.** Măsuri de protecție folosite de respondenți și familiile lor pentru a se proteja de infectarea cu COVID-19, %

Totodată, trebuie să menționăm că 26% din cei chestionați au redus un pic sau nu au redus deloc plimbările în locuri publice, 26% – nu au minimalizat contactele cu alți oameni, 35% – continuă să utilizeze transportul public din plin, 14% – păstrează uneori sau nu păstrează deloc distanța fizică, 4% – poartă uneori sau nu poartă deloc mască în locuri publice și 4% – nu spală/dezinfectează mâinile atunci când ating un obiect în public.

Fiind întrebați de ce nu folosesc întotdeauna măsurile de protecție, 14% au menționat că au obosit de izolare și vor să comunice cu alți oameni, 11% – uită să le folosească, 9% – nu atrag atenția întotdeauna, 6% – nu au resurse financiare/bani și 5% – nu cred în COVID-19, care este o invenție, în viziunea lor. Ponderea celor care au menționat că au obosit de izolare și că uită să folosească măsurile de protecție este mai mare în municipiul Chișinău (24% și, respectiv, 22%), în grupul de vârstă 30-44 ani (22% și, respectiv, 17%).

Deși o bună parte din respondenți au indicat că folosesc măsurile de protecție împotriva COVID-19, întrebați despre faptul cum respectă oamenii regulile de protecție, mai bine de 2/3 au fost de părerea că mai curând rău/foarte rău, 24% – mai curând bine/foarte bine și 6% – nu au oferit un răspuns.

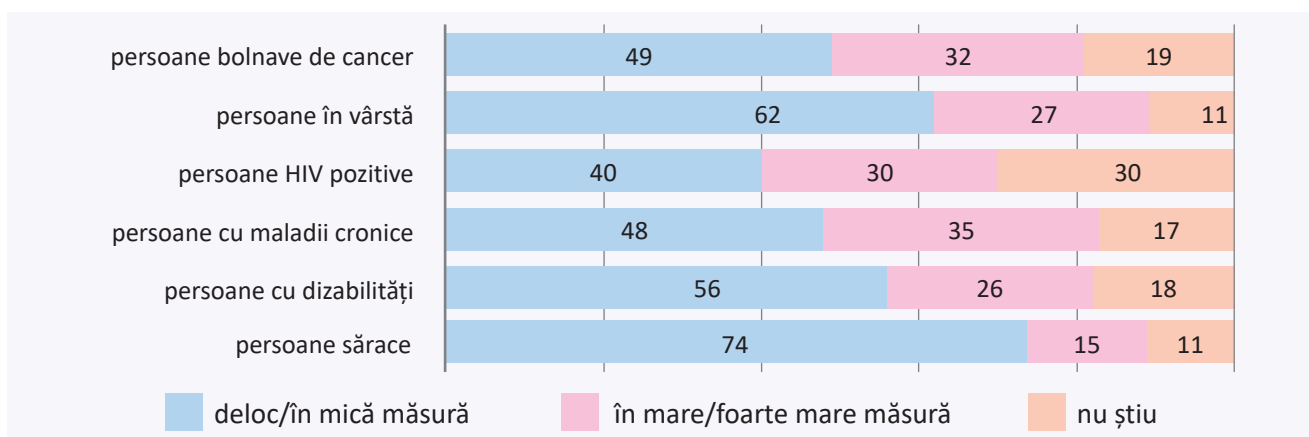


**Diagrama 39.** Percepțiile respondenților despre cum respectă populația regulile de protecție pentru a preveni infectarea cu COVID-19, per total și per grupuri de populație, %

Pe grupuri de populație, ponderea respondenților care consideră că populația respectă mai curând rău/foarte rău regulile de protecție este mai mare în mediul persoanelor care au fost infectate cu COVID-19 (82%) sau au avut în familie rude infectate (79%).

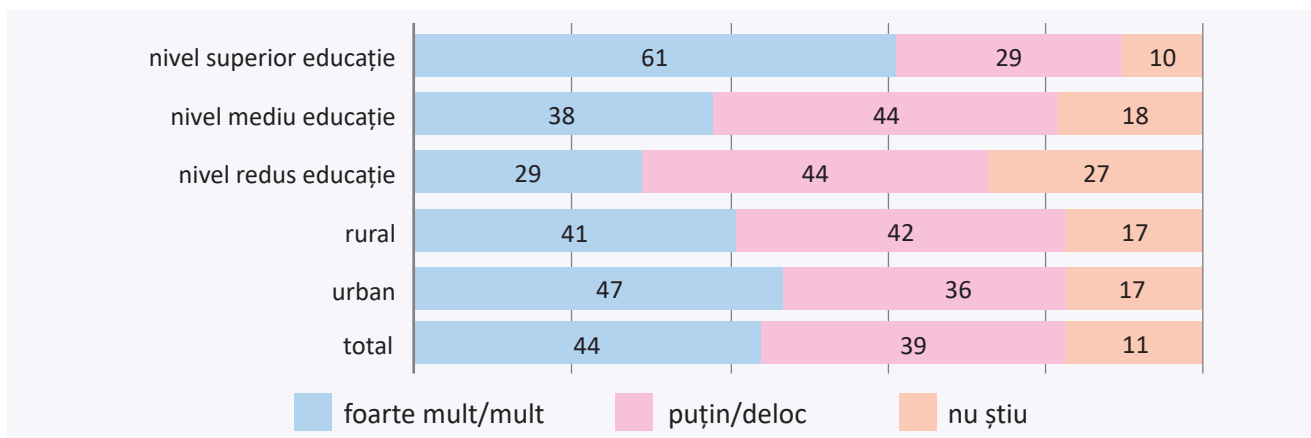
Această discrepanță dintre opiniile privind gradul de respectare a măsurilor de protecție de către propria persoană și de către alții poate fi explicată prin dorința majorității de a se pune pe sine și de a-i pune pe membrii familiei în valoare, de a demonstra că se conformează regulilor sociale și că au grijă să prevină infectarea altor persoane cu COVID-19. Prin contrapunere, alte persoane nu respectă regulile de protecție și se fac vinovate de răspândirea maladiei. De fapt, opiniile despre alți membri ai societății reflectă starea reală a situației în domeniul respectării măsurilor de protecție împotriva COVID-19.

Fiind întrebată în ce măsură grupurile vulnerabile au acces la echipament de protecție, 2/3 din persoanele chestionate au fost de părerea că persoanele sărace și persoanele în vârstă au acces în mică măsură sau nu au acces deloc la acestea. Circa jumătate din respondenți consideră că persoanele cu dizabilități, persoanele cu maladii cronice și persoanele bolnave de cancer au acces redus sau nu au acces deloc la echipamente de protecție, iar 40% din cei chestionați – că persoanele cu HIV au acces redus sau nu au acces deloc la aceste măsuri de protecție.



**Diagrama 40.** Percepțiile populației privind accesul grupurilor vulnerabile la echipament de protecție, %

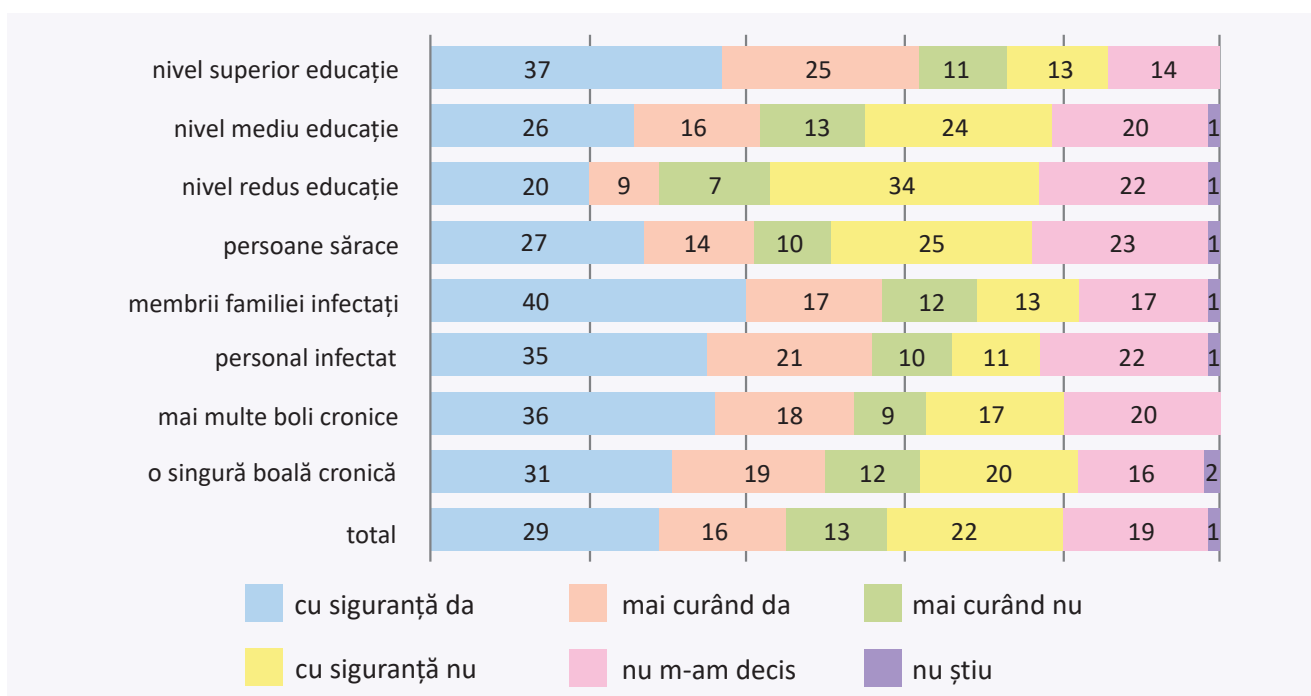
**Percepțiile populației despre vaccinare și intenția de a se vaccina.** Circa 44% din respondenți cred mult/foarte mult că vaccinarea va ajuta în lupta împotriva pandemiei, 39% – cred puțin sau nu cred deloc în aceasta și 17% – nu știu.



**Diagrama 41.** Nivelul de încredere a populației în faptul că vaccinarea va ajuta în lupta împotriva pandemiei, per total și grupuri de populație, %

Pe grupuri de populație, ponderea celor care cred puțin sau nu cred deloc în importanța vaccinării pentru stoparea pandemiei este mai mare în rândul populației cu nivel de educație redus (44%) și mediu (44%), în zonele rurale (42%), în rândul persoanelor neinfectate (43%) și fără maladii cronice (44%).

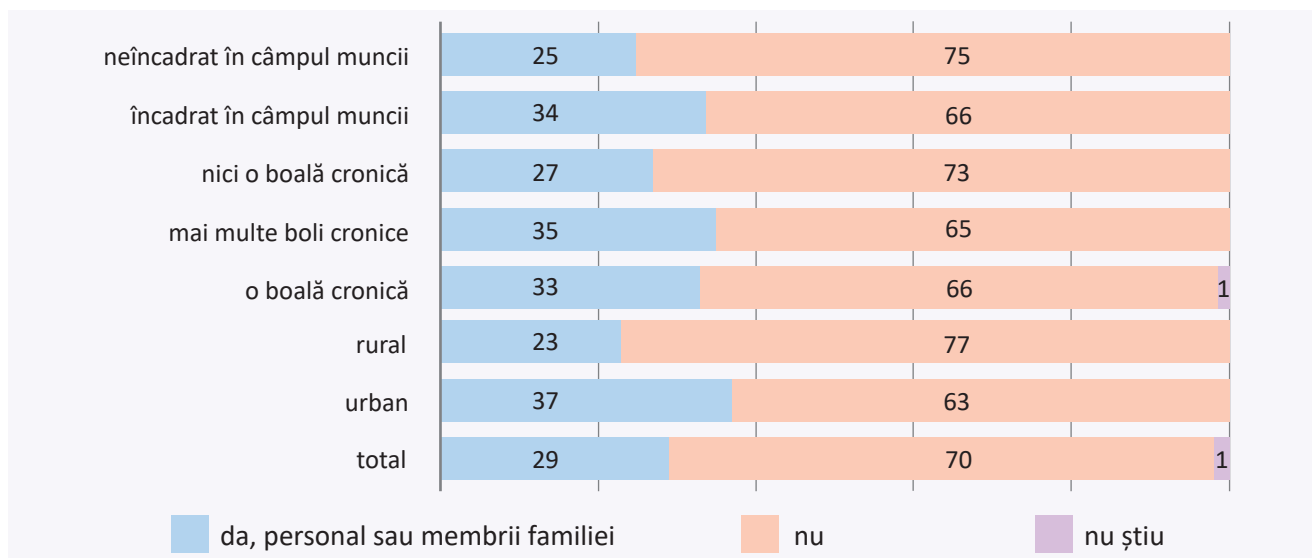
46% au indicat că mai curând sigur/absolut sigur se vor vaccina, 34% – mai curând nu sunt siguri/absolut nu sunt siguri că se vor vaccina, 19% – nu s-au decis și 1% nu știu.



**Diagrama 42.** Intenția de vaccinare a respondenților, per total, pe grupuri de populație, %

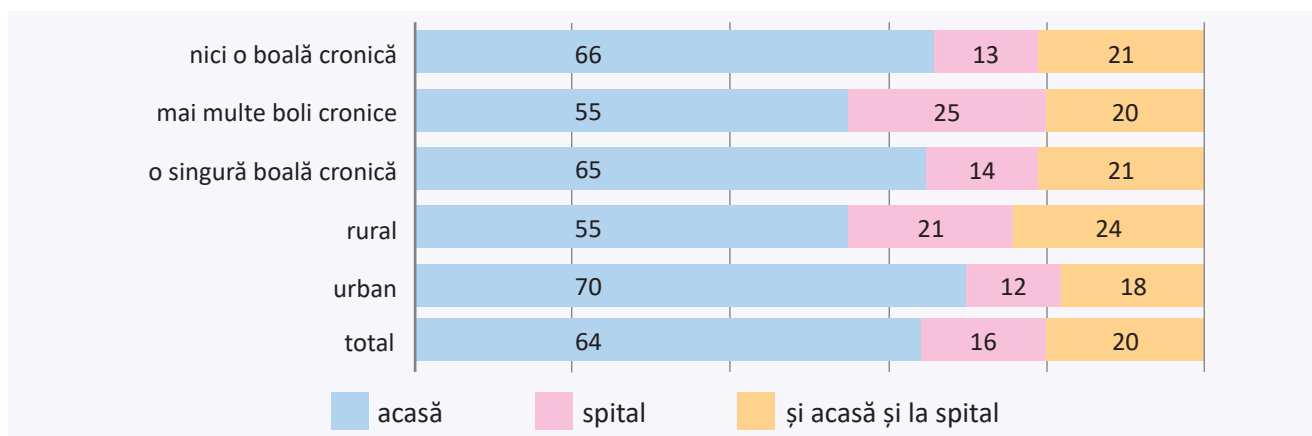
Ponderea celor care au menționat că se vor vaccina cu siguranță/mai curând cu siguranță este mai mare în mediul persoanelor care au avut membri ai familiei infectați (57%) sau au fost personal infectați (56%), al celor care au mai multe maladii cronice (54%) sau doar o singură boală cronică (50%) și este mai redusă în rândul celor cu nivel de educație redus și mediu. Astfel, în grupul cu nivel de educație redus, 48% din respondenți au indicat că mai curând nu/cu siguranță nu se vor vaccina. În grupul cu nivel mediu de educație, 37% din respondenți au indicat că mai curând nu/cu siguranță nu se vor vaccina.

**Accesul persoanelor infectate cu COVID-19 la tratament.** În conformitate cu rezultatele cercetării, fiecare al treilea respondent a menționat că el sau membrii familiei lui au fost infectați cu COVID-19. Pe grupuri de populație, ponderea celor care au fost infectați cu COVID-19 este mai mare în grupul de respondenți din mediul urban (37%), al celor care au mai multe maladii cronice (35%) și al celor încadrați în câmpul muncii (34%). Acest fapt ne aduce la concluzia că riscului de infectare au fost supuse mai curând persoanele active, pentru care a fost destul de dificil să păstreze distanța fizică – locuiesc în urbe, muncesc în colectivități și folosesc transportul public pentru deplasare la serviciu.



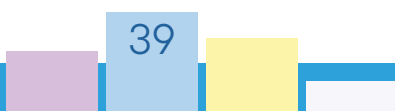
**Diagrama 43.** Pondere de populație care a fost infectată cu COVID-19, per total, medii rezidențiale, număr de boli cronice, încadrare în câmpul muncii, %

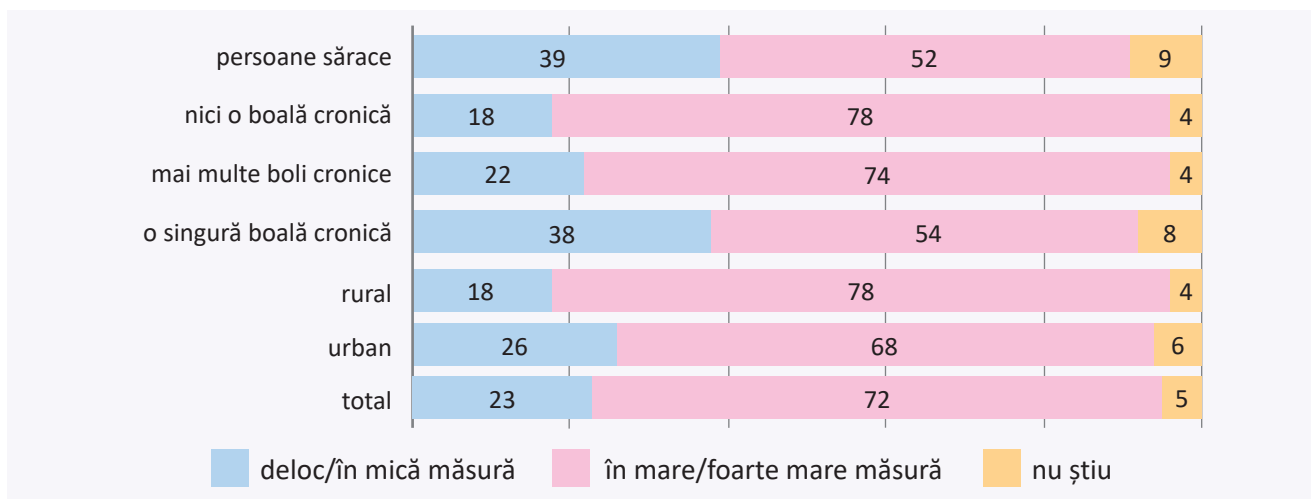
64% din cei care au fost infectați cu COVID-19 au indicat că s-au tratat în condiții casnice, 16% – în condiții de spital și 20% – atât în condiții casnice, cât și în condiții de spital. Ponderea celor care s-au tratat doar în condiții de spital este mai mare în mediul persoanelor cu mai multe maladii cronice (25%), din zone rurale (21%). Ponderea persoanelor care s-au tratat doar în condiții casnice este mai mare în localitățile urbane (70%), în categoria de populație fără nicio boală cronică (66%).



**Diagrama 44.** Distribuția persoanelor infectate cu COVID-19 în funcție de faptul unde au beneficiat de tratament, per total, medii rezidențiale, număr de maladii cronice, %

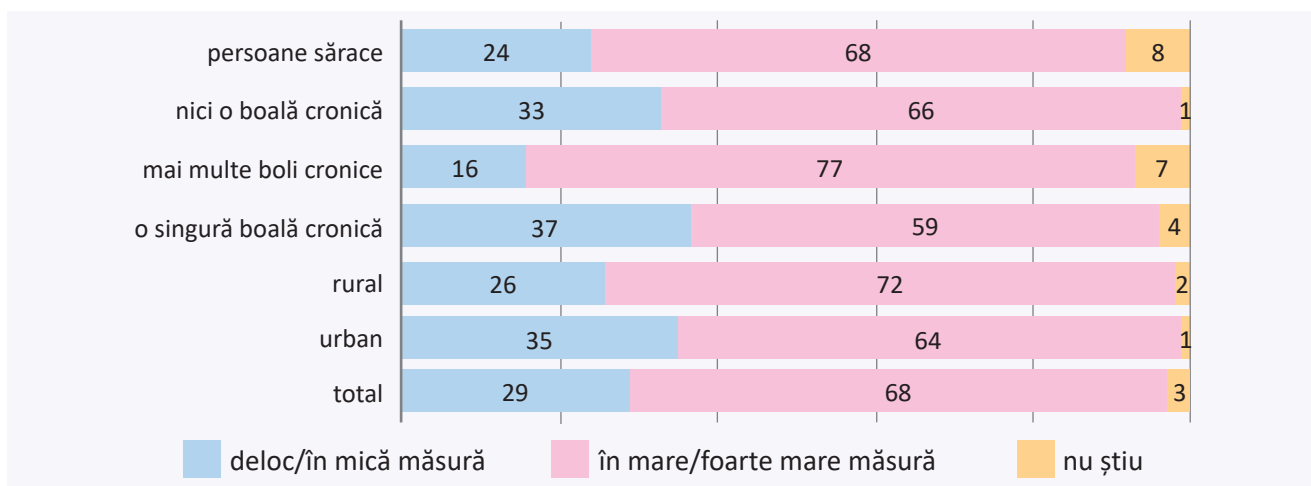
Fiind întrebați în ce măsură sunt satisfăcuți de tratamentul primit acasă, 72% din respondenții care s-au tratat în condiții casnice au menționat că în mare și în foarte mare măsură, 23% – în mică măsură/deloc și 5% – nu au răspuns. Pe grupuri de populație, ponderea persoanelor satisfăcute în mică măsură sau nesatisfăcute de tratamentul în condiții casnice este mai mare în mediul persoanelor sărace (39%), cu o boală cronică (38%), din localitățile urbane (26%).





**Diagrama 45.** Gradul de satisfacție privind tratamentul primit acasă, per total, medii rezidențiale, număr de maladii cronice, persoane sărace, %

În cazul persoanelor care au beneficiat de tratament în condiții de spital, 68% au rămas mulțumite în mare și în foarte mare măsură, 29% – sunt mulțumite în mică măsură sau nu sunt mulțumite deloc și 3% – nu au indicat.



**Diagrama 46.** Grad de satisfacție de tratamentul primit la spital, per total, medii rezidențiale, număr de maladii cronice, persoane sărace, %

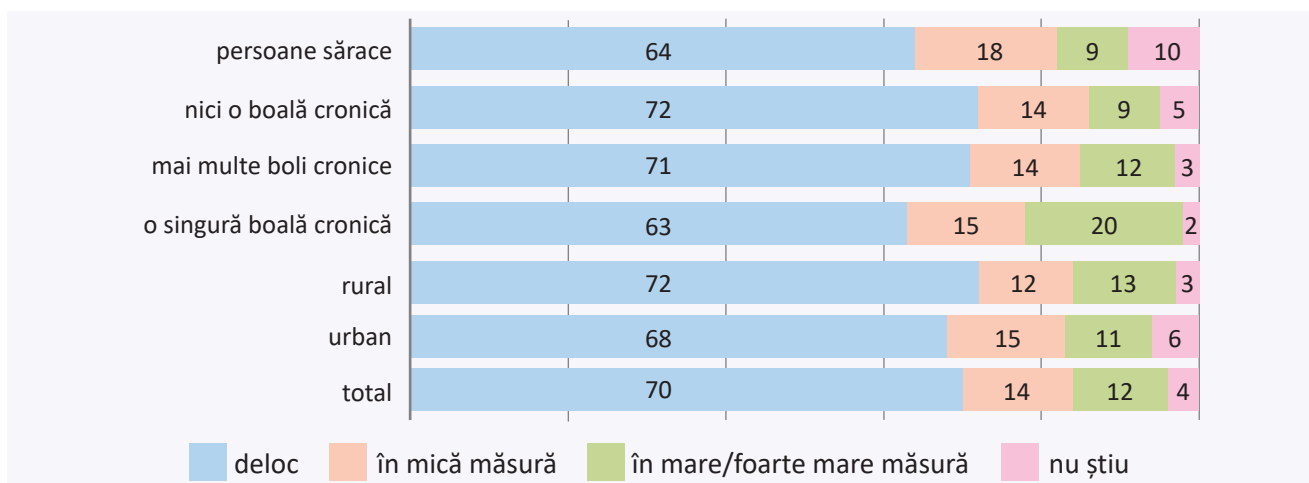
Pe grupuri de populație, ponderea persoanelor nesatisfăcute de tratament în condiții de spital este mai mare în mediul celor cu o maladie cronică (37%) și din mediul urban (35%).

Gradul de satisfacție redus de tratamentul în spital sau la domiciliu este argumentat de faptul că mai bine de jumătate din persoane au fost nevoite singure să caute și să procure medicamentele necesare (54%), medicii nu le-au consultat atunci când au luat decizia privind tratamentul (27%), medicii au avut o atitudine urâtă (24%), rezultatele testului au venit greu și tratamentul a fost inițiat cu întârziere (18%), a fost refuzată spitalizarea (18%), au făcut testul la o clinică privată din surse proprii (18%), medicii nu le-au explicat starea sănătății în limbaj accesibil (16%).

Ponderea persoanelor nemulțumite că au fost nevoite să caute și să procure singure medicamentele necesare este mai mare în mediul celor cu mai multe maladii cronice (64%) și sărace (61%). Ponderea persoanelor nemulțumite că medicii le-au aplicat tratamentul fără a se consulta cu ele este mai mare în mediul celor cu câteva maladii cronice (36%) și sărace (33%).

**Gradul de stigmatizare a persoanelor infectate cu COVID-19.** Fiind întrebați în ce măsură ei sau membrii familiei lor care au fost infectați cu COVID-19 s-au simțit stigmatizați/discriminați, 70% din respondenți au indicat că deloc, 14% – în mică măsură, 12% – în mare/foarte mare măsură și 4% – nu au răspuns.



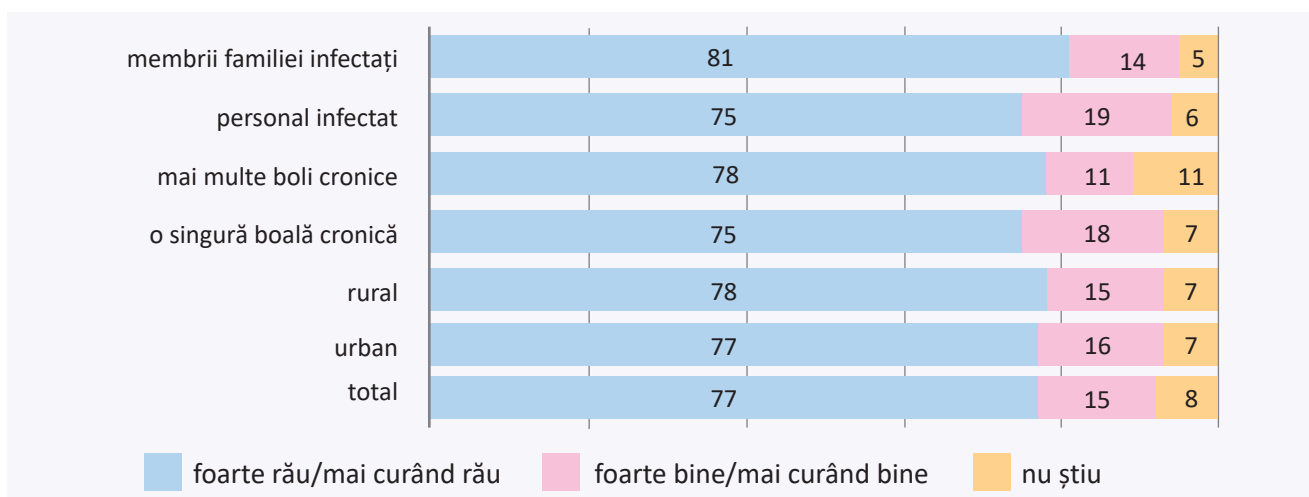


**Diagrama 47.** Gradul de stigmatizare a persoanelor infectate cu COVID-19, per total, pe grupuri de populație, %

Pe grupuri de populație, ponderea persoanelor care s-au simțit discriminate în mare/foarte mare măsură este mai mare în rândul celor cu o maladie cronică (20%).

Fiind întrebat unde anume s-au simțit stigmatizate, 30% au menționat că la spital sau în oficiul medicilor de familie, 22% – la locul de muncă, 21% – în mahala/blocul de locuit, 11% – în stradă, 8% – în școală, 4% – în spațiile comerciale. Pe grupuri de populație, ponderea persoanelor care s-au simțit discriminate în instituțiile medicale este mai mare în rândul celor sărace (38%) și din mediul rural (37%). Ponderea persoanelor care s-au simțit discriminate la locul de muncă este mai mare în mediul rural (26%) și al celor cu o maladie cronică (26%). Ponderea persoanelor discriminate în bloc/mahala este mai mare în mediul celor din localitățile rurale (30%) și sărace (28%).

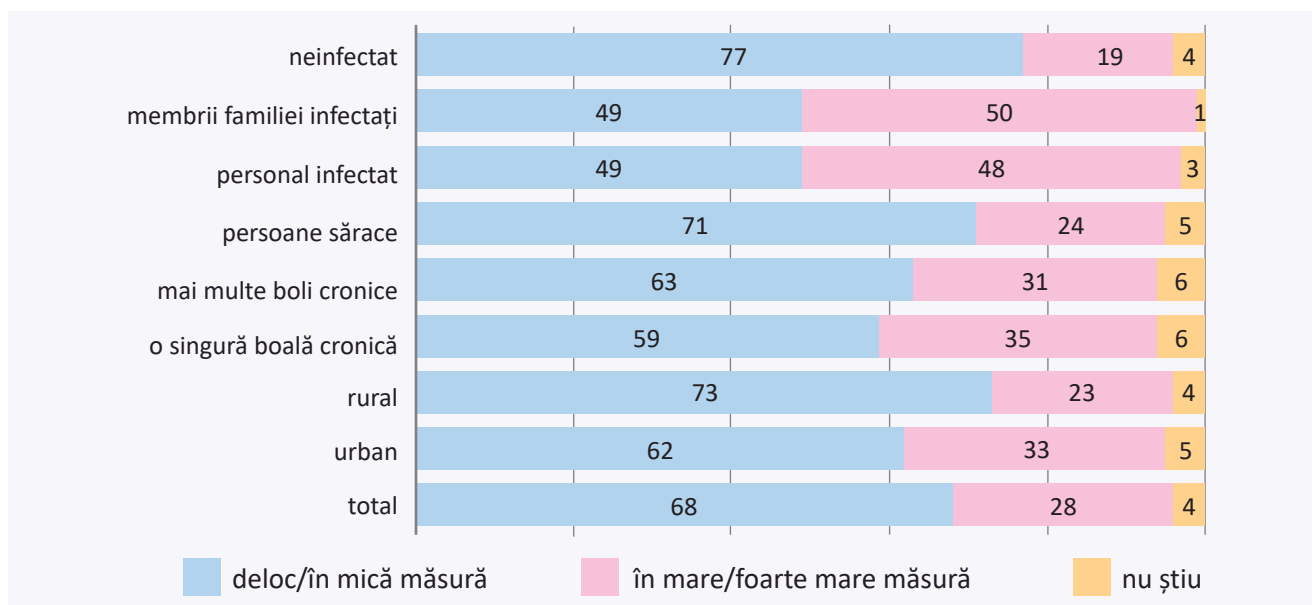
**Opiniile populației despre gestionarea pandemiei de către Guvern.** 77% din cei chestionați consideră că Guvernul a gestionat mai curând rău/foarte rău pandemia, 15% – că mai curând bine/foarte bine și 8% – nu și-au expus părerea. Pe grupuri de populație, ponderea persoanelor care consideră că Guvernul a gestionat mai curând rău/foarte rău pandemia este mai mare în mediul celor care au avut membri ai familiei infectați (81%), al celor cu mai multe maladii cronice (78%) și din zonele rurale (78%).



**Diagrama 48.** Opiniile populației despre gestionarea pandemiei de către Guvern, per total și grupuri de populație, %

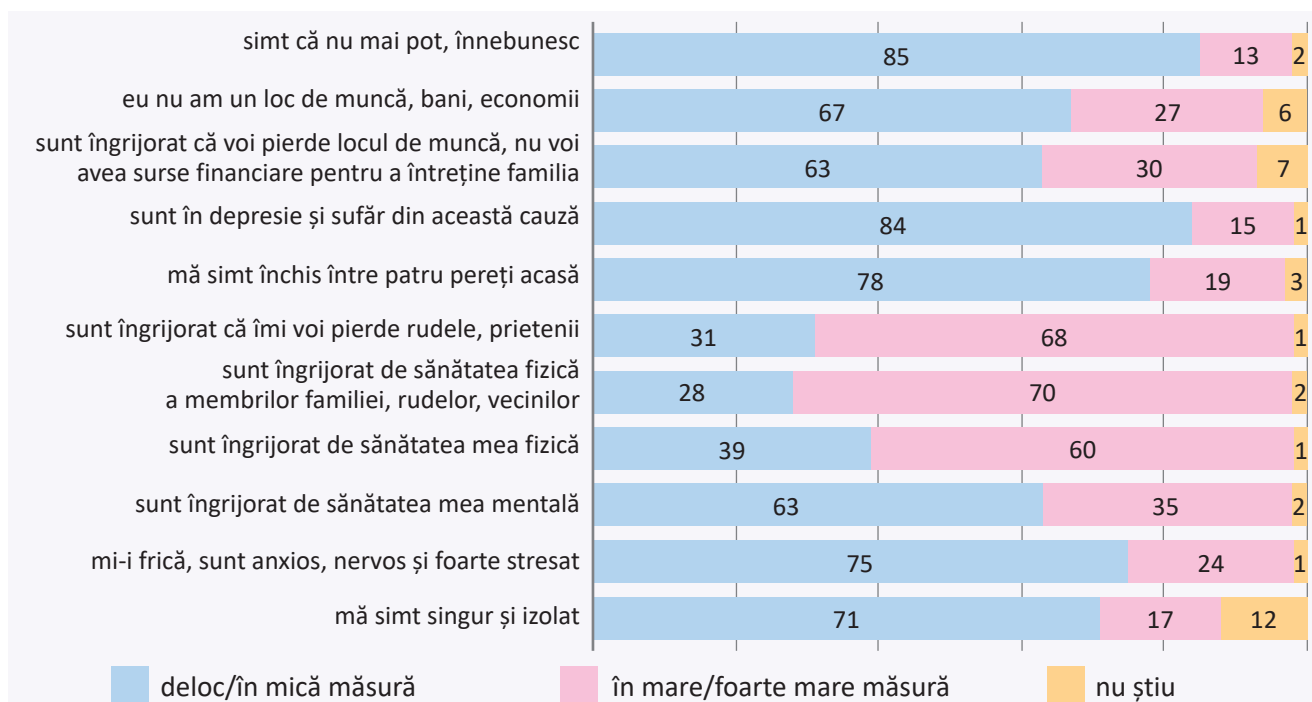
## 1.6. Impactul COVID-19 asupra sănătății mentale

**Impactul pandemiei asupra populației.** 2/3 din populație consideră că pandemia nu a afectat-o deloc sau a afectat-o în mică măsură, iar 1/3 – că pandemia a afectat-o în mare/foarte mare măsură. Pe grupuri de populație, ponderea celor afectați de pandemie este mai mare în mediul persoanelor care au avut membri ai familiei infectați (50%) sau au fost infectați personal (48%), în grupul de persoane cu una sau mai multe maladii cronice (35% și, respectiv, 33%), în mediul urban (33%).



**Diagrama 49.** Gradul de afectare a populației de pandemie, per total, pe grupuri de populație, %

Fiind întrebați cum anume i-a afectat pandemia, de rând cu alte probleme, cum ar fi reducerea veniturilor familiei (52%), sporirea cheltuielilor pentru medicamente și servicii medicale (42%), dificultăți de accesare a serviciilor medicale (27%), dificultăți în educația școlară a copiilor (30%), lipsa unui loc de muncă, bani, economii (27%), mai bine de 2/3 din cei afectați și-au manifestat îngrijorarea față de sănătatea fizică proprie și cea a membrilor familiilor lor și de faptul că își pot pierde rudele și prietenii.



**Diagrama 50.** Impactul pandemiei asupra stării respondenților, %

Respondenții, în proporție de 57%, au menționat că pandemia le-a afectat starea emoțională. Ponderea populației care a indicat că i-a fost afectată starea emoțională este mai mare în mediul rural (66%), în mediul persoanelor cu mai multe maladii cronice (61%), în grupul de persoane care au fost infectate cu COVID-19 (63%) sau care au avut membri ai familiei infectați (60%). Fiecare al patrulea respondent a indicat că îi este frică, este anxios, nervos și foarte frustrat. Ponderea acestor persoane este mai mare în rândul celor cu câteva maladii cronice (43%) și sărace (36%). 35% din respondenți au indicat că sunt îngrijorați de sănătatea lor mentală, iar ponderea acestora este mai mare în mediul persoanelor cu mai multe maladii cronice (50%), al celor din mediul rural (41%) și sărace (39%). 19% au indicat că se simt închiși între patru pereți. Ponderea acestor persoane este mai mare în rândul populației sărace (35%) și cu mai multe maladii cronice (34%). 17% au declarat că se simt singuri și izolați. Ponderea acestor persoane este mai mare în grupul celor sărace (35%) și cu mai multe maladii cronice (33%). 15% au declarat că se simt în depresie și suferă din această cauză. Fiecare a treia persoană din acest grup este sau săracă, sau cu mai multe maladii cronice. 13% au indicat că simt că nu mai pot, că înnebunesc. Ponderea acestor persoane este mai mare în mediul celor sărace (22%) și cu câteva maladii cronice (20%).

## 1.7. Concluzii la Capitolul 1

Analiza accesului respondenților la diferite servicii medicale, inclusiv din punct de vedere financiar, a scos în evidență faptul că populația are acces mai mare la medicul de familie și medicii specialiști, și acces mai redus la servicii stomatologice, de diagnosticare și spitalizare. Mai bine de 2/3 din persoanele sărace, cu câteva maladii cronice, din mediul rural, de peste 60 de ani, neîncadrate în câmpul muncii au menționat că nu își pot permite deloc sau își permit rareori serviciile de diagnosticare și cele stomatologice.

Conform cercetării, mai bine de 2/3 din respondenți au accesat serviciile medicale pe timp de pandemie și au întâmpinat diferite bariere în acest sens, inclusiv frica de infectare, accesul limitat la programări, restricțiile din cauza pandemiei, medici ocupați și spitale arhipline. Ponderea populației care a întâmpinat bariere în accesarea serviciilor medicale și a fost în situația de a amâna servicii medicale importante este mai mare în mediul persoanelor care au maladii cronice sau au fost infectate cu COVID-19. În cazul acestor persoane, amânarea serviciilor medicale a condus la agravarea stării sănătății.

Conform cercetării, deși marea majoritate a populației se consideră informată în mare/foarte mare măsură despre măsurile de protecție împotriva COVID-19 și că are acces la măsuri de protecție împotriva COVID-19, totuși 2/3 din respondenți s-au dat cu părerea că persoanele sărace și cele în vârstă au acces în mică măsură sau nu au acces deloc la măsurile de protecție împotriva COVID-19, iar circa jumătate din respondenți consideră că persoanele cu dizabilități, persoanele cu maladii cronice și persoanele bolnave de cancer au acces redus sau nu au deloc acces la echipamente de protecție.

Deși o bună parte din respondenți au indicat că folosesc măsurile de protecție împotriva COVID-19, întrebați despre faptul cum respectă alți oameni regulile de protecție, mai bine de 2/3 au afirmat că mai curând rău/foarte rău. Această discrepanță dintre opiniile privind gradul de respectare a măsurilor de protecție de către propria persoană și de către alții poate fi explicată prin dorința majorității de a se pune pe sine și de a-i pune pe membrii familiei lor în valoare, de a demonstra că se conformează regulilor sociale și au grijă să prevină infectarea altor persoane cu COVID-19. Prin contrapunere, alte persoane nu respectă regulile de protecție și se fac vinovate de răspândirea maladiei. De fapt, opiniile despre alți membri ai societății reflectă starea reală a situației în domeniul respectării măsurilor de protecție împotriva COVID-19.

Mai bine de jumătate din respondenți nu cred în eficiența vaccinării (39%) sau nu cunosc dacă vaccinarea este eficientă (17%) și cam tot atâția mai curând nu sunt siguri/absolut nu sunt siguri că se vor vaccina (34%) sau nu s-au decis (19%). Ponderea acestor persoane este mai mare în rândul respondenților cu nivel de educație redus.

În conformitate cu rezultatele cercetării, fiecare al treilea respondent a menționat că el personal sau membrii familiei lui au fost infectați cu COVID-19. 2/3 din cei care au fost infectați cu COVID-19 au indicat că s-au tratat în condiții casnice, fiecare al șaselea – în condiții de spital și fiecare al cincilea – atât în condiții casnice, cât și în condiții de spital. 72% din respondenții care s-au tratat în condiții casnice și 68% din cei care s-au tratat în condiții de spital au rămas mulțumiți în mare și în foarte mare măsură de tratament. Respondenții care nu au fost mulțumiți de tratament au argumentat prin faptul că au fost nevoiți singuri să caute și să procure medicamentele necesare, medicii nu i-au consultat atunci când au luat decizia privind tratamentul, medicii au avut o atitudine urâtă, rezultatele testului au venit greu și tratamentul a fost inițiat cu întârziere, a fost refuzată spitalizarea, au făcut testul la o clinică privată din surse proprii, medicii nu le-au explicat starea sănătății în limbaj accesibil.



## CAPITOLUL 2.

**Accesul persoanelor  
cu dizabilități la servicii de  
sănătate în perioada pandemică**

## 2.1. Analiza generală a situației în baza surselor de informare secundare

Potrivit datelor Biroului Național de Statistică<sup>16</sup>, în anul 2019, numărul estimat al persoanelor cu dizabilități din Republica Moldova constituia 177,0 mii, inclusiv 10,7 mii copii cu vârsta de 0-17 ani. Persoanele cu dizabilități au reprezentat 6,7% din populația totală a țării. Majoritatea persoanelor cu dizabilități locuiesc în zonele rurale.

Persoanele cu dizabilități se confruntă în realizarea dreptului la sănătate cu bariere de ordin: (i) economic (determinate de costurile informale aferente serviciilor medicale, neacoperirea din fondurile de asigurări medicale a articolelor igienice și medicale (scutece, stome, medicamente eficiente); (ii) infrastructural (accesul până la și în instituțiile medicale, lipsa echipamentului adaptat nevoilor speciale ale persoanelor cu dizabilități, insuficiența serviciilor de reabilitare pentru persoane cu diferite tipuri de dizabilitate, insuficiența resurselor financiare pentru asigurarea persoanelor cu dizabilități cu echipamente asistive calitative și scaune rulante) și (iii) atitudinal (atitudinea neprietenoasă și instruirea insuficientă a medicilor)<sup>17, 18</sup>.

Potrivit Anuarului Statistic al Republicii Moldova<sup>19</sup>, numărul persoanelor cu dizabilitate primară, adulte, diagnosticate cu anumite boli constituia 13713 cazuri, înregistrate oficial în 2019 (în creștere comparativ cu anii precedenți). Incidența cazurilor este mai mare în mediul rural, comparativ cu cel urban (8681 cazuri *versus* 5032 cazuri). În categoria bolilor se încadrează următoarele: tuberculoză, tumori maligne, diabet zaharat, tulburări mentale și de comportament, boli ale sistemului nervos, boli ale ochiului și anexelor sale, boli ale aparatului circulator, boli ale aparatului respirator, boli ale aparatului digestiv, boli ale sistemului osteo-articular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv, leziuni traumatice și altele.

Studiul privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități<sup>20</sup>, realizat în anul 2017, pe un eșantion de 1108 persoane cu dizabilități în vârstă de 18 ani și mai mult, arată că 2/3 din respondenți consideră că au acces la servicii de sănătate de rând cu ceilalți cetățeni, în timp ce 10% au indicat că au mai multe beneficii decât cetățenii de rând în accesarea serviciilor medicale, iar 18% – că au mai puține posibilități de accesare a serviciilor medicale. Majoritatea persoanelor chestionate (peste 80%) au indicat că au acces limitat sau nu au acces deloc la serviciile de recuperare și reabilitare, foi sanatoriale, mijloace și echipamente speciale în funcție de nevoi. 60% dintre respondenți au menționat că au acces limitat sau nu au acces la medicamente compensate. Rezultatele discuțiilor focus-grup au scos în evidență mai multe bariere cu care se confruntă persoanele cu dizabilități în accesarea serviciilor de sănătate, și anume: imposibilitatea de a accesa servicii de asistență medicală specializată la domiciliu pentru persoanele cu probleme de mobilitate; accesibilitatea fizică redusă a clădirilor unde sunt prestate servicii de sănătate; lipsa echipamentului medical adaptat la nevoile persoanelor cu dizabilități; acces limitat la servicii stomatologice; acces redus la servicii gratuite de protezare, reabilitare și recuperare.

Potrivit unui studiu privind inegalitățile în Republica Moldova, realizat în 2017<sup>21</sup>, persoanele cu dizabilități își apreciază starea de sănătate preponderent în termeni negativi. Evaluarea stării de sănătate ca fiind bună a acumulat 0,2% în răspunsurile persoanelor cu dizabilități; nicio persoană nu și-a evaluat starea de sănătate ca fiind foarte bună. Dintre grupurile de referință ale studiului (femei și bărbați, tineri, vârstnici, persoane cu dizabilități și persoanele de etnie romă), cea mai scăzută rată de adresabilitate la servicii de sănătate se atestă în rândul

<sup>16</sup> Persoanele cu dizabilități în Republica Moldova în anul 2019. Biroul Național de Statistică. Disponibil la: <https://statistica.gov.md/libview.php?l=ro&idc=168&id=6827>

<sup>17</sup> Moldova 2030, [https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/intr40\\_12\\_0.pdf](https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/intr40_12_0.pdf)

<sup>18</sup> HG nr. 723 din 08.09.2017 cu privire la aprobarea Programului național de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități pentru anii 2017-2022. Disponibil la: [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=101863&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=101863&lang=ro)

<sup>19</sup> Anuar statistic 2020. Capitolul 8 – Ocrotirea sănătății. Disponibil la: [https://statistica.gov.md/public/files/publicatii\\_electronice/Anuar\\_Statistic/2020/8\\_AS.pdf](https://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Anuar_Statistic/2020/8_AS.pdf)

<sup>20</sup> Malcoci L., Munteanu P. Incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități din Republica Moldova. Studiu sociologic. Chișinău, 2017. Disponibil la: [https://www.keystonemoldova.md/wp-content/uploads/sites/4/2020/08/Social-inclusion-\\_Study.pdf](https://www.keystonemoldova.md/wp-content/uploads/sites/4/2020/08/Social-inclusion-_Study.pdf)

<sup>21</sup> Sandu V., Brighidin A., Buzu A. Inegalitățile în Republica Moldova: provocări și oportunități. Chișinău, 2017. Disponibil la: [http://eef.md/media/files/files/fee\\_inagalitati\\_ro\\_final\\_5335996.pdf](http://eef.md/media/files/files/fee_inagalitati_ro_final_5335996.pdf)

persoanelor cu dizabilități. Astfel, în anul 2016, ponderea persoanelor cu dizabilități care au declarat că s-au adresat în ultimele 12 luni la medic a constituit 16%. Cauzele unui nivel scăzut de adresabilitate includ: lipsa sau insuficiența mijloacelor financiare, determinate inclusiv de costurile informale aferente serviciilor medicale; atitudinea neprietenoasă a personalului medical; gradul insuficient de pregătire a medicilor în prestarea serviciilor către această categorie de pacienți.

Potrivit studiului privind impactul pandemiei COVID-19 asupra persoanelor cu dizabilități (2020)<sup>22</sup>, o altă problemă în accesarea serviciilor de sănătate de bază ține de lipsa polițelor de asigurare medicală pentru membrii familiilor unde sunt persoane cu dizabilități. Multe familii care au în îngrijire persoane cu dizabilități, nefiind angajate în câmpul muncii și având resurse financiare limitate, nu au fost asigurate medical. Deoarece multe dintre persoanele cu dizabilități sunt dependente de ajutorul unei alte persoane (de regulă, membru al familiei), acestea refuză spitalizarea atunci când este necesar, tocmai pentru că persoana de suport care ar trebui să le fie alături nu deține poliță de asigurare medicală, iar costul serviciilor este prea mare pentru a fi acoperit.

În baza Ordinului comun al MSMPS și CNAM nr. 492/139A din 22 aprilie 2013, persoanele asigurate, inclusiv cele cu dizabilități, beneficiază de medicamente din lista celor compensate integral sau parțial din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală (FAOAM) pentru diminuarea poverii financiare și tratament permanent de susținere pentru maladiile cronice prioritare. Referitor la accesul la servicii de sănătate mentală, anual sunt asistate în cadrul centrelor comunitare de sănătate mentală (CCSM) cca 36 mii de persoane cu dizabilități psihosociale, inclusiv 10 mii de copii. Serviciile sunt prestate inclusiv prin intermediul echipelor multidisciplinare mobile din cadrul CCSM. Persoanele cu deficiențe de auz beneficiază de servicii de protezare auditivă. Astfel, în anul 2018 au beneficiat de servicii de protezare 1098 de persoane, inclusiv 239 de copii, iar în anul 2019 au beneficiat de servicii de protezare 831 de persoane, inclusiv 398 de copii. Persoanele cu deficiențe de vedere beneficiază de consultații și dispozitive asistive datorită implicării OSC specializate în domeniu (Low Vision, Hjelp Moldova). Astfel, în 2018, 660 de persoane cu dizabilități de vedere au fost asigurate cu dispozitive de corecție optică și ajutor vizual, iar în anul 2019 au beneficiat de acest suport 600 de persoane și 1684 de persoane au beneficiat de consultații specializate.

Rapoartele realizate de Institutul pentru Drepturile Omului (IDOM)<sup>23</sup> reflectă situația privind accesul la servicii de sănătate în perioada pandemică al persoanelor cu dizabilități plasate în centrele de plasament din subordinea MSMPS și spitalele psiho-neurologice din țară. Astfel, serviciile de sănătate sunt prestate beneficiarilor centrelor în cadrul cabinetelor medicale amplasate în incinta centrelor, iar calitatea serviciilor este inferioară celor prestate în comunitate. În statele de personal ale instituțiilor de tip rezidențial sunt doar medici psihiatri, iar în unele instituții este angajat prin cumul și un medic ginecolog. Accesul rezidenților centrelor de plasament la servicii de diagnostic este asigurat neuniform. Doar unele centre de plasament au contracte cu entitățile de sănătate publică. Dacă există necesitatea de spitalizare a beneficiarilor acestor instituții (de regulă, dacă prezintă stare gravă sau critică), aceștia sunt referiți, preponderent, către spitalele psihiatrice din țară, doar în cazuri rare – către spitalele raionale. Printre beneficiarii instituțiilor rezidențiale sunt și persoane cu boli cronice (hipertensiune arterială, diabet zaharat, care trăiesc cu HIV), cărora le este asigurat tratamentul corespunzător.

O problemă majoră pentru persoanele cu dizabilități, atât din comunitate, cât și din instituțiile rezidențiale din subordinea MSMPS, este lipsa accesului la servicii stomatologice, inclusiv la protezare dentară. În majoritatea cazurilor, se aplică extragerea dinților, în detrimentul tratamentului conservativ (date confirmate prin mai multe studii realizate de OSC din RM<sup>24,25</sup>).

Din categoria serviciilor de sănătate esențiale fac parte serviciile de sănătate sexuală și reproductive (SSR). Potrivit unui studiu realizat de Centrul de Instruire în Domeniul Sănătății Reproductive<sup>26</sup>, accesul la SSR este dificil pentru femeile cu dizabilități locomotorii din mai multe motive. Instituțiile ce prestează servicii de SSR nu asigură accesibilitatea fizică (rampă de acces, bare de suport, lift pentru clădirile în care cabinetul

<sup>22</sup> Malcoci L., Munteanu P., Cojocaru N. Impactul pandemiei COVID-19 asupra persoanelor cu dizabilități. Chișinău 2020. Disponibil la: <https://www.keystonemoldova.md/wp-content/uploads/sites/4/2020/08/STUDIUL-IMPACTUL-PANDEMIEI-PERSONE-CU-DIZABILITATI.pdf>

<sup>23</sup> Disponibile la <https://idom.md/rapoarte/>

<sup>24</sup> Raportul privind monitorizarea respectării drepturilor omului în Republica Moldova în contextul pandemiei COVID-19-19. IDOM. Chișinău, 2020. Disponibil la: [https://idom.md/wp-content/uploads/2021/01/Raport\\_Final\\_IDOM-1.pdf](https://idom.md/wp-content/uploads/2021/01/Raport_Final_IDOM-1.pdf)

<sup>25</sup> Malcoci L., Munteanu P. Incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități din Republica Moldova. Studiu sociologic. Chișinău 2017. Disponibil la: <https://www.keystonemoldova.md/wp-content/uploads/sites/4/2020/08/Social-inclusion-Study.pdf>

<sup>26</sup> Analiza situațională a problemelor cu care se confruntă femeile și fetele cu dizabilități ale aparatului locomotor din Moldova în exercitarea drepturilor sexuale și reproductive. Centrul de Instruire în Domeniul Sănătății Reproductive. Chișinău, 2016. Disponibil la: [https://www.cidr.md/wp-content/uploads/2018/03/Raport\\_Evaluare-DSR-persoane-cu-dizabilitati\\_FINAL\\_27.02.17.pdf](https://www.cidr.md/wp-content/uploads/2018/03/Raport_Evaluare-DSR-persoane-cu-dizabilitati_FINAL_27.02.17.pdf)

medicului ginecolog este plasat la etaje superioare etc.). Cabinetele ginecologice nu dispun de echipament adaptat necesităților femeilor cu deficiențe ale aparatului locomotor. Personalul medical nu este sensibilizat și instruit în prestarea SSR acestui grup de beneficiari. Potrivit studiului, femeile cu dizabilități nu inițiază discuții despre SSR cu personalul medical fie din frica să nu fie luate în derâdere, fie pentru că au avut experiențe în care personalul medical "a pus la îndoială" capacitatea lor de a naște și îngriji copii. Femeile cu dizabilități acuză că atitudinea personalului medical este deseori neprietenoasă în raport cu ele.

Un raport al IDOM, privind realizarea practică a drepturilor sexual-reproductive de către femeile și fetele din centrele de plasament temporar pentru persoane cu dizabilități (adulte) și spitalele de psihiatrie din Republica Moldova<sup>27</sup>, arată că rezidentele instituțiilor întâmpină multiple bariere în accesarea serviciilor sexual-reproductive. Astfel, lipsesc informații accesibile privind drepturile sexual-reproductive, nu se realizează acomodarea rezonabilă a procedurilor medicale ce țin de sănătatea sexual-reproductivă a beneficiarilor instituțiilor rezidențiale, nu sunt scaune ginecologice adaptate la necesitățile femeilor cu dizabilități locomotorii (nici în instituțiile rezidențiale și spitalele de psihiatrie, nici în cadrul centrelor medicilor de familie), personalul medical nu comunică fetelor și femeilor cu dizabilități rezultatele consultațiilor și/sau investigațiilor ginecologice, personalul medical manifestă prejudecăți privind sexualitatea persoanelor cu dizabilități și dreptul lor de a naște și îngriji copii etc. De regulă, doar femeile și fetele beneficiază de serviciile medicilor ginecologi (în instituțiile unde aceștia există). Băieții și bărbații nu sunt informați despre igiena personală, sănătatea reproductivă, viață sexuală, maladiile sexual-transmisibile etc. Beneficiarii instituțiilor rezidențiale și ai spitalelor de psihiatrie nu beneficiază de contraceptive.

În anul 2018, cu suportul donatorilor externi, au fost echipate cu fotolii ginecologice adaptate fetelor și femeilor cu dizabilități 30 de centre de sănătate prietenoase tinerilor din țară<sup>28</sup>.

Cu referire la serviciile de intervenție timpurie (SIT), deși există cadrul legal de reglementare, nu au fost identificate date statistice care să reflecte numărul de copii care au beneficiat de aceste servicii. Începând cu anul 2017, SIT sunt contractate de către CNAM<sup>29</sup>. Similar, nu există statistici despre serviciile medico-sociale prestate copiilor și tinerilor cu tulburări de spectru autist (TSA) sau risc de apariție a acestora, chiar dacă domeniul este reglementat<sup>30</sup>.

Studiile privind percepțiile populației cu referire la fenomenul discriminării în Republica Moldova<sup>31</sup> arată că, dintre grupurile de populație cu grad sporit de vulnerabilitate, persoanele cu dizabilități sunt printre cel mai frecvent discriminate. Policlinicile și spitalele reprezintă locurile în care respondenții cu dizabilități se simt cel mai puternic/frecvent discriminați – 39% (detașat în raport cu alte locuri publice – primărie, poliție, școală, biserică, magazin, dar și la locul de muncă, în stradă). Accesul limitat al persoanelor cu dizabilități la servicii de sănătate se manifestă prin accesul fizic limitat la servicii de sănătate (serviciile amplasate la distanțe mari, lipsa rampelor de acces, transport inaccesibil) și accesul financiar limitat (persoanele cu dizabilități nu dispun de resurse financiare suficiente pentru a acoperi medicamentele și examinările necesare). Persoanele cu probleme de hipoacuzie nu au acces la serviciile de urgență.

## 2.2. Analiza cadrului legal și a documentelor de politici

Protecția persoanelor cu dizabilități este garantată de art. 51 din Constituția Republicii Moldova, potrivit căruia: *Persoanele cu dizabilități beneficiază de o protecție specială din partea întregii societăți. Statul asigură pentru ele condiții normale de tratament, de readaptare, de învățământ, de instruire și de integrare socială. Asigurarea acestui drept constituțional vine în tandem cu standardele stabilite în Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, potrivit căreia persoanele cu dizabilități au dreptul să fie recunoscute oriunde ca persoane cu drepturi în fața legii.*

<sup>27</sup> Raportul privind realizarea practică a drepturilor sexual-reproductive de către femeile și fetele din Centrele de plasament temporar al persoanelor cu dizabilități (adulte) și Spitalele de psihiatrie din Republica Moldova. IDOM. Chișinău, 2020. Disponibil la: [https://idom.md/wp-content/uploads/2021/02/raport-reprorights-wwd-md\\_dis-2.pdf](https://idom.md/wp-content/uploads/2021/02/raport-reprorights-wwd-md_dis-2.pdf)

<sup>28</sup> <https://moldova.unfpa.org/ro/news/drepturi-egale-la-s%C4%83n%C4%83tatea-reproductiv%C4%83-30-de-centre-de-s%C4%83n%C4%83tate-prietenos-tinerilor-dotat-0>

<sup>29</sup> Raportul doi și trei, combinate, de stat al Republicii Moldova privind implementarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, Chișinău, 2020. Disponibil la: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/10/Raport-II-si-III-implementare-Conventie-ONU-drepturile-persoanelor-cu-dizabilit%C4%83%C8%9Bi-rom.pdf>

<sup>30</sup> Raportul doi și trei, combinate, de stat al Republicii Moldova privind implementarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, Chișinău 2020. Disponibil la: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/10/Raport-II-si-III-implemmentare-Conventie-ONU-drepturile-persoanelor-cu-dizabilit%C4%83%C8%9Bi-rom.pdf>

<sup>31</sup> Malcoci L., Barbarosie A. Fenomenul discriminării în Moldova: percepțiile populației. Studiu comparativ. Chișinău, 2015.

Normele constituționale consacră dreptul persoanelor cu dizabilități de a se bucura de o protecție specială, sens în care statul trebuie să asigure realizarea unei politici de egalitate a șanselor, de prevenire și de tratament al dizabilității, în vederea participării efective a persoanelor cu dizabilități la viața comunității. Prin urmare, această normă constituțională se referă la obligația statului de a asigura egalitatea de șanse a persoanei cu dizabilități în raport cu restul comunității, fără a interzice ca, în vederea unor situații speciale, să fie instituite mijloace specifice de protecție pentru toate categoriile de persoane cu dizabilități.

Unul din principiile reglementate de **Legea nr. 411/1995 ocrotirii sănătății** în art. 2 este garantarea de stat în apărarea intereselor populației în domeniul ocrotirii sănătății prin sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, acordarea de asistență medicală primară, de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească, de asistență medicală spitalicească, în limitele și în volumul stabilit, respectând necesitățile copiilor, ale femeilor și bărbaților, ale persoanelor cu dizabilități și persoanelor în etate.

**Legea nr. 60/2012 cu privire la incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități** prevede o serie de garanții, inclusiv dreptul la ocrotirea sănătății, prevăzut la art. 40, care reglementează într-o manieră expresă că persoanele cu dizabilități au dreptul la: asistența medicală oportună și calitativă în cadrul sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală; alegerea prestatorului de servicii medicale primare și a medicului de familie; tratament și îngrijire medicală individuală; asistență medicală pe întreg teritoriul republicii, în comunitate (la locul de trai) și în instituțiile medico-sanitare specializate, în cazul în care, conform indicațiilor medicale, asistența medicală ambulatorie este inefficientă sau indisponibilă; servicii medicale în volumul și calitatea prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală; asistență medicală în cazul cetățenilor Republicii Moldova aflați peste hotarele țării, în conformitate cu tratatele și acordurile internaționale la care Republica Moldova este parte. Aceeași lege garantează că, în cadrul asistenței medicale, persoanele cu dizabilități beneficiază de vizite la domiciliu, având drept scop satisfacerea deplină a tuturor necesităților socio-medicale ale acestora, necesități determinate de tipul și gradul de dizabilitate, în conformitate cu legislația în vigoare.

În conformitate cu prevederile **Legii nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală**, Guvernul are calitatea de asigurat pentru persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii și persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane. În cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, persoanele asigurate beneficiază de asistență medicală în volumul stabilit de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

**Legea nr. 174/2014 cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului național unic pentru apelurile de urgență** 112 prevede existența terminalelor specializate care asigură posibilitatea transmiterii apelurilor de urgență și a informațiilor privind urgența de către persoanele cu dizabilități de auz și/sau vorbire, utilizând tehnici de transmisie și de prelucrare automată la distanță a informației prin intermediul procedurilor moderne de comunicație.

Hotărârea de Guvern nr. 723/2017 cu privire la aprobarea **Programului național de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități pentru anii 2017-2022** prevede în Obiectivul 3: Sporirea accesului persoanelor cu dizabilități la servicii medicale, de abilitare de calitate.

Conform Raportului Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale cu privire la realizarea, în anul 2020, a Planului de acțiuni privind implementarea Programului național de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități pentru anii 2017-2022<sup>32</sup>, se notează că prin Ordinul comun nr. 584/146-A din 23.06.2020 al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, a fost completată lista medicamentelor compensate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală.

Cu referire la prestarea serviciilor de **intervenție timpurie** la copii (SIT), acestea sunt acordate de către prestatori privați, în baza Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciilor de intervenție timpurie și a Standardelor minime de calitate pentru Serviciile de intervenție timpurie, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 816/2016. Începând cu anul 2017, SIT sunt contractate de către CNAM.<sup>33</sup>

<sup>32</sup> Conținutul raportului poate fi accesat aici: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/03/Raport-privind-implementarea-%C3%AEn-anul-2020-a-Programului-na%C8%9Bional-de-incluziune-social%C4%83-a-persoanelor-cu-dizabilit%C4%83%C8%9Bi-Final.pdf>

<sup>33</sup> Raportul doi și trei, combinate, de stat al Republicii Moldova privind implementarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, Chișinău, 2020. Disponibil la: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/10/Raport-II-si-III-implementare-Conventie-ONU-drepturile-persoanelor-cu-dizabilit%C4%83%C8%9Bi-rom.pdf>



În vederea creării, dezvoltării și prestării serviciilor medico-sociale copiilor și tinerilor cu **tulburări de spectru autist TSA** sau cu risc de apariție a acestora, prin Hotărârea Guvernului nr. 234/2019, au fost aprobate Regulamentul-cadru privind organizarea și funcționarea Centrului specializat de intervenție în tulburări de spectru autist și Standardele minime de calitate pentru serviciile medico-sociale prestate în centrele specializate de intervenție în tulburări de spectru autist.<sup>34</sup>

Autoritățile publice au emis unele măsuri pentru susținerea, în perioada stării de urgență, a grupurilor vulnerabile, inclusiv a persoanelor cu dizabilități. Însă aceste măsuri au fost orientate în susținerea economică și socială a acestor persoane, și anume: ajutor de șomaj, majorarea venitului lunar minim garantat pe perioada stării de urgență, prelungirea termenului de dizabilitate din oficiu pentru persoanele la care expira, majorarea numărului de asistenți personali, susținerea personalului din centrele de plasament etc.

Cu referire la accesul la medicamente compensate pe perioada pandemiei, legislativul a avut o tentativă de a interveni cu noi soluții prin **Legea nr. 236/2020 privind modificarea unor acte normative**, și anume Legea nr. 1456/1993 cu privire la activitatea farmaceutică, completând art. 18 cu următoarea normă: *Asistența farmaceutică a persoanelor cu dizabilitate severă se asigură și prin livrarea medicamentelor la domiciliu în baza rețetei, inclusiv în baza rețetei pentru medicamentele compensate. Costurile pentru livrare vor fi achitate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, conform mecanismului stabilit de Compania Națională de Asigurări în Medicină.* Această inițiativă legislativă nu a reușit să fie aplicată la modul practic, fiind declarată neconstituțională prin Decizia Curții Constituționale din 11.03.2021. Declararea neconstituționalității a ținut de obligativitatea existenței acceptului prealabil al Guvernului inclusiv în privința amendamentelor care implică majorarea sau reducerea cheltuielilor, a veniturilor sau împrumuturilor drept o condiție imperativă, ceea ce a lipsit în cazul Legii nr. 236/2020. Dar ideea livrării medicamentelor la domiciliu pentru persoanele cu dizabilități severe este o idee care poate ulterior lua altă formă și reglementare.

Planul de pregătire și răspuns al sistemului sănătății în urgențe de sănătate publică, 2020<sup>35</sup>, prevede în mod expres că în cazul producerii urgenței în sănătate publică intervine medicul de familie, centrul medicilor de familie/instituția medico-sanitară publică, după caz, asistentul social, structura teritorială de asistență socială, prestatorii de servicii sociale, alte subdiviziuni ale consiliilor raionale/municipale, care, în coordonare, decid asupra asistenței medicale și asistenței sociale de care are nevoie persoana cu dizabilități, reieșind din necesitățile individuale ale acesteia. În acest proces, specialiștii/autoritățile responsabile se ghidează de următoarele principii: acordarea asistenței medicale și sociale, reieșind din necesitățile persoanelor cu dizabilități, constituie o prioritate; sănătatea și siguranța persoanelor cu dizabilități, după caz, a celor cu care acestea locuiesc/membrii familiei, constituie o prioritate.

Același document reiterează, de altfel, și accesul la informații al persoanelor cu dizabilități în condiții de urgențe în sănătate publică, și anume că informațiile și comunicatele, precum și materialele informative cu privire la situația în sănătatea publică sunt accesibile persoanelor cu diferite tipuri de dizabilități.

La fel, persoanele cu dizabilități și persoanele care locuiesc împreună cu acestea trebuie să respecte cerințele autorităților responsabile în timpul producerii urgențelor în sănătate, iar în cazul în care întâmpină anumite dificultăți, autoritățile responsabile de la locul de trai trebuie să intervină și să lucreze cu aceste persoane și cu familia/îngrijitorii lor pentru identificarea și propunerea soluțiilor/acordarea suportului necesar/măsurilor de asistență medicală și asistență socială în conformitate cu prevederile legislației și deciziile comisiei naționale/locale în sănătate publică. Doar că în cazul răspunsului la COVID-19, nu au fost emise decizii ale Comisiei Naționale pentru Situații Excepționale sau ale Comisiei Extraordinare în Sănătate Publică privind acordarea suportului necesar în a accesa serviciile medicale de către persoanele cu dizabilități în perioada pandemiei.

Persoanele cu dizabilități cu simptome clinice COVID-19 sunt incluse în categoria beneficiarilor eligibili pentru investigațiile de laborator în cadrul activităților de identificare rapidă și triaj eficient al persoanelor din grupurile cu risc sporit de infectare cu COVID-19<sup>36</sup>.

<sup>34</sup> Raportul doi și trei, combinate, de stat al Republicii Moldova privind implementarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, Chișinău, 2020. Disponibil la: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/10/Raport-II-si-III-implem-tare-Conven-tie-ONU-drepturile-persoanelor-cu-dizabilit%C4%83%C8%9Bi-rom.pdf>

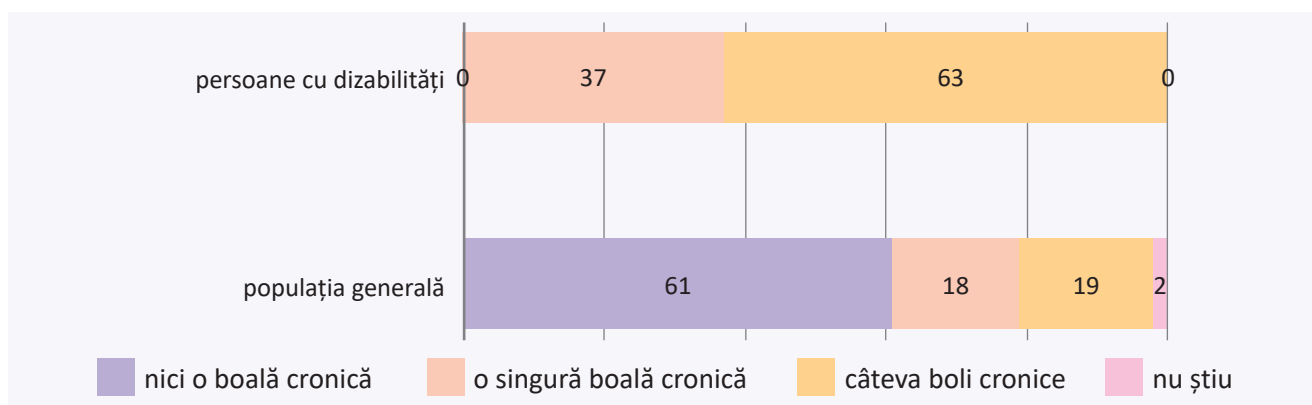
<sup>35</sup> Planul de pregătire și răspuns al sistemului sănătății în urgențe de sănătate publică, 2020. Disponibil la: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/02/Plan-USP-07.09.2020-Final1.docx.pdf>

<sup>36</sup> Plan de răspuns al Guvernului Republicii Moldova la COVID-19. Disponibil la: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/09/Plan-r%C4%83spuns-COVID-19.pdf>

### 2.3. Percepțiile persoanelor cu dizabilități privind accesul la servicii de sănătate: analiză sociologică comparativă

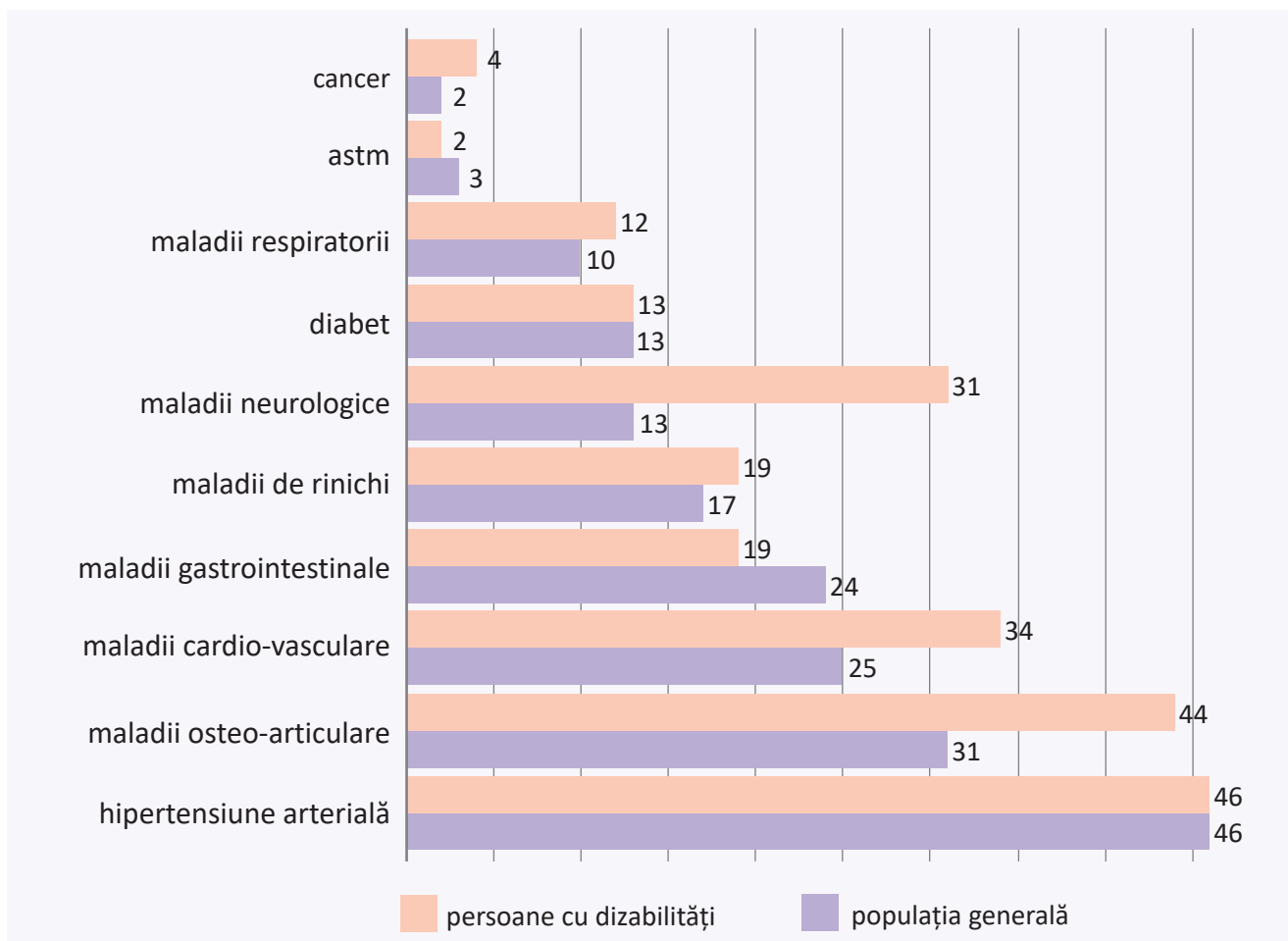
**Caracteristicile socio-demografice ale persoanelor cu dizabilități chestionate.** În total, au fost chestionate 207 persoane cu dizabilități, inclusiv 60% femei și 40% bărbați; 54% din mediul rural și 46% din mediul urban. În funcție de vârstă, 11% din respondenți au fost de 18-29 de ani, 12% – de 30-44 ani, 26% – de 45-59 ani și 51% – de 60+ ani. În funcție de nivelul de studii, 21% din respondenți au studii medii incomplete, 61% – școală medie, liceu sau școală profesional tehnică, 16% – studii superioare și 3% – nu au oferit un răspuns. În funcție de statutul ocupațional, 14% din respondenți erau angajați în câmpul muncii și 87% – nu erau angajați. Din persoanele neangajate, 34% erau pensionari de vârstă și 44% – pensionari în rezultatul unor maladii.

Comparativ cu populația generală, 100% din persoanele cu dizabilități au raportat că au o singură maladie cronică (37%) sau mai multe maladii cronice (63%). În cazul populației generale, doar 37% din cei intervievați au raportat una sau câteva maladii cronice, iar 61% – nu au raportat nicio maladie cronică.



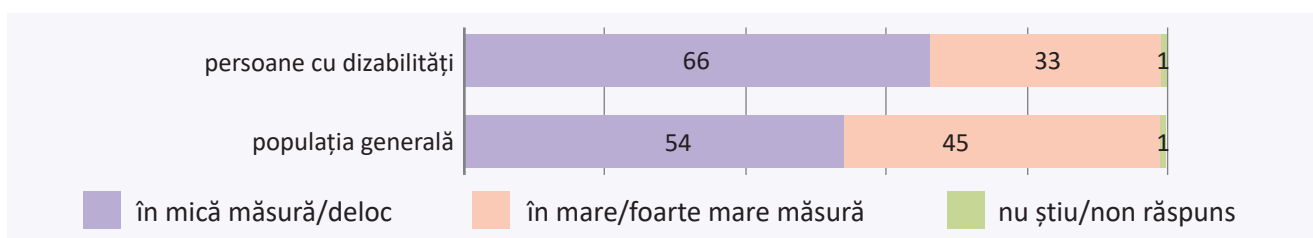
**Diagrama 51.** Ponderele persoanelor cu maladii cronice în mediul populației generale și al persoanelor cu dizabilități, %

Fiind întrebate ce boli cronice au, 46% din persoanele cu dizabilități au indicat hipertensiune arterială, 44% – maladii osteo-articulare, 34% – maladii cardiovasculare, 31% – maladii neurologice, 19% – maladii gastrointestinale, 19% – maladii de rinichi, 13% – diabet, 12% – maladii respiratorii, 4% – cancer, 2% – astm. Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu dizabilități care au raportat maladii cardiovasculare, osteo-articulare, neurologice este considerabil mai mare decât în rândul populației generale (vezi Diagrama de mai jos).



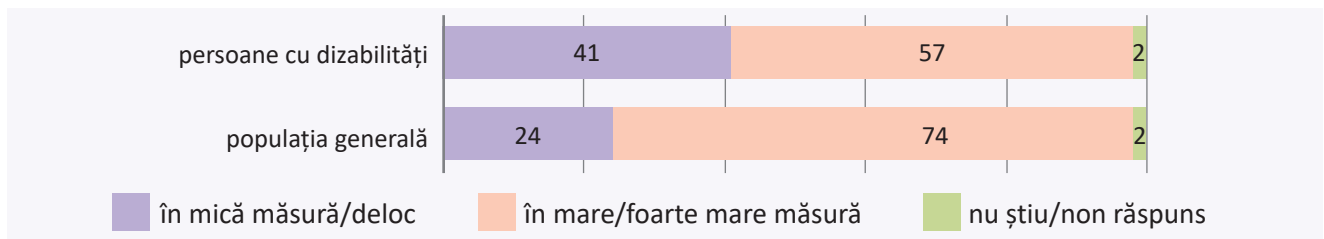
**Diagrama 52.** Ponderea persoanelor cu maladii cronice în mediul populației generale și al persoanelor cu dizabilități, %

**Gradul de satisfacție a persoanelor cu dizabilități privind diferite aspecte ale vieții.** Conform rezultatelor cercetării, mai bine de 2/3 din persoanele cu dizabilități chestionate sunt satisfăcute în mică măsură sau nu sunt satisfăcute deloc de felul în care trăiesc și 1/3 sunt satisfăcute în mare și foarte mare măsură. Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu dizabilități nesatisfăcute de modul de viață este cu circa 12 puncte procentuale mai mare.



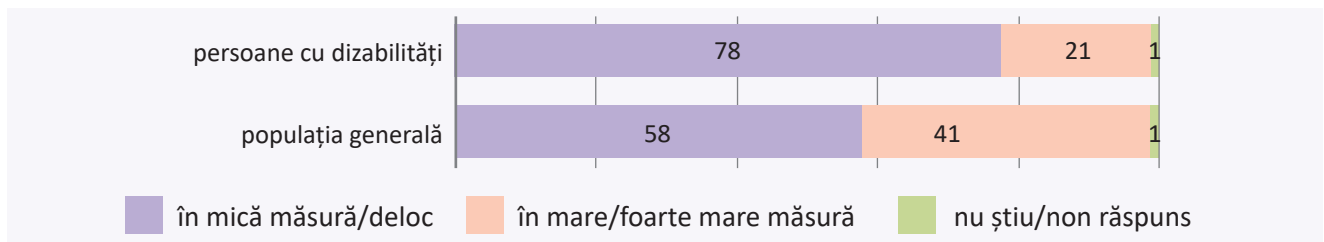
**Diagrama 53.** Gradul de satisfacție privind modul în care trăiesc, în mediul populației generale și al persoanelor cu dizabilități, %

Mai bine de jumătate din persoanele cu dizabilități au indicat că sunt satisfăcute în mare/foarte mare măsură de viața lor de familie, iar 41% – că sunt satisfăcute în mică măsură sau nu sunt satisfăcute deloc, iar 2% – nu au oferit un răspuns. Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu dizabilități nesatisfăcute de viața de familie este mai mare cu 17 puncte procentuale.



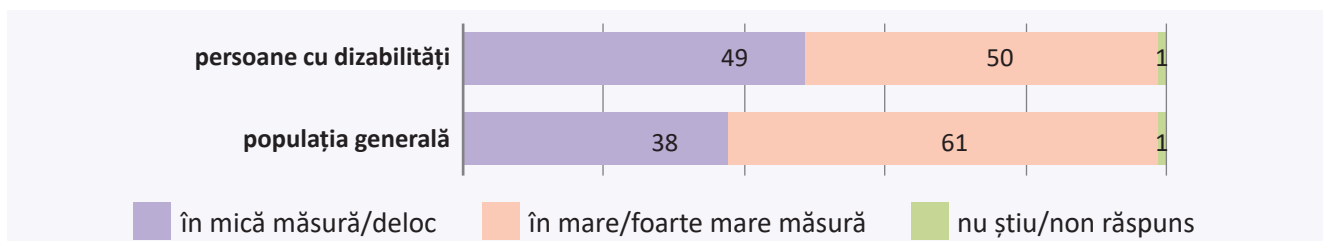
**Diagrama 54.** Gradul de satisfacție privind viața de familie, în mediul populației generale și al persoanelor cu dizabilități, %

Marea majoritate a persoanelor cu dizabilități (78%) au indicat că nu sunt satisfăcute deloc sau că sunt satisfăcute în mică măsură de situația materială a familiei lor, 21% – că sunt satisfăcute în mare și foarte mare măsură și 1% – nu știu. Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu dizabilități nesatisfăcute de situația materială a familiei lor este mai mare cu 20 puncte procentuale.



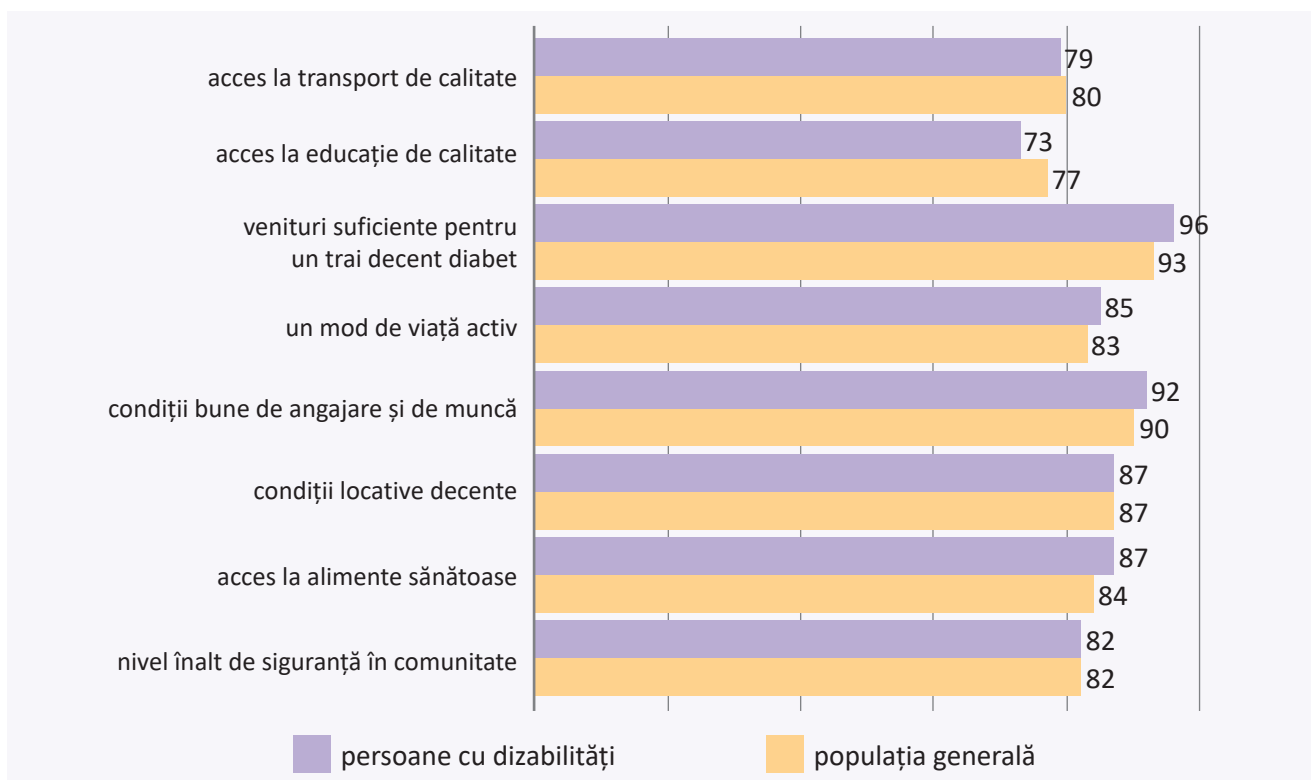
**Diagrama 55.** Gradul de satisfacție privind situația materială a familiei, în mediul populației generale și al persoanelor cu dizabilități, %

O jumătate din respondenții cu dizabilități au menționat că sunt satisfăcuți de condițiile de trai, iar altă jumătate – că nu sunt satisfăcuți. Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu dizabilități nesatisfăcute de condițiile de trai este cu 11 puncte procentuale mai mare.



**Diagrama 56.** Gradul de satisfacție privind condițiile de trai, în mediul populației generale și al persoanelor cu dizabilități, %

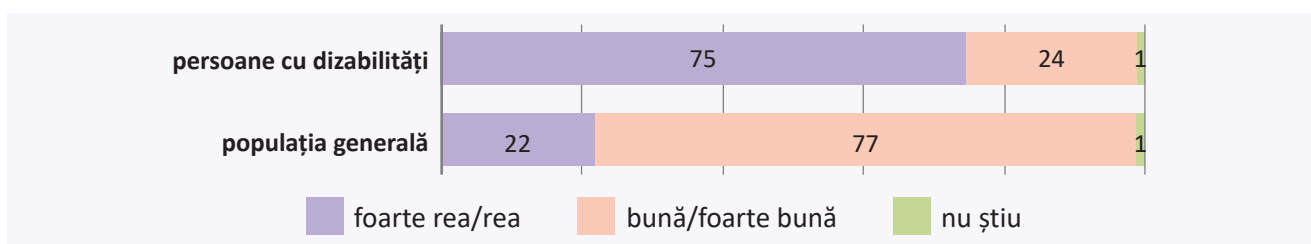
Marea majoritate a persoanelor cu dizabilități consideră că Guvernul asigură în mică măsură sau nu asigură deloc următoarele aspecte: venituri suficiente pentru un trai decent, premise pentru un mod de viață activ, condiții bune de angajare și de muncă, condiții locative decente, acces la alimente sănătoase, nivel înalt de siguranță în comunitate, iar 2/3 sunt de părerea că Guvernul asigură în mică măsură sau nu asigură deloc accesul la transport de calitate și accesul la educație de calitate (vezi Diagrama de mai jos).



**Diagrama 57.** Ponderea persoanelor care consideră că Guvernul asigură în mică măsură sau nu asigură deloc aspectele prezentate, per populație generală și per persoane cu dizabilități, %

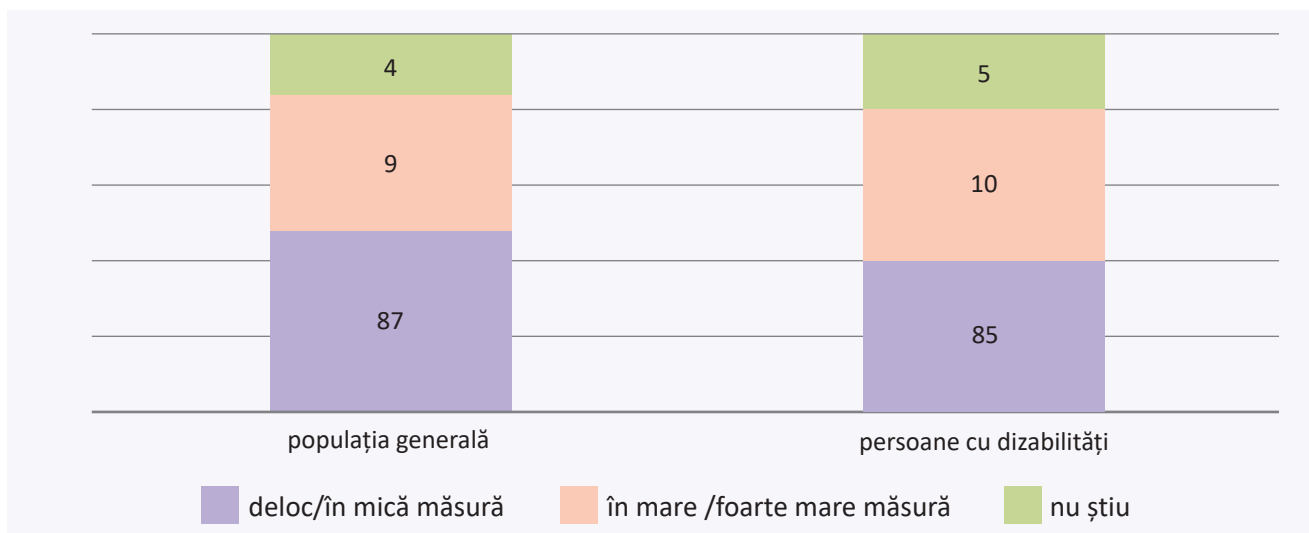
Analiza comparativă cu opiniile populației generale nu a scos în evidență discrepanțe semnificative.

Fiind rugate să își aprecieze starea de sănătate, 75% din persoanele cu dizabilități chestionate au menționat că au o stare de sănătate rea/foarte rea, 24% – că au o stare de sănătate bună/foarte bună și 1% – nu știu. Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu dizabilități care și-au apreciat starea sănătății rea/foarte rea este mai mare cu 53 puncte procentuale.



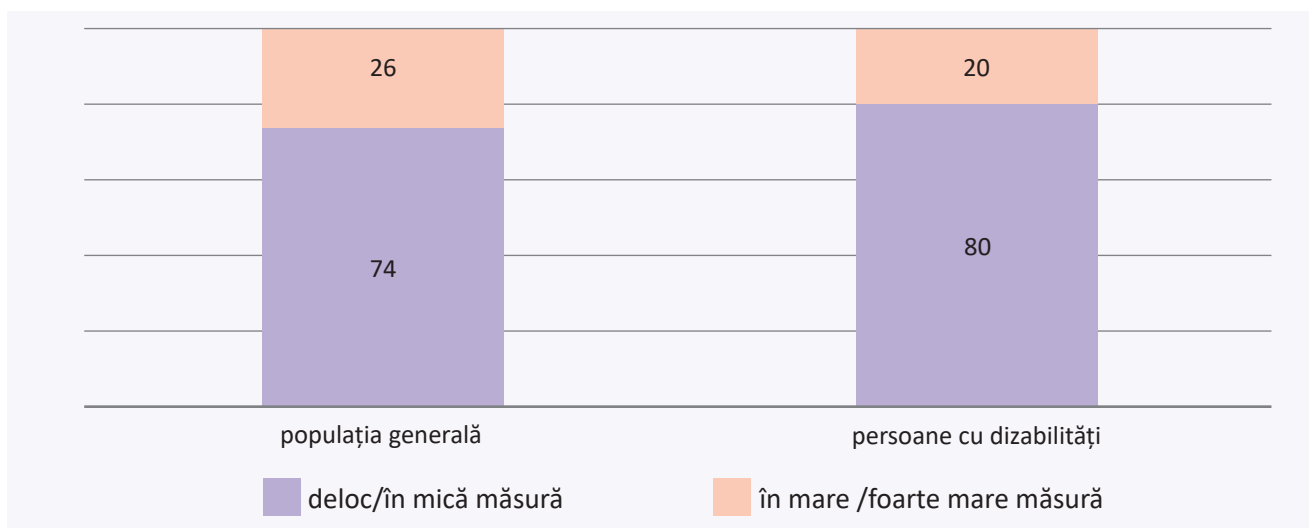
**Diagrama 58.** Percepțiile privind starea sănătății, în mediul populației generale și al persoanelor cu dizabilități, %

Discrepanțe nesemnificative dintre cele două eșantioane au fost identificate în cazul percepțiilor privind accesul echitabil la serviciile de sănătate. Astfel, în cazul persoanelor cu dizabilități, 85% au indicat că nu au deloc sau au în mică măsură acces echitabil la servicii de sănătate, 10% – că au acces echitabil la servicii de sănătate în mare/foarte mare măsură și 5% – nu știu. În cazul populației generale, diferențele de răspunsuri sunt în limita a 1-2 puncte procentuale.



**Diagrama 59.** Percepțiile populației privind accesul echitabil la servicii de sănătate, per populație generală și per persoane cu dizabilități, %

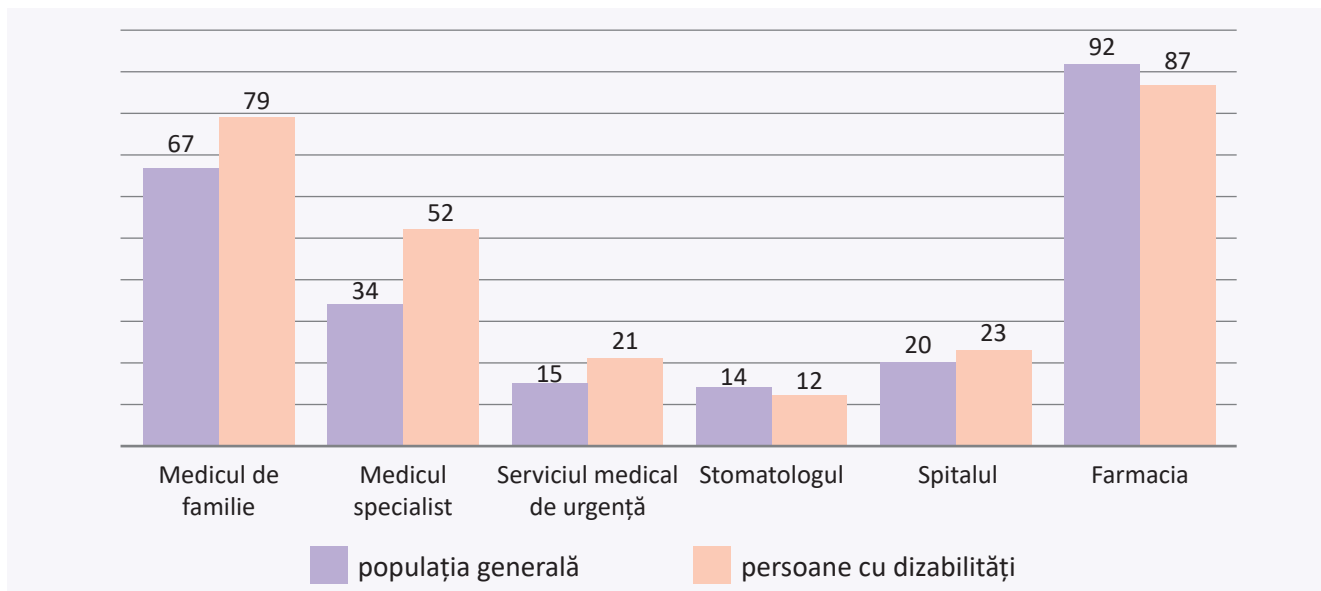
**Disponibilitatea și accesibilitatea serviciilor medicale.** Cercetarea a relevat faptul că 80% din persoanele cu dizabilități au accesat serviciile medicale pe timp de pandemie și 20% – nu au accesat. Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu dizabilități care au accesat serviciile medicale este cu 6 puncte procentuale mai mare.



**Diagrama 60.** Ponderea persoanelor care au accesat serviciile medicale pe timp de pandemie, per eșantion populație generală și per eșantion persoane cu dizabilități, %

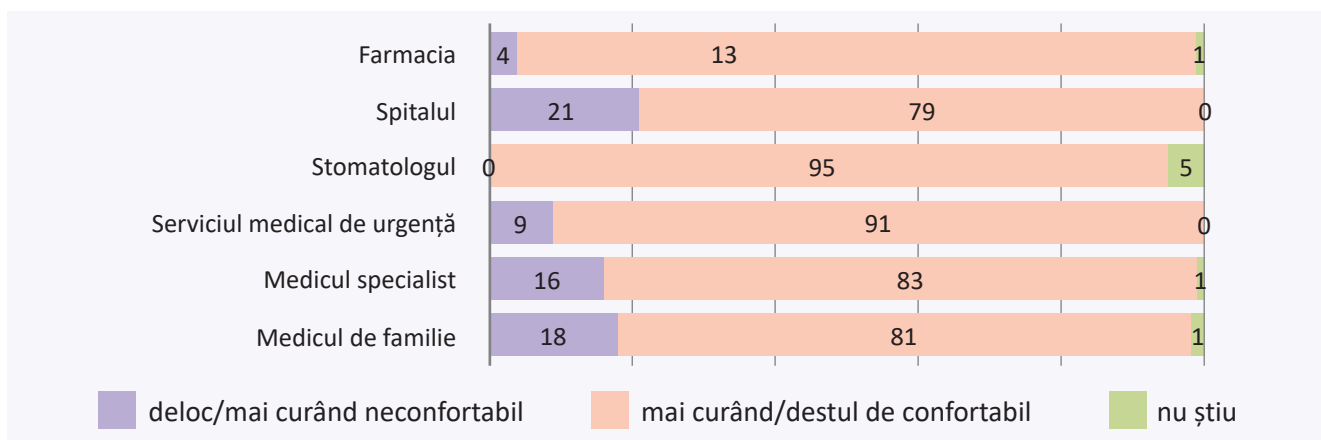
Printre primele trei cauze de neaccesare a serviciilor medicale, atât în cazul persoanelor cu dizabilități, cât și în cazul populației generale, au fost indicate: nu au avut nevoie (64%), frica de infectare (10%) și faptul că nu voiau să încarce sistemul de sănătate (5%). Totodată, persoanele cu dizabilități au mai menționat neîncrederea în medici (5%), calitatea proastă a serviciilor (5%) și faptul că nu avea rost, deoarece maladia nu poate fi supusă tratamentului.

Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu dizabilități care au accesat diferite servicii medicale este mai mare. Astfel, 92% au fost la farmacie (populația generală – 87%), 79% – au vizitat medicul de familie (populația generală – 67%), 52% – au vizitat medicul specialist (populația generală – 34%), 23% – au fost la spital (populația generală – 20%), 21% – au fost la serviciul medical de urgență (populația generală – 15%). În cazul stomatologului, ponderea persoanelor cu dizabilități care au accesat acest serviciu (12%) este cu 2 puncte procentuale mai mică decât în cazul populației generale (14%).



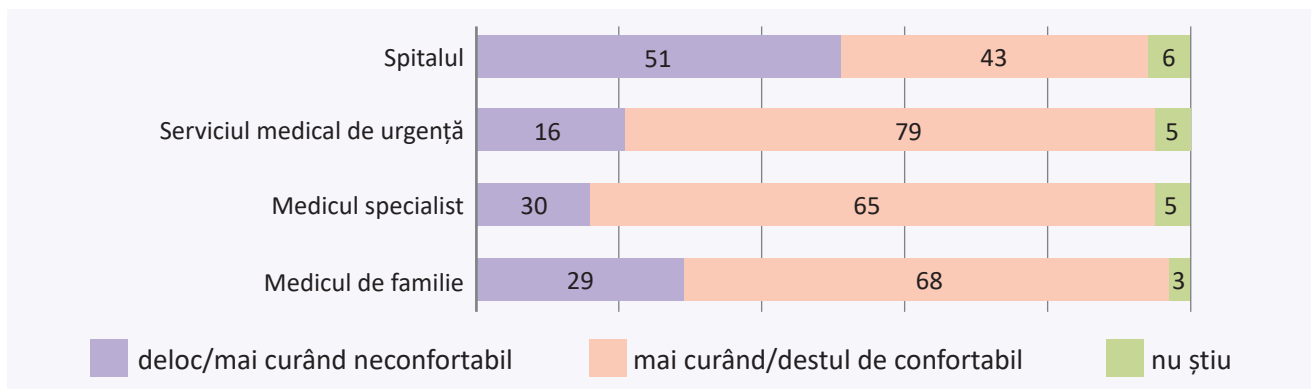
**Diagrama 61.** Servicii medicale accesate de către persoanele cu dizabilități și populația generală în pandemie, %

Fiind întrebată cât de confortabil s-au simțit accesând diferite servicii medicale, marea majoritate a persoanelor cu dizabilități au indicat că s-au simțit mai curând confortabil/destul de confortabil. În același timp, fiecare a cincea persoană care a fost la spital a indicat că s-a simțit mai curând neconfortabil/nu s-a simțit deloc confortabil. De asemenea, s-au simțit neconfortabil fiecare a șasea persoană cu dizabilități care a vizitat medicul specialist, fiecare a șaptea persoană care a vizitat medicul de familie și fiecare a unsprezecea persoană care a vizitat serviciul medical de urgență.



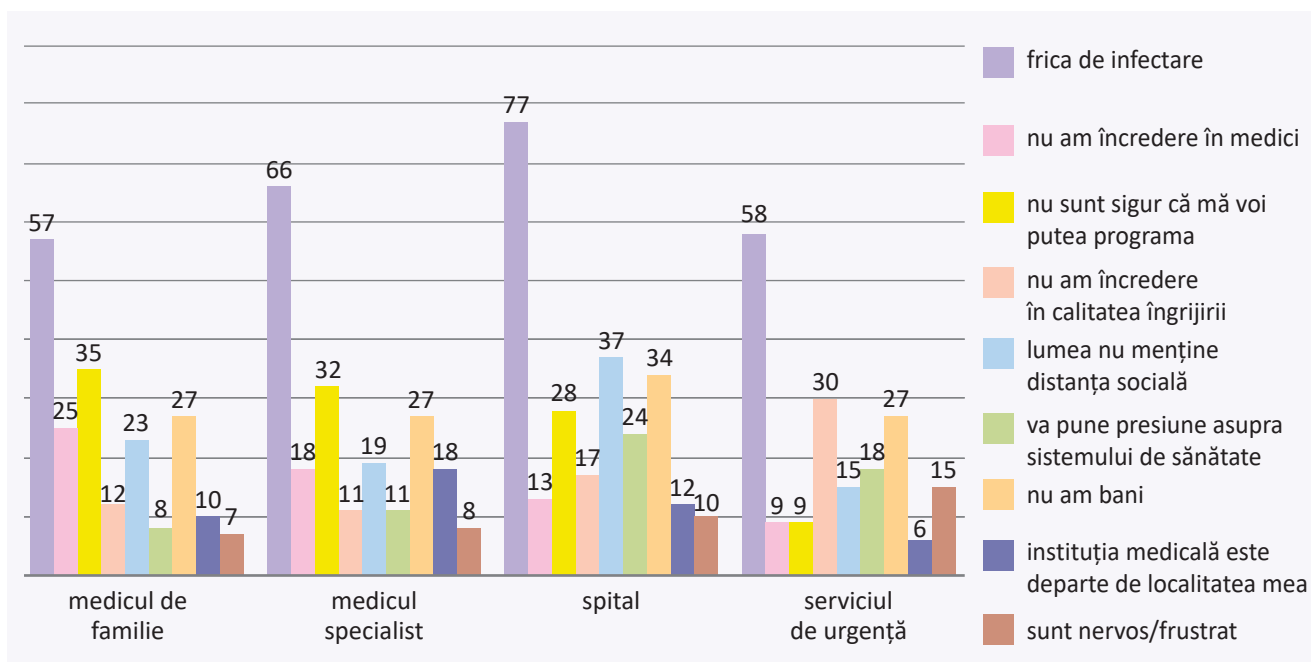
**Diagrama 62.** Percepțiile persoanelor cu dizabilități privind starea de confort în timpul accesării serviciilor medicale pe timp de pandemie, %

Ca și în cazul populației generale, ponderea persoanelor cu dizabilități care s-ar simți neconfortabil sau mai curând neconfortabil să acceseze diferite servicii medicale în următoarele două săptămâni este în creștere comparativ cu cea a persoanelor care au accesat în trecut. Astfel, fiecare a doua persoană cu dizabilități a indicat că s-ar simți neconfortabil să se ducă la spital, fiecare a treia – că s-ar simți neconfortabil să se ducă la medicul specialist sau la medicul de familie, fiecare a șasea persoană s-ar simți neconfortabil să acceseze serviciul de medicină de urgență.



**Diagrama 63.** Percepțiile persoanelor cu dizabilități privind starea de confort dacă ar accesa serviciile medicale în următoarele două săptămâni, %

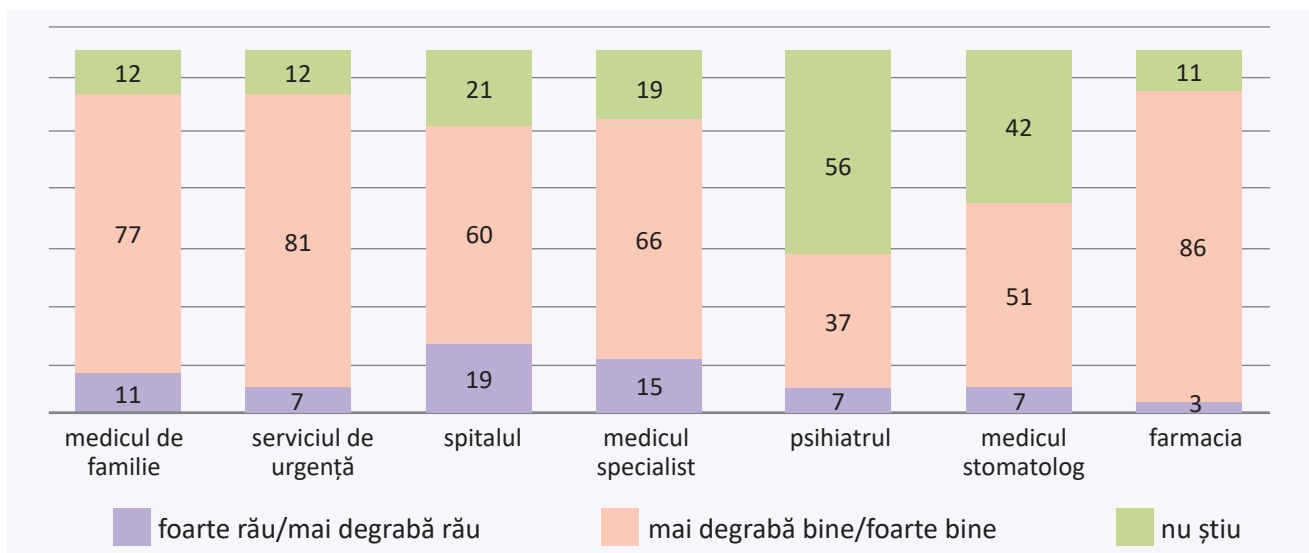
Fiind întrebați de ce nu s-ar simți confortabil, respondenții au afirmat că o primă cauză referitoare la toate serviciile este frica de infectare (57%-77%). Următoarele două cauze în cazul medicului de familie și al medicului specialist sunt nesiguranța că se vor putea programa (35% și, respectiv, 32%) și faptul că nu au bani (27% în ambele cazuri), după care urmează – lumea nu menține distanța socială (23% și, respectiv, 19%) și lipsa încrederii în medici (25% și, respectiv, 18%). În cazul spitalului, au fost menționate complementar următoarele cauze: lumea nu menține distanța socială (37%), lipsa de bani (34%), nu sunt siguri că se vor putea programa (28%) și nu vor să pună presiune pe sistemul medical (24%). În cazul serviciului de urgență, persoanele cu dizabilități au indicat următoarele cauze: nu au încredere în calitatea îngrijirii (30%), lipsa de bani (27%), nu vor să pună presiune pe sistemul medical (18%).



**Diagrama 64.** Cauzele care ar provoca disconfort în accesarea serviciilor medicale în următoarele două săptămâni, % persoane cu dizabilități

Mai bine de 2/3 din persoanele cu dizabilități chestionate s-au dat cu părerea că medicul de familie, serviciul de urgență, spitalul, medicul specialist, farmacia au gestionat situația pandemică destul de bine. Circa jumătate din respondenți consideră că medicul stomatolog a gestionat situația mai degrabă bine/foarte bine și 37% – că medicul psihiatru a gestionat situația pandemică bine.

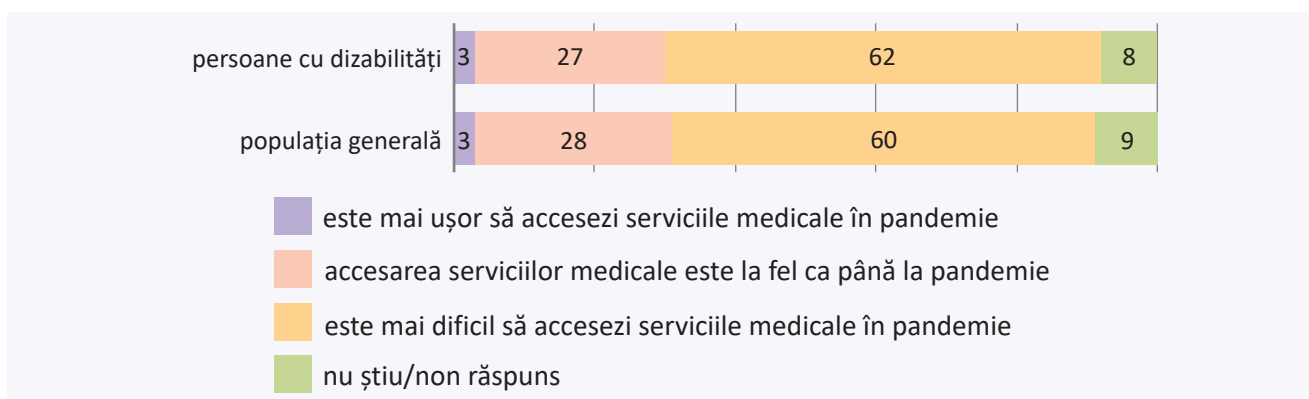




**Diagrama 65.** Percepțiile persoanelor cu dizabilități privind managementul diferitelor servicii medicale pe timp de pandemie, %

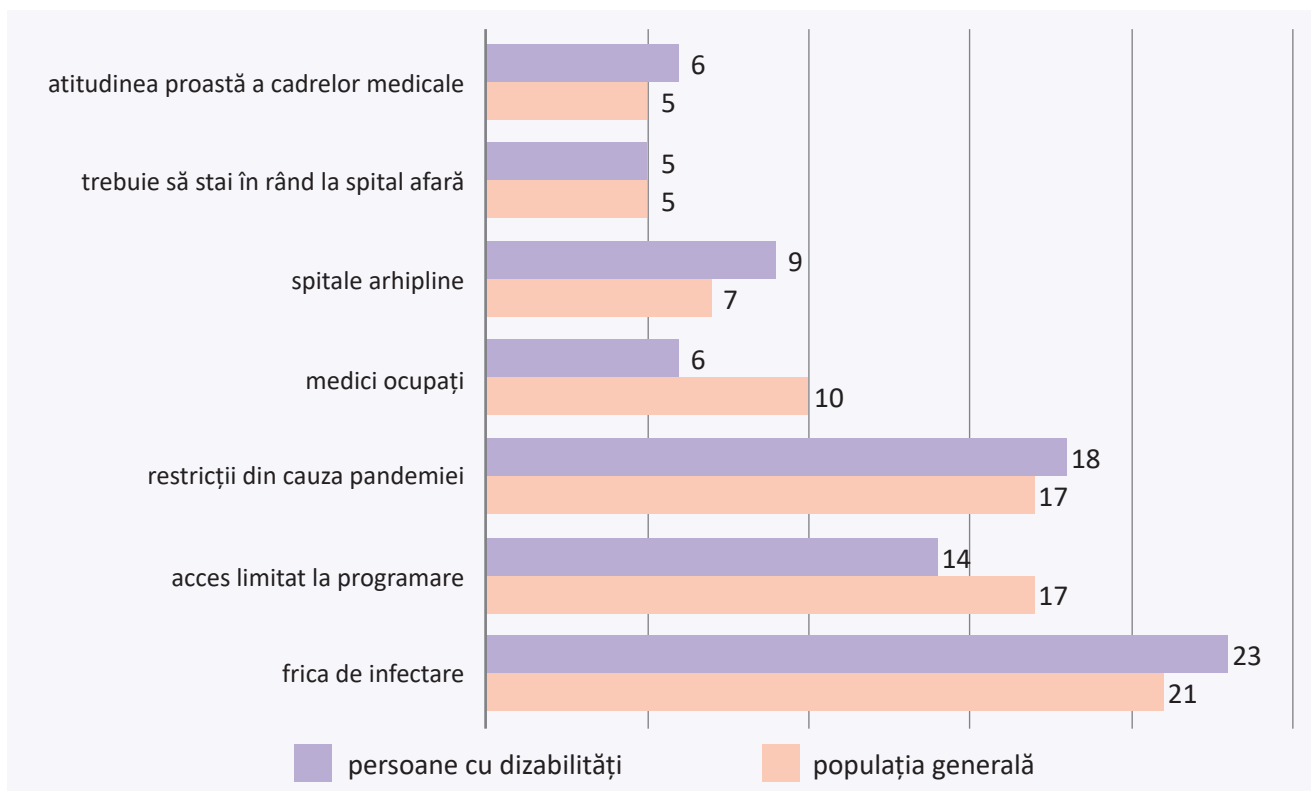
În cazul ultimelor două servicii medicale, este destul de mare ponderea respondenților care nu au beneficiat de acestea și nu au putut oferi o opinie. În același timp, fiecare a cincea persoană cu dizabilități a menționat că spitalele au gestionat serviciile medicale mai degrabă rău/foarte rău. De aceeași opinie au fost 15% din respondenți în cazul medicului specialist și 11% – în cazul medicului de familie.

Părerile persoanelor cu dizabilități privind dificultatea accesării serviciilor medicale pe timp de pandemie nu se deosebesc de cele ale populației generale. Astfel, ca și în cazul populației generale, în jur de 60% din respondenții cu dizabilități consideră că în pandemie a fost mai dificil de accesat serviciile medicale. Fiecare al treilea chestionat a fost de părerea că a putut accesa serviciile medicale ca și până la pandemie, 3% – că a fost mai ușor să acceseze serviciile medicale și 8% – nu știu.



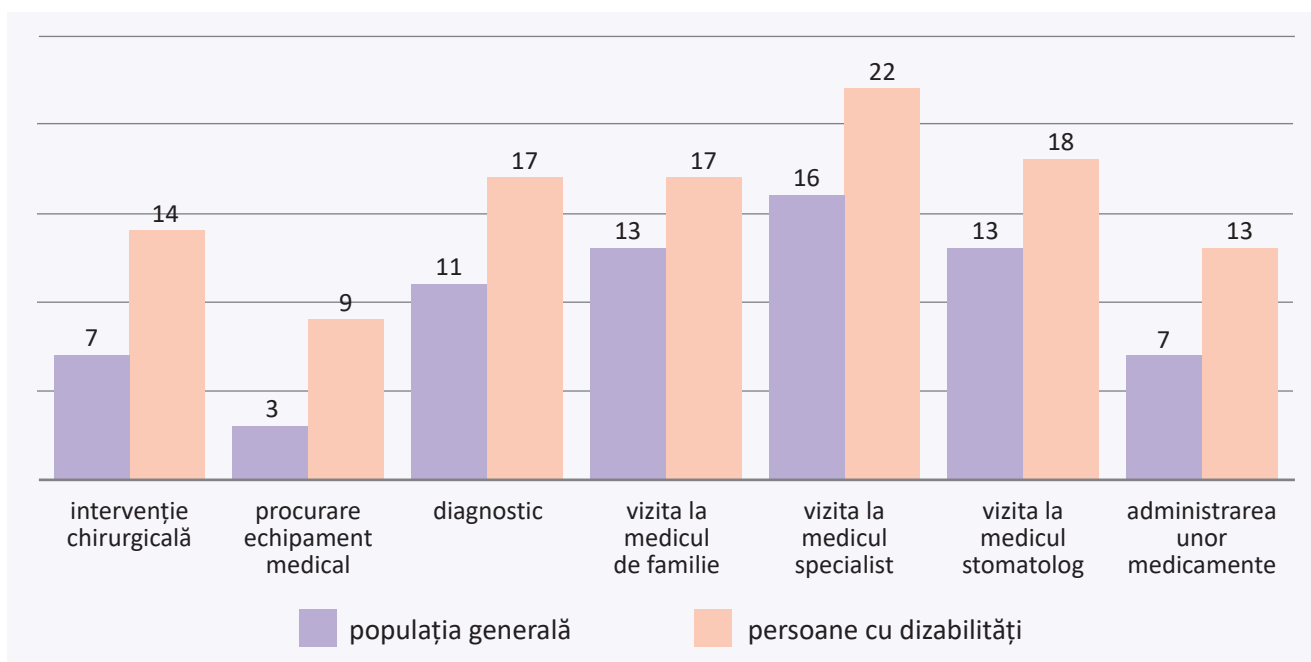
**Diagrama 66.** Percepțiile respondenților privind gradul de dificultate de accesare a serviciilor medicale în pandemie, persoane cu dizabilități, populație generală, %

Accesarea dificilă a serviciilor medicale în pandemie este motivată, potrivit persoanelor cu dizabilități, de frica de infectare (23%), restricțiile din cauza pandemiei (18%), accesul limitat la programare (14%), spitale arhipline (9%), medici ocupați (6%) și atitudinea proastă a cadrelor medicale (6%). În mare parte, aceleași motive au fost numite și de populația generală.



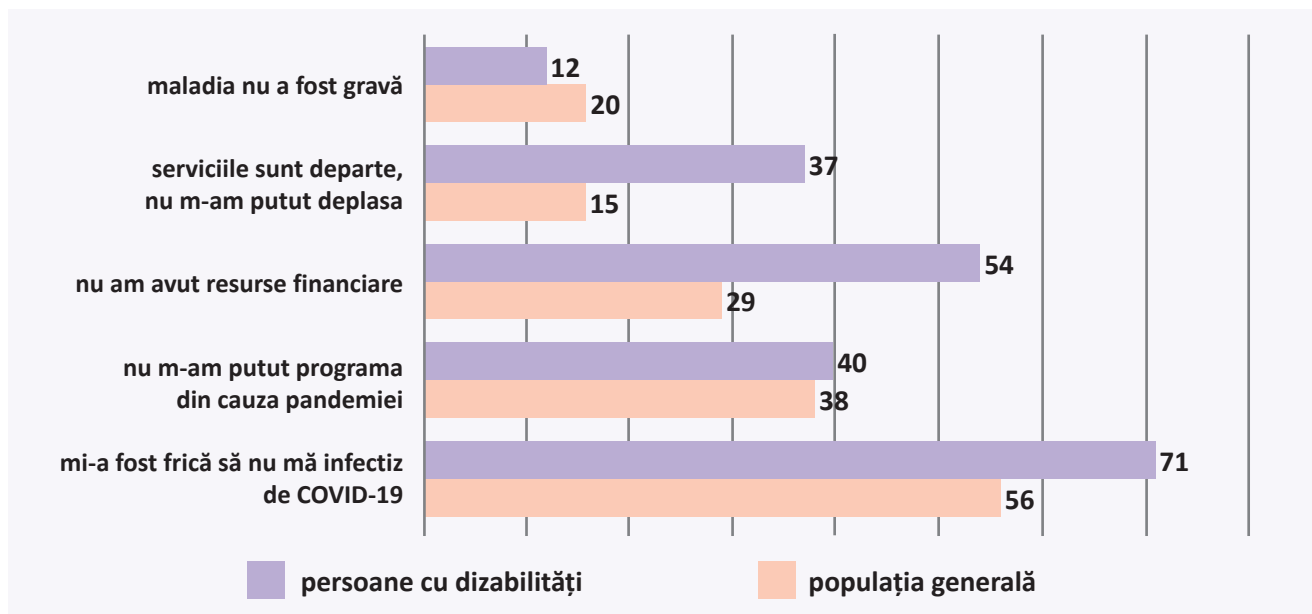
**Diagrama 67.** Cauzele accesării dificile a serviciilor medicale pe timp de pandemie, populație generală, persoane cu dizabilități, %

Conform cercetării, ponderea persoanelor cu dizabilități care au amânat serviciile medicale din cauza pandemiei este mai mare decât în cazul populației generale. Astfel, 22% din persoanele cu dizabilități (populația generală – 16%) au amânat vizita la medicul specialist, 18% (populația generală – 13%) au amânat vizita la medicul stomatolog, 17% (populația generală – 13%) au amânat vizita la medicul de familie, 17% (populația generală – 11%) au amânat vizita la serviciile diagnostice, 14% (populația generală – 7%) au amânat intervențiile chirurgicale, 13% (populația generală – 7%) au amânat administrarea unor medicamente, 9% (în populația generală – 3%) au amânat procurarea unui echipament medical.



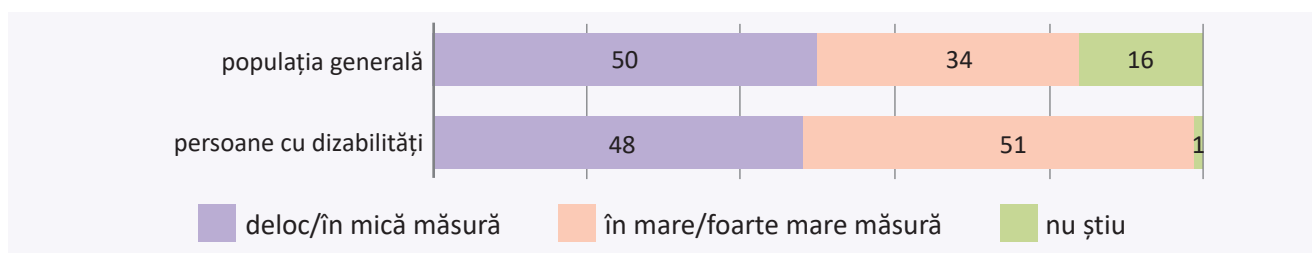
**Diagrama 68.** Ponderea persoanelor care au amânat serviciile medicale din cauza pandemiei, persoane cu dizabilități, populație generală, %

Cauzele amânării serviciilor medicale de către persoanele cu dizabilități au fost: frica de infectare (71%), lipsa resurselor financiare (54%), dificultatea de a se programa din cauza pandemiei (40%), distanța mare până la instituțiile medicale și imposibilitatea de a se deplasa (37%). Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu dizabilități care au enunțat cauzele de mai sus este accentuat mai mare. Astfel, ponderea persoanelor cu dizabilități care au amânat serviciile din cauza că nu s-au putut deplasa sau nu au avut resurse financiare este de circa două ori mai mare decât în cazul populației generale. Ponderea persoanelor cu dizabilități care au amânat serviciile medicale din cauza fricii de infectare este cu 15 puncte procentuale mai mare decât în cazul populației generale.



**Diagrama 69. Ponderea respondenților care au amânat serviciile medicale din cauza pandemiei, per populație generală și persoane cu dizabilități, %**

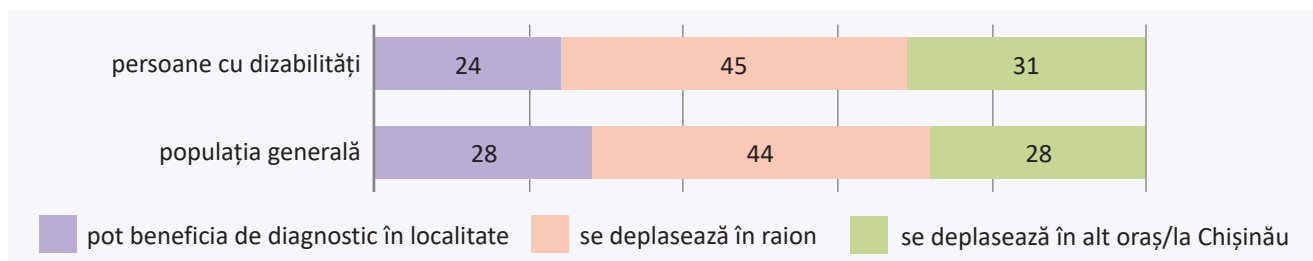
Amânarea serviciilor medicale a avut un impact negativ asupra unui număr mai mare de persoane cu dizabilități comparativ cu populația generală. Astfel, 51% din persoanele cu dizabilități (34% – populația generală) au indicat că amânarea serviciilor medicale le-a afectat sănătatea în mare/foarte mare măsură.



**Diagrama 70. Percepțiile respondenților privind gradul de afectare a sănătății în urma amânării serviciilor medicale, per persoane cu dizabilități, populație generală, %**

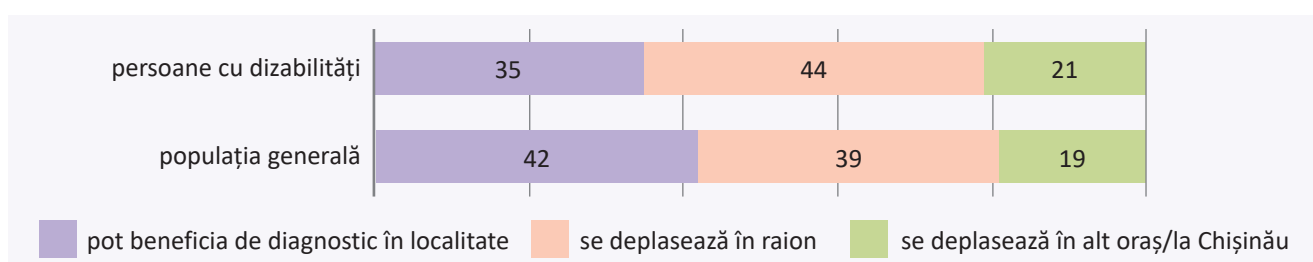
Comparativ cu populația generală (50%), ponderea persoanelor cu dizabilități care au reușit să își rezolve problemele de sănătate este mai redusă cu 14 puncte procentuale (36%); 61% din persoanele cu dizabilități, comparativ cu 46% din populația generală, nu au reușit să își soluționeze problemele de sănătate.

**Accesul fizic și informațional la serviciile medicale.** Circa un sfert din persoanele cu dizabilități (24%), comparativ cu 28% din populația generală, pot beneficia de servicii de diagnostic în localitate, 45% au menționat că se deplasează în raion (44% – populația generală) și 31% – se deplasează în Chișinău sau în alte orașe (28% – populația generală).



**Diagrama 71.** Distribuirea respondenților în funcție de faptul unde beneficiază de servicii de diagnostic, per populație cu dizabilități și populație generală, %

Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu dizabilități care pot beneficia de tratament în localitate este mai redusă. Astfel, 35% din persoanele cu dizabilități, comparativ cu 42% din populația generală, au menționat că pot beneficia de tratamentul necesar în comunitate, 44% – se deplasează în centrele raionale, iar 21% – în alte orașe sau chiar la Chișinău.



**Diagrama 72.** Distribuirea respondenților în funcție de faptul unde beneficiază de servicii de tratament, per populație cu dizabilități și populație generală, %

Conform cercetării, persoanele cu dizabilități beneficiază de foarte puțină susținere din partea autorităților locale pentru a accesa serviciile medicale. Astfel, doar 11% din persoanele cu dizabilități au menționat că sunt susținute financiar pentru a se deplasa în alte localități și a beneficia de servicii medicale și 3% au indicat că autoritățile le asigură cu transport. Mai bine de jumătate din persoanele cu dizabilități au indicat că în timpul pandemiei pot accesa medicul prin telefon, internet, iar 37% – că nu beneficiază de niciun suport în accesarea serviciilor medicale.

Discuțiile în focus-grupuri au confirmat accesul redus al persoanelor cu dizabilități la servicii medicale din multiplă perspectivă: accesibilitatea informațiilor, infrastructurii, procedurilor etc.

În opinia reprezentanților societății civile (inclusiv persoane cu dizabilități), informațiile despre serviciile de sănătate nu sunt, în general, accesibile. Persoanele cu dizabilități și/sau părinții acestora nu cunosc ce fel de servicii specializate există în republică și cum pot fi acestea accesate, ce servicii pot fi accesate în mod gratuit, unde se pot adresa pentru a depune plângeri dacă li se încalcă dreptul la sănătate etc. Nu este asigurată accesibilitatea informației în funcție de diferite tipuri de dizabilitate, prin utilizarea formatelor alternative de informare (limbaj ușor de înțeles, limbaj mimico-gestual, format audio). În condițiile pandemiei, persoanele cu dizabilități și familiile lor au resimțit acut carențele în asigurarea informării populației cu referire la serviciile de sănătate, dar și la situația COVID-19 în țară. În aceste condiții, sursele de informare rămân a fi medicul de familie (care însă nu reușește să acopere tot spectrul de informații), grupurile de pe platformele de socializare sau persoanele care sunt în situații similare.

*„Nu știu oamenii unde să caute informații despre polița de asigurare și ce acoperă ea, mai ales persoanele cu dizabilități din mediul rural. Nu știu ei să deschidă o lege sau o hotărâre de guvern. Nu înțeleg nimic de acolo, pentru că este tare întortocheată informația. Cred că informația este foarte limitată. Tot ce obțin – este ce îți se spune la medicul de familie sau de la pacient la pacient. Și în aceste cazuri informația este foarte limitată.” DFG 1*

„Acum cu accesul la rețelele de socializare, părinții se informează în cadrul comunităților pe care ei singuri le creează. Altfel, chiar este o problemă și încă destul de mare. Nu este o sursă accesibilă și sigură din care să se informeze.” DFG 1

„Mai ales la început a fost tare dificil. Cum se informau persoanele cu dizabilități de auz despre pandemie? Dar cele cu dizabilitate intelectuală? Nimic nu era clar. Nimeni nu explica nimic. S-au stopat toate programările. Policlinicile erau închise, spitalele tot.” DFG 1

„Pentru persoanele cu dizabilități de auz nu este accesibilă informația despre COVID-19, despre restricții, prevenire COVID etc. La televizor, doar 2 posturi asigurau traducerea în limbajul semnelor, dar și aceea o dată în zi. Este necesar să se asigure accesul la informație de o manieră accesibilă.” DFG 1

O altă problemă se referă la accesibilitatea redusă a infrastructurii serviciilor de sănătate, manifestată prin intrări inaccesibile (rampe de acces lipsă sau impracticabile, uși inaccesibile), clădiri cu etaje fără ascensoare, veceuri neadaptate nevoilor tuturor persoanelor, dotarea insuficientă a instituțiilor medicale cu echipamente și utilaj asistive (fotolii rulante, suporturi pentru deplasare, cârje) etc. Lipsa de accesibilitate a infrastructurii se resimte mai ales în zonele rurale ale țării.

Echipamentul și utilajul asistive reprezintă o problemă nu doar la nivel instituțional, dar și per se. Persoanele cu dizabilități întâmpină dificultăți în găsirea echipamentelor asistive, fapt care constituie o carență în accesarea serviciilor de sănătate.

„O problemă mare se referă la copiii cu deficiență de auz. Este doar un singur centru audiologic la Chișinău. Asigurarea persoanelor cu dizabilități cu aparate auditive, proteze și aparat cohlear este un sistem oarecum monopolizat. În plus, acestea trebuie să meargă o dată în jumătate de an pentru corecție. Frecvența sunetului este diferită de cea pe care o transmite aparatul auditiv și atunci provoacă un sunet stringent în ureche și persoana nu poate auzi bine. Există și problema asigurării cu echipament asistiv și a persoanelor cu dizabilități de vedere. Dacă pentru fotolii rulante și pentru aparate auditive cadrul legal oferă posibilitatea de achiziționare a acestora cu scutire de taxe de import, atunci pentru echipamentul dizabilității de vedere, ocular, așa mecanism nu există. Este o situație discriminatorie. Noi avem doar o singură organizație neguvernamentală care colectează fonduri pentru asigurarea persoanelor cu dizabilități de vedere cu echipamente asistive de vedere. Însă aceste resurse nu sunt suficiente pentru a acoperi toate necesitățile, toată cererea care există în țară pentru persoanele cu dizabilități de vedere.” DFG 1

„Dacă tot vorbim de echipament, mi s-a rupt un baston, din perechea de cârje canadiene, care se pun sub cot. Spre bucuria mea, am avut o cârjă de rezervă, care este foarte comodă, și ele sunt egale. Sunt foarte ușoare. În încercarea de a găsi altele în loc, m-am adresat la foarte multe organizații, dar până în prezent nu am putut găsi încă o cârjă sau o pereche de cârje canadiene, pentru a înlocui bastonul cela rupt, pentru că îmi trebuie să fie ușoare. Ceea ce am găsit la unele organizații – erau foarte grele, așa de grele încât chiar dacă măsura corespundea, putea să fie un kilogram și ceva un baston. Și așa sunt dificultăți în deplasare și nu este practic. Respectiv, de la începutul anului trecut folosesc rezerva mea, dar dacă se rup din nou – nu știu unde aș putea să mă adresez.” DFG 1

„Dar chiar și niște lucruri elementare nu poți găsi. Elementar, amortizorul de cauciuc pentru cârje sau curelușele astea. În Republica Moldova, de câte ori am cumpărat din farmacii, le port maximum două săptămâni și se rup. Sunt nevoită să apelez la cineva din Ucraina, să cumpăr. Peste hotare, ele costă mai ieftin și sunt mai trainice. Îmi ajung pentru un an și ceva, aici sunt mai scumpe și țin doar două săptămâni.” DFG 1

„Scaune pentru duș la noi nu se prea găsesc. La fel și verticalizatoarele: în ultima perioadă, mulți părinți întreabă de ele. Le trec într-o listă și dacă primim ajutoare umanitare, evident îi ajutăm.” DFG 1

În contextul pandemiei a mai apărut un aspect ce ține de accesibilitatea serviciilor de sănătate pentru persoanele cu dizabilități: restricționări referitoare la prezența persoanelor de suport în instituțiile medicale. Persoanele cu dizabilități sunt nevoite să se descurce pe cont propriu, deoarece nu se permite accesul persoanelor de suport. Câteva exemple sunt reflectate în citatele participanților la DFG.

„Centrele COVID-19 sunt absolut neadaptate, absolut inaccesibile. Este pur și simplu periculos pentru o persoană cu dizabilitate să se afle acolo. Ele sunt inaccesibile începând de la intrare și finalizând cu veceul. În plus, nu se permite să fie cineva să te ajute, un asistent pentru o persoană cu dizabilitate. Surorile medicale nu te ajută, pentru că nu este în responsabilitatea lor. Infirmierele tot aleargă încolo-încococe. Rămâne să te bazezi pe alte

persoane internate, dar nu se poate să te atingi unul de altul. Nu este personal special sau o persoană-asistent, un fel de ajutor pentru cineva care are nevoie. Situația este groaznică, chiar groaznică. Vă spun din experiența proprie.” DFG 1

„Acum, cu pandemia, evident că se îmbolnăvesc de COVID-19 și persoanele cu sindrom Down. Iată un caz: s-a îmbolnăvit și mama, și copilul, adică un adult de 28 de ani. Au fost duși la Centrul COVID-19 Moldexpo. Ulterior, băiatul a fost repartizat într-un spital, pe mama au mai ținut-o în centrul COVID-19 încă o săptămână și apoi au repartizat-o în alt spital. El are nevoie de suportul mamei, din cauza dizabilității pe care o are. Era normal să fie în același spital și în aceeași secție, ca să aibă mama grijă de copil, chiar dacă fizic el este adult. Vreau să spun că, tot mai des, în cazul copiilor de 8, 9, 10 ani internați pentru diferite nevoi, nu le permit părinților, mamei să stea cu copilul. Desigur, pentru copil e foarte stresant. Eu cred că ar trebui mama să fie lângă copil, dacă acesta are dizabilități.” DFG 1

„Toată lumea știe că spitalele sunt echipate cu unu, două cărucioare (scaune rulante). Dar ele sunt sau vechi, sau deteriorate, foarte rar vezi un cărucior bun. Eu de vreo două ori mai nu am căzut de pe căruciorul acesta cu fața în jos și picioarele mi se târau, pentru că platforma de jos și roata erau stricate. El nu este funcțional și nu ajută nici pacienților, nici lucrătorilor care-l manevrează.” DFG1

Accesibilitatea fizică a serviciilor de sănătate este deseori compromisă și din cauza dificultăților de deplasare la acestea (transport public inaccesibil, distanțe mari, imposibilitatea achitării serviciilor de taxi). În contextul pandemiei COVID-19, deplasarea persoanelor cu dizabilități la instituțiile medicale pentru programări, analize, ridicarea rezultatelor este însoțită și de riscuri sporite de infectare cu COVID-19.

„Din cauza lipsei de transport, persoanelor cu dizabilități le vine foarte greu să meargă la servicii de reabilitare sau chiar la policlinici. Pentru ele, taxiul este destul de costisitor, dacă trăiesc doar din pensii sau din salariul de asistent personal al părinților.” DFG1

În acest context, participanții la studiu – atât din mediul asociativ, cât și reprezentanții instituțiilor medicale, ai autorităților publice locale – au menționat necesitatea reanimării serviciilor de echipă mobilă cu profil medical, care ar putea presta anumite servicii în teritoriu.

„Pe timpuri, Spitalul clinic republican avea o echipă mobilă, care mergea prin sate, prin localități mai îndepărtate și făcea screening persoanelor în vârstă, pentru a evita orbirea populației. Prin intervenția lor era evitată orbirea prematură. Această practică ar trebui reanimată, mai ales pentru profilaxia anumitor maladii: pentru vedere, pentru evitarea pierderii membrelor inferioare sau superioare, în cazul persoanelor cu dizabilitate care au diabet zaharat, pentru bolile cardiovasculare, tot ce ține de tensiune, boli cardiace. Cred că echipele acestea ar putea fi create în scopul profilaxiei sănătății publice, evitării apariției sau agravării unor dizabilități.” DFG 1

„Avem nevoie de echipe mobile. Mai ales persoanele în scaun rulant sau care stau la pat. Foarte mulți nu-și permit să meargă la diagnostic și tratament, pentru că nici bani nu au pentru deplasări, și le este și greu să se deplaseze.” DFG 1,

Potrivit unor reprezentanți din sectorul medical, dotarea cu unitate de transport ar facilita accesul medicilor de familie și al altor specialiști la domiciliul pacienților. În prezent, deplasarea la domiciliu este realizată de către medici din contul mijloacelor proprii.

O altă problemă de acces la servicii de sănătate se referă la **programările la medicii de profil**. Atât persoanele cu dizabilități, OSC active în domeniu, cât și reprezentanții sectorului de sănătate au menționat că accesarea serviciilor de sănătate este dificilă în sine, iar în contextul pandemiei, este și mai complicată. Programările la medicul de familie și, ulterior, la medicii de profil durează uneori câteva săptămâni. În cazul persoanelor cu dizabilități cu boli cronice, timpul de așteptare poate agrava dizabilitatea, chiar poate fi fatal. Odată survenită o acutizare a bolii cronice, persoanele cu dizabilități sunt nevoite să se adreseze medicilor specialiști, să facă investigațiile, să ridice rezultatele acestora în condiții de egalitate cu persoanele fără dizabilități, prin așteptarea rândului.

„O persoana cu dizabilitate cu boli cronice ar trebui să aibă acces la specialiști fără rând. S-a acutizat problema cronică, trebuie să aștepti o săptămână, două, trei ca să te pui în rând. În aceste condiții, se poate agrava situația.” DFG 1

„Vreau să zic despre copiii și persoanele cu boli rare, care au nevoie de tratamente costisitoare, care la noi, în Republica Moldova, nu sunt asigurate. Părinții sunt nevoiți să caute, să facă întregi campanii de colectare a fondurilor pentru a procura acele medicamente foarte costisitoare. Pe când, de exemplu, în alte țări, aceste

medicamente sunt gratuite. Știu că părinții sunt nevoiți să-și facă cetățenia unei alte țări ca să beneficieze de acest tratament pentru copiii lor. Așa este cu Rusia, pentru artrogripoză, sau cu România, pentru alte boli. Este foarte dificil pentru copiii cu boli genetice, care au nevoie de un tratament urgent și timpul merge contra cronometru pentru ei. Statul ar trebui să includă în buget resurse pentru copiii cu așa boli.” DFG 1

În aceste condiții, este necesară **digitalizarea** anumitor servicii. De exemplu, programările la medicii specialiști și obținerea rezultatelor ar putea fi digitalizate. În prezent, centrele private asigură acest gen de servicii, practica ce ar trebui să fie preluată și de serviciile de sănătate de stat.

„Ar fi o soluție digitalizarea rezultatelor. Să nu fii nevoit să mergi la instituția medicală pentru ca să primești rezultatele, mai ales în perioada asta, de COVID-19. Adică, mergi o dată să dai analize, apoi să poți să ai rezultatele în format digital, să le primești online. Dar așa, în cazul meu, o dată merg să iau îndreptarea. A doua oară merg la policlinică să dau analiza. Pe urmă încă o dată trebuie să merg să ridic rezultatele. Nu este ok, mai ales în perioada asta, când există virusul.” DFG 1

”Când mă adresez la centrele private, analizele sunt trimise pe poșta electronică. E comod, pentru că nu este nevoie să mergi de două-trei ori la programări, apoi după rezultate. Și dacă este posibil la instituțiile private, nu cred că este imposibil la de stat.” DFG 1

„În multe țări se aplică așa-numitele e-recipe, sau e-certificat. Ar fi bine ca această practică să fie preluată și la noi. Persoanele cu dizabilități ar putea accesa rețetele pentru medicamentele compensate, de exemplu, de la medicul de familie sau medicul specialist, evitând deplasările repetate la instituțiile medicale. Asta ar evita și aglomerarea persoanelor din grupuri vulnerabile în instituțiile medicale, măcar în cazul persoanelor care știu să utilizeze device-urile pentru a ridica e-recipele.” DFG 1

Rămâne o provocare pentru persoanele cu deficiențe de auz de a accesa serviciile medicale de **urgență 112**. Acestea trebuie să găsească o persoană terță care să contacteze la telefon serviciile ambulanței. Dificultate în comunicare o au și cu medicii de familie, pentru că ar trebui să fie asistați de un interpret mimico-gestual, costuri care nu sunt suficient acoperite din contul bugetului de stat.

„Avem Legea 112, potrivit căreia Guvernul trebuia să implementeze mai multe tehnologii asistive, în special pentru persoanele cu dizabilități de auz, care să poată accesa serviciul 112, la necesitate, în egală măsură cu alți cetățeni. O persoană cu dizabilități de auz nu poate accesa acest serviciu fără o persoană terță. La miezul nopții, acest lucru nu poate fi posibil, dacă apare o urgență. Se recomandă punerea în aplicare a angajamentelor asumate de Guvernul R. Moldova în acest sens.”

O altă problemă care reduce accesul persoanelor cu dizabilități la serviciile medicale este nivelul redus de pregătire a prestatorilor de a oferi servicii persoanelor cu diferite tipuri de dizabilități. Deseori, medicii de familie nu cunosc care sunt nevoile persoanelor cu dizabilități (în funcție de specificul dizabilității) și cum să răspundă acestora.

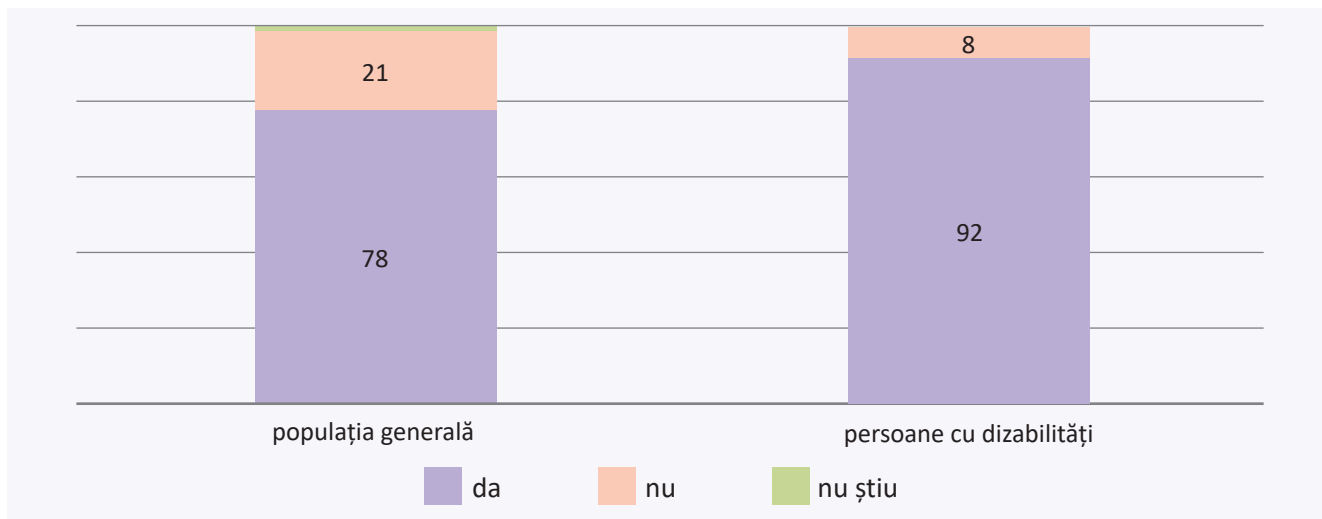
”Medicii nu cunosc cum să se comporte cu persoanele cu dizabilități. În cazul nostru, cel mai des aud: ”Mai bine duceți-vă la alții, că noi nu știm, nu lucrăm cu așa persoane.” DFG 1

”Un cunoscut de-al meu, total nevăzător, s-a dus cu soția la medicul stomatolog. Soția îl însoțea la stomatolog și l-a ajutat să urce în fotoliu. Medicul se întoarce cu spatele la cunoscutul meu și întreabă soția ce dinte îl doare? Și cunoscutul meu i-a zis: ”Dle doctor, din punctul de vedere al sănătății mentale, sunt perfect sănătos. Eu nu văd. De ce întrebați de soție ce dinte mă doare pe mine?” DFG 1

”Persoanele cu sindromul Down au foarte multe probleme de sănătate. Cel mai des, medicii de familie nu cunosc că noi trebuie să facem investigații practic la fiecare jumătate de an, la endocrinolog, stomatolog, cardi-ochirurg etc. De fiecare dată, trebuie să insiști: Eliberați-ne îndreptare să dăm analize, să facem ultrasonografie la inimă sau la glanda tiroidă etc. Și de fiecare dată, reacția medicilor de familie este de parcă le ceri ceva extraordinar.” DFG 1

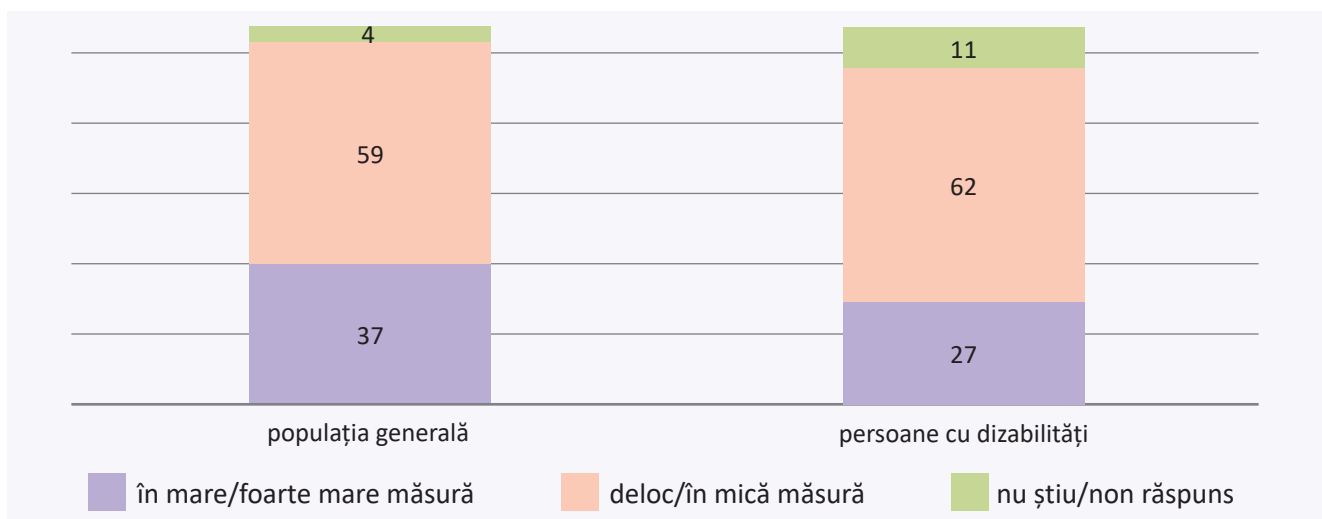
”În cazul persoanelor cu autism, nu există specialiști pregătiți, diagnosticul este foarte costisitor și nici nu există deschidere pentru a lucra pe acest segment.” DFG 1

**Accesul la serviciile acoperite financiar de CNAM.** Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu dizabilități asigurate medical este mult mai mare și constituie 92%. 8% din persoanele cu dizabilități au indicat că nu sunt asigurate medical. În cazul populației generale 21% din respondenți au menționat că nu sunt asigurați medical.



**Diagrama 73.** Ponderea respondenților asigurați medical, pe grupuri de populație, %

Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu dizabilități informată în mare și în foarte mare măsură despre serviciile medicale acoperite financiar de CNAM este mai mică cu 10 puncte procentuale și constituie 27%. Două treimi din persoanele cu dizabilități au menționat că nu sunt informate deloc sau sunt informate în mică măsură despre serviciile medicale acoperite financiar de CNAM, iar 11% – nu au oferit un răspuns.



**Diagrama 74.** Gradul de informare a respondenților despre serviciile medicale acoperite financiar de CNAM, per grupuri de populație, %

Fiecare al doilea respondent cu dizabilități a menționat că informația despre serviciile medicale acoperite financiar de CNAM nu poate fi ușor găsită (48%), că informația respectivă nu este deloc pe înțelesul tuturor (54%). Conform 2/3 din respondenții cu dizabilități, costurile pentru serviciile medicale prestate de CNAM nu sunt făcute publice deloc sau mai curând deloc. 71% din persoanele cu dizabilități (66% în cazul populației generale) au afirmat că costurile serviciilor medicale de care au nevoie nu sunt acoperite suficient din asigurarea medicală, iar 56% (procent similar în populația generală) au declarat că serviciile medicale acoperite financiar de CNAM nu sunt întotdeauna calitative.

Peste jumătate din persoanele cu dizabilități (58%), comparativ cu 60% din populația generală, au declarat că ele și familiile lor nu sunt satisfăcute de serviciile medicale acoperite financiar de CNAM, iar 11% – nu știu. Practic, doar 1/3 din persoanele cu dizabilități și, respectiv, din populația generală au menționat că sunt satisfăcute de serviciile medicale acoperite financiar de CNAM.



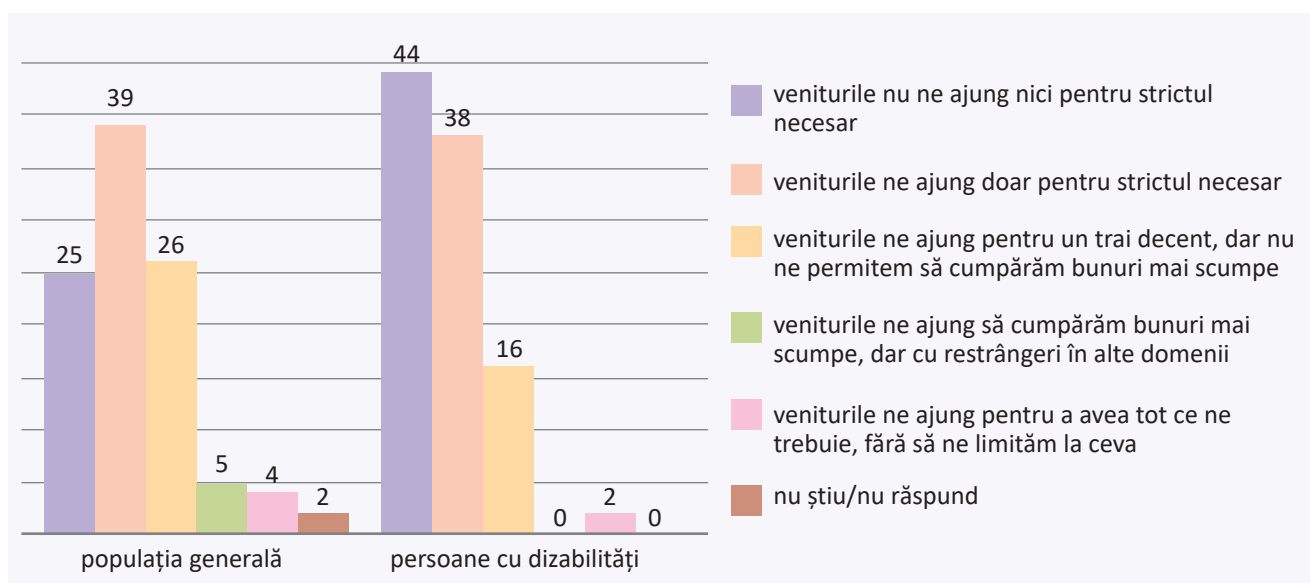
Discuțiile în focus-grupuri au confirmat faptul că persoanele cu dizabilități au un nivel de cunoștințe redus despre medicamentele acoperite de asigurarea medicală obligatorie, atât din cauza că nu cunosc unde să o găsească, cât și din cauza limbajului inaccesibil. Astfel, de exemplu, persoanele cu dizabilități intelectuale au indicat că ar avea nevoie de traducerea informației CNAM în limbaj ușor de înțeles. Persoanele cu dizabilități de vedere au indicat necesitatea de a avea informația despre medicamentele compensate în limbaj Braille. Totodată, participanții la focus-grupuri au evidențiat faptul că polița de asigurare medicală nu acoperă necesarul de servicii de sănătate. De regulă, aceasta acoperă doar patul pe o anumită perioadă de spitalizare. Medicamentele sunt un deficit cronic, în special în instituțiile medicale raionale. De regulă, acestea sunt suportate din resursele financiare ale persoanelor cu dizabilități și/sau ale familiilor lor.

*”Preparatele sunt costisitoare și nu se compensează toate. Cunosco pacienți cu epilepsie, ei au mult mai multă nevoie de preparate și ar fi bine să fie incluse mai multe pentru a fi compensate.” IA 4*

*”Asigurarea medicală acoperă doar patul, atunci când ești spitalizat. Medicamentele le cumpărăm noi. Chiar și tifonul, și lipiciul.” DFG1*

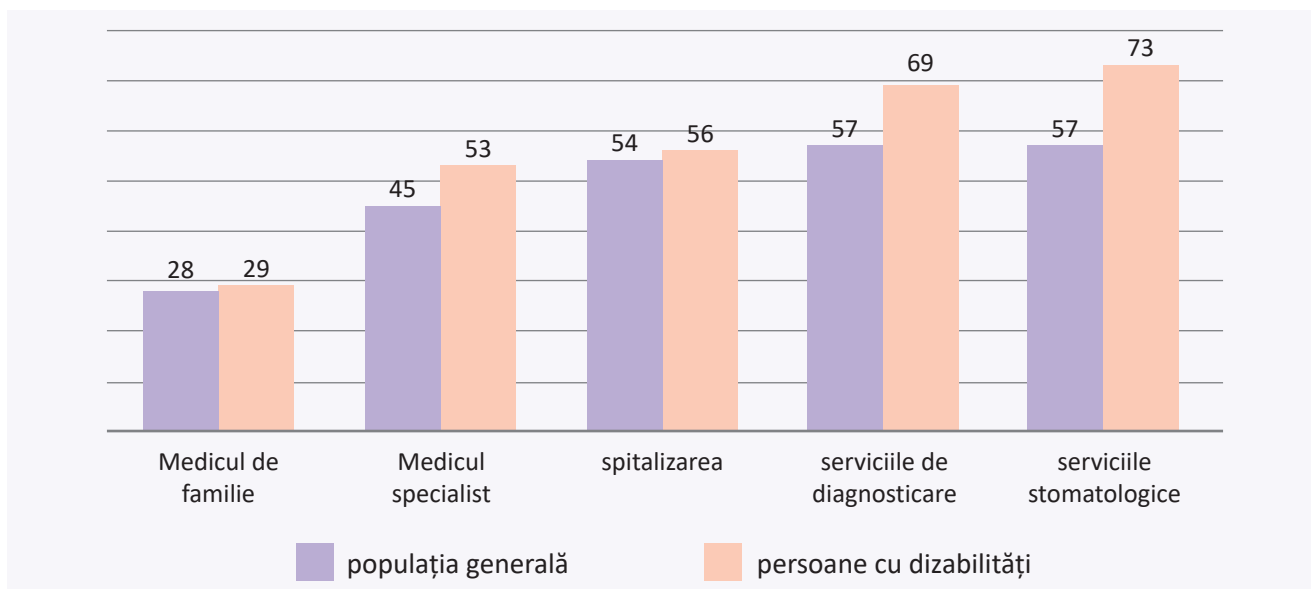
*”Din câte știu, pentru persoanele care au probleme psihologice și mentale, sunt foarte puține preparate pe care le au la îndemână, nu sunt incluse în polița de asigurare. Un bolnav mental nu are nevoie doar să doarmă și să fie liniștit. De obicei, are și probleme digestive, sau altele.” IA 5, 6*

**Accesul financiar la servicii medicale.** Cercetarea a scos în evidență faptul că persoanele cu dizabilități, spre deosebire de populația generală, au acces financiar mult mai redus la serviciile medicale. Acest fapt este determinat de veniturile lor reduse. Astfel, din Diagrama de mai jos se observă că 82% din respondenții cu dizabilități au un venit sub limita strictului necesar sau în limita strictului necesar, 16% – au un venit care le ajunge pentru un trai decent, dar nu își pot permite lucruri mai scumpe. În cazul populației generale, ponderea persoanelor care are venituri ce ajung pentru un trai decent este cu 10 puncte procentuale mai mare, iar ponderea celor care au un venit sub limita strictului necesar sau în limita strictului necesar este cu 18 puncte procentuale mai redusă.



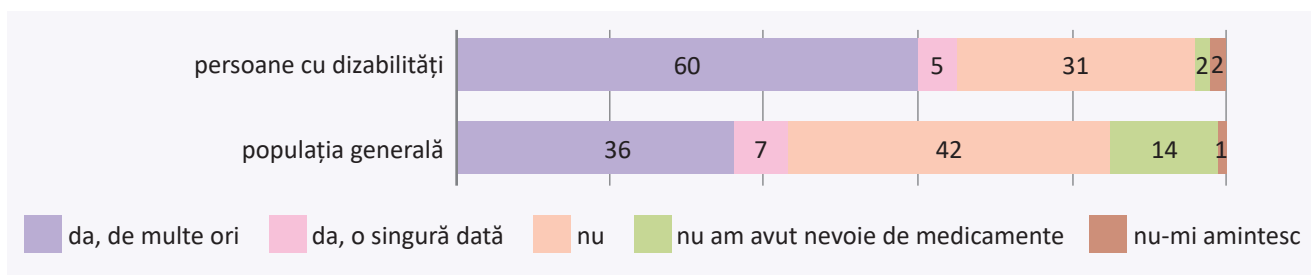
**Diagrama 75.** Aprecierea veniturilor în funcție de nevoi, pe grupuri de populație, %

Circa 3/4 din respondenții cu dizabilități (73%) nu își permit deloc sau își permit rareori din punct de vedere financiar servicii stomatologice (în cazul populației generale – 57%); 69% din respondenții cu dizabilități, comparativ cu 57% din populația generală, nu își permit deloc sau își permit rareori din punct de vedere financiar servicii de diagnosticare; 53% din respondenții cu dizabilități, comparativ cu 45% din populația generală, nu își permit deloc sau își permit rareori din punct de vedere financiar vizite la medicii specialiști.



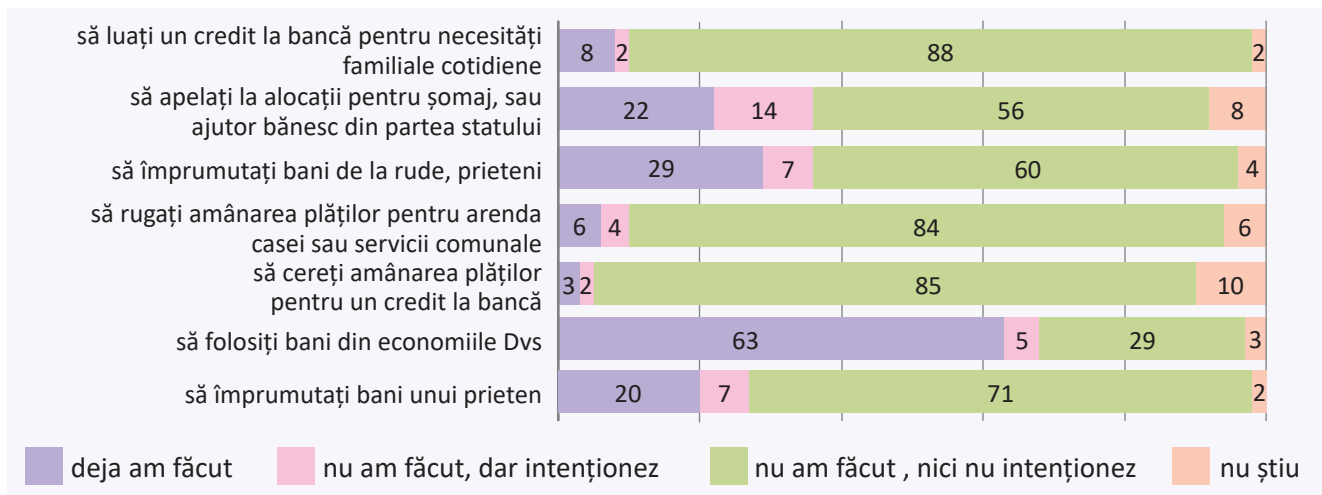
**Diagrama 76 .** Ponderea respondenților care nu își permit deloc sau își permit rareori din punct de vedere financiar să acceseze serviciile medicale menționate, pe grupuri de populație, %

Două treimi din persoanele cu dizabilități au menționat că în pandemie au fost nevoite de multe ori să reducă din cheltuielile pentru produsele alimentare și haine într-o acoperi costurile medicamentelor necesare. În cazul populației generale, ponderea acestui grup de respondenți a fost cu 24 puncte procentuale mai redusă (36%).



**Diagrama 77.** Ponderea respondenților care au fost nevoiți să reducă din cheltuielile pentru alimente și haine într-o acoperi costurile medicamentelor necesare în pandemie, pe grupuri de populație, %

Pentru a face față cheltuielilor cotidiene, 2/3 din persoanele cu dizabilități au folosit economiile proprii, fiecare al treilea respondent a împrumutat bani de la rude, prieteni, fiecare al cincilea – a apelat la alocații pentru șomaj sau la ajutor bănesc din partea statului, 8% – au luat credit de la bănci pentru necesități cotidiene.



**Diagrama 78.** Distribuția respondenților cu dizabilități în funcție de strategiile de depășire a problemelor financiare, %

Discuțiile în focus-grupuri au confirmat faptul că multe din persoanele cu dizabilități nu își permit diferite servicii medicale din cauza veniturilor mici. În primul rând, este vorba despre serviciile somatologice. Unicul serviciu medical gratis în acest caz este extracția dentară.

„Medicii stomatologi evită să trateze persoanele cu dizabilități, pentru că nu știu cum să comunice cu această categorie de pacienți sau se tem de complicațiile care ar putea interveni din cauza dizabilității. Unica opțiune rămâne extracția dinților.” DFG 1

„Persoanele cu dizabilități deseori rămân fără dinți. Ajung adulți și au nevoie de proteze dentare. Dar acestea sunt atât de scumpe, încât nu-și permit să le achite.” DFG 1

Participanții la focus-grupuri au menționat că serviciile de sănătate sunt **costisitoare** pentru cele mai multe dintre persoanele cu dizabilități. În contextul pandemiei, la cheltuielile obișnuite pentru investigații, consultații, tratament, recuperare, s-au adăugat costurile pentru efectuarea testelor COVID-19. Totodată, sistemul de sănătate nu a rezolvat problema compensării produselor igienice pentru persoanele cu dizabilități (scutece, pansamente pentru răni trofice, unguente etc.), chiar dacă această problemă a fost inclusă ca prioritate în Programul național de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități 2017-2022. Cu atât mai mult, nu este soluționată problema echipamentelor asistive (de transfer, de suport, verticalizatoare etc.).

„Când am fost operată, de trei ori am fost nevoită să achit câte 800 de lei pentru testul COVID-19. Prima dată l-am achitat la internare. A doua oară – pentru că medicul cu care am intrat în contact avea COVID-19. A trebuit să aștept 14 zile și să repet testul. A treia oară – trebuia să fac recuperare și iar să achit testul. Recuperarea – 13000 lei – a fost pe umerii mei, testul – pe umerii mei. Medicamente compensate statul nu-mi dă la patologia pe care o am. Pentru serviciile de recuperare, trebuia să mă deplasez la 55 km în fiecare zi. Dar statul cu ce mă ajută, cum finanțează?” DFG 1

„Vreau să mă refer la compensarea unor produse igienice, cum ar fi scutecele pentru persoanele cu boli cronice, care stau la pat. Sumele sunt foarte mari. Ce să facă părinții cu copii care au nevoie tot timpul de astfel de produse igienice? Sunt costuri extraordinar de mari.” DFG 1

„Și testul COVID-19; să fie măcar parțial compensat.” DFG 1

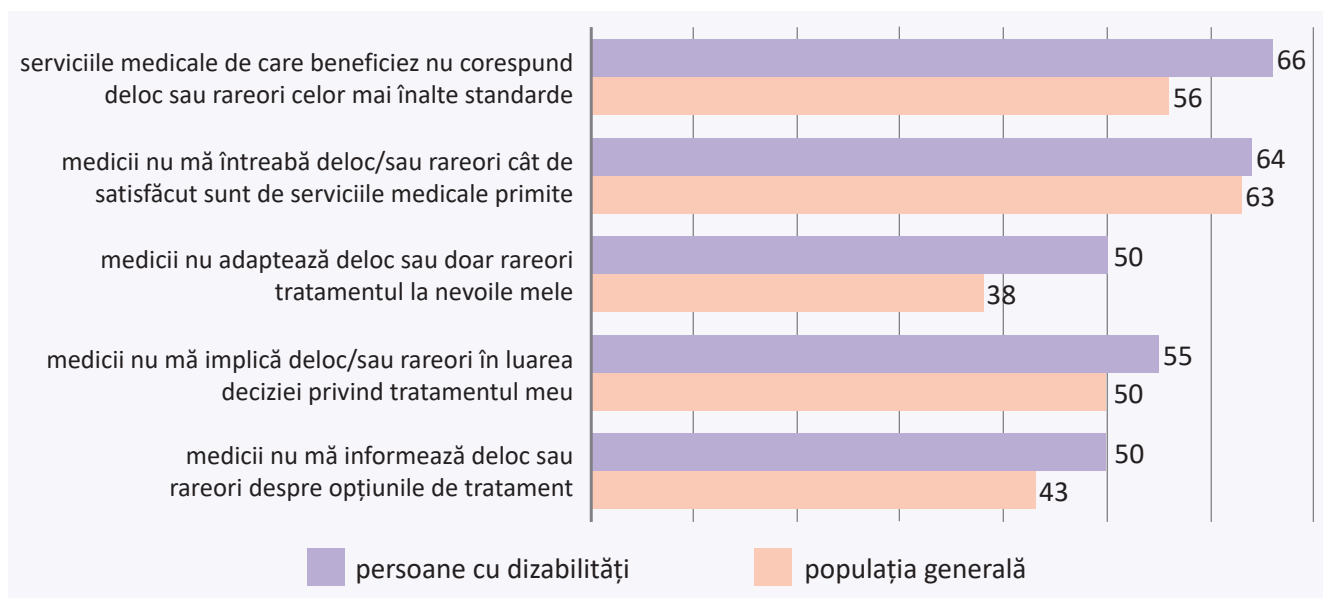
„În Fălești, medicamentele nu au ajuns nici până la COVID-19, și nici acum. Dacă erai internat în spital, pentru intervenții urgente sau pentru reabilitare, am fost întotdeauna puși în situația să procurăm medicamente, e destul de costisitor.” DFG 1

„Dacă vorbim de produsele de igienă, m-aș referi la persoanele cu dizabilități care au răni trofice, la cele cu diabet zaharat sau persoanele care au paralizie cerebrală severă. Plăgile nu trec cu una cu două. Se poate întinde pe câțiva ani și nimeni niciodată nu îți dă un unguent sau un tifon. O spun din propria experiență: costă tare scump.” DFG 1

„Vreau să mă refer la problema cu echipamentul de asistență și suport pentru persoanele cu dizabilități: pentru transferuri din pat în scaun rulant, din scaun în cadă, în duș, să facă baie, sau scripete și paturi specializate, ca persoanele imobilizate să nu facă plăgi. De exemplu, în Italia, acest echipament se oferă gratuit. La noi, nu este. Ce se întâmplă? Părintele sau îngrijitorul tot își pune sănătatea în risc, pentru că este nevoit să ridice persoana și este foarte mare riscul ca persoana să rămână fără asistență.” DFG 1

„Avem două fete cu dizabilități de auz. Au primit aparatele auditive gratuit. După asta – totul e pe contul familiei: olivele, bateriile, care trebuie schimbate o dată la două săptămâni, și reglarea aparatelor conform audiogramelor. În plus, trebuie să mergi la Chișinău pentru acestea. Și noi nu avem specialiști atât de buni ca să le regleze.” DFG 1

Îngrijirea medicală adecvată nevoilor. Cercetarea a scos în evidență faptul că **persoanele cu dizabilități, comparativ cu populația generală, și mai puțin sunt implicate în procesul de luare a deciziilor privind tratamentul lor** (vezi Diagrama de mai jos). Astfel, fiecare a doua persoană cu dizabilități a menționat că nu este informată deloc sau este informată rareori despre opțiunile de tratament, că nu este implicată deloc sau este implicată rareori în luarea deciziilor privind tratamentul, că medicii nu adaptează deloc sau adaptează rareori tratamentul la nevoile individuale. 2/3 din respondenții cu dizabilități au menționat că medicii nu îi întreabă deloc sau îi întreabă rareori despre gradul lor de satisfacție privind serviciile medicale primite. 66% din respondenții cu dizabilități consideră că serviciile medicale de care beneficiază nu corespund deloc sau corespund rareori celor mai înalte standarde.



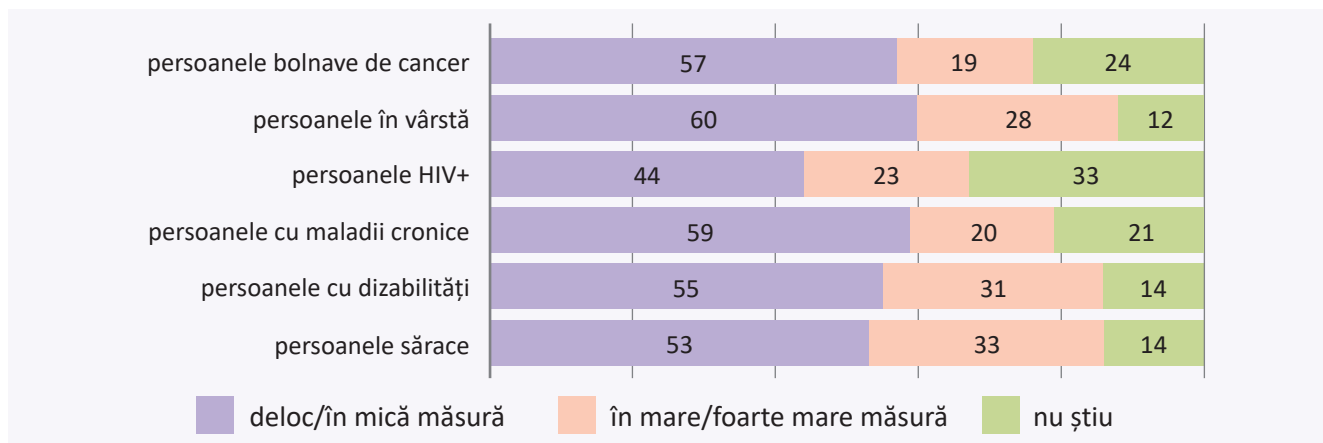
**Diagrama 79.** Ponderele persoanelor care consideră că sunt implicate rareori sau deloc în luarea deciziilor privind tratamentul, pe grupuri de populație, %

Conform discuțiilor în focus-grupuri, persoanele cu dizabilități sunt nemulțumite de serviciile de reabilitare/recuperare, care, conform opiniei lor, nu corespund nevoilor și sunt foarte necalitative. În viziunea lor, ar fi bine ca Guvernul să preia experiența din alte țări și să ofere persoanelor cu dizabilități o anumită sumă de bani, cu care să își procure serviciile de la furnizorii care prestează servicii calitative.

„CREPOR este un serviciu de stat pentru persoanele cu dizabilități, care oferă beneficiarilor săi încălzămintă gratuit, dar ceea ce oferă nu este conform standardelor. Încălzămintea este foarte grea, urâtă, iar persoanele cu dizabilități nu au nicio alternativă. Chiar și pentru copii, încălzămintea asta, mă scuzați, e copită de cai de tracțiune. Neagră și grea, foarte grea. Un copil, o fetiță sau un băiat care are probleme locomotorii, cum poate să o ridice? Nu vreau să critic CREPOR, dar statul trebuie să ofere alternative. Mai bine să-mi dea o anumită sumă de bani, să am posibilitatea să aleg, să fac la comandă unde consider eu de cuviință. Eu cunosc foarte puțini specialiști, pot să-i număr, unu sau două persoane, care prestează asemenea servicii, adică oferă și fac cât de cât bineșor.” DFG 1

„Cel mai bine e să fie un fel de card, unde să se aloce banii pentru serviciile care trebuie accesate și persoana cu dizabilități sau părintele singur să aleagă. De exemplu: în instituțiile medicale sunt logopezi care prestează servicii gratuite, dar accesul la ei este practic imposibil. De ce să nu mergi la un logoped privat?” DFG 1

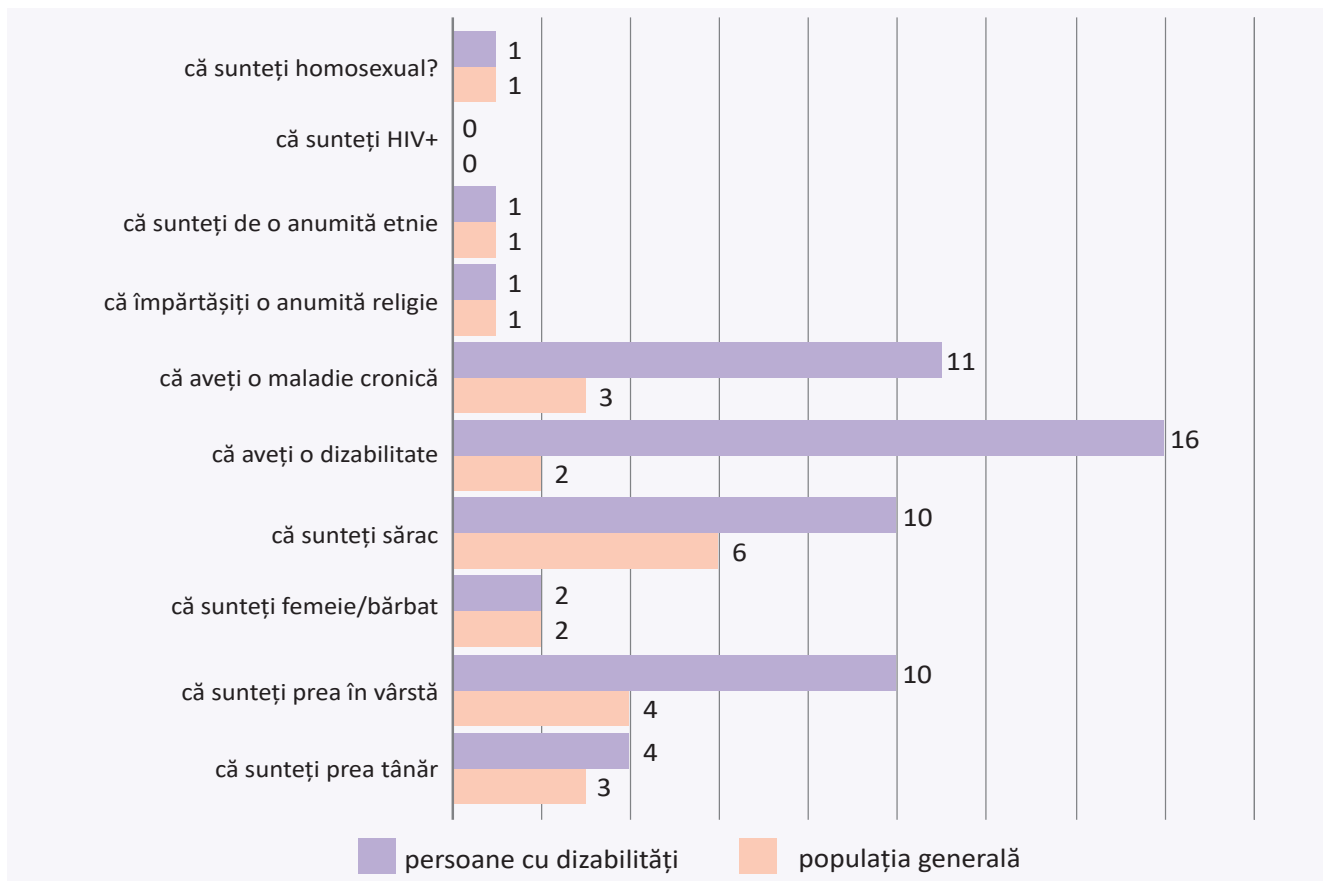
**Stigmatizarea persoanelor cu dizabilități în instituțiile medicale.** Două treimi din respondenții cu dizabilități consideră că persoanele în vârstă nu sunt deloc discriminate sau sunt discriminate în mică măsură, iar mai bine de jumătate sunt de părerea că nu sunt deloc discriminate sau sunt discriminate în mică măsură persoanele sărace, persoanele cu dizabilități, persoanele cu maladii cronice, persoanele bolnave de cancer. Totodată, ponderea persoanelor cu dizabilități care cred că grupurile vulnerabile de populație sunt discriminate în mare și în foarte mare măsură continuă să fie destul de înaltă. Astfel, fiecare al treilea respondent cu dizabilități consideră că persoanele cu dizabilități, persoanele sărace și persoanele în vârstă sunt discriminate în mare și în foarte mare măsură, iar fiecare al cincilea respondent – că sunt discriminate în mare și în foarte mare măsură persoanele cu maladii cronice, persoanele HIV pozitive și persoanele bolnave de cancer.



**Diagrama 80.** Percepția persoanelor cu dizabilități privind gradul de discriminare a diferitelor grupuri de populație vulnerabile, %

Comparativ cu populația generală, ponderea respondenților cu dizabilități care consideră că persoanele cu dizabilități sunt discriminate în mare și în foarte mare măsură este cu 5 puncte procentuale mai mare. În cazul persoanelor sărace și al persoanelor cu HIV, ponderea respondenților cu dizabilități care consideră că aceste grupuri sunt discriminate în mare și în foarte mare măsură este mai mică cu 6 și, respectiv, 4 puncte procentuale comparativ cu populația generală. În cazul celorlalte grupuri, distribuția procentuală a percepțiilor în mediul respondenților cu dizabilități și al populației generale este similară.

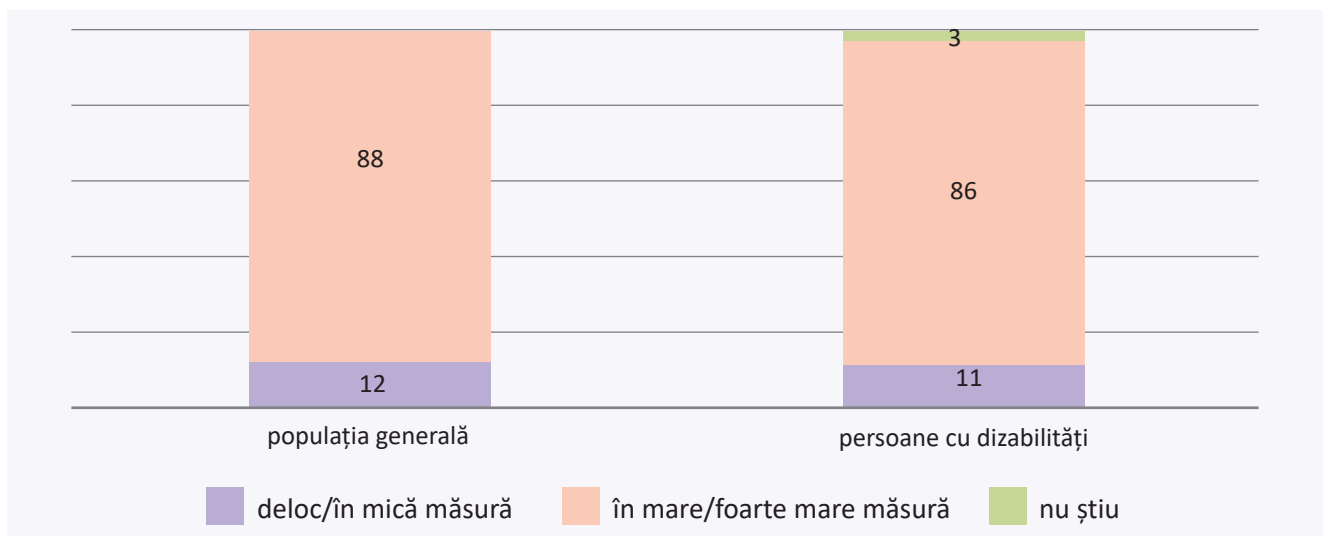
La nivel obiectiv, ponderea persoanelor cu dizabilități care au indicat că au fost stigmatizate în instituțiile medicale pe anumite criterii în ultimele 12 luni este mai mare decât cea a populației generale. Astfel, 16% din persoanele cu dizabilități au menționat că au fost stigmatizate pe criteriu de dizabilitate (populația generală – 2%), 11% – au fost stigmatizate pe criteriu de sănătate (populația generală – 3%), 10% – au fost stigmatizate pe criteriu de sărăcie (populația generală – 6%), 10% – au fost discriminate pe motiv de vârstă avansată (populația generală – 4%).



**Diagrama 81.** Ponderea respondenților care s-au simțit discriminați pe diferite criterii în ultimele 12 luni, pe grupuri de populație, %

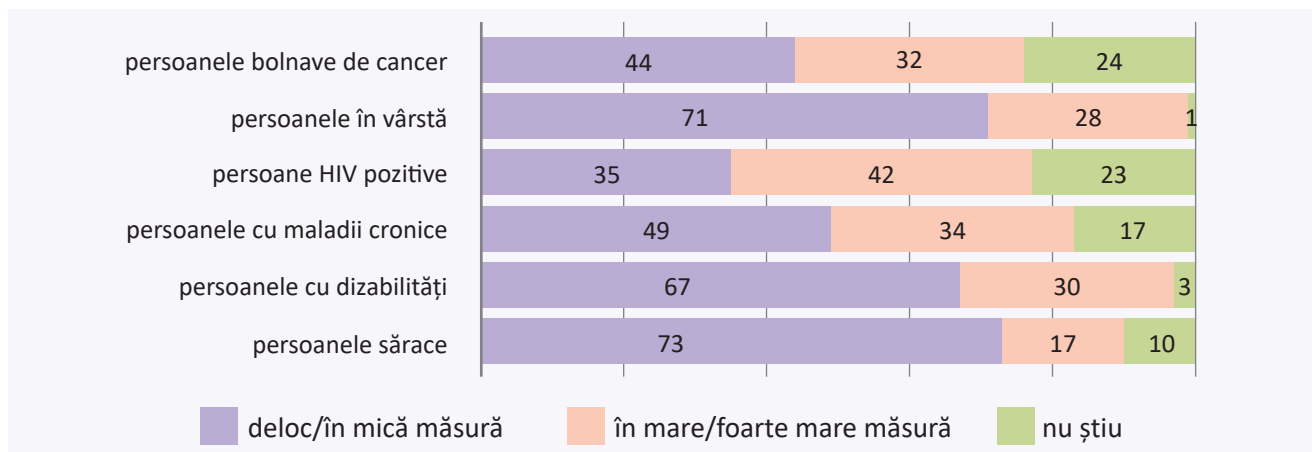
Fiind întrebați cum s-a manifestat discriminarea, fiecare al doilea respondent cu dizabilități a indicat că prin atitudinea proastă a lucrătorilor medicali, fiecare al zecelea a menționat că i s-a refuzat tratamentul, fiecare al doisprezecelea s-a confruntat cu limbajul necenzurat al medicilor, 4% – li s-a încălcat dreptul la sănătate.

**Gradul de acces la măsuri de protecție împotriva infectării cu COVID-19 și la tratament.** Nivelul de informație a persoanelor cu dizabilități despre măsurile de protecție împotriva COVID-19 este similar cu cel al populației generale. Astfel, cunosc măsurile de protecție împotriva COVID-19 în mare și în foarte mare măsură peste 80% din respondenții cu dizabilități, 11% – nu le cunosc sau le cunosc în mică măsură și 3% – nu știu.



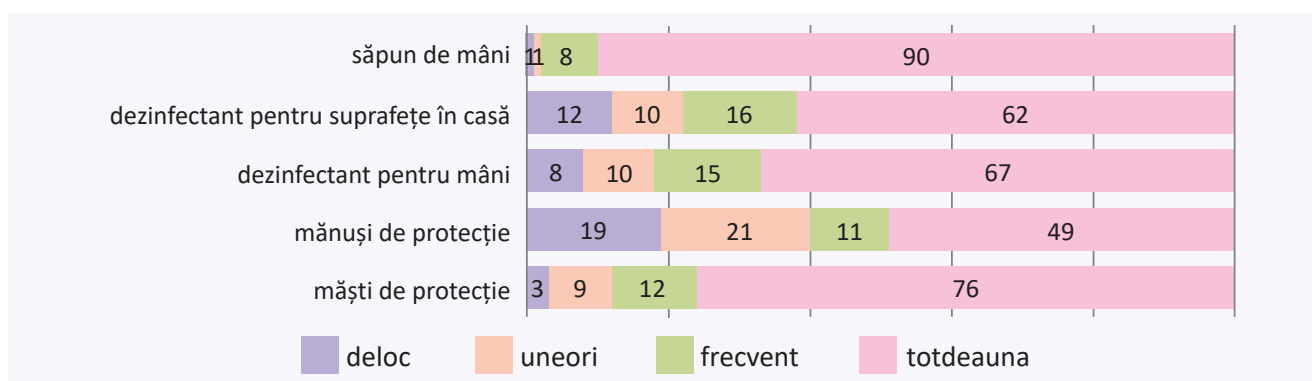
**Diagrama 82.** Nivelul de informare despre măsurile de protecție împotriva COVID-19, pe grupuri de populație, %

**Accesul la echipament de protecție.** La nivel subiectiv, 2/3 din persoanele cu dizabilități au indicat că persoanele sărace, persoanele cu dizabilități, persoanele în vârstă nu au acces deloc sau au acces în mică măsură la echipamente de protecție împotriva COVID-19. Fiecare al doilea respondent a menționat că persoanele cu maladii cronice și cele bolnave de cancer nu au acces deloc sau au acces în mică măsură la echipamente de protecție; 35% au indicat că persoanele HIV pozitive nu au acces deloc sau au acces în mică măsură la echipamente de protecție.



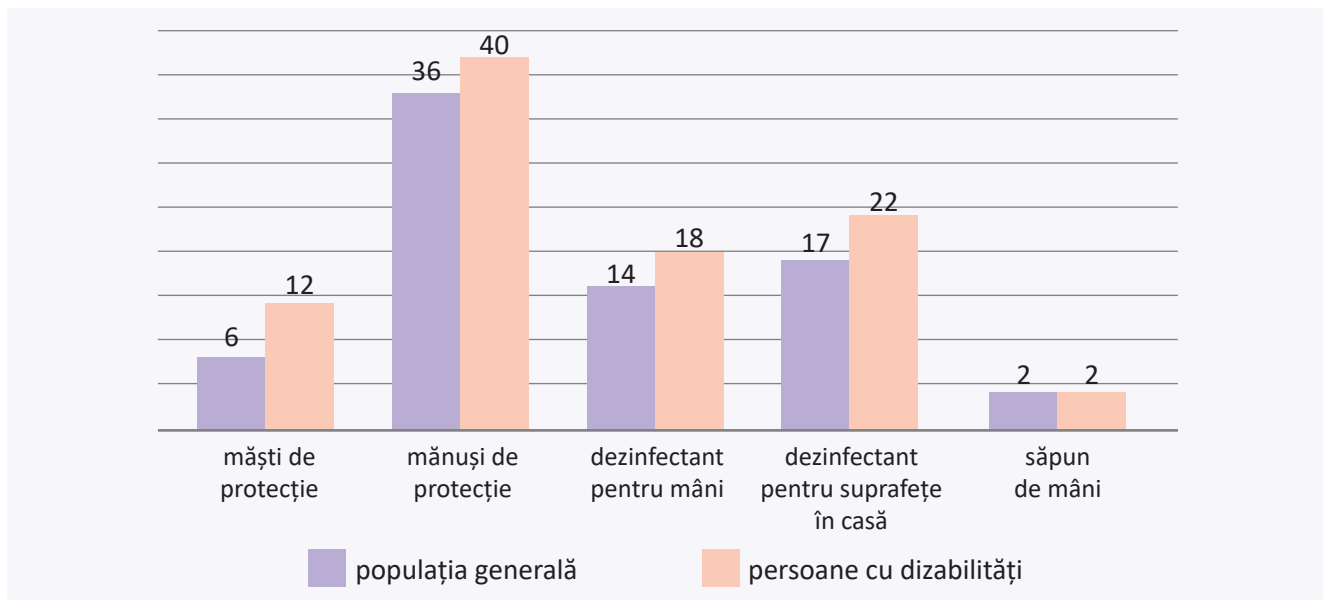
**Diagrama 83.** Percepțiile respondenților cu dizabilități privind accesul diferitelor grupuri vulnerabile la echipament de protecție, %

La nivel obiectiv, 98 % din persoanele cu dizabilități au menționat că au acces frecvent/întotdeauna la săpun de mâini, 88% – la măști de protecție, 81% – la dezinfectanți pentru mâini, 78% – la dezinfectanți pentru suprafețe în casă, 60% – la mănuși de protecție.



**Diagrama 84.** Accesul persoanelor cu dizabilități la echipament de protecție, %

Comparativ cu populația generală, în mediul respondenților cu dizabilități, este mai mare ponderea celor care nu au acces deloc sau au acces doar uneori la echipamente de protecție. Astfel, ponderea persoanelor cu dizabilități care nu au acces la măști de protecție este mai mare cu 6% decât cea a populației generale. Ponderea persoanelor cu dizabilități care nu au acces la mănuși de protecție este mai mare cu 4% decât cea a populației generale. Ponderea persoanelor cu dizabilități care nu au acces la dezinfectant pentru mâini este mai mare cu 4% decât cea a populației generale. Ponderea persoanelor cu dizabilități care nu au acces la dezinfectant pentru suprafețe în casă este mai mare cu 5% decât cea a populației generale.

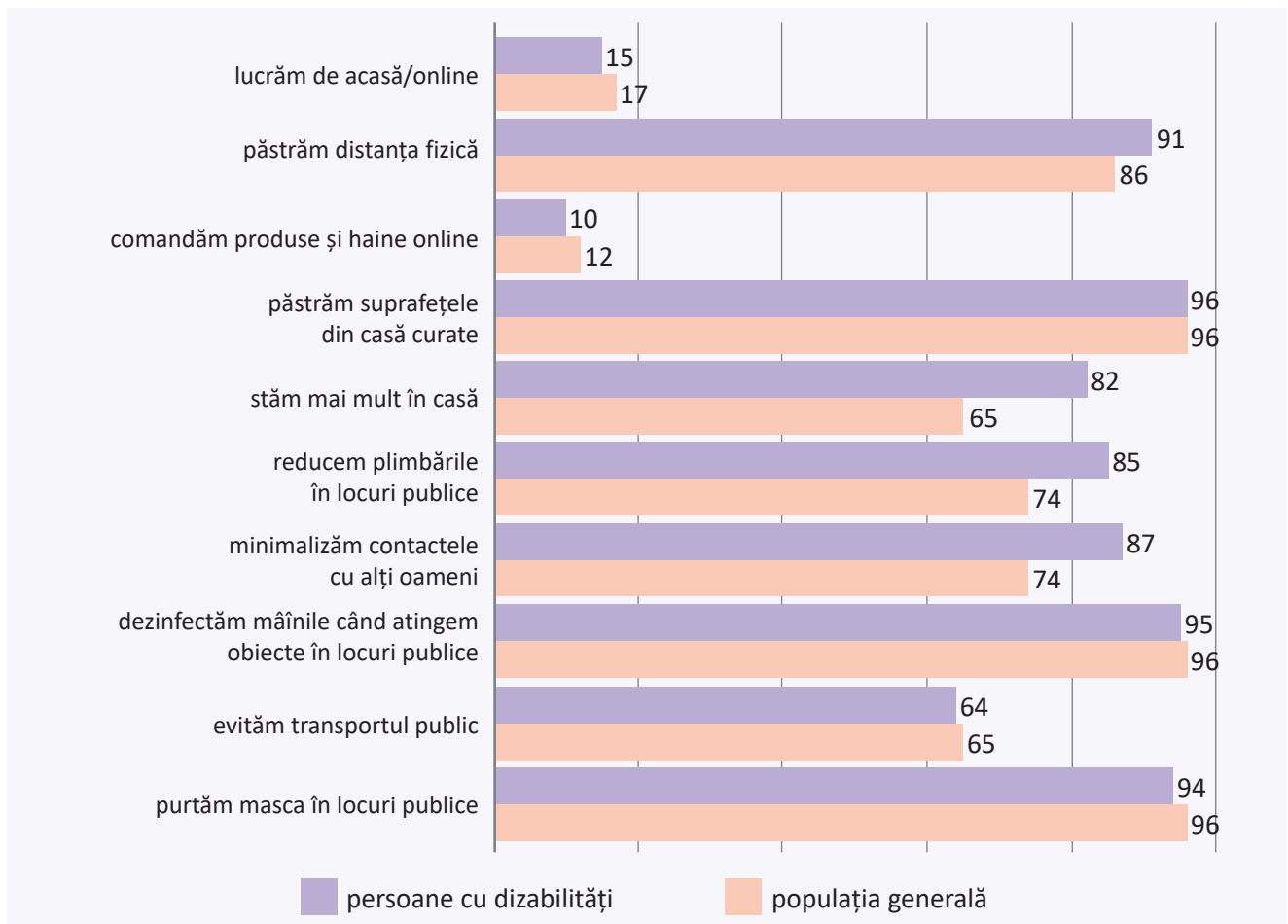


**Diagrama 85.** Ponderea persoanelor care nu au acces deloc sau au acces uneori la echipament de protecție, pe grupuri de populație, %

Fiind întrebați ce măsuri folosesc pentru a se proteja de COVID-19, peste 90% din respondenții cu dizabilități, ca și în cazul populației generale, au indicat că folosesc frecvent/întotdeauna masca în locuri publice, dezinfectează mâinile după ce ating obiecte în spațiul public, păstrează suprafețele din casă curate, păstrează distanța fizică.

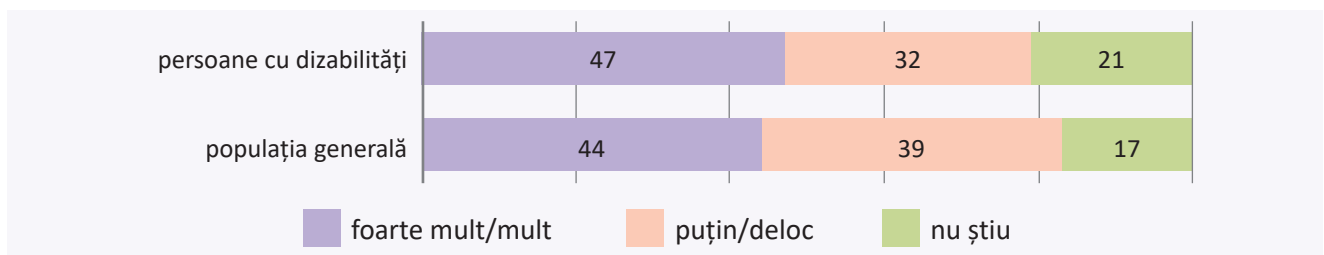
Totodată, ponderea persoanelor cu dizabilități care stau mai mult acasă, au redus plimbările în locuri publice, au minimalizat contactele cu alți oameni este considerabil mai mare decât în cazul populației generale. Astfel, 82% din persoanele cu dizabilități, comparativ cu 65% din populația generală, au menționat că stau mai mult în casă; 85% din persoanele cu dizabilități, comparativ cu 74% din populația generală, au indicat că au redus plimbările în locuri publice; 87% din persoanele cu dizabilități, comparativ cu 74% din populația generală, au minimalizat contactele cu alți oameni. Acest fapt, deși este pozitiv din perspectiva protecției de infectare cu COVID-19, comportă și un risc – ar putea conduce la o mai mare segregare și izolare a persoanelor cu dizabilități.





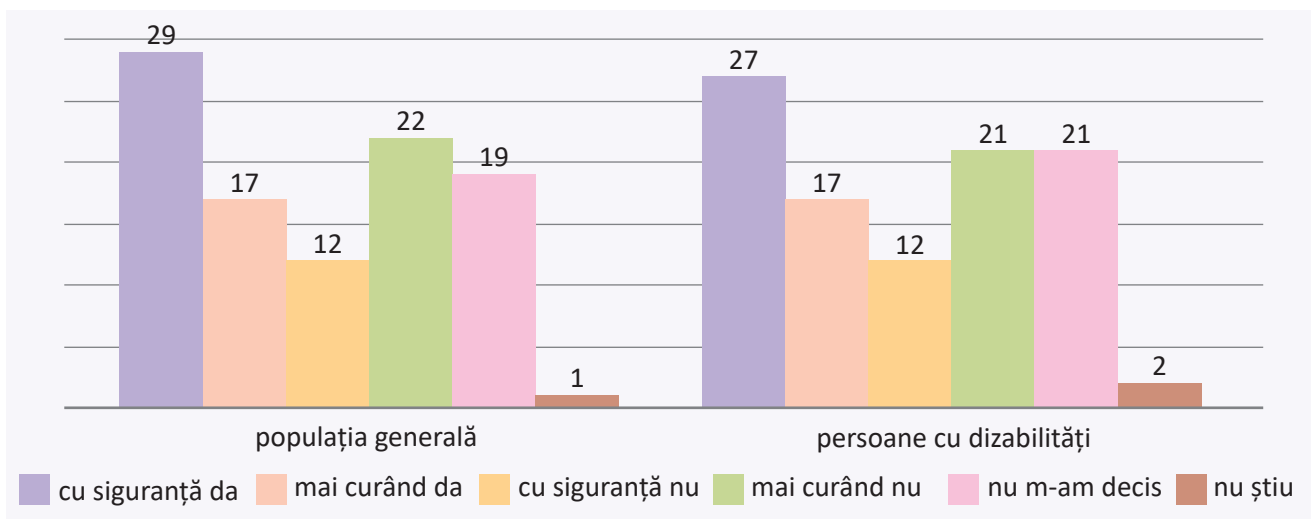
**Diagrama 86.** Ponderea respondenților care folosesc frecvent/întotdeauna măsuri de protecție împotriva COVID-19, pe grupuri de populație, %

**Percepții și atitudini privind vaccinarea.** Circa o jumătate din persoanele cu dizabilități (47%) consideră că vaccinarea va ajuta mult/foarte mult la prevenirea infectării cu COVID-19, 32% – că vaccinarea va ajuta puțin sau nu va ajuta deloc și 21% – nu știu. Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu dizabilități care cred că vaccinarea va ajuta mult/foarte mult la prevenirea infectării cu COVID-19 este mai mare cu 3 puncte procentuale.



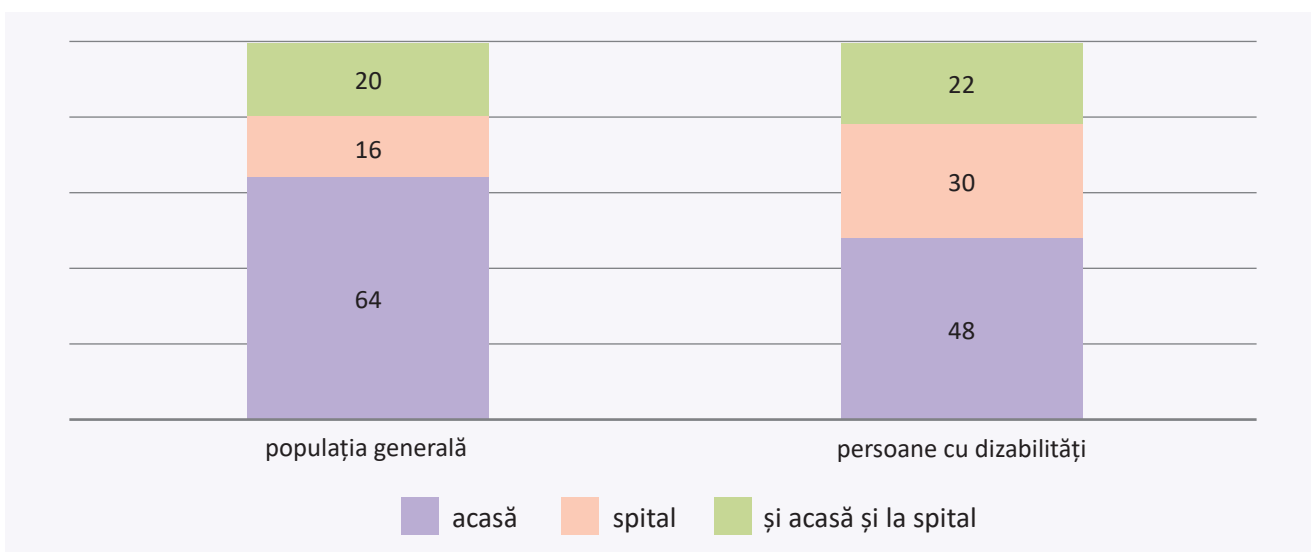
**Diagrama 87.** Ponderea respondenților care cred că vaccinarea îi va ajuta să se protejeze de COVID-19, persoane cu dizabilități și populația generală, %

Intenția de vaccinare a persoanelor cu dizabilități este aproximativ aceeași ca și în rândul populației generale. Astfel, 44% din respondenții cu dizabilități și 46% din cei din populația generală intenționează cu siguranță să se vaccineze; 33% din persoanele cu dizabilități și 34% din populația generală cu siguranță nu se vor vaccina; 21% din persoanele cu dizabilități și 19% din populația generală nu s-au decis, iar 2% din persoanele cu dizabilități și 1% din populația generală au indicat că nu știu.



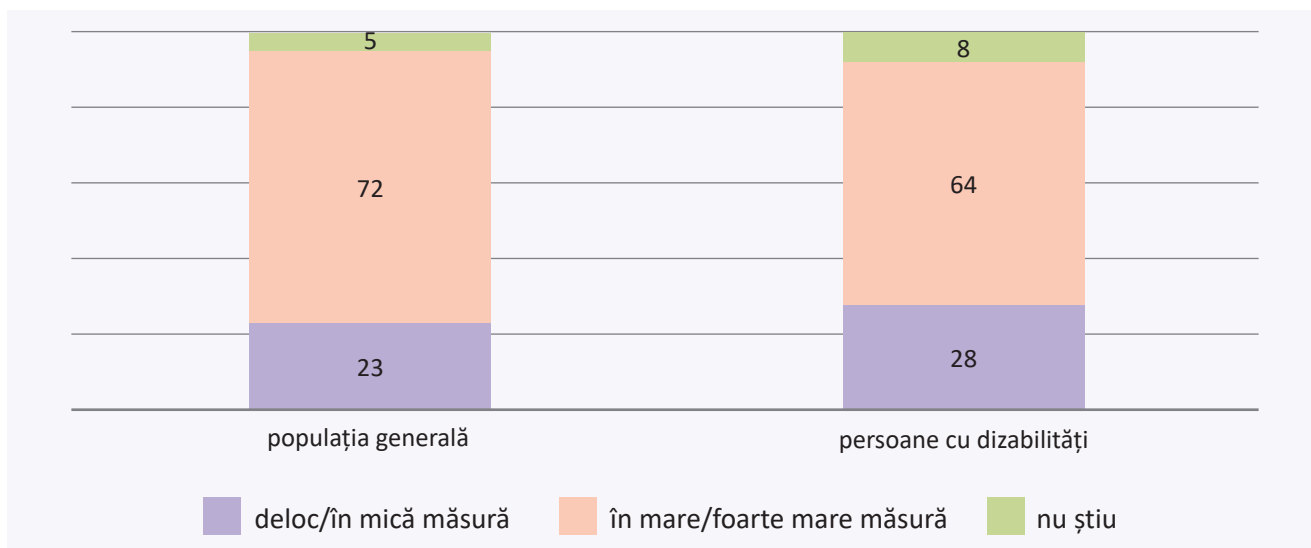
**Diagrama 88.** Distribuția respondenților în funcție de intenția de vaccinare, pe grupuri de populație, %

**Accesul persoanelor cu dizabilități infectate cu COVID-19 la tratament.** 27% din respondenții cu dizabilități au fost infectați cu COVID-19, 72% – nu au fost infectați și 1% – nu știe. Din cei infectați cu COVID-19, 48% au beneficiat de tratament acasă, 30% – în condiții de spital și 22% – și acasă, și la spital. Comparativ cu populația generală, ponderea respondenților cu dizabilități care au beneficiat de tratament în condiții de spital este de aproape două ori mai mare (pentru comparație, persoanele cu dizabilități – 30% și populația generală – 16%).



**Diagrama 89.** Distribuția respondenților infectați cu COVID-19 în funcție de faptul unde au beneficiat de tratament, % per grupuri de populație

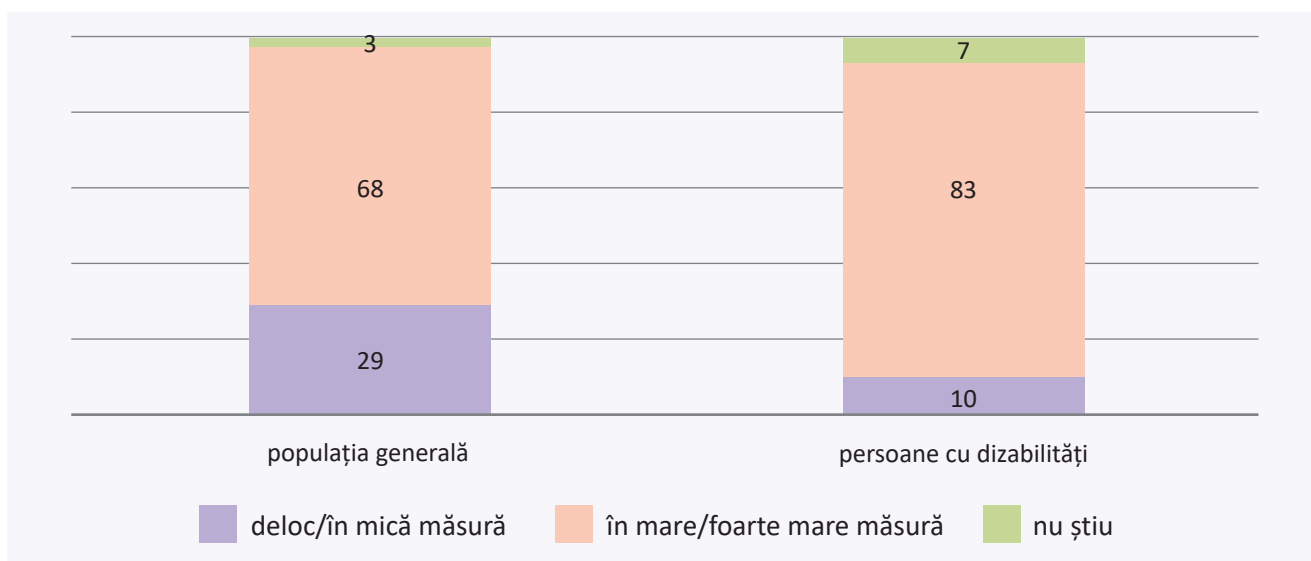
Două treimi din persoanele cu dizabilități care au beneficiat de tratament în condiții casnice au rămas satisfăcute în mare/foarte mare măsură de acesta, iar 1/3 – au indicat că nu sunt satisfăcute deloc de tratament sau sunt satisfăcute în mică măsură.



**Diagrama 90.** Gradul de satisfacție privind tratamentul în condiții casnice, per grupuri de populație, %

Comparativ cu populația generală, ponderea respondenților cu dizabilități satisfăcuți în mare/foarte mare măsură de tratamentul acasă este cu 8 puncte procentuale mai mică.

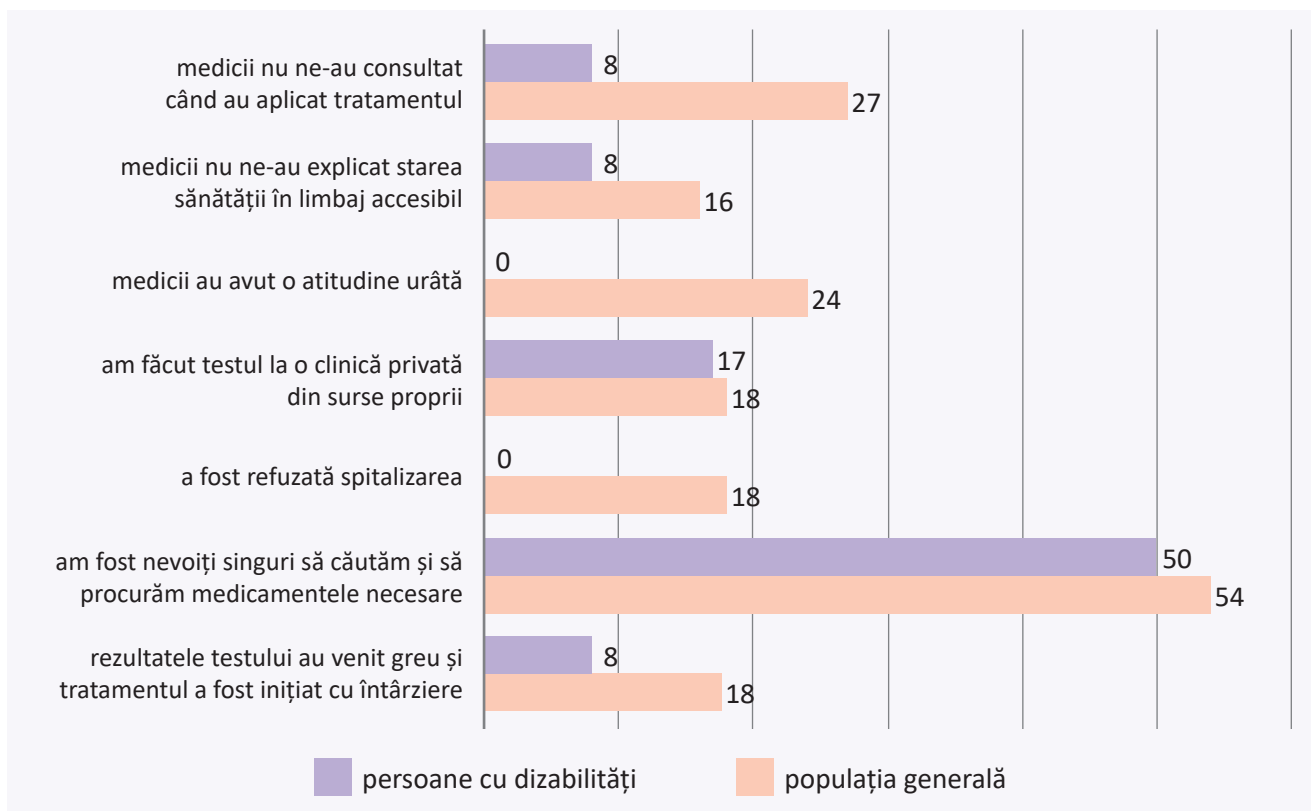
În cazul respondenților cu dizabilități care s-au tratat în condiții de spital, mai bine de 80% au menționat că sunt satisfăcuți în mare și în foarte mare măsură, 10% – în mică măsură sau deloc și 7% – nu au oferit un răspuns.



**Diagrama 91.** Gradul de satisfacție privind tratamentul în condiții de spital, per grupuri de populație, %

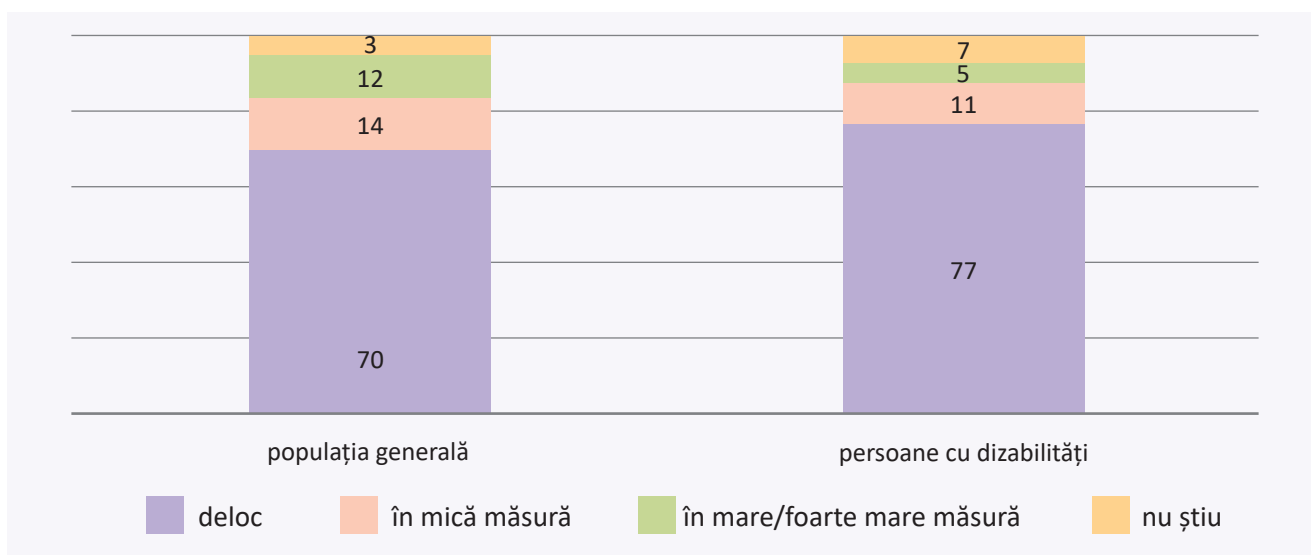
Comparativ cu populația generală, ponderea respondenților cu dizabilități satisfăcuți în mare și în foarte mare măsură de tratamentul în condiții de spital este cu 15 puncte procentuale mai mare, iar ponderea celor nesatisfăcuți – de trei ori mai mică.

Fiind întrebați de ce nu sunt mulțumiți de tratament, ca și în cazul populației generale, fiecare al doilea respondent a menționat că a fost nevoit să caute și să procure singur medicamentele necesare, 8% – rezultatele testului au venit greu și tratamentul a fost inițiat cu întârziere, 8% – medicii nu au explicat starea sănătății în limbaj accesibil, 8% – medicii nu i-au consultat când au aplicat tratamentul. În cazul persoanelor cu dizabilități, nu a fost identificat niciun caz de refuz al spitalizării (populația generală – 18%) și nimeni nu a menționat că medicii au avut o atitudine urâtă (în cazul populației generale – 24%).



**Diagrama 92.** Cauzele nemulțumirilor de tratament, per grupuri de populație, %

Cinci la sută din persoanele cu dizabilități au menționat că au fost stigmatizate în mare/foarte mare măsură pe bază de COVID-19 (populația generală – 12%), 11% – s-au simțit discriminate în mică măsură (populația generală – 14%), 77% – nu s-au simțit discriminate deloc (populația generală – 70%).

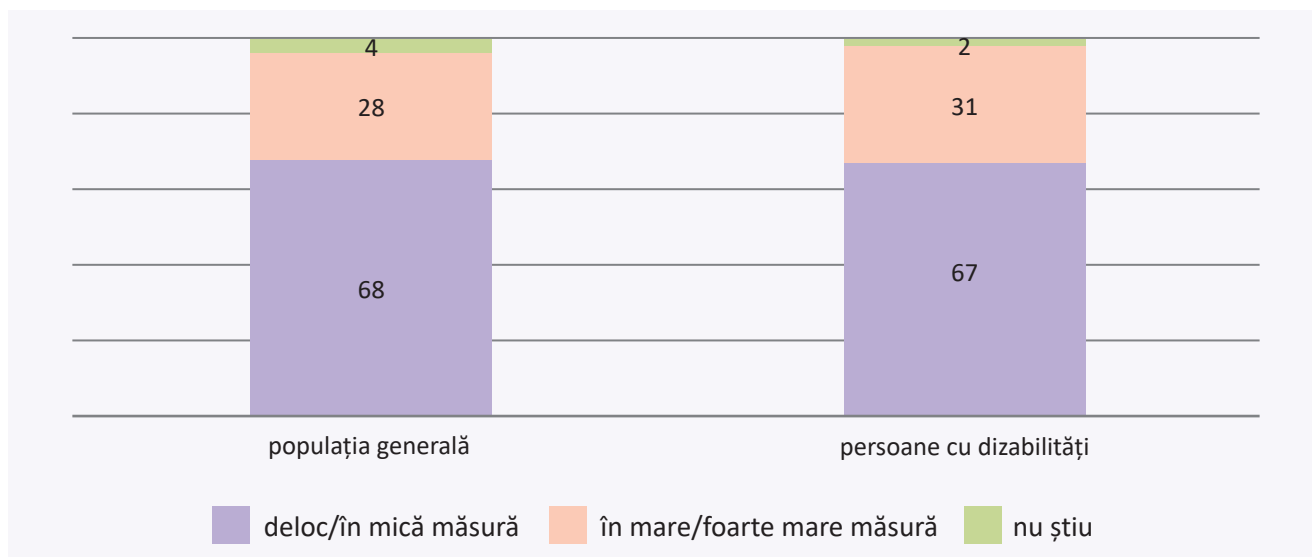


**Diagrama 93.** Distribuția respondenților în funcție de faptul dacă au fost discriminați în bază de COVID-19, pe grupuri de populație, %

Analiza conținutului apelurilor parvenite la Serviciul Telefonic Gratuit pentru Persoanele cu Dizabilități, de asemenea, a scos în evidență problemele majore cu care s-au confruntat persoanele cu dizabilități și familiile lor în accesarea serviciilor medicale în perioada pandemică:

1. Informare insuficientă și/sau inaccesibilă cu referire la virusul COVID-19 și la măsurile de protecție împotriva COVID-19 ș. a.;
2. Lipsa de informații cu referire la testarea COVID-19 (procedura de testare, instituțiile unde se poate efectua testul, costurile, obținerea rezultatelor). Apelanții au declarat că testarea COVID-19 este scumpă; în anumite situații, aceștia au fost nevoiți să achite testele COVID-19 din resurse proprii;
3. Lipsa de informații cu referire la diagnosticarea copiilor și adulților cu dizabilități în caz de simptome de răceală și/sau COVID-19 și de modalități de a beneficia de asistență medicală la domiciliu și/sau staționar în momentul când persoana cu dizabilitate este identificată pozitiv la COVID-19;
4. Lipsa de informații despre programul de lucru al instituțiilor medicale și de reabilitare în perioada de pandemie (mai ales în primele săptămâni de la declararea stării de urgență) și de programare la medicul de familie sau de profil, la servicii de diagnostic etc.;
5. Lipsa de informații privind procedura de determinare/revizuire a gradului de dizabilitate;
6. Lipsa de informații cu referire la procedura de spitalizare și de externare în perioada de pandemie, precum și cu referire la prezența persoanei de suport/părinților pe perioada spitalizării;
7. Informații cu referire la deplasare peste hotare pentru servicii de protezare și în perioada stării de urgență;
8. Accesarea mai frecventă a serviciilor de sănătate mentală comunitară pentru persoane cu acutizarea problemelor de sănătate mentală, urmare a restricțiilor și a perioadei de carantină;
9. Imposibilitatea accesării medicamentelor (din cauza carantinei, persoanele cu dizabilități nu se puteau deplasa la farmacii pentru procurarea acestora);
10. Lipsa unor medicamente compensate în unele farmacii pentru persoanele cu probleme de sănătate mentală în perioada stării de urgență;
11. Refuzul de a fi spitalizate, din lipsă de locuri;
12. Reclamarea condițiilor de (in)accesibilitate în instituțiile medicale.

**Impactul COVID-19 asupra sănătății mentale.** 2/3 din persoanele cu dizabilități au indicat că au fost afectate de pandemie în mică măsură sau nu au fost afectate deloc, 31% – au fost afectate în mare și în foarte mare măsură, 2% – nu știu. Comparativ cu populația generală, nu au fost identificate discrepanțe mari în percepții.



**Diagrama 94.** Percepțiile respondenților privind gradul de afectare de pandemie, pe grupuri de populație, %

Cu toate acestea, cercetarea denotă că o bună parte din persoanele cu dizabilități au fost afectate în mai mare măsură de pandemie decât populația generală. Astfel, ponderea persoanelor cu dizabilități care au declarat că se simt închise între patru pereți, că sunt în depresie și suferă, că sunt singure și izolate este de mai bine de

două ori mai mare comparativ cu populația generală. Ponderea persoanelor cu dizabilități care au declarat că le este frică, sunt anxioase, nervoase și stresate este cu 18 puncte procentuale mai mare decât în cazul populației generale. Ponderea persoanelor cu dizabilități care au indicat că nu au un loc de muncă, bani, economii este cu 15 puncte procentuale mai mare decât cea a populației generale.



**Diagrama 95.** Impactul pandemiei asupra persoanelor cu dizabilități și a populației generale, %

Circa 3/4 din persoanele cu dizabilități (74%) (populația generală – 68%) se tem că își vor pierde rudele, prietenii; 74% din persoanele cu dizabilități (populația generală – 70%) se tem de sănătatea fizică a rudelor, prietenilor, iar 77% (populația generală – 60%) – de sănătatea lor fizică. 47% din persoanele cu dizabilități (populația generală – 35%) sunt îngrijorate de sănătatea lor mentală.

## 2.4. Concluzii la Capitolul 2

Rezultatele cercetării au scos în evidență faptul că persoanele cu dizabilități, deși se confruntă cu mai multe probleme de sănătate decât populația generală, au un acces mai redus la serviciile de sănătate din multiple cauze: lipsa tratamentului necesar în localitățile de baștină și necesitatea de a se deplasa în centrele raionale sau în orașele mari; veniturile reduse și neacoperirea unor medicamente importante de către CNAM; nu este asigurată accesibilitatea informației în funcție de diferite tipuri de dizabilitate; accesibilitatea redusă a infrastructurii serviciilor de sănătate, manifestată prin intrări inaccesibile, clădiri cu etaje fără ascensoare, veceuri neadaptate nevoilor tuturor persoanelor; dotarea insuficientă a instituțiilor medicale cu echipamente și utilaj asistive (fotolii rulante, suporturi pentru deplasare, cârje) etc.; dificultăți în identificarea și procurarea utilajului asistiv; dificultăți de deplasare la serviciile medicale (transport public inaccesibil, distanțe mari, imposibilitatea achitării serviciilor de taxi); dificultăți de comunicare cu prestatorii de servicii medicale care deseori nu cunosc nevoile persoanelor cu dizabilități. Persoanele cu deficiențe de auz continuă să se confrunte cu dificultăți în accesarea serviciului medical de urgență 112 și a medicului de familie din cauza nevoilor de suport pentru comunicare.

Pandemia a accentuat și mai mult discrepanțele dintre accesul la sănătate al persoanelor cu dizabilități și al populației generale. Restricțiile cauzate de situațiile de urgență, accesul limitat la programare, spitalele arhipline, medicii ocupați, atitudinea urâtă a medicilor și frica de infectare au creat bariere pentru persoanele cu dizabilități în accesarea serviciilor medicale, conducând la amânarea multor servicii medicale, inclusiv a celor urgente, precum serviciile de diagnosticare, serviciile stomatologice, intervențiile chirurgicale, administrarea unor medicamente. În rezultat, amânarea serviciilor medicale a avut un impact negativ asupra stării sănătății unui număr mai mare de persoane cu dizabilități comparativ cu populația generală. Astfel, fiecare a doua persoană cu dizabilități, comparativ cu fiecare a treia în populația generală, a indicat că amânarea serviciilor medicale i-a afectat sănătatea în mare/foarte mare măsură. În contextul pandemiei, persoanele cu dizabilități cu trebuințe accentuate de suport au fost nevoite să se descurce pe cont propriu din cauza restricționării accesului persoanelor de suport în instituțiile medicale, în special în spitale. Din cauza nivelului înalt de sărăcie, 2/3 dintre persoanele cu dizabilități au fost nevoite de multe ori să reducă din cheltuielile pentru produse alimentare și haine întru a acoperi costurile medicamentelor necesare. Pandemia a afectat în mare parte sănătatea mentală a persoanelor cu dizabilități, acestea fiind nevoite să se autoizoleze, să renunțe la plimbări, la călătorii cu transportul public și la întâlniri cu semenii.

În conformitate cu rezultatele cercetării, 2/3 din respondenți au menționat că persoanele cu dizabilități, persoanele în vârstă, persoanele sărace nu au acces deloc sau au acces în mică măsură la echipamente de protecție, fapt ce le face mult mai vulnerabile la COVID-19. O treime din persoanele cu dizabilități nu intenționează să se vaccineze, iar fiecare a cincea – nu este decisă; 1/3 din persoanele cu dizabilități au fost infectate cu COVID-19, dintre care fiecare a doua s-a tratat doar în condiții casnice, fiecare a treia – doar în condiții de spital, iar fiecare a cincea – și acasă, și în spital. Mai bine de 2/3 din cei care au beneficiat de tratament sunt satisfăcuți/foarte satisfăcuți de acesta, indiferent dacă s-au tratat acasă sau la spital. O treime au indicat că nu au rămas mulțumiți de tratament, deoarece au fost nevoiți să caute și să procure singuri medicamentele necesare, rezultatele testului au venit greu și tratamentul a fost inițiat cu întârziere, medicii nu au explicat care este starea sănătății în limbaj accesibil și nu i-au consultat atunci când au aplicat tratamentul.



## CAPITOLUL 3.

**Accesul persoanelor în îngrijire  
paliativă la servicii de sănătate  
în perioada pandemică**



### 3.1. Analiza generală a situației în baza surselor de informare secundare

Potrivit cadrului normativ național<sup>37</sup>, beneficiarii ai îngrijirilor paliative sunt persoane de toate vârstele, cu maladii cronice în stadiu avansat și cu alte boli cu pronostic limitat, care au speranța de viață sub 12 luni, cu simptome necontrolate, cu suferință psiho-emoțională sau spirituală semnificativă și/sau cu un anumit nivel de dependență. Asistența paliativă este definită drept asistența medicală acordată pacientului atunci când obiectivul clinic primar sau scopul tratamentului este optimizarea calității vieții pacientului cu o patologie activă și avansată care îi limitează viața.

Serviciile de îngrijiri paliative au început să se dezvolte în Republica Moldova din anul 2000, fiind inițial prestate exclusiv de sectorul nonguvernamental, iar din 2008 – și de prestatori publici. În prezent, serviciile de îngrijiri paliative sunt prestate prin asistența medicală primară (medici de familie), asistența medicală spitalicească (cu secții pentru îngrijiri paliative și/sau paturi paliative) și sectorul nonguvernamental (echipe mobile la domiciliu).

Studiile Centrului pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) din 2019<sup>38,39</sup> și ale Oficiului pentru Drepturile Omului (Ombudsman) din 2019<sup>40</sup>, realizate în domeniul îngrijirilor paliative, indică asupra faptului că asigurarea cu servicii de îngrijiri paliative în Republica Moldova este deficitară, iar necesitățile populației nu sunt acoperite.

Una dintre cauzele principale este insuficiența resurselor financiare, pentru a susține serviciile de îngrijiri paliative existente și pentru a dezvolta servicii noi.

În anul 2019, în Republica Moldova, existau doar 2 centre de tip hospice de prestare a serviciilor de îngrijiri paliative, capacitatea acestora de acoperire a nevoilor reale fiind absolut insuficientă.

Nivelul de asigurare cu paturi de îngrijiri paliative în instituțiile spitalicești a fost de 0,8 la 10000 de locuitori per total în țară, în 2018. În cazul municipiilor, distribuția era de 0,4 la 10000 de locuitori, iar în cazul raioanelor – de 0,7 la 10000 de locuitori<sup>41</sup>.

Din cauza capacităților limitate ale spitalelor raionale, mulți potențiali beneficiari ai serviciilor de îngrijiri paliative sunt nevoiți să își aștepte rândul.

Puținele servicii disponibile nu sunt asigurate cu infrastructură și condiții adecvate unor îngrijiri paliative de calitate (de exemplu: lipsă/insuficiență de paturi paliative multifuncționale, de lifturi pentru ridicarea pacienților și transportarea la baie etc.)<sup>42</sup>.

Nu există date despre numărul de beneficiari unici de îngrijiri paliative prestate în unități cu paturi/hospice și nici despre pacienții externi și/sau decedați. Potrivit unor estimări prezentate în raportul Centrului PAS<sup>43</sup>, ponderea pacienților care au beneficiat de îngrijiri paliative specializate în unități cu paturi/hospice la nivel național ar fi cca 25% din numărul total de pacienți care necesită îngrijiri paliative.

<sup>37</sup> Hotărârea Guvernului nr.714 din 06.06.2016 privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 1387 din 10 decembrie 2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

<sup>38</sup> **Țurcanu Gh, Seicaș R.** Îngrijirile paliative în Republica Moldova, 2007-2019. Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS). Chișinău: S. n., 2019.

<sup>39</sup> **Danii O., Spînu N.** Accesul și calitatea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova, Studiu calitativ. Serviciul Independent de Sociologie și Informații OPINIA, 2019.

<sup>40</sup> Raport cu privire la implementarea de către Republica Moldova a prevederilor Rezoluției cu privire la consolidarea îngrijirilor paliative ca o componentă a tratamentelor integrate pe parcursul vieții, adoptată la cea de a 67-a Adunare Mondială a Sănătății din 24 mai, 2019. Disponibil la: [http://ombudsman.md/wp-content/uploads/2020/01/RAPORT\\_PALIATIVE.pdf](http://ombudsman.md/wp-content/uploads/2020/01/RAPORT_PALIATIVE.pdf)

<sup>41</sup> **Țurcanu Gh, Seicaș R.** Îngrijirile paliative în Republica Moldova, 2007-2019. Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS). Chișinău: S. n., 2019.

<sup>42</sup> **Danii O., Spînu N.** Accesul și calitatea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova, Studiu calitativ. Serviciul Independent de Sociologie și Informații OPINIA, 2019.

<sup>43</sup> **Țurcanu Gh, Seicaș R.** Îngrijirile paliative în Republica Moldova, 2007-2019. Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS). Chișinău: S. n., 2019.

Serviciile specializate de îngrijiri paliative la domiciliu (echipe mobile) sunt prestate doar de sectorul non-guvernamental și doar în câteva regiuni. În 2018, doar 8 unități administrative teritoriale (din 37) au dispus de prestatori de echipă mobilă la domiciliu. În lipsa datelor oficiale despre numărul de persoane care beneficiază de serviciile echipelor mobile la domiciliu, Centrul PAS a estimat un număr de 25 mii de potențiali beneficiari ai acestora pentru anul 2018. Potrivit aceluiași estimări, cca 2/3 din pacienții cu nevoia de îngrijiri paliative nu au beneficiat de asistență specializată la domiciliu<sup>44</sup>.

Pentru a fi eficiente, îngrijirile paliative trebuie să aibă o abordare multidisciplinară și să includă (pe lângă aspectele medicale) factorii sociali, psihologic și spirituali ai pacientului și ai familiei acestuia. În realitate însă, prestatorii publici de îngrijiri paliative oferă doar partea medicală de servicii și nu includ serviciile sociale și asistența psihologului. Prestatorii privați reușesc să acopere și celelalte componente, dar în limita resurselor proprii disponibile<sup>45</sup>. CNAM subcontractează de la prestatorii publici și privați de îngrijiri paliative specializate doar serviciile medicale, fără a acoperi și serviciile sociale și asistența psihologului.

Există o diferență privind satisfacția persoanelor care au beneficiat de servicii paliative specializate prestate la domiciliu și cele prestate în spitale: gradul de satisfacție a fost mai mare în cazul serviciilor la domiciliu. În raioanele în care există prestatori de servicii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu, beneficiarii acestora își evaluează starea de sănătate ca fiind satisfăcătoare și bună mai frecvent decât persoanele din localitățile unde nu sunt aceste servicii (58% și, respectiv, 34%). 80% dintre beneficiarii de servicii de îngrijire paliativă specializată la domiciliu sunt foarte mulțumiți de calitatea vieții lor de când beneficiază de acestea, în comparație cu 48% dintre beneficiarii serviciilor prestate în spitale. 90% dintre beneficiarii serviciilor la domiciliu au declarat că acestea au fost total gratuite, în comparație cu 64% dintre beneficiarii serviciilor prestate în spitale. Există diferențe și din punctul de vedere al gradului de satisfacție privind doza de medicament administrată pacienților pentru atenuarea durerii: mai multe persoane mulțumite se regăsesc printre beneficiarii serviciilor la domiciliu, comparativ cu beneficiarii serviciilor spitalicești (88%, comparativ cu 56%). Planul de administrare a medicamentelor pentru atenuarea durerii prescrise pacienților din teritoriile unde există prestatori specializați la domiciliu este mai eficient, iar pacienții care urmează la timp medicația prescrisă nu mai simt dureri și/sau le previn mai eficient. Satisfacția privind instruirea cu privire la modul de îngrijire în condiții casnice a pacientului este mai mare în rândul beneficiarilor serviciilor specializate prestate la domiciliu, în comparație cu beneficiarii serviciilor prestate în spital (66% versus 26%).

Cert este că serviciile de îngrijiri paliative specializate la domiciliu sunt mai cost-eficiente decât cele oferite în spitale/hospice, pentru că pot acoperi un număr mai mare de pacienți la costuri mai reduse. Costul pentru zi/pat în serviciile publice de îngrijiri paliative este de 343, 25 lei, iar costul unei vizite la domiciliu este de 188 lei<sup>46</sup>.

O altă problemă în accesarea serviciilor specializate de îngrijiri paliative se referă la lipsa/insuficiența de resurse umane calificate în domeniu, în special în sectorul public. Deseori, din acest motiv, pacienții paliativi sunt abordați în aceeași măsură ca și bolnavii internați pentru tratament curativ.

O altă problemă se referă la administrarea unei medicații nepotrivite pentru bolnavii incurabili. Deseori, controlul durerii se face cu analgezice, fie din cauza că preparatele potrivite (opioide, emplastru analgezic etc.) lipsesc, fie din cauza că persoanele au preconcepții privind dependența de aceste preparate.

Nu există date statistice despre numărul de medici, asistenți medicali și infirmieri antrenați în prestarea serviciilor de îngrijiri paliative din spitalele publice. Potrivit unor estimări, bazate pe raportul între numărul de paturi de îngrijiri paliative la o unitate de medic, în 2018, în majoritatea spitalelor raionale exista doar 0,5 funcție de medic de îngrijiri paliative<sup>47</sup>. Totodată, majoritatea prestatorilor publici nu aplică abordarea multidisciplinară a pacienților paliativi și a familiilor acestora, argumentând că serviciile personalului nonmedical (psiholog, asistent social) nu sunt finanțate de CNAM în cadrul îngrijirilor paliative. Constatările unui studiu calitativ<sup>48</sup> indică asupra faptului că nu toți medicii cunosc care sunt categoriile de pacienți ce necesită îngrijiri paliative și care

<sup>44</sup> **Țurcanu Gh, Seicaș R.** Îngrijirile paliative în Republica Moldova, 2007-2019. Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS). Chișinău: S. n., 2019.

<sup>45</sup> Raport cu privire la implementarea de către Republica Moldova a prevederilor Rezoluției cu privire la consolidarea îngrijirilor paliative ca o componentă a tratamentelor integrate pe parcursul vieții, adoptată la cea de a 67-a Adunare Mondială a Sănătății din 24 mai, 2014. Disponibil la: [http://ombudsman.md/wp-content/uploads/2020/01/RAPORT\\_PALIATIVE.pdf](http://ombudsman.md/wp-content/uploads/2020/01/RAPORT_PALIATIVE.pdf)

<sup>46</sup> **Țurcanu Gh, Seicaș R.** Îngrijirile paliative în Republica Moldova, 2007-2019. Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS). Chișinău: S. n., 2019.

<sup>47</sup> **Țurcanu Gh, Seicaș R.** Îngrijirile paliative în Republica Moldova, 2007-2019. Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS). Chișinău: S. n., 2019.

<sup>48</sup> **Danii O., Spînu-Triboi N.** Accesul și calitatea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova. Studiu calitativ. Serviciul Independent de Sociologie și Informații OPINIA. 2019.

sunt criteriile de selectare a pacienților pentru îngrijiri paliative. Medicii de familie sunt reticenti în prescrierea și eliberarea opioidelor, în asumarea responsabilității de supraveghere a simptomelor. Îngrijirile paliative sunt percepute ca povară suplimentară în activitatea instituțiilor publice spitalicești.

Nu în fiecare raion este un medic oncolog, ceea ce constituie un impediment al accesului beneficiarilor de asistență medicală la un specialist în aria în care locuiesc.

Deseori<sup>49</sup>, din cauza lipsei de personal de îngrijire, familia pacientului paliativ internat în spital este nevoită să participe la îngrijirea pacientului, să fie alături permanent sau să-l viziteze de câteva ori pe zi. Totodată, deoarece spitalele nu dispun de articole parafarmaceutice, consumabile și unele preparate medicale, se recurge deseori la contribuția financiară personală a pacientului sau a membrilor familiei acestuia.

Majoritatea profesioniștilor cu competențe de îngrijiri paliative specializate activează în cadrul prestatorilor neguvernamentali, fiind instruiți peste hotare. Conform rapoartelor statistice prezentate în anul 2018 la ANSP de către șapte din cei opt prestatori neguvernamentali de servicii de îngrijiri paliative specializate contractați de CNAM, pe acest tronson au activat 25 de medici de profil terapeutic și 53 de asistenți medicali. Informații despre activitatea întregului personal al echipei multidisciplinare cu profil non-medical (psiholog, asistent social etc.) lipsește. Nu există date despre numărul de echipe multidisciplinare în rândul prestatorilor de servicii de îngrijiri paliative specializate la domiciliu.

Deseori, specialiștii evită să ofere diagnosticul și pronosticul real de viață.

Potrivit constatărilor studiului Centrului PAS<sup>50</sup>, cele mai vulnerabile categorii de pacienți care au nevoie de îngrijire paliativă, dar nu beneficiază de aceasta, sunt, în primul rând, persoanele neidentificate, bolnavii vârstnici care locuiesc singuri și care fac parte din chintila inferioară de bunăstare. Aceste persoane nu se adresează medicului de familie, întâmpină dificultăți atunci când trebuie să se deplaseze la centrul raional sau la Chișinău pentru diagnosticare și consultații la specialiștii de profil. O altă categorie de persoane care se confruntă cu accesibilitate inechitabilă la servicii de îngrijiri paliative este reprezentată de copii și familiile lor, în special cu afecțiuni neurologice, fiind expuși riscului de vulnerabilitate. Îngrijirile paliative au devenit necesare și altor tipuri de patologii cronice, care prezintă în fazele terminale simptome incontrollabile și necesită servicii paliative (*HIV/SIDA*, unele *boli cardiace, pulmonare, neurologice*, insuficiențe de organ etc.), atât la adulți, cât și la copii. Deși toți au acces, cei cu boli oncologice prevalează în listele prestatorilor. De regulă, în serviciile paliative nimeresc persoanele cu cancer confirmat de medicul specialist. Persoanele cu alte maladii în faze terminale, dar care nu au confirmare de la specialist, sunt defavorizate în acces la servicii paliative. Potrivit medicilor de familie, mai puțin acces la îngrijiri paliative au copiii și familiile lor. Copiii cu patologii neurologice, susțin medicii, au nevoie de foarte multe servicii, care, la moment, nu le sunt asigurate. Deși sunt mai multe centre, ele nu acoperă suficient necesitățile pe care le au beneficiarii din această categorie. Persoanele cu HIV/SIDA au nevoie de îngrijire paliativă specializată, iar personalul medical (atât din public, cât și din privat) nu prea dorește să lucreze cu ele. În plus, acestea beneficiază de îngrijiri medicale la domiciliu oferite de medicina primară și sunt deservite și de centrele specializate. Pacienții cu boli cardiace, pulmonare sau neurologice, de regulă, se internează în spital atunci când au acutizări, de aceea sunt internați nu pe paturi paliative, dar în secții de terapie intensivă sau reanimare. În profil teritorial, mai vulnerabile sunt raioanele care nu au un prestator privat specializat în îngrijiri paliative și raioanele în care atât medicina primară, cât și cea spitalicească percepe serviciile de îngrijire paliativă ca o povară impusă de autoritățile centrale. Pacienții din familiile vulnerabile sunt mai puțin informați despre serviciile de îngrijiri paliative, acest fapt se constată din solicitările mai puțin frecvente ale serviciilor medico-sociale.

Medicii din cadrul prestatorilor de îngrijiri paliative din sectorul neguvernamental, care au încheiate contracte cu CNAM pentru prestarea acestor servicii, întâmpină dificultăți în a prescrie medicamente opioide, care ar putea fi utilizate pentru pacienții paliativi.

Populația nu este informată despre posibilitatea de a beneficia de servicii de îngrijiri paliative.

<sup>49</sup> **Danii O., Spînu-Triboi N.** Accesul și calitatea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova. Studiu calitativ. Serviciul Independent de Sociologie și Informații OPINIA. 2019.

<sup>50</sup> **Danii O., Spînu-Triboi N.** Accesul și calitatea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova. Studiu calitativ. Serviciul Independent de Sociologie și Informații OPINIA. 2019.

Pe parcursul anului 2018, au fost efectuate cca 17 mii de vizite la domiciliu, în cadrul îngrijirilor paliative prestate de medicul de familie și echipa sa, precum și de 9 ONG-uri ce prestează asemenea servicii (printre care \ HomeCare, CasMed, Fundația Angelus Moldova etc.). Pe parcursul anului 2019, au fost efectuate cca 18 mii de vizite la domiciliu în cadrul îngrijirilor paliative.<sup>51</sup>

Studiul Centrului PAS (2019)<sup>52</sup>, realizat pe un eșantion de 100 de persoane beneficiare de servicii de îngrijiri paliative și persoane care îngrijesc pacienți aflați în îngrijiri paliative, din raioanele în care există prestatori specializați de servicii paliative, arată că, deși 94% dintre respondenți au beneficiat de servicii de îngrijire paliativă de la medicul de familie și asistentul medical, 40% dintre aceștia nu au fost vizitați niciodată la domiciliu. 52% dintre beneficiari și 41% dintre îngrijitori reclamă insuficiența vizitelor. 53% dintre respondenți au menționat că primesc doze și cantități prea mici de medicamente pentru atenuarea durerii. 95% dintre respondenți au declarat că nu au efectuat plăți neoficiale pentru serviciile de îngrijire paliativă prestate de medicina primară. 2/3 dintre respondenți sunt mulțumiți de cunoștințele și calificarea medicului de familie care le prestează servicii de îngrijiri paliative. **În cazul serviciilor de îngrijiri paliative specializate, se constată un nivel mai scăzut de satisfacție a beneficiarilor** față de acestea. 60% dintre respondenții care au beneficiat de îngrijiri paliative specializate în cadrul secțiilor din spitale au menționat că lucrătorul medical nu îi vizitează pe durata spitalizării, iar fiecare al treilea respondent a menționat (32%) că medicul l-a vizitat mai rar decât o dată pe săptămână.

### 3.2. Analiza cadrului legal și a documentelor de politici

Organizația Mondială a Sănătății recunoaște că îngrijirea paliativă este o responsabilitate etică a sistemelor de sănătate și că integrarea acesteia în sistemele de sănătate este esențială pentru realizarea Obiectivului de Dezvoltare Durabilă, pentru acoperirea universală a sănătății.

Accesul la îngrijirile paliative este o obligație legală, consfințită de convențiile Națiunilor Unite, care se bazează pe dreptul la sănătate fizică și mentală și urmează a fi oferite la cele mai înalte standarde. În cazul pacienților care prezintă dureri severe, eșecul autorităților publice naționale poate fi considerat drept tratament crud, degradant și inuman. Guvernul Republicii Moldova a făcut pași lenți în vederea asigurării în mod real a accesului pacienților incurabili la îngrijiri paliative.

Dreptul la acces echitabil la îngrijiri de sănătate de calitate este consacrat în art. 3 al Convenției pentru drepturile omului și biomedicina. În prezent, se acceptă faptul că îngrijirea paliativă este parte integrantă a sistemului de sănătate, după cum se afirmă în Recomandarea Rec(2003)24 a Comitetului de Miniștri al Consiliului Europei pentru organizarea îngrijirii paliative. Astfel, guvernele au obligația de a garanta accesul echitabil la acest tip de îngrijire pentru orice persoană a cărei stare de sănătate o solicită.<sup>53</sup>

În Planul global de acțiune al OMS pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile (MNT) 2013-2020, îngrijirile paliative sunt recunoscute în mod explicit ca parte a serviciilor complete necesare pentru bolile netransmisibile. Guvernele au recunoscut necesitatea îmbunătățirii accesului la îngrijirile paliative în Declarația politică a reuniunii la nivel înalt a Adunării Generale a ONU privind prevenirea și controlul bolilor netransmisibile, în 2011, iar accesul la medicamentele opioide pentru ameliorarea durerilor este unul dintre cei 25 de indicatori din Cadrul Global de monitorizare pentru MNT<sup>54</sup>.

Cu referire la legislația națională, dreptul la sănătate este garantat de Constituția Republicii Moldova, în particular de art. 36, care stipulează că dreptul la ocrotirea sănătății este garantat. Minimul asigurării medicale oferit de stat este gratuit.

La nivel de legi organice, *Legea nr. 411/1995 ocrotirii sănătății*, la fel prevede norme particulare (în art. 20, lit. c<sup>1</sup>), că statul, în conformitate cu prevederile Constituției, garantează minimul asigurării medicale gratuite cetățenilor Republicii Moldova, care cuprinde și îngrijirea paliativă, în limita mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală. Aceeași lege distinge foarte clar, în art. 35<sup>1</sup>, ce sunt îngrijirile paliative, de cine sunt prestate, care este scopul serviciilor de îngrijire paliativă etc. În temeiul acestor reglementări, Guvernul

<sup>51</sup> Raportul doi și trei, combinate, de stat al Republicii Moldova privind implementarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. Chișinău, 2020. Disponibil la: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/10/Raport-II-si-III-implementare-Conventie-ONU-drepturile-persoanelor-cu-dizabilit%C4%83%C8%9Bi-rom.pdf>

<sup>52</sup> „Accesul și calitatea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova”, Analiza rezultatelor cercetării cantitative. Centrul PAS. Chișinău 2019. Disponibil la: <https://www.pas.md/ro/PAS/Studies/Details/145>

<sup>53</sup> <https://rm.coe.int/168039e8db>

<sup>54</sup> <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1>

urma să aprobe Nomenclatorul serviciilor de îngrijire paliativă, regulamentul de organizare și desfășurare a activităților serviciilor care acordă îngrijire paliativă, precum și standardele minime de calitate pentru serviciile de îngrijire paliativă.

Legea nr. 263/2005 privind drepturile și responsabilitățile pacientului prevede, într-o manieră mai generală, drepturi și garanții ale pacienților paliativi. În art. 1 se propune noțiunea de *îngrijire terminală*, fiind îngrijirea acordată unui pacient în cazul în care, prin metodele de tratament disponibile, nu mai este posibilă o îmbunătățire a prognozei fatale, precum și îngrijirea acordată pacientului nemijlocit înainte de deces. Recomandabil, terminologiile și însăși definirea acestor servicii de îngrijire trebuie să fie omogene cu cea din Legea nr. 411/1995 privind ocrotirea sănătății sau invers, astfel încât să fie foarte clar că îngrijirea terminală se încadrează în noțiunea de *îngrijire paliativă*. Art. 5 prevede că unul din drepturile pacientului este cel la îngrijire terminală demnă de o ființă umană.

La nivel de politici în sănătate, cu referire la accesul la serviciile de îngrijire paliative, la momentul de față nu sunt aprobate strategii, planuri naționale sau concepte pentru a oferi o abordare complexă. Ultima politică publică care a abordat acest subiect este Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate pentru anii 2008-2017<sup>55</sup>. Acest document își propunea promovarea asistenței medicale integrate și asigurarea continuității serviciilor medicale prin sporirea rolului și a autorității asistenței medicale primare în sistemul național de sănătate, inclusiv prin dezvoltarea serviciilor de îngrijiri comunitare și la domiciliu.

Unicul document aparent în vigoare rămâne a fi Politica Națională de Sănătate<sup>56</sup>, document aprobat în anul 2007 (amendat ulterior în 2013). Acest document de politici prevede că una din performanțele în sistemul de ocrotire a sănătății urmează a fi dezvoltarea și încurajarea serviciilor medicale și sociale pentru categoriile de pacienți cu necesități speciale (persoane imobilizate, pacienți în fază terminală a bolilor, persoane cu dizabilități etc.), prin implicarea societății civile, a familiei și a comunității în susținerea managementului acestora. La fel, ultimul punct din document prevede că accesul la îngrijiri paliative se va baza pe principiul respectării demnității și a necesităților specifice ale bolnavului în faza terminală și va include obligatoriu controlul durerii și al altor simptome, suport psiho-emoțional și spiritual, sprijinul familiei, inclusiv pentru perioada de doliu.

La nivelul actelor subordonate legii, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, pe parcursul ultimilor 10 ani, a aprobat o serie de ordine și protocoale în domeniu. Unul din cele mai importante acte rămâne a fi **Standardul Național de Îngrijiri Paliative** (2010), în vigoare de mai bine de 10 ani, care necesită a fi amendat cel puțin o dată la 5 ani, pentru a corespunde noilor realități și abordări în tratamentul acestor bolnavi.

Protocoalele medicale pot fi accesate pe site-ul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, dar, fiind elaborate în anul 2011, necesită a fi actualizate, or, tratamentul durerii este vizat doar în cazul pacienților cu cancer. Această constare este reiterată și în **Raportul cu privire la implementarea de către Republica Moldova a prevederilor Rezoluției cu privire la consolidarea îngrijirilor paliative ca o componentă a tratamentelor integrate pe parcursul vieții**.

Domeniul îngrijirilor paliative cuprinde o gamă largă de servicii, cum ar fi servicii medicale, nursing, psihologice/emoționale, spirituale și sociale. Reieșind din scopul acestui raport, ne vom referi cu precădere la serviciile medicale accesibile pacientului paliativ.

Standardul național în îngrijiri paliative prevede că serviciile medicale se asigură de un medic calificat, licențiat în medicină generală și cu specializare îngustă în îngrijiri paliative. Aceste servicii includ: decizia de preluare în îngrijire; evaluarea inițială; stabilirea planului de tratament; reevaluarea și monitorizarea; supervizarea medicală; transferul; externarea/scoaterea din evidență; comunicarea și educarea pacienților și familiei/îngrijitorului; promovarea îngrijirii paliative; instruirea personalului; cercetarea.

Prima persoană cu care ar interacționa pacientul paliativ ar fi medicul de familie, o persoană-cheie, care urmează să-i acorde servicii de asistență medicală, inclusiv asistență medicală la domiciliu. Medicii de familie sunt restricționați de prevederile **Programului unic**, care include servicii medicale curative – monitorizarea tratamentului și a evoluției stării de sănătate a bolnavilor cronici, inclusiv a persoanelor cu dizabilități și/sau țintuite la pat, conform planului de recuperare și modificare a acestuia în funcție de evoluția parametrilor clinico-paraclinici, cu consultarea, în caz de necesitate, a medicului specialist.

<sup>55</sup> Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate pentru anii 2008-2017.

<sup>56</sup> Politica Națională de Sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 886/2007.

Pe lângă tratamentul în funcție de comorbiditățile pacientului paliativ, un element esențial constituie accesul pacienților paliativi la opioide. În Republica Moldova, opioidele au reglementări speciale. Prescrierea analgezicelor opioide poate fi oferită de către orice medic din instituțiile medico-sanitare, indiferent de forma de organizare sau proprietate, în conformitate cu Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 960/2012 cu privire la modul de prescriere și eliberare a medicamentelor. Este necesară revizuirea Ordinului Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 960/2012 pentru asigurarea accesibilității pacienților cu durere medie și severă la tratament paliativ cu anestetice – analgezice opioide. Se impune includerea în Lista medicamentelor esențiale a unui compartiment separat dedicat medicamentelor utilizate specific în îngrijirile paliative. Incident acestei recomandări, a se analiza oportunitatea elaborării unei metodologii clare sau a unui algoritm de planificare a cantităților de medicamente opioide și evidența stocurilor existente.

În același timp, Legea nr. 382/1999 cu privire la circulația substanțelor stupefiante, psihotrope și a precursorilor, în art. 16, prevede că o prescripție medicală include cantitatea de preparate necesare tratamentului pe un termen de până la 30 de zile. Este interzisă eliberarea altor rețete până la expirarea termenului de valabilitate a rețetei precedente. Aceste prevederi restrictive limitează, în unele cazuri, accesul pacientului la un tratament adecvat al durerii. La fel, art. 16 alin. (3) prevede că valabilitatea rețetelor pentru substanțele stupefiante și psihotrope aflate sub control internațional pe teritoriul țării este de 10 zile, ceea ce impune pacientul să se deplaseze neîntârziat la farmacie pentru procurarea medicamentului respectiv.

Cu referire la tratament, pacienții paliativi nu sunt acoperiți din Programul unic cu medicamente ce țin de ameliorarea altor simptome adiacente diagnosticului, cum ar fi a simptomelor de greață, constipație, tratarea plăgilor etc. În acest sens, se impune necesitatea extinderii listei de medicamente compensate în vederea tratării și a simptomelor adiacente bolii incurabile de care suferă pacientul paliativ.

În 2015, a fost aprobat Regulamentul privind organizarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu, aprobat prin Ordinul nr. 1022/2015.

Conform Dispoziției nr. 8 din 28 martie 2020, emisă de Comisia pentru Situații Excepționale<sup>57</sup>, pe perioada stării de urgență au fost sistate toate internările programate în instituțiile medico-sanitare, indiferent de forma juridică de proprietate și organizare, decizie valabilă până la expirarea stării de urgență.

Atât Planul de pregătire și răspuns al sistemului sănătății în urgențe de sănătate publică (2020)<sup>58</sup>, cât și Planul de pregătire și răspuns la infecția cu Coronavirus de tip nou (COVID-19), versiunea 2<sup>59</sup> prevăd eventualele riscuri în cazul situațiilor de urgență în sănătate publică, printre care: restricționarea accesului la serviciile esențiale acordate populației, care se poate manifesta prin adresabilitate pentru urgențe (de ex., atacuri de cord sau AVC), agravarea stării sănătății persoanelor cu insuficiență renală care au nevoie de tratament de dializă, criză diabetică cauzată de întreruperi în aprovizionarea cu insuline, prognoză înrăutățită de cancer, reducerea accesului și a utilizării serviciilor esențiale de sănătate maternă și a nou-născutului, întârzieri în diagnosticarea și începutul tratamentului mai multor maladii etc.

Documentele menționate stipulau că, pentru a preveni morbiditatea și mortalitatea indirectă și exacerbarea acută a stării cronice atunci când serviciile sunt perturbate și în mare măsură sustrate în realizarea de răspuns la urgența în sănătate publică, vor fi stabilite, în fiecare situație concretă, serviciile de sănătate esențiale relevante contextului, care vor fi prioritizate pentru a fi continuate pe parcursul și în cadrul răspunsului la starea de urgență în sănătate publică.

Toate aceste riscuri au survenit, iar sistemul medical nu a reușit să administreze adecvat și să diminueze efectele lor. Gestionarea acestor riscuri a fost transmisă de la nivel central către instituțiile medicale, care, în perioada pandemiei, au lucrat la capacitate maximă preponderent cu pacienții COVID-19. Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale a emis câteva ordine<sup>60</sup> către conducătorii instituțiilor medicale-sanitare indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare privind organizarea asistenței medicale spitalicești programate în condițiile pandemiei infecției cu Coronavirus de tip nou (COVID-19), dar care nu conține recomandări particulare în vederea accesului pacienților paliativi la asistență medicală spitalicească.

<sup>57</sup> Textul Dispoziției 8 din 28 martie 2020 a Comisiei Naționale pentru Situații Excepționale. Disponibil la: [https://gov.md/sites/default/files/dispozitia\\_nr\\_8.pdf](https://gov.md/sites/default/files/dispozitia_nr_8.pdf)

<sup>58</sup> Planul de pregătire și răspuns al sistemului sănătății în urgențe de sănătate publică, 2020. Disponibil la: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/02/Plan-USP-07.09.2020-Final1.docx.pdf>

<sup>59</sup> Planul de pregătire și răspuns la infecția cu Coronavirus de tip nou (COVID-19), versiunea 2. Disponibil la: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/09/Plan-r%C4%83spuns-COVID-19-19.pdf>

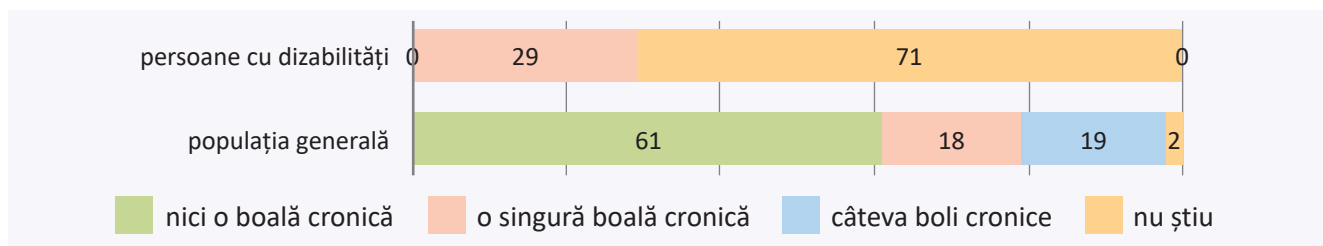
<sup>60</sup> Ordinul nr. 619 din 02.07.2020 cu privire la unele măsuri suplimentare privind organizarea asistenței medicale spitalicești programate în condițiile pandemiei infecției cu coronavirus de tip nou (COVID-19). Disponibil la: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/07/ordinul-nr.-619-din-02.07.2020-organizarea-internarii-programate-COVID-19-19.pdf>

**Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 338 din 01.04.2020 cu privire la unele măsuri suplimentare pentru asigurarea accesului populației la asistență medicală în perioada stării de urgență.** Acest document prevede unele măsuri cu caracter general, în mod special privind accesul populației la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, unde incident se face referire la accesul la medicamente al persoanelor cu dizabilități și al pacienților cu diabet. La fel, ar exista un set de măsuri cu privire la asigurarea supravegherii persoanelor vârstnice și cu dizabilități, care se referă la informarea privind necesitatea autoevaluării stării de sănătate și măsurarea la domiciliu a unor parametri (cum ar fi glicemia). Iar, în cazul măsurilor de asigurare a populației cu asistență medicală specializată de ambulatoriu, se menționează că investigațiile de laborator și instrumentale se asigură în cazurile când asistența medicală nu mai poate fi realizată la distanță, în special pentru pacienții cu profil oncologic, în vederea respectării schemelor de tratament și a termenelor de realizare a acestora.

### 3.3. Percepțiile persoanelor din îngrijire paliativă privind accesul la servicii de sănătate: analiză sociologică comparativă

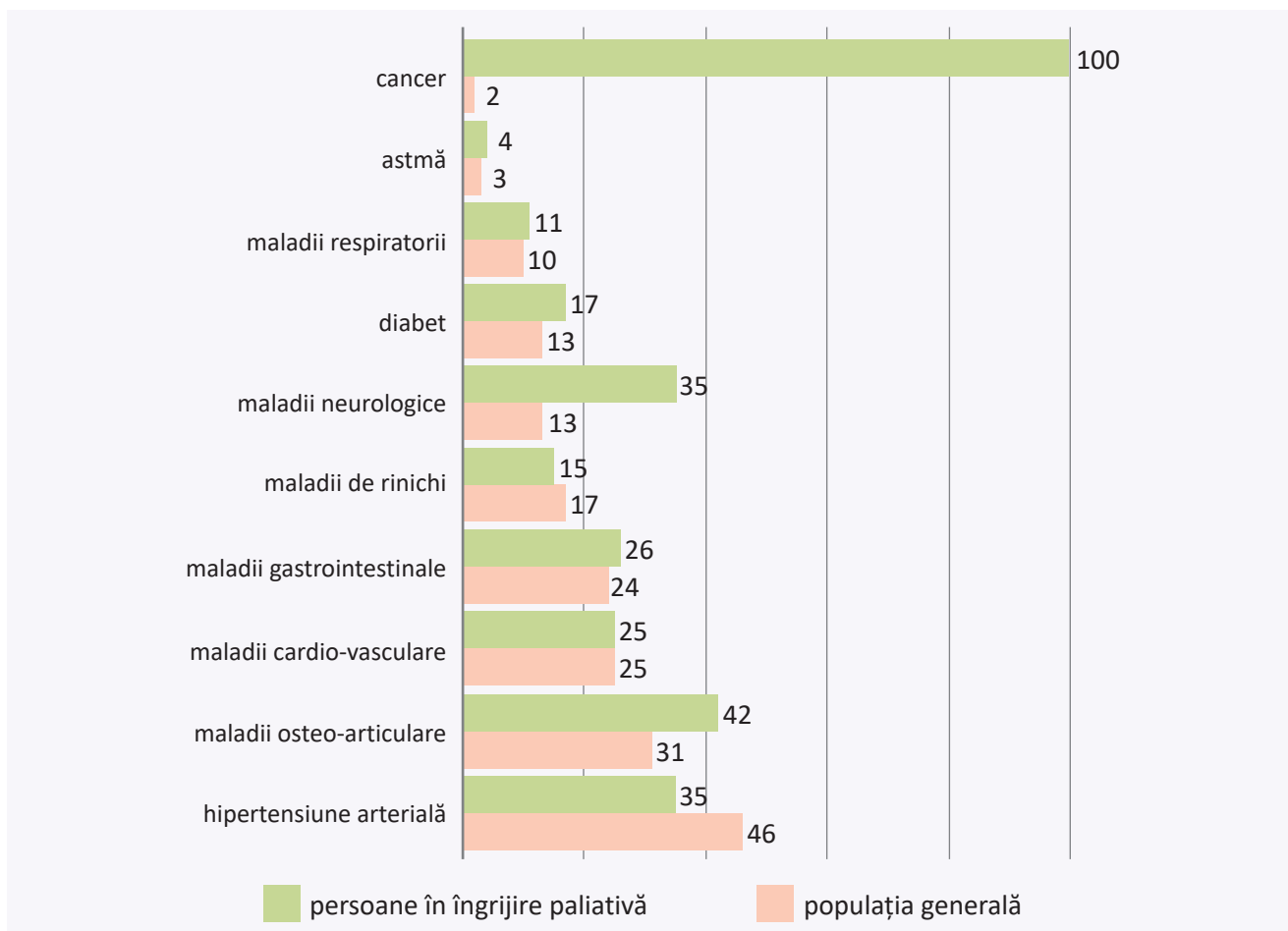
**Caracteristici socio-demografice.** În total, au fost chestionate 206 persoane în îngrijire paliativă, dintre care 65% – femei și 35% – bărbați, 49% – din urban și 51% – din rural. În funcție de studiile terminate, 26% – au studii medii incomplete, 51% – școală medie/profesională, 21% – studii superioare și 25% – nu au oferit un răspuns. 11% din cei chestionați sunt angajați în câmpul muncii și 89% – nu sunt angajați.

Toți cei în îngrijire paliativă au maladii cronice, inclusiv 71% – două și mai multe maladii cronice. În populația generală, ponderea persoanelor cu două și mai multe maladii cronice este de 19% sau aproape de patru ori mai mică.



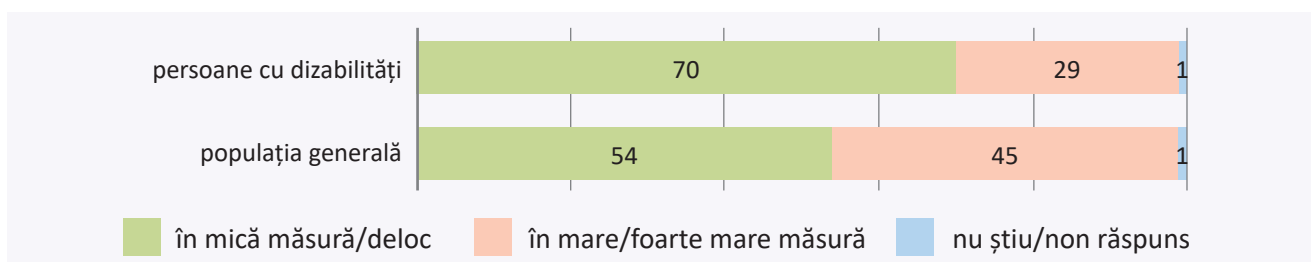
**Diagrama 96.** Ponderele persoanelor cu boli cronice în mediul respondenților din îngrijire paliativă și în mediul populației generale, %

Conform cercetării, de rând cu cancerul, 42% din persoanele în îngrijire paliativă au maladii osteo-articulare (populația generală – 31%), 35% au maladii neurologice (populația generală – 13%), 35% – hipertensiune arterială (populația generală – 46%), 26% – maladii gastrointestinale (populația generală – 24%), 25% – maladii cardio-vasculare (similar în populația generală), 17% – diabet (populația generală – 13%), 15% – maladii de rinichi (populația generală – 17%), 11% – maladii respiratorii (populația generală – 10%).



**Diagrama 97.** Distribuirea respondenților în funcție de maladiile cronice asociate, persoane în îngrijire paliativă, populația generală, %

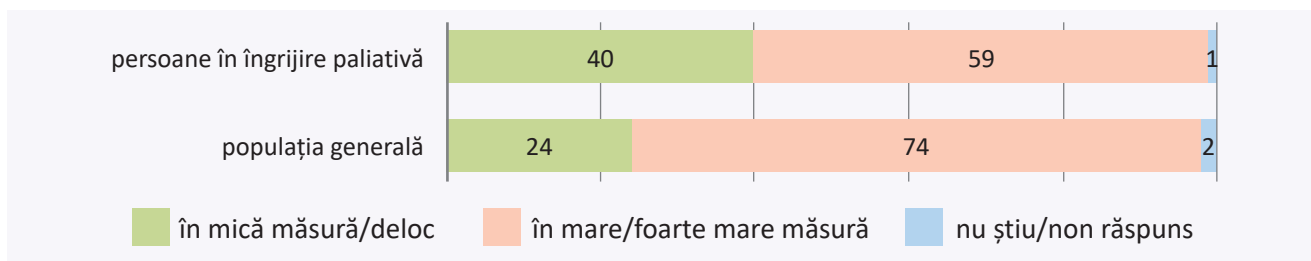
**Gradul de satisfacție privind anumite aspecte ale vieții.** Conform cercetării, persoanele în îngrijire paliativă în mai mare parte sunt nemulțumite de felul în care trăiesc, de viața de familie, condițiile de trai, situația materială a familiei comparativ cu populația generală. Din diagramele de mai jos, se observă că ponderea persoanelor în îngrijire paliativă nesatisfăcute de felul în care trăiesc (70%) este cu 16 puncte procentuale mai mare decât în cazul populației generale (54%).



**Diagrama 98.** Gradul de satisfacție privind modul de trai, %

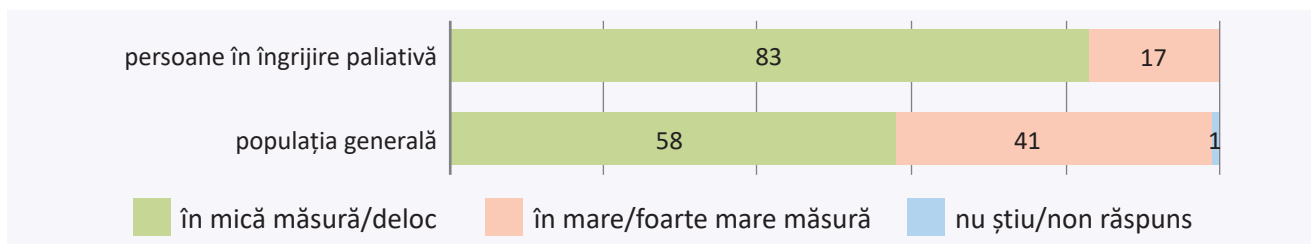
Ponderea populației în îngrijire paliativă nemulțumită de viața de familie (40%) este cu 16 puncte procentuale mai mare decât în mediul populației generale (24%).





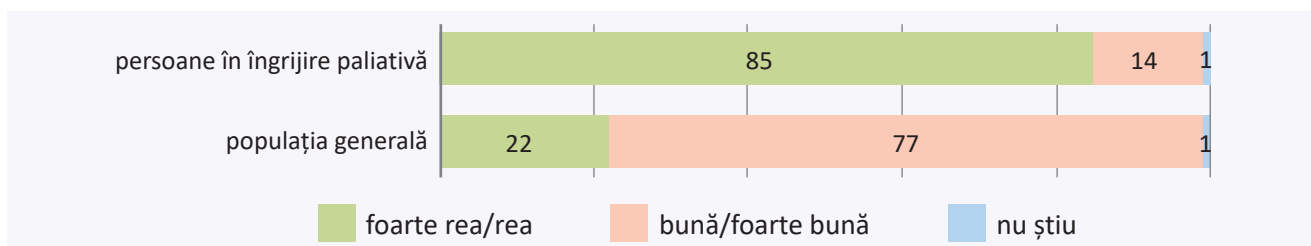
**Diagrama 99.** Gradul de satisfacție privind viața de familie, %

Ponderea persoanelor în îngrijire paliativă nesatisfăcute de situația materială a familiei (83%) este cu 25 puncte procentuale mai mare decât în populația generală.



**Diagrama 100.** Gradul de satisfacție privind situația materială a familiei, %

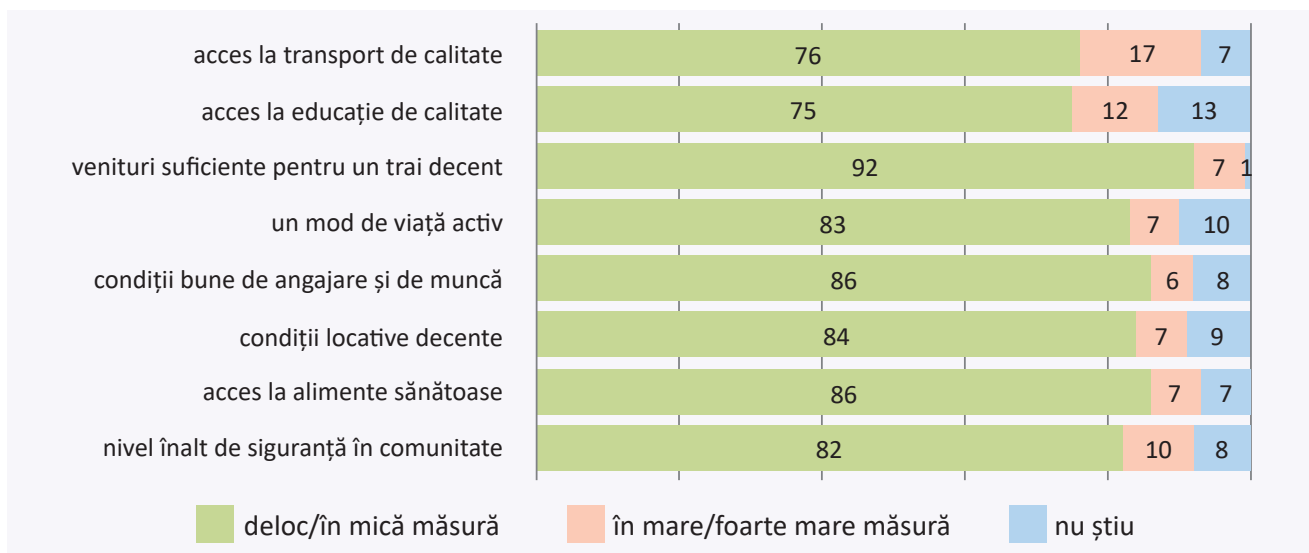
Totodată, 85% din persoanele în îngrijire paliativă chestionate au caracterizat starea sănătății lor drept rea/foarte rea, comparativ cu 22% de respondenți de aceeași părere din rândul populației generale.



**Diagrama 101.** Aprecieri ale stării sănătății în mediul respondenților în îngrijire paliativă și în rândul populației generale, %

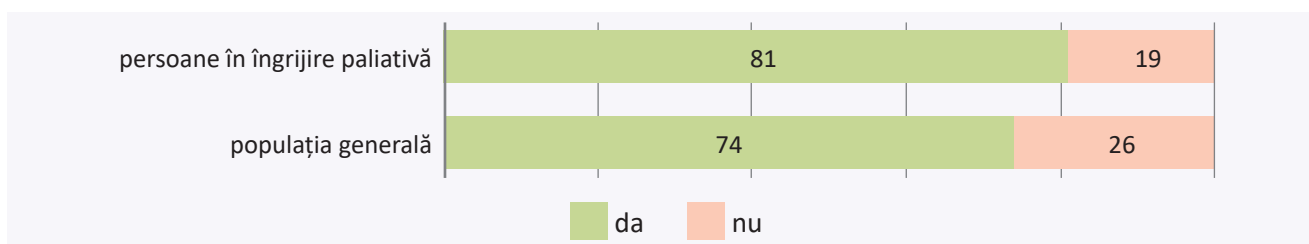
Ca și în cazul populației generale, peste 90% din respondenții în îngrijire paliativă au menționat că, pentru o viață sănătoasă și fericită, contează să aibă venituri suficiente pentru un trai decent (97%), servicii de sănătate accesibile și calitative (96%), acces la alimente sănătoase (96%), condiții locative decente (96%), comunicare cu familia, prietenii (95%), condiții bune de angajare și de muncă (95%), acces la educație de calitate (93%), acces la transport de calitate (92%).

În același timp, 92% din respondenții în îngrijire paliativă au menționat că Guvernul nu asigură deloc sau asigură în mică măsură venituri suficiente pentru un trai decent, peste 80% s-au dat cu părerea că acesta nu asigură deloc sau asigură în mică măsură condiții bune de angajare în câmpul muncii, condiții locative decente, acces la alimente sănătoase, nivel înalt de siguranță în comunitate. Peste 70% din respondenții în îngrijire paliativă consideră că Guvernul nu asigură acces la educație de calitate și acces la transport de calitate.



**Diagrama 102.** Percepțiile respondenților în îngrijire paliativă despre gradul de asigurare de către Guvern a unor aspecte ale vieții, %

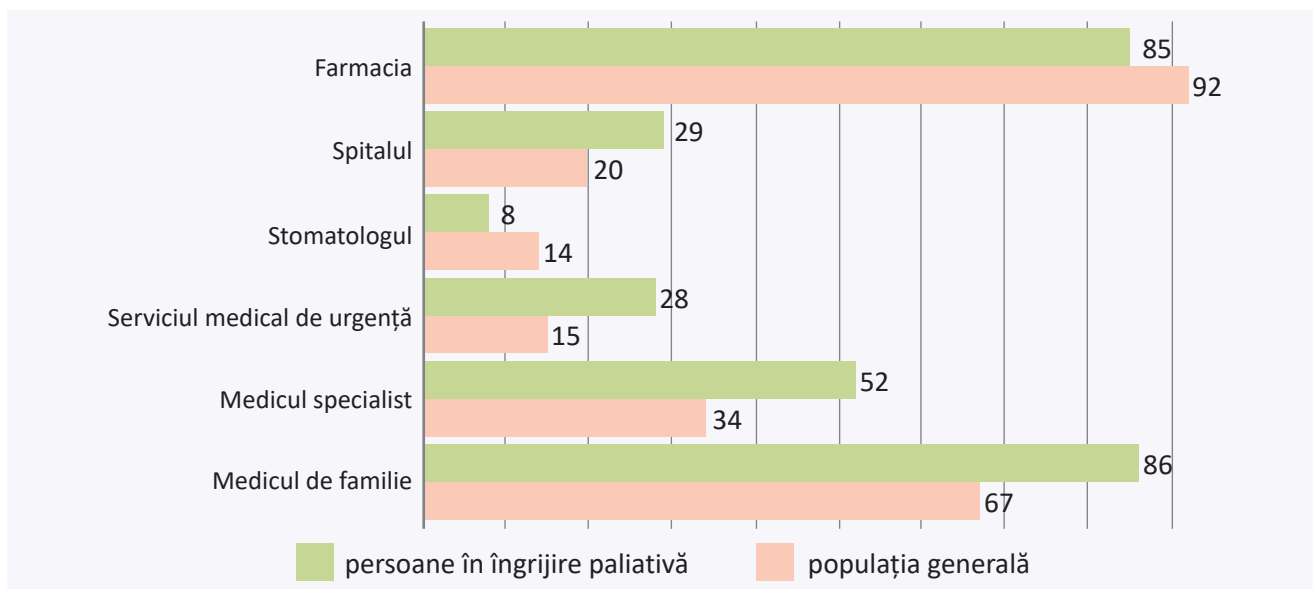
**Disponibilitatea și accesul la serviciile medicale.** Ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care au accesat servicii medicale în pandemie (81%) este cu 7 puncte procentuale mai mare decât în cazul populației generale (74%). Fiecare a cincea persoană în îngrijire paliativă a menționat că nu a accesat servicii medicale.



**Diagrama 103.** Ponderea respondenților care au accesat servicii medicale în pandemie, per respondenți în îngrijire paliativă și per populație generală, %

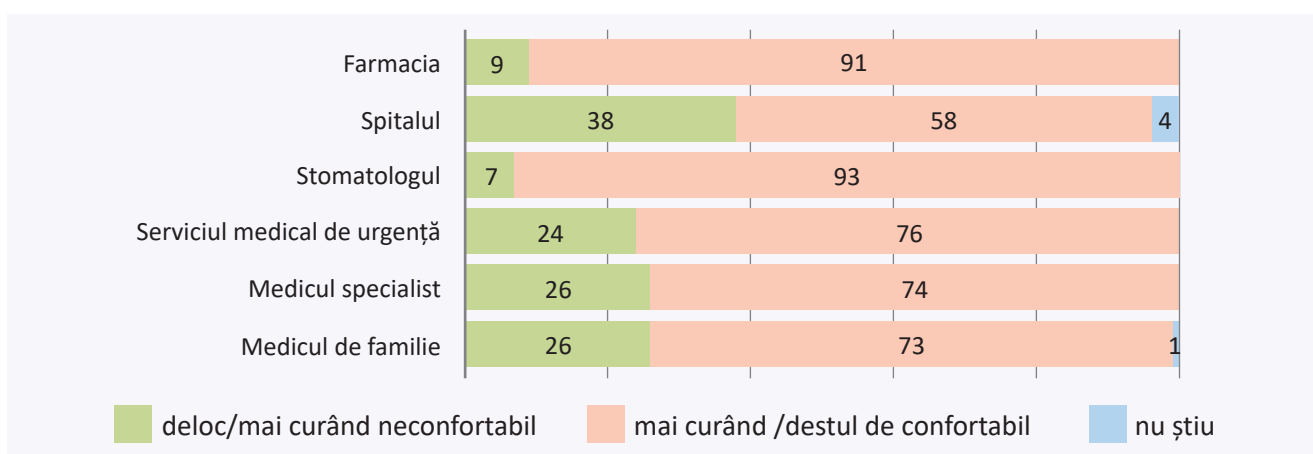
Fiind întrebați de ce nu au accesat servicii medicale, 50% din cei chestionați au afirmat că nu au avut încredere, 18% – că le-a fost frică să se infecteze, 8% – că nu au avut bani suficienți.

Conform cercetării, 86% au accesat medicul de familie, 85% – farmacia, 52% – medicul specialist, 29% – spitalul, 28% – serviciul medical de urgență, 8% – stomatologul. Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care au accesat medicul de familie, medicul specialist, serviciul medical de urgență, spitalul este cu mult mai mare decât în cazul populației generale.



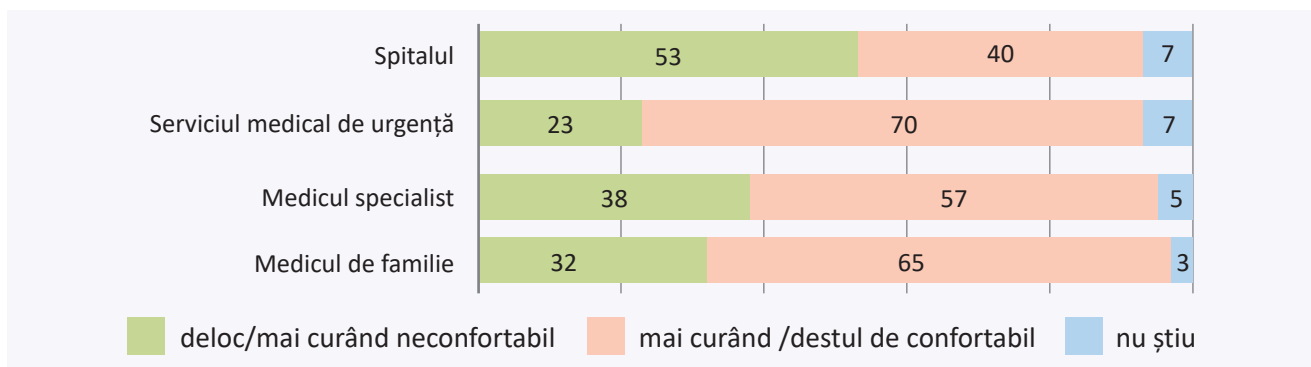
**Diagrama 104.** Tipurile de servicii medicale accesate în pandemie de către respondenții în îngrijire paliativă și populația generală, %

Marea majoritate din cei care au accesat farmaciile sau serviciile stomatologice (91%) au menționat că s-au simțit destul de confortabil/mai curând confortabil și 9% – mai curând neconfortabil/nu s-au simțit deloc confortabil. Peste 70% din cei care au accesat serviciul medical de urgență (76%), medicul specialist (74%), medicul de familie (73%) au susținut că s-au simțit mai curând/destul de confortabil. Totodată, fiecare a patra persoană care a accesat serviciile în cauză au indicat că nu s-au simțit deloc confortabil.



**Diagrama 105.** Aprecierea gradului de confort în timpul accesării serviciilor medicale în pandemie, respondenți în îngrijire paliativă, %

Ponderea persoanelor care s-ar simți neconfortabil la accesarea diferitelor servicii medicale sporește simțitor în cazul în care respondenții în îngrijire paliativă ar fi nevoiți să le viziteze în următoarele două săptămâni, fapt determinat de o mai mare conștientizare a riscurilor de îmbolnăvire cu COVID-19 și de înrăutățirea situației epidemiologice în perioada cercetării.

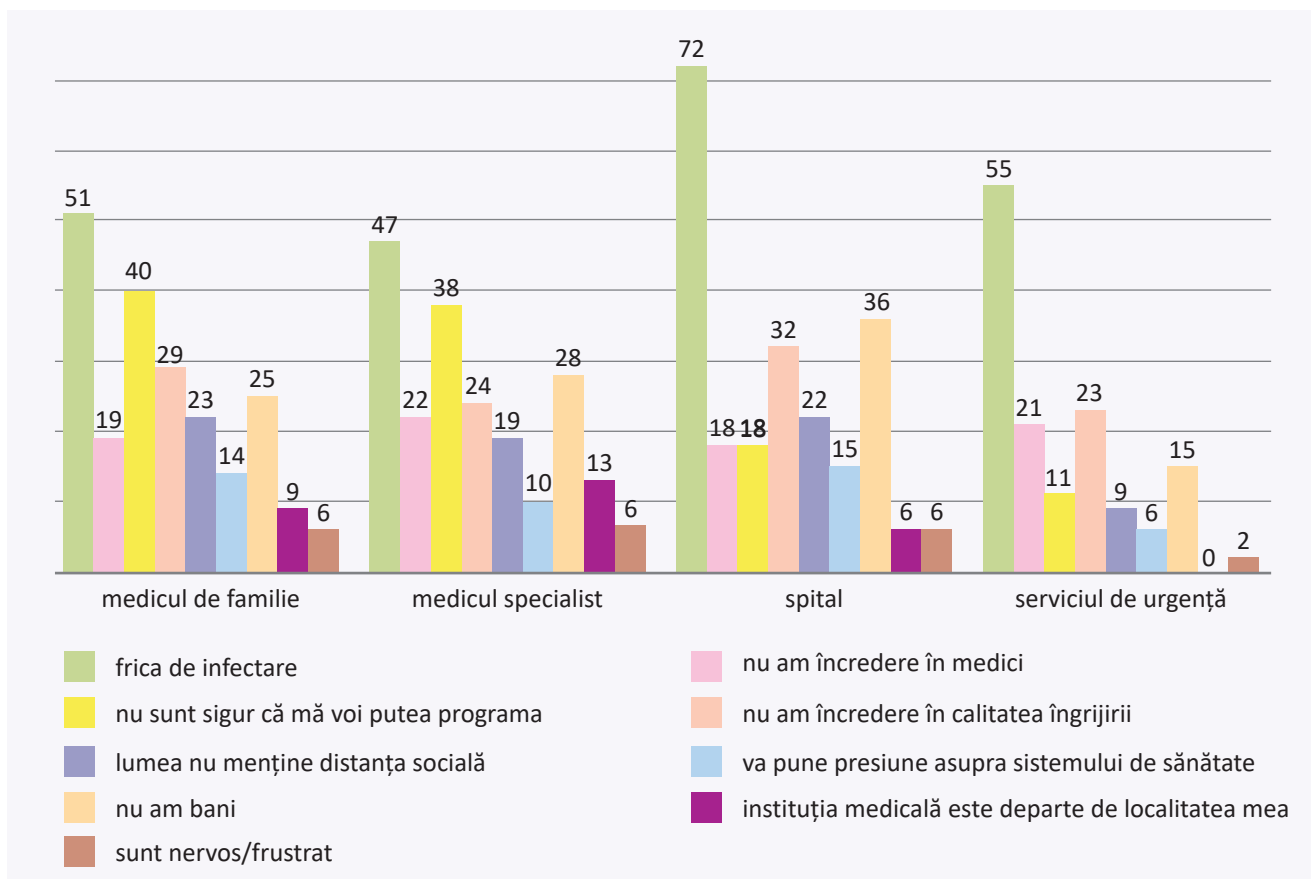


**Diagrama 106.** Gradul de confort al respondenților în îngrijire paliativă în cazul în care ar accesa serviciile medicale în următoarele două săptămâni, %

Astfel, fiecare al doilea respondent a menționat că nu s-ar simți deloc confortabil să acceseze spitalul, fiecare al treilea – medicul de familie și medicul specialist, fiecare al patrulea – serviciul medical de urgență.

Fiind întrebați de ce nu s-ar simți confortabil, în cazul medicului de familie, 51% au menționat că le este frică de infectare, 40% – nu sunt siguri că se vor putea programa, 29% – nu au încredere în calitatea îngrijirii, 25% – nu au bani, 22% – faptul că nu se respectă distanța socială, 19% – nu au încredere în medici, 14% – nu vor să pună presiune asupra serviciilor medicale, 9% – instituția este departe de localitatea lor.

În cazul vizitei la medicul specialist, 47% nu s-ar simți confortabil din cauza fricii de infectare, 38% – nu sunt siguri că se vor putea programa, 28% – nu au bani, 24% – nu au încredere în calitatea îngrijirii, 22% – nu au încredere în medici, 19% – faptul că nu se respectă distanța socială, 13% – instituția medicală este departe de localitate.

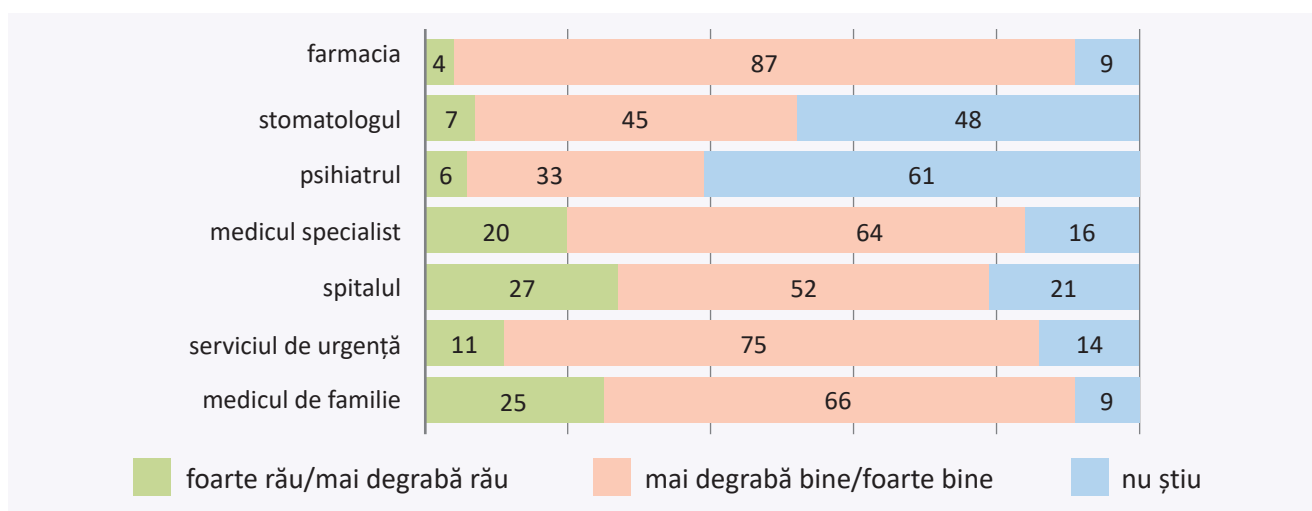


**Diagrama 107.** Cauzele lipsei de confort la accesarea serviciilor medicale, persoane în îngrijire paliativă, %

În cazul accesării spitalului, 72% din respondenți nu s-ar simți confortabil din cauza fricii de infectare, 36% – din cauza că nu au bani, 32% – că nu au încredere în calitatea îngrijirii, 22% – că lumea nu respectă distanța socială, 18% – că nu sunt siguri că se vor putea programa, 18% – că nu au încredere în medici, 15% – că nu vor să pună presiune pe sistemul medical.

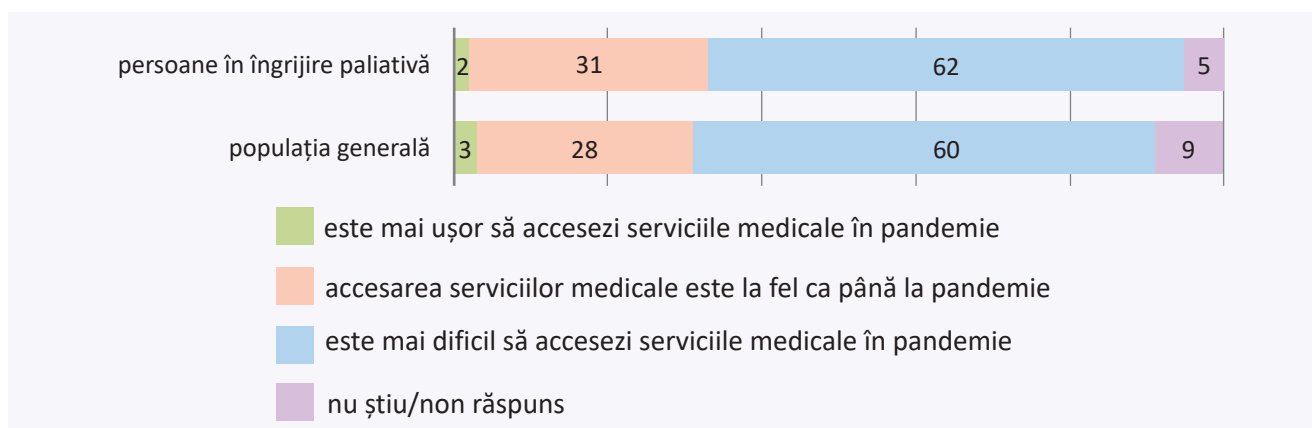
Puțin mai mult de jumătate din respondenți (55%) nu s-ar simți confortabil să acceseze serviciul de urgență din cauza fricii de infectare, 23% – pentru că nu au încredere în calitatea îngrijirii, 23% – nu au încredere în medici, 15% – nu au bani.

Mai bine de 2/3 din respondenți au apreciat managementul serviciilor prestate de farmacie, medicii de familie, serviciul de urgență, medicul specialist pe timp de pandemie cu calificativul bine/foarte bine. Fiecare al doilea respondent a apreciat drept bine/foarte bine managementul serviciilor stomatologice și spitalul. Există o pondere destul de mare de respondenți care nu cunosc cum au fost administrate anumite servicii, de exemplu, cele prestate de psihiatru sau medicul stomatolog, și nu s-au putut da cu părerea. Totodată, fiecare a cincea persoană chestionată a considerat că nu a gestionat bine serviciile medicale pe timp de pandemie medicul specialist, iar fiecare a patra persoană – medicul de familie. 27% au menționat că spitalul nu a gestionat bine serviciile pe timp de pandemie.



**Diagrama 108.** Percepțiile respondenților în îngrijire paliativă despre calitatea managementului serviciilor medicale pe timp de pandemie, %

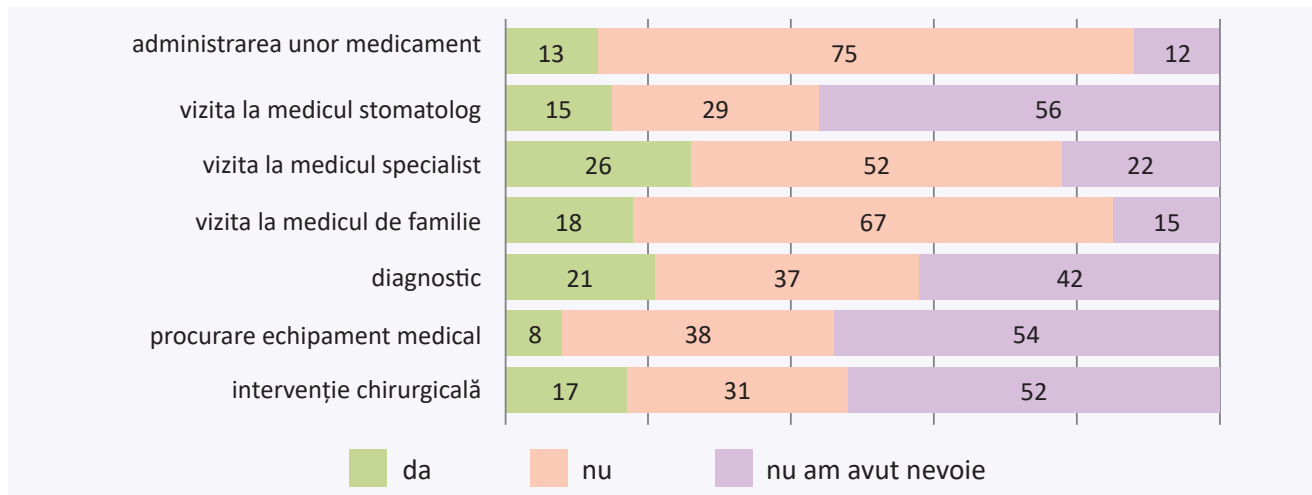
Două treimi din respondenții în îngrijire paliativă și din populația generală au menționat că accesarea serviciilor medicale pe timp de pandemie a fost mai dificilă decât anterior situației pandemice. Fiecare al treilea respondent din ambele eșantioane a indicat că accesarea serviciilor medicale a fost la fel ca și până la pandemie.



**Diagrama 109.** Aprecierea accesibilității serviciilor medicale în prezent și până la pandemie, respondenți în îngrijire paliativă, %

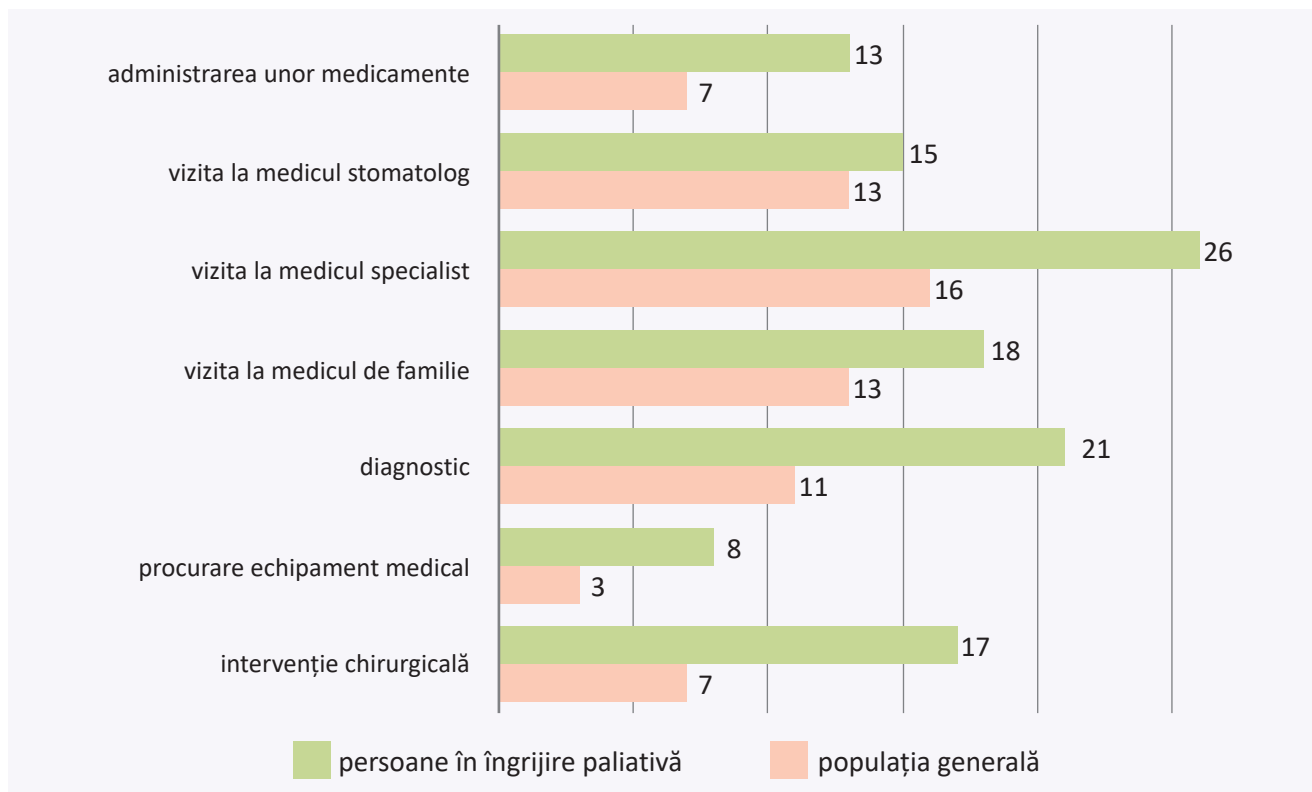
Fiind întrebați de ce a fost mai greu să acceseze serviciile medicale pe timp de pandemie, 14% din respondenți au indicat accesul redus la programare, 12% – frica de infectare, 7% – medicii ocupați, 6% – atitudinea proastă a cadrelor medicale, 5% – spitale arhipline.

Din cauza pandemiei, 26% din respondenții în îngrijiri paliative au amânat vizitele la medicii specialiști, 21% – la serviciile de diagnostic, 18% – la medicii de familie, 17% – intervențiile chirurgicale, 15% – vizitele la dentiști, 13% – administrarea unui medicament, 8% – procurarea echipamentului medical.



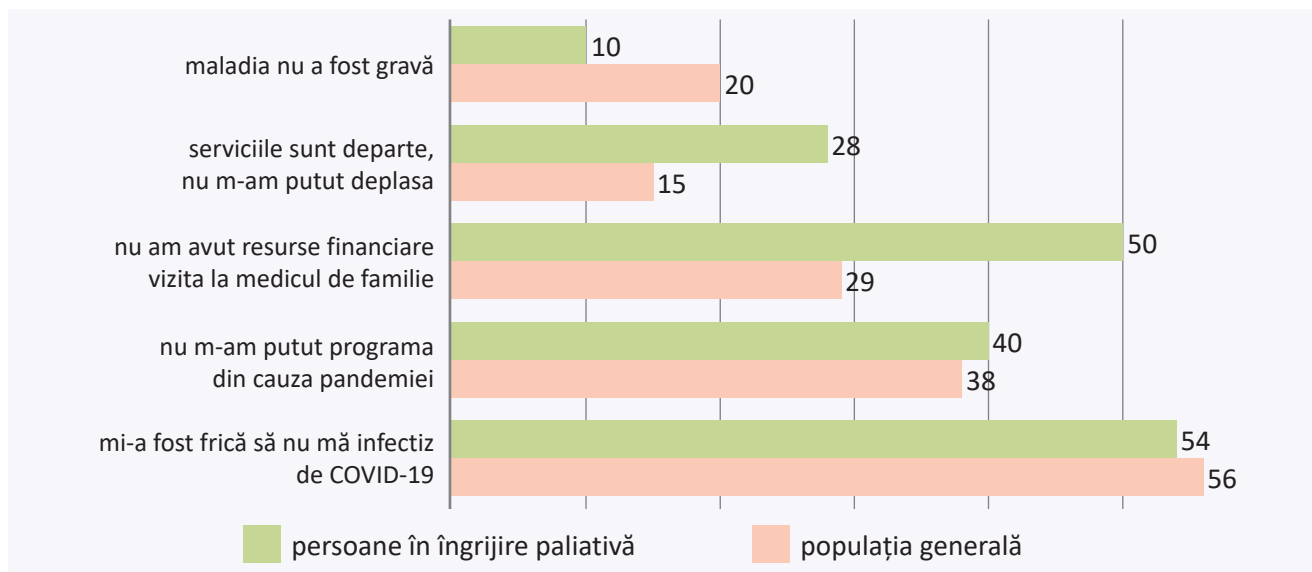
**Diagrama 110.** Ponderele respondenților în îngrijiri paliative care au amânat serviciile medicale din cauza pandemiei, %

Comparativ cu populația generală, ponderea respondenților din îngrijiri paliative care au amânat serviciile medicale este considerabil mai mare.



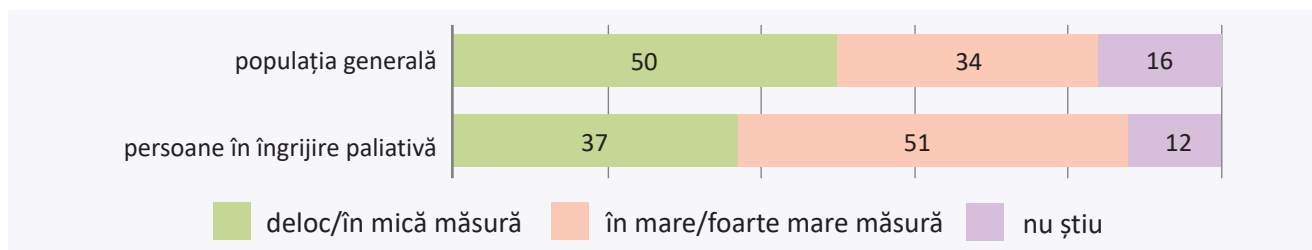
**Diagrama 111.** Ponderele respondenților care au amânat serviciile medicale din cauza pandemiei, comparativ pe grupuri de respondenți, %

Persoanele în îngrijiri paliative au amânat vizitele la medic din cauza fricii să nu se infecteze (54%), deoarece nu au avut resursele financiare necesare (50%), nu s-au putut programa din cauza pandemiei (40%), serviciile sunt departe și nu s-au putut deplasa (28%). Doar 10% au indicat că maladia nu a fost gravă. Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor în îngrijiri paliative care au indicat motivele – nu au avut bani și serviciile au fost departe – este mult mai mare.



**Diagrama 112.** Cauzele amânării serviciilor medicale pe timp de pandemie, comparativ pe grupuri de populație, %

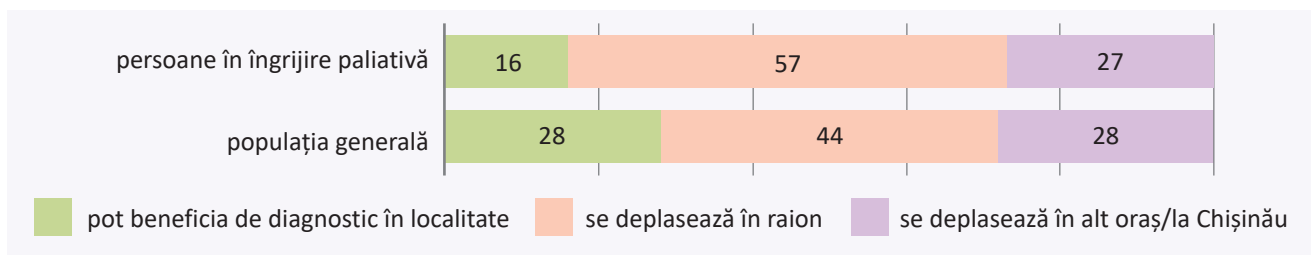
Ponderea persoanelor în îngrijire paliativă (51%) care au menționat că amânarea serviciilor le-a afectat sănătatea în mare și în foarte mare măsură este mult mai mare decât în cazul populației generale (34%).



**Diagrama 113.** Percepțiile populației despre gradul de afectare a sănătății lor în rezultatul amânării serviciilor medicale, comparativ pe grupuri de populație, %

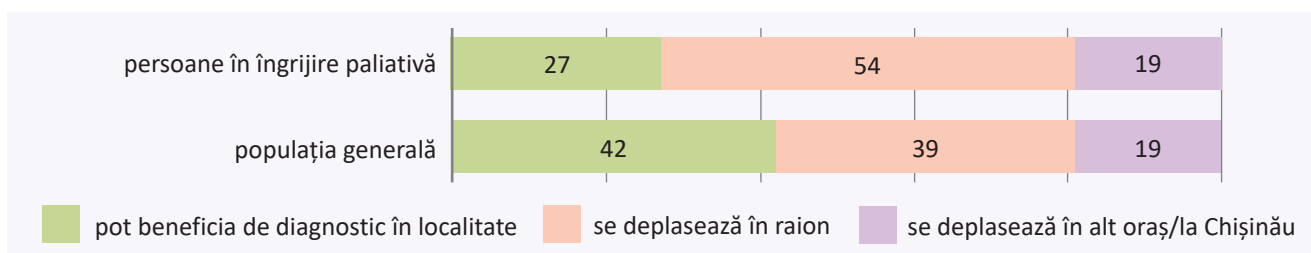
64% din respondenții în îngrijire paliativă care au amânat serviciile medicale nu au reușit să soluționeze pozitiv problema, comparativ cu 46% în populația generală.

**Accesul fizic la servicii medicale.** Marea majoritate (84%) din persoanele în îngrijire paliativă, comparativ cu 72% din populația generală, nu beneficiază de servicii de diagnostic în localitatea lor.



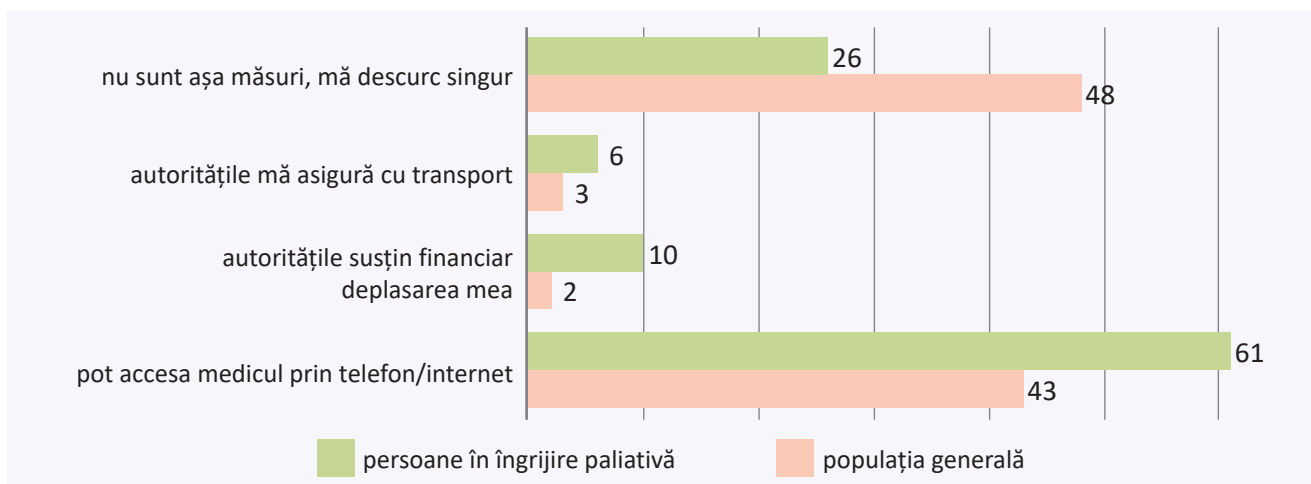
**Diagrama 114.** Distribuția respondenților în funcție de localizarea serviciilor de diagnosticare, per grupuri de populație, %

Circa 3/4 (73%) din persoanele în îngrijire paliativă, comparativ cu 58% din populația generală, nu beneficiază de servicii de tratament în localitatea lor.



**Diagrama 115.** Distribuția respondenților în funcție de localizarea serviciilor de tratament, per grupuri de populație, %

Măsurile de susținere în vederea obținerii serviciilor în afara localității sunt destul de reduse atât pentru populația în îngrijiri paliative, cât și pentru populația generală. Astfel, unica măsură, cea mai utilizată, continuă să fie accesarea medicului prin telefon/internet (61% din persoane în paliativ și 43% din persoane din populația generală). Fiecare al zecelea respondent din paliativ a menționat că autoritățile susțin financiar deplasarea lor (populația generală – 2%), 6% – sunt asigurați cu transport; 26% au menționat că nu sunt așa măsuri și se descurcă singuri (populația generală – 48%).



**Diagrama 116.** Măsuri de susținere la nivel de comunitate pentru accesarea serviciilor medicale din afara localității, per grupuri de populație, %

Discuțiile în focus-grupuri au confirmat accesul fizic limitat al persoanelor în îngrijire paliativă la servicii medicale din cauza amplasării disproporționate a serviciilor, a duratei lungi de așteptare a vizitelor la medicii oncologici, a procedurilor prea complicate pentru accesarea medicamentelor opioide, a insuficienței medicamentelor opioide, în special în zonele rurale, a calificării reduse a medicilor din zonele rurale de a presta servicii pacienților în îngrijiri paliative.



Astfel, participanții în focus-grupuri au menționat că serviciile paliative nu sunt accesibile din punct de vedere geografic tuturor persoanelor care au nevoie de acestea. Locuitorii din mediul rural sunt mai dezavantajați din perspectivă geografică. Ei au acces redus atât la serviciile paliative prestate în policlinici, cât și la cele prestate de prestatori privați (inclusiv de ONG-uri), deoarece acestea se află, de regulă, în centrele raionale, iar pentru unii pacienți deplasarea reprezintă o problemă. În raioanele în care există prestatori privați de servicii paliative (inclusiv ONG-uri), satele sunt acoperite prin deplasarea echipelor mobile la domiciliu, dar prestatorii privați operează într-un număr limitat de raioane. Totodată, echipele mobile ajung mai rar la pacienții din regiunile rurale, decât la cei din orașe.

*„Noi mergem regulat, de câteva ori pe lună, în satele unde avem pacienți. Pe cei din oraș îi vizităm mult mai des, pentru că sunt aproape, și le facem procedurile în orice moment. Dar în teritoriu ne ducem mai rar. De exemplu, în satele din vecinătate ne ducem o dată în săptămână, cu mașina.”* DFG 3

Potrivit discuțiilor cu unii medici de familie, accesarea medicilor de profil oncologic prin programări, de asemenea, constituie o problemă, deoarece durează mult (până la 30 zile).

*„Consultația la un oncolog este cu programare și timpul de așteptare este foarte lung. Trebuie să aștepti între 25 și 30 de zile pentru o consultație la un specialist. În 30 de zile poți face toxicoză și un sindrom depresiv.”* IA 1

O problemă identificată în discuțiile în focus-grupuri și interviuri este accesul efectiv redus la produse medicale și farmaceutice (morfină, emplastru transdermic, metadonă, tramadol etc.), din cauza procedurii complicate de obținere a acestora. Astfel, medicul de familie trimite pacientul către oncolog; după consultația acestuia, persoana revine, cu rețeta, la medicul de familie; medicul de familie aprobă tratamentul; după care pacientul se deplasează la policlinică pentru a beneficia de preparate.

*„Pentru medicamentele opioide, trebuie să mergă întâi la Centrul de Sănătate din Ungheni. Spre exemplu, un pacient vrea să-i fie prescris tratamentul. Acesta este nevoit să mergă pentru a obține rețeta la medicul oncolog, după care să se întoarcă la medicul de familie ca să-i aprobe tratamentul. Apoi, merge la policlinica de unde a venit să-și ia medicamentul. Ar trebui de simplificat: oncologul să scrie rețeta și pacientul să mergă la farmacie să-l ia și să se ducă acasă.”* IA 1

*„Rudele trebuie să stea mereu la ușa medicului, întâi la medicul de familie, apoi la ușa farmaciei, apoi iar să se întoarcă la medic după altă rețetă. Medicul de familie ar trebui să ofere rețeta cu ușurință.”* IA 5

Interviurile realizate cu medicii de familie indică asupra insuficienței preparatelor pentru ameliorarea durerii, în special în zonele rurale.

*„Nu prea sunt preparate oncologice opioide. Nu este morfină, ducem lipsă de omnopon, promedol și altele. Oamenii nu au acces la preparatele date... Uneori, aceste preparate lipsesc din farmacii. Nu întotdeauna: o lună este, o lună – nu-i. Dar în acea lună, cu ce tratăm oamenii?”* IA 1

În același timp, prestatorii privați de servicii paliative, inclusiv ONG-urile, au afirmat că personalul medical din sectorul public nu informează pacienții suficient de bine despre diverse aspecte legate de administrarea medicamentelor opioide (morfină, de exemplu). În aceste condiții, unii pacienți refuză să administreze morfină și bunăstarea acestora este compromisă.

*„Mie îmi pare foarte rău că miturile despre morfină – că duc la dependență, că dau complicații – sunt perpetuate chiar de personalul din policlinici. Ei induc pacientul în eroare, iar pacientul se chinuie în dureri și nu vrea să primească morfină, pentru că nu vrea să fie dependent.”* DFG3

O altă problemă menționată se referă la personalul medical nepregătit să lucreze cu persoanele care au nevoie de îngrijiri paliative (medic de familie, asistente medicale, psiholog ș.a.).

Discuțiile în focus-grupuri scot în evidență faptul că, în timpul pandemiei COVID-19, accesul persoanelor în îngrijire paliativă la servicii medicale s-a redus și mai mult. Astfel, medicii de familie nu realizau vizite la domiciliul persoanelor care necesitau îngrijiri paliative și nici nu refereau cazurile către prestatorii de servicii privați (inclusiv ONG-uri).

*„De când a început pandemia, medicii de familie au refuzat vizitarea la domiciliu a pacienților paliativi. Ei nu făceau asta nici până la pandemie, dar aici a fost chiar 100%. Pentru mine a fost o surpriză mare când medicii de familie ne întrebau, la sfârșitul anului trecut, prin octombrie, noiembrie: „Da voi ce lucrați?” sau „Chiar ați început să lucrați?”. Evident, și referirile [către ONG] au scăzut semnificativ, practic până la zero.”* DFG 3

La rândul lor, pacienții paliativi nu puteau accesa cabinetele medicilor de familie, din cauza restricțiilor generale impuse. În aceste condiții, ei nu puteau obține rețete pentru medicamentele compensate. Investigațiile

erau sistate, pentru că toate serviciile de diagnostic nu funcționau. În condiții obișnuite, persoanele care aveau nevoie de îngrijiri paliative puteau beneficia de acestea în secțiile de îngrijiri paliative din cadrul spitalelor. Dar, pe timpul situației excepționale, acestea au fost închise, fiind astfel limitat accesul persoanelor la serviciile respective.

„Din cauza pandemiei, pacienții paliativi aveau restricționări pentru a se înscrie la medicul de familie, pentru a lua o rețetă pentru medicamente compensate.” DFG 3

„Sunt secții speciale care se ocupă cu îngrijirile paliative. Poate un bolnav nu are cine să-l îngrijească și secțiile cu îngrijiri paliative îi vine în ajutor. Este adevărat că anul acesta a fost totul întrerupt din cauza COVID-19, toate aceste secții s-au închis, dar sperăm ca situația să se normalizeze.” IA 4

„Da, pacienții oncologici au fost puțin neglijați, fiindcă au fost închise toate investigațiile, nu au lucrat nici clinicile. Chiar la nivel de Chișinău, totul a fost închis. Mai ales anul trecut. Acum au început să lucreze și tomografia computerizată, și RMN-urile. Dar până acum toate au fost închise.” IA 4

A fost restricționat și accesul la medicii specialiști, servicii de diagnostic, intervenții chirurgicale și spitalizare.

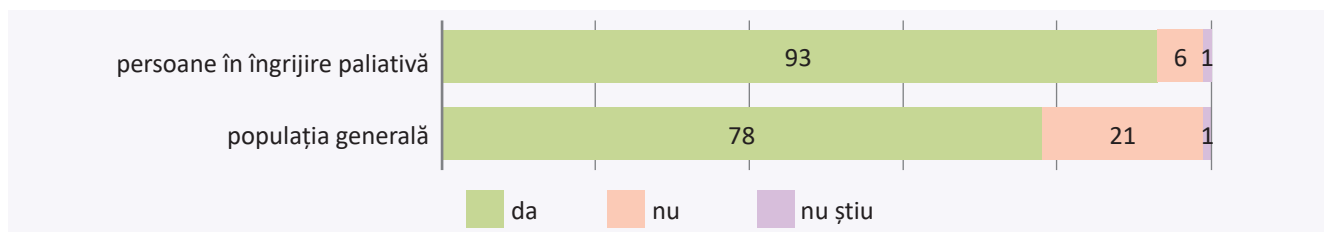
Acces restricționat a fost și la servicii precum tomografia computerizată și rezonanța magnetică. Restricții au fost și la internarea pacienților pentru tratamentul programat la Institutul Oncologic. În perioada aceea, probabil, aveau și ei personalul medical bolnav, poate aveau carantină. Pacienții paliativi pregătiți pentru intervenție chirurgicală programată sau instrumentală tot aveau dificultăți. Ca să nimerescă în spital, pacientul trebuia să facă o investigație la COVID-19, însă nu fiecare știa cum să se informeze despre asta. Totodată, trebuia să meargă la medicul de familie sau la o clinică privată, să se înregistreze pentru a da o anumită analiză și apoi cu rezultatele să facă chimioterapie sau alte tratamente speciale.” DFG 3

„Unii dintre pacienții mei așa și nu au primit nici chimioterapie, nici tratament, a fost groaznic.” DFG 3

Persoanele în îngrijire paliativă din localitățile în care nu sunt farmacii s-au confruntat cu probleme legate de procurarea medicamentelor necesare, din cauza lipsei transportului. În aceste condiții, solicitau ajutorul OSC care prestau servicii paliative.

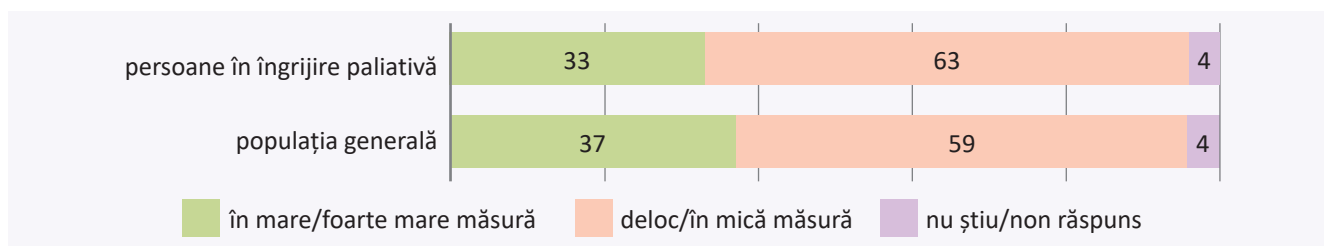
„În satele în care nu sunt farmacii, nu au de unde să-și procure medicamente. Iar în pandemie, situația a fost și mai gravă. De multe ori, eram rugați noi să le procurăm, fiindcă erau restricționări de transport.” DFG 3.

**Accesul la serviciile medicale acoperite de CNAM.** Ponderea populației în îngrijiri paliative care are asigurare medicală (93%) este mai mare decât cea în mediul populației generale (78%).



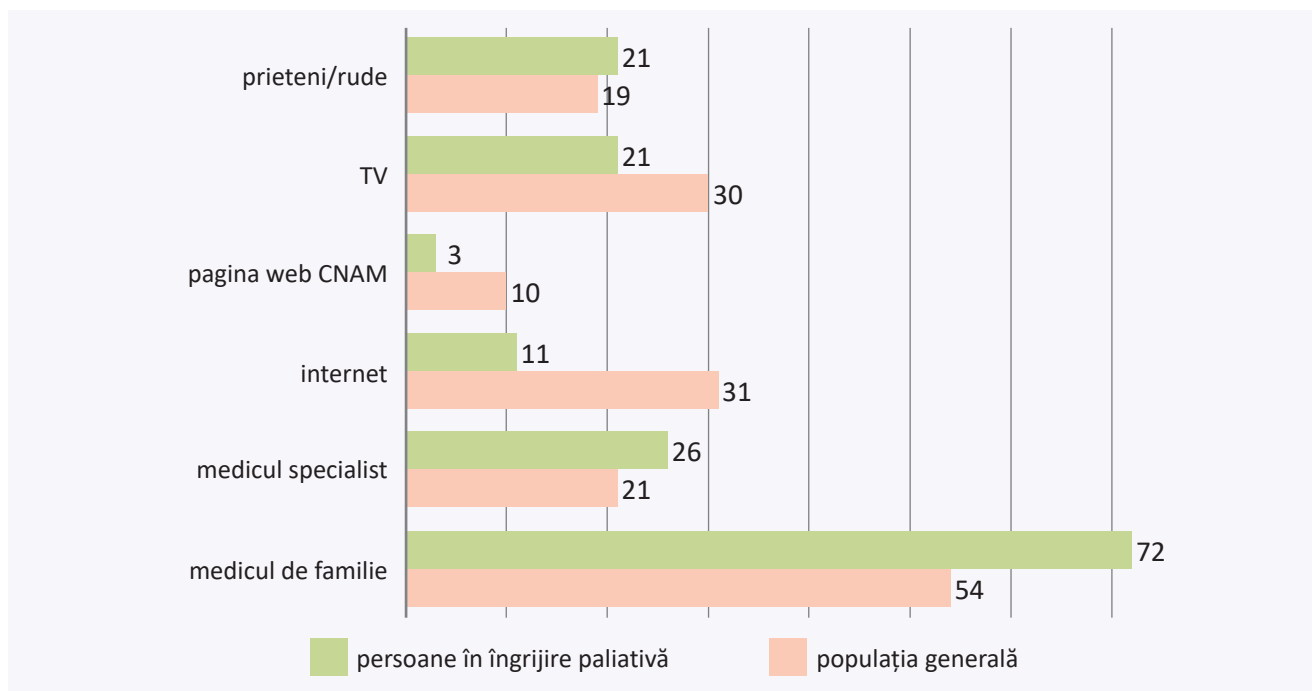
**Diagrama 117.** Ponderea populației care are asigurare medicală, în mediul respondenților în îngrijiri paliative și în mediul populației generale, %

Ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care sunt informate în mare/foarte mare măsură despre serviciile medicale acoperite de CNAM (33%) este mai redusă decât cea a populației generale (37%).



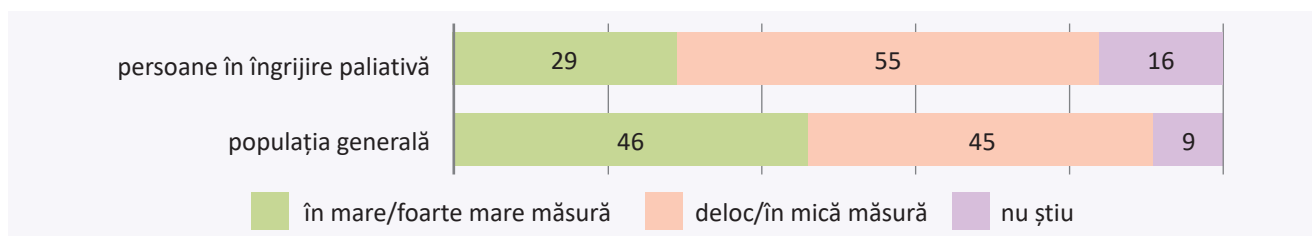
**Diagrama 118.** Nivelul de informare a respondenților despre serviciile acoperite de CNAM, pe grupuri de populație, %

Comparativ cu populația generală, persoanele în îngrijire paliativă utilizează mai mult următoarele surse de informare despre serviciile CNAM: medicul de familie (72%), medicul specialist (26%), prietenii, rudele (21%) și mai puțin – internetul (11%), TV (21%), pagina web CNAM (3%).



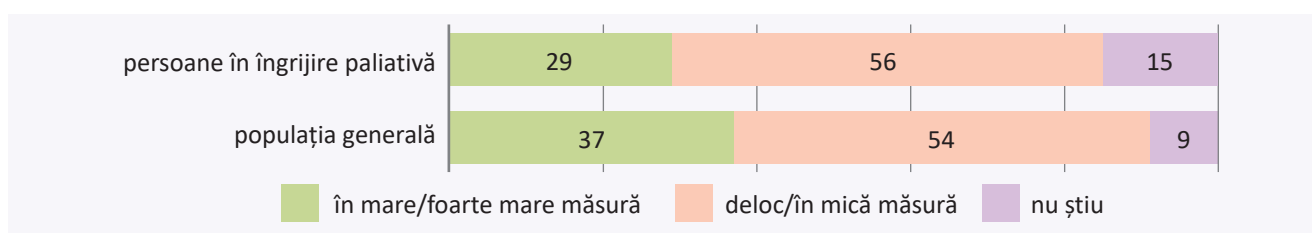
**Diagrama 119.** Sursele de informare despre serviciile CNAM, per grupuri de populație, %

Ponderea respondenților în îngrijire paliativă care consideră că informația despre serviciile acoperite de CNAM nu poate fi găsită este cu 10 puncte procentuale mai mare în mediul respondenților în îngrijire paliativă (55%) decât în mediul populației generale (46%). Doar fiecare al treilea respondent în îngrijire paliativă a indicat că informația despre serviciile CNAM poate fi găsită în mare/foarte mare măsură.



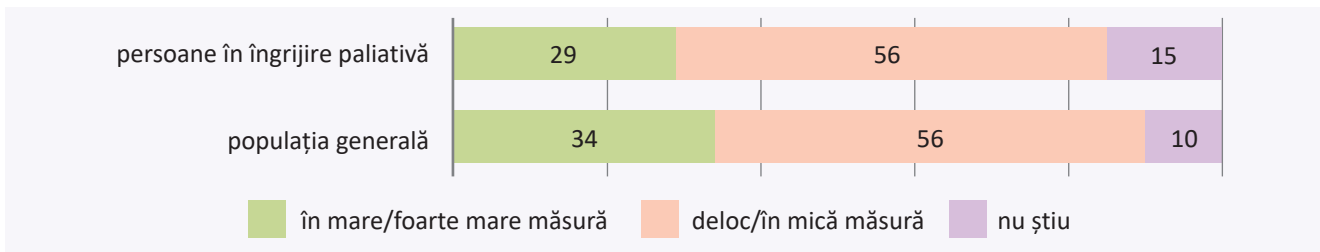
**Diagrama 120.** Ponderea populației care este de acord cu afirmația că informația despre serviciile acoperite de CNAM poate fi ușor găsită, per grupuri de populație, %

Fiecare al treilea respondent în îngrijire paliativă este de părerea că informația despre serviciile CNAM este pe înțelesul tuturor, 56% – nu sunt de acord cu această afirmație și 15% – nu cunosc. Comparativ cu populația generală, ponderea populației care consideră că informația despre serviciile CNAM este pe înțelesul tuturor e cu 8 puncte procentuale mai mică în mediul respondenților în îngrijire paliativă.



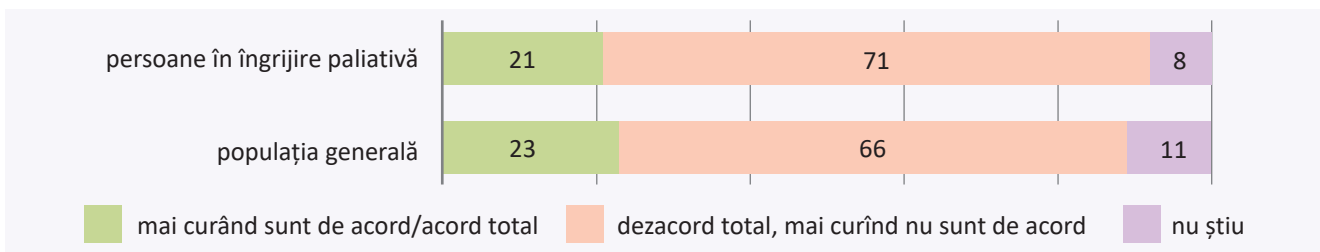
**Diagrama 121.** Ponderea populației care este de acord cu afirmația că informația despre serviciile acoperite de CNAM este pe înțelesul tuturor, per grupuri de populație, %

Doar o treime din respondenții în îngrijire paliativă sunt de părerea că informația despre costurile serviciilor medicale este publică, 56% – nu susțin această părere și 15% – nu știu. Situația este similară, în mare măsură, în mediul populației generale.



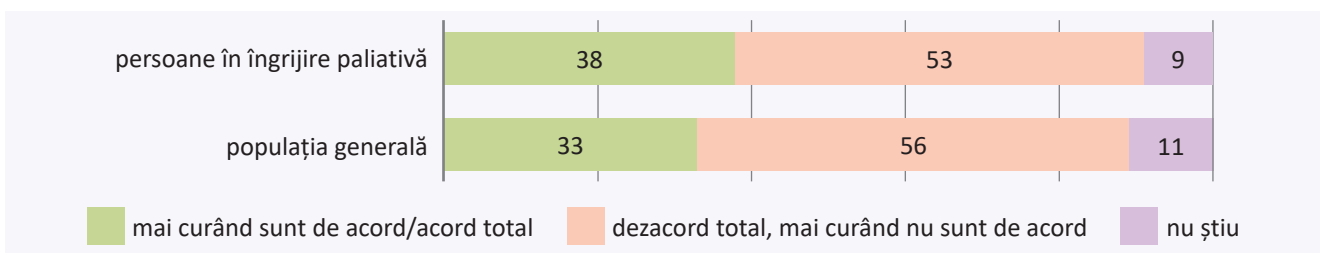
**Diagrama 122.** Pondere de acord cu afirmația că informația despre costurile serviciilor este publică, per grupuri de populație, %

Respondenții în îngrijire paliativă, în proporție de 71%, comparativ cu 66% în populația generală, au exprimat dezacordul cu afirmația că costurile pentru serviciile medicale de care au nevoie sunt acoperite suficient de CNAM. Fiecare al cincilea respondent este de părerea că aceste costuri sunt acoperite suficient de CNAM și 8% – nu știu.



**Diagrama 123.** Pondere de acord cu următoarea afirmație: costurile pentru serviciile medicale de care are nevoie sunt acoperite suficient de CNAM, per grupuri de populație, %

Fiecare al doilea respondent în îngrijire paliativă nu este de acord cu afirmația că serviciile medicale acoperite de CNAM sunt calitative, 38% – sunt de acord cu această afirmație și 9% – nu știu. Situația este aproape similară cu cea în rândul populației generale.

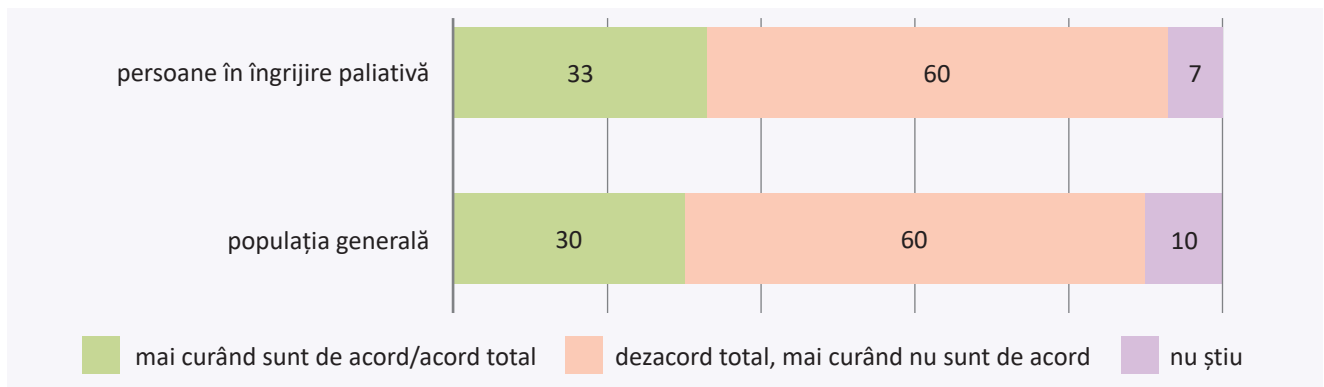


**Diagrama 124.** Pondere de acord cu afirmația că serviciile medicale acoperite de CNAM sunt calitative, per grupuri de populație, %

Discuțiile în focus-grupuri și în cadrul interviurilor au scos în evidență faptul că polița de asigurare medicală nu acoperă necesarul de servicii și produse. Astfel, în asigurarea medicală nu sunt incluse medicamentele pentru controlul altor simptome asociate, cum ar fi greața, voma, constipația, diareea, și *preparatele parafarmaceutice necesare pentru plăgi sau pentru escarii*.

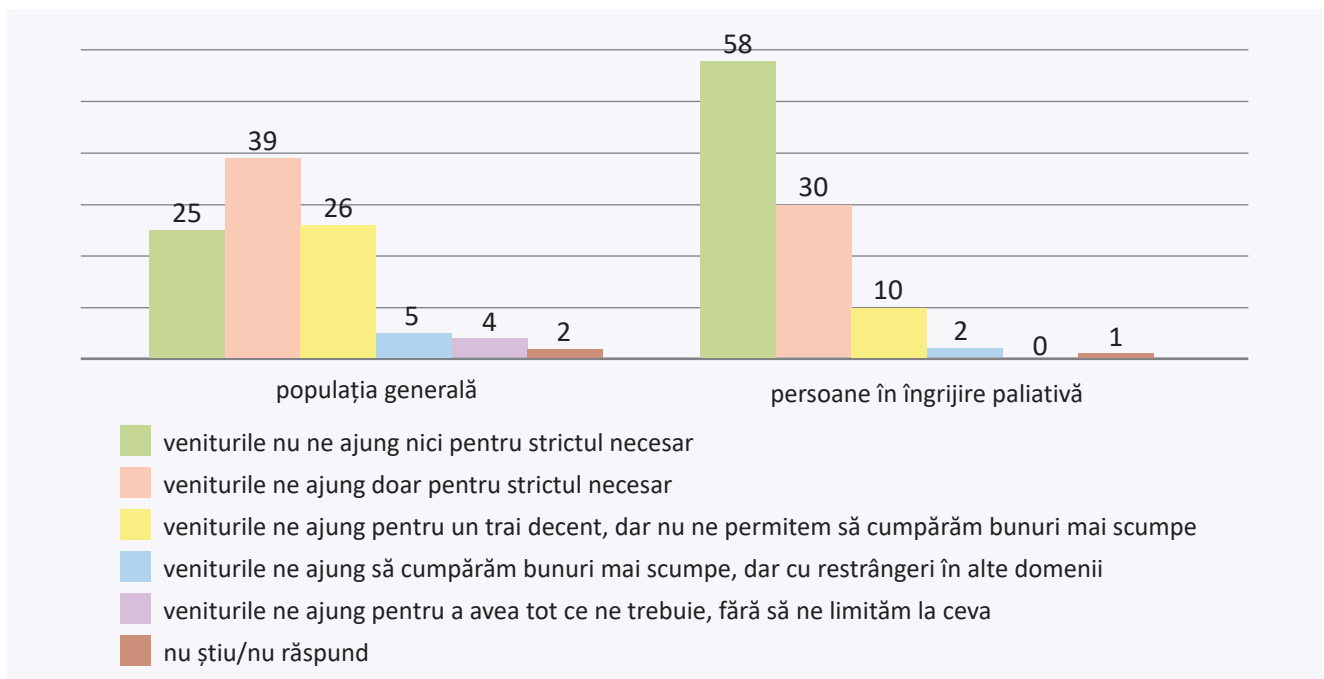
Pacienții serviciilor de îngrijire paliativă se confruntă cu acces limitat la **accesorii medicale** (scutece, absorbante, pungă pentru stome, colectoare de urină etc.). Acestea nu sunt asigurate, iar costurile pentru procurarea lor sunt suportate de pacienți.

Două treimi din respondenții în îngrijiri paliative și din populația generală au menționat că ei și membrii familiilor lor nu sunt satisfăcuți de serviciile medicale acoperite de CNAM, iar 1/3 – sunt satisfăcuți.



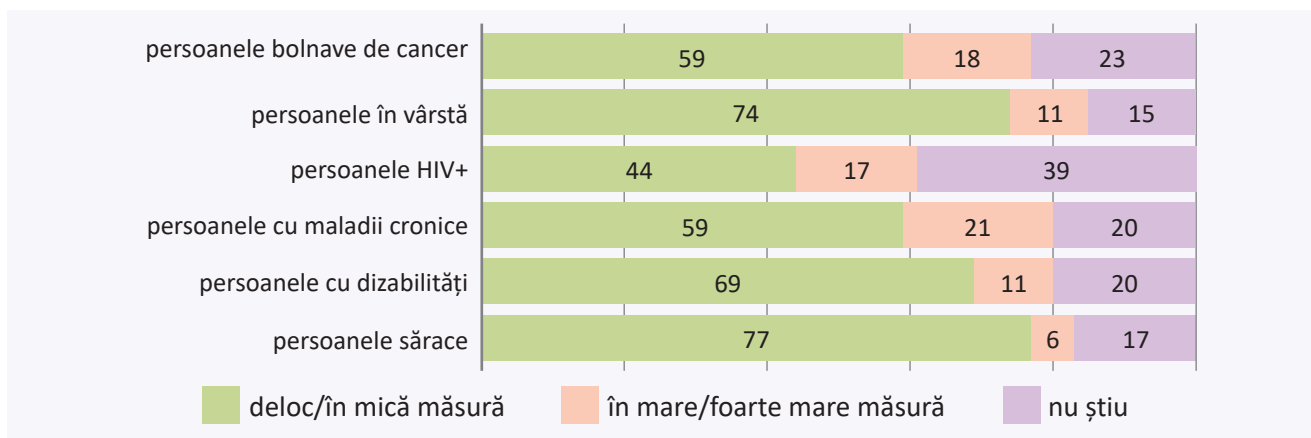
**Diagrama 125.** Ponderea respondenților care sunt de acord cu afirmația că ei și membrii familiilor lor sunt satisfăcuți de serviciile medicale acoperite de CNAM, per grupuri de populație, %

**Accesul financiar la serviciile medicale.** Compararea veniturilor persoanelor în îngrijire paliativă cu veniturile populației generale a scos în evidență faptul că, în cazul primului grup, ponderea populației foarte sărace și sărace este mult mai mare. Astfel, 58% din persoanele în paliativ au indicat că veniturile nu le ajung nici pentru strictul necesar (populația generală – 25%), 30% – că veniturile le ajung doar pentru strictul necesar (populația generală – 30%), 10% – că veniturile le ajung pentru un trai decent, dar fără a putea să își permită lucruri mai scumpe (populația generală – 26%), 2% – că veniturile le permit să își procure lucruri mai scumpe, dar cu restrângeri în alte domenii (populația generală – 5%).



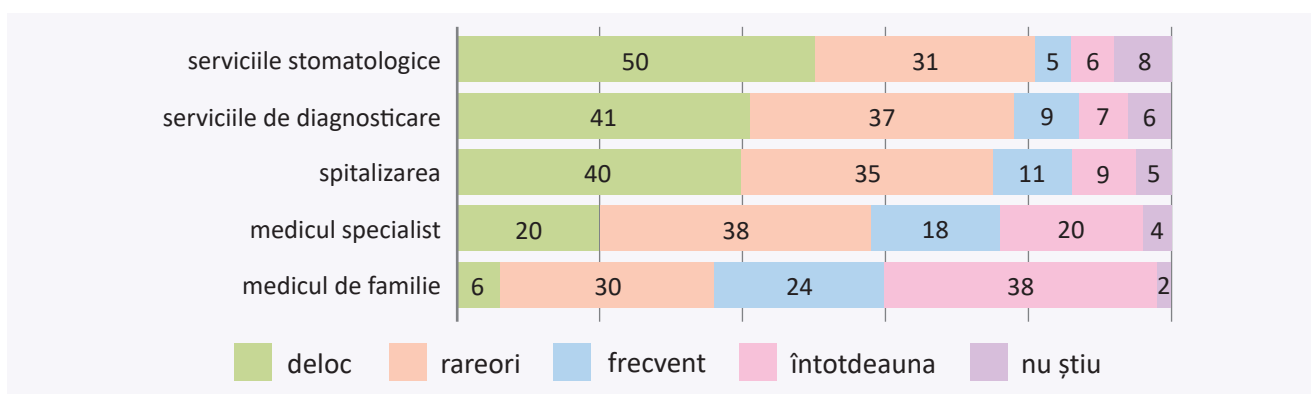
**Diagrama 126.** Gradul de corespundere a veniturilor nevoilor populației, per grupuri de populație, %

Ca și populația generală, 2/3 din respondenții în îngrijiri paliative consideră că persoanele sărace (77%), persoanele în vârstă (74%), persoanele cu dizabilități (69%) nu au deloc sau au în mică măsură acces financiar la serviciile medicale. 59% din respondenți au fost de părerea că persoanele bolnave de cancer și cele cu maladii cronice nu au deloc sau au în mică măsură acces financiar la serviciile medicale. 44% au menționat că persoanele HIV+ au acces limitat sau nu au acces deloc la servicii medicale, iar 39% – au indicat că nu cunosc nimic referitor la acest grup de persoane.



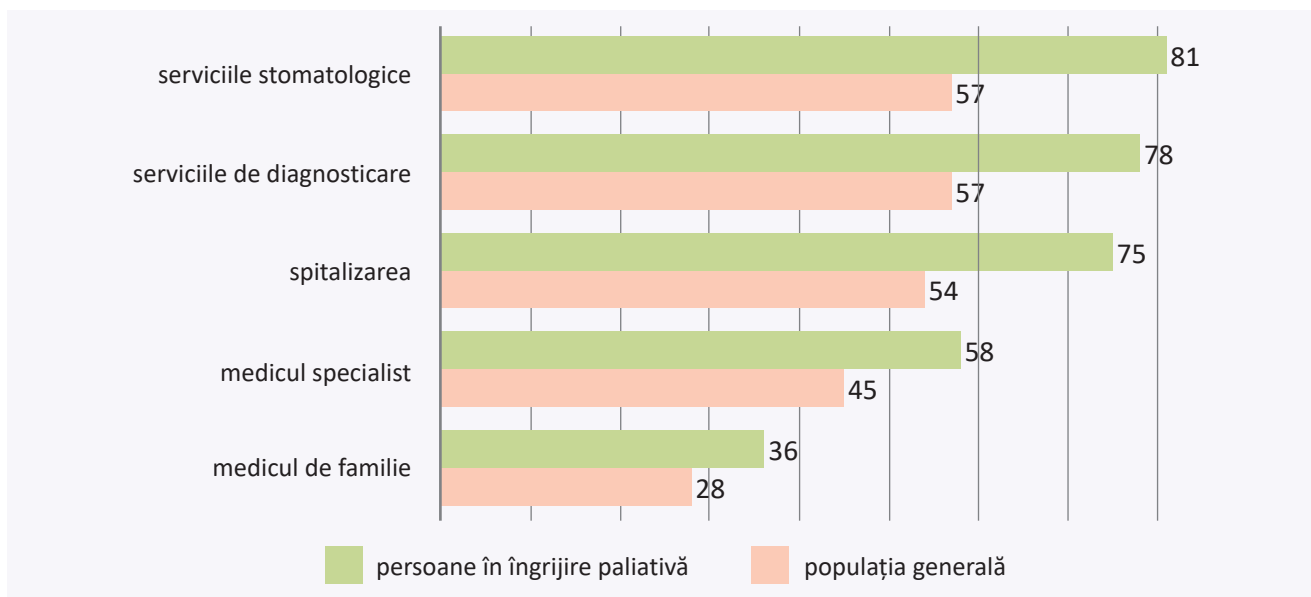
**Diagrama 127.** Percepțiile populației în îngrijire paliativă despre gradul de acces financiar la servicii medicale al diferitelor grupuri vulnerabile, %

La nivel subiectiv, peste 2/3 din respondenții în îngrijiri paliative au menționat că nu își pot permite deloc sau își permit rareori să acceseze serviciile stomatologice, serviciile de diagnosticare, spitalizarea; 58% din respondenți nu își pot permite deloc sau își permit rareori medicul specialist și 36% – chiar medicul de familie.



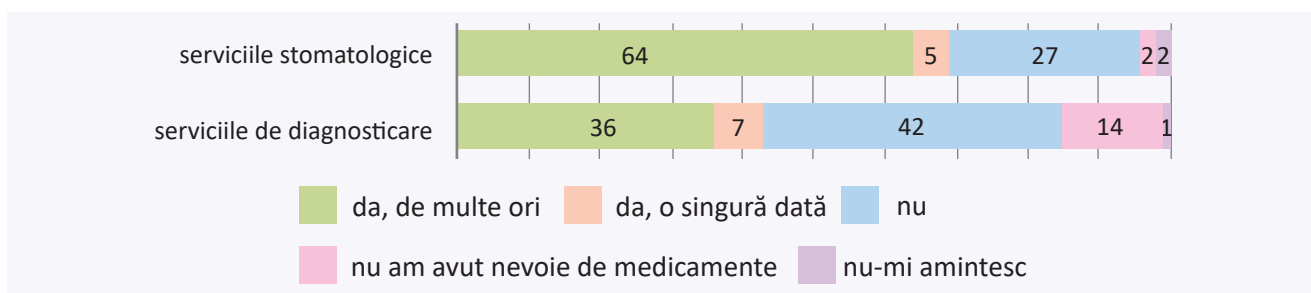
**Diagrama 128.** Distribuția persoanelor în îngrijire paliativă în funcție de gradul de acces la diferite servicii medicale, per grupuri de populație, %

Comparativ cu populația generală, accesul financiar al respondenților în îngrijire paliativă la diferite servicii medicale este mult mai redus. Astfel, ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care nu își permit deloc sau își permit doar rareori să acceseze servicii stomatologice este cu 24 puncte procentuale mai redusă decât a celor din populația generală. Ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care nu își pot permite deloc sau își permit doar rareori să acceseze servicii de diagnosticare este cu 21 puncte procentuale mai redusă decât a celor din populația generală. Ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care nu își pot permite deloc sau își permit doar rareori să acceseze servicii de specializare este cu 21 puncte procentuale mai redusă decât a celor din populația generală. Ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care nu își pot permite deloc sau își permit doar rareori să acceseze medicii specialiști este cu 13 puncte procentuale mai redusă decât a celor din populația generală.



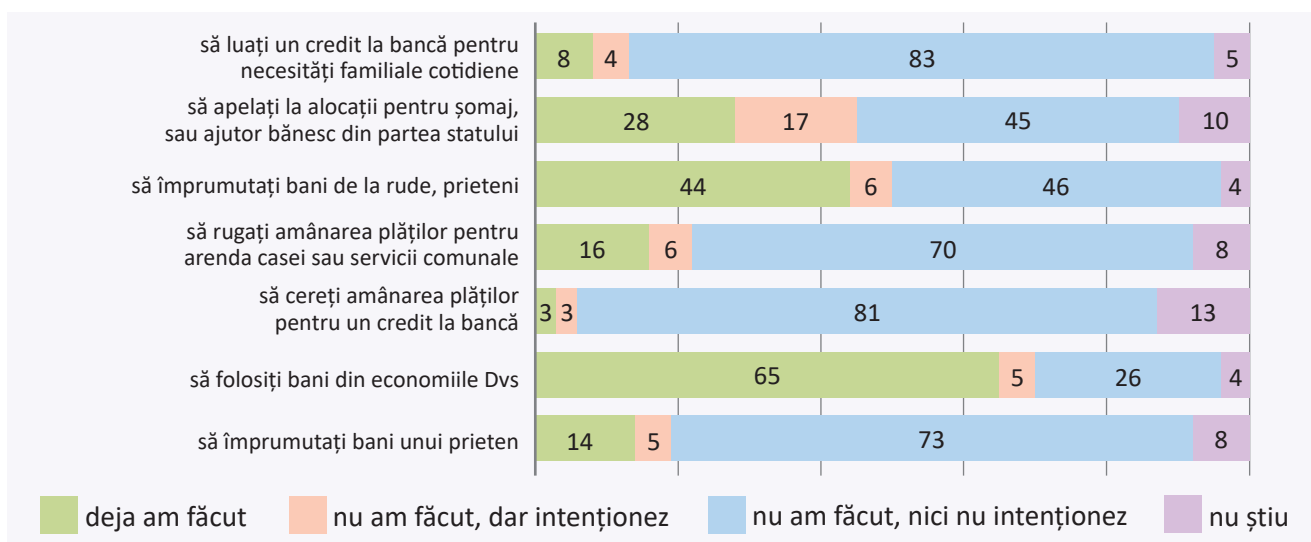
**Diagrama 129.** Ponderea populației care își permite rareori sau nu își permite deloc să acceseze serviciile medicale, per grupuri de populație, %

Peste jumătate din respondenții în îngrijire paliativă (64%), comparativ cu 36% în cazul populației generale, au fost nevoiți să reducă cheltuielile pentru produse alimentare și haine într-o a putea procura medicamente în pandemie.



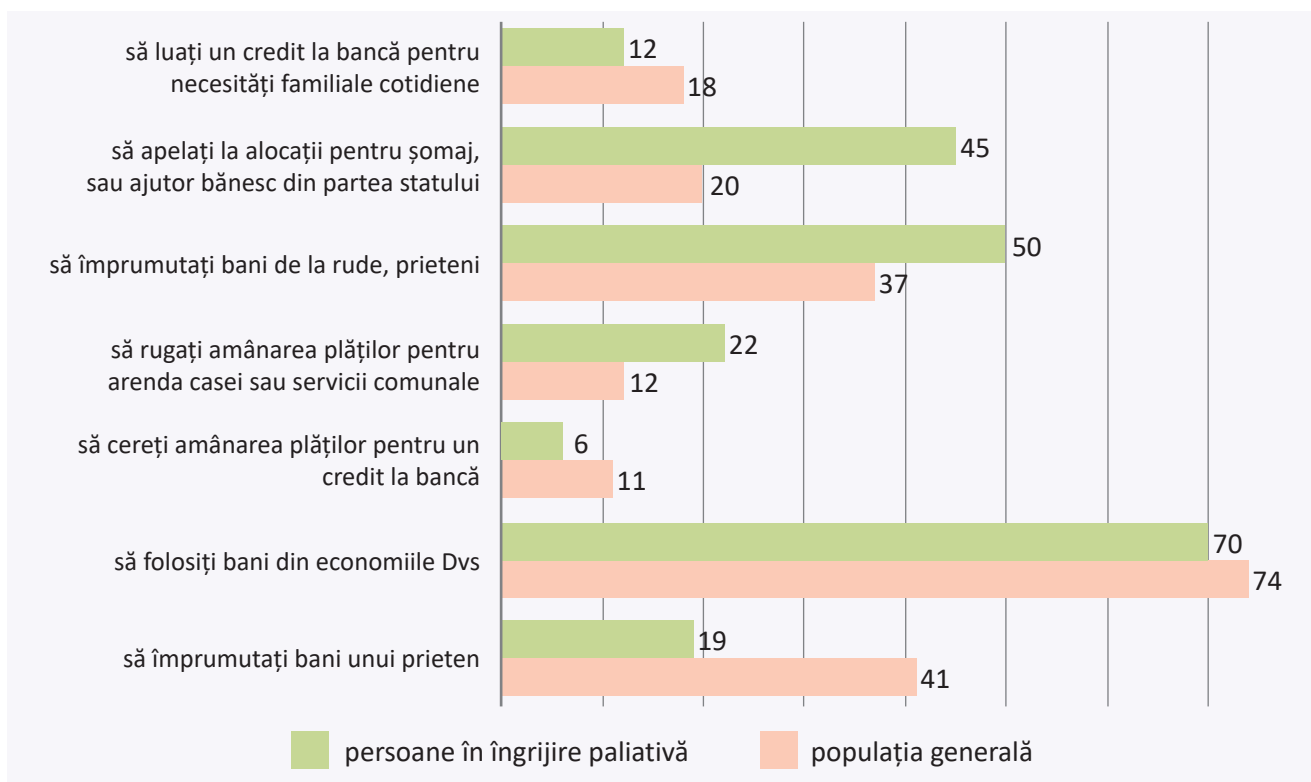
**Diagrama 130.** Ponderea persoanelor care au redus cheltuielile pentru produse alimentare și haine în pandemie într-o a putea procura medicamente, per grupuri de populație, %

Situația financiară precară a persoanelor în îngrijiri paliative este demonstrată și de faptul că 2/3 din respondenți au folosit bani din economiile lor, iar aproape jumătate din respondenți (44%) au fost nevoiți să împrumute bani de la prieteni și rude, pentru a face față situației pandemice. Aproape fiecare al treilea respondent a apelat la alocații pentru șomaj sau la ajutor bănesc din partea statului; 16% – au rugat amânarea plăților pentru аренда casei sau servicii comunale și 8% – au luat un credit bancar pentru nevoi familiale cotidiene.



**Diagrama 131.** Modalități de depășire a situației financiare precare utilizate de către respondenții în îngrijire paliativă, %

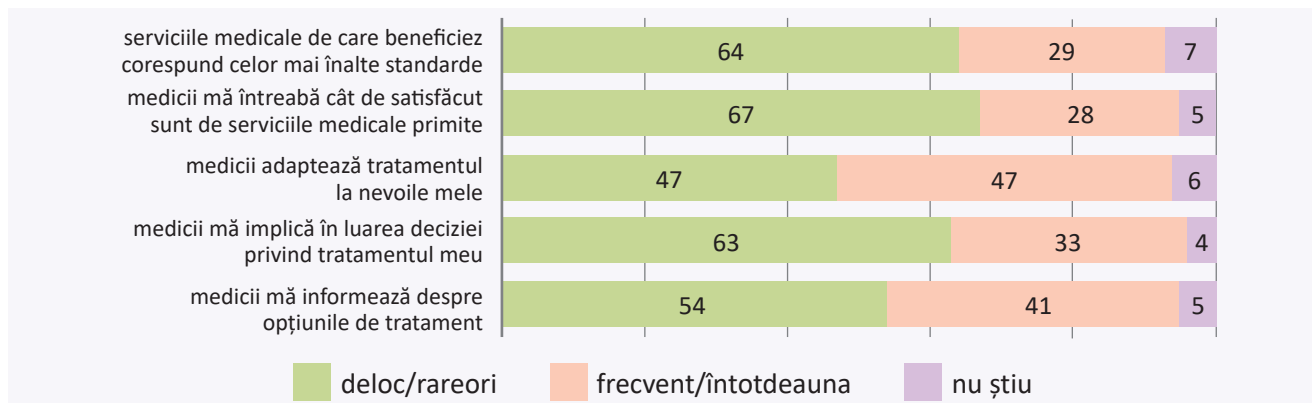
Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care au apelat sau intenționează să apeleze la alocații de șomaj sau la ajutor din partea statului este de mai bine de două ori mai mare (pentru comparație, 45 % versus 20% în populația generală). Ponderea populației în îngrijire paliativă care a împrumutat bani de la rude și prieteni sau intenționează să împrumute este cu 13 puncte procentuale mai mare decât în cazul populației generale. Ponderea populației în îngrijire paliativă care a cerut amânarea plăților pentru аренда casei sau servicii comunale este cu 10 puncte procentuale mai mare decât în populația generală. Ponderea populației în îngrijire paliativă care a împrumutat sau intenționează să împrumute bani de la prieteni este cu 22 puncte procentuale mai mică decât în populația generală, fapt ce denotă un grad mai sever de sărăcie.



**Diagrama 132.** Ponderea respondenților care au întreprins sau intenționează să întreprindă acțiunile enumerate pentru a depăși situația financiară precară, pe grupuri de populație, %

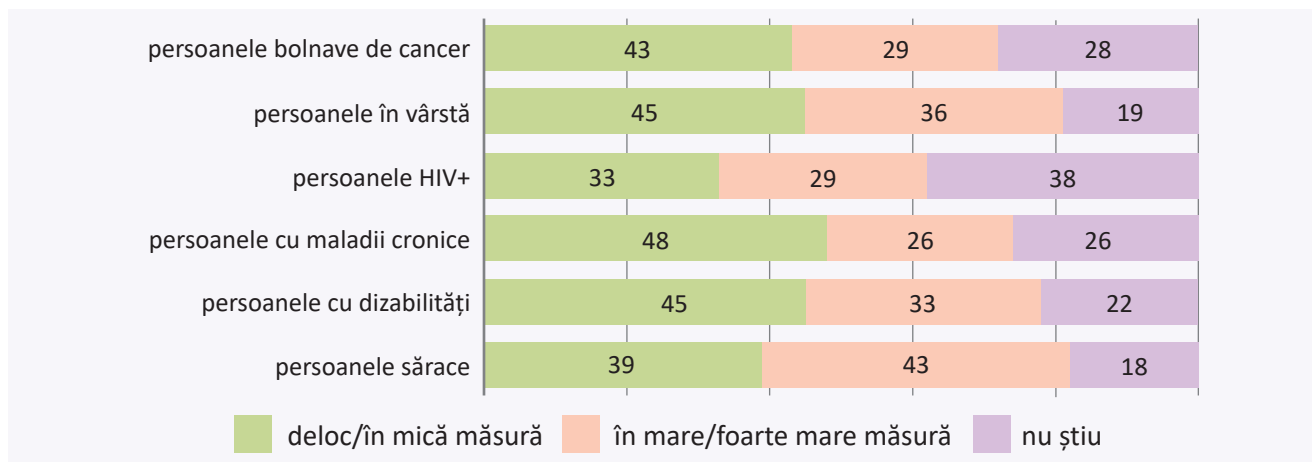


Îngrijirea medicală adecvată nevoilor. 63% din respondenții în îngrijire paliativă au fost de părerea că medicii nu îi implică deloc sau îi implică rareori în luarea deciziei privind tratamentul lor. Fiecare al doilea a fost de părerea că medicii nu informează deloc sau informează doar rareori despre opțiunile de tratament și că nu adaptează deloc sau adaptează doar uneori tratamentul la nevoile personale.



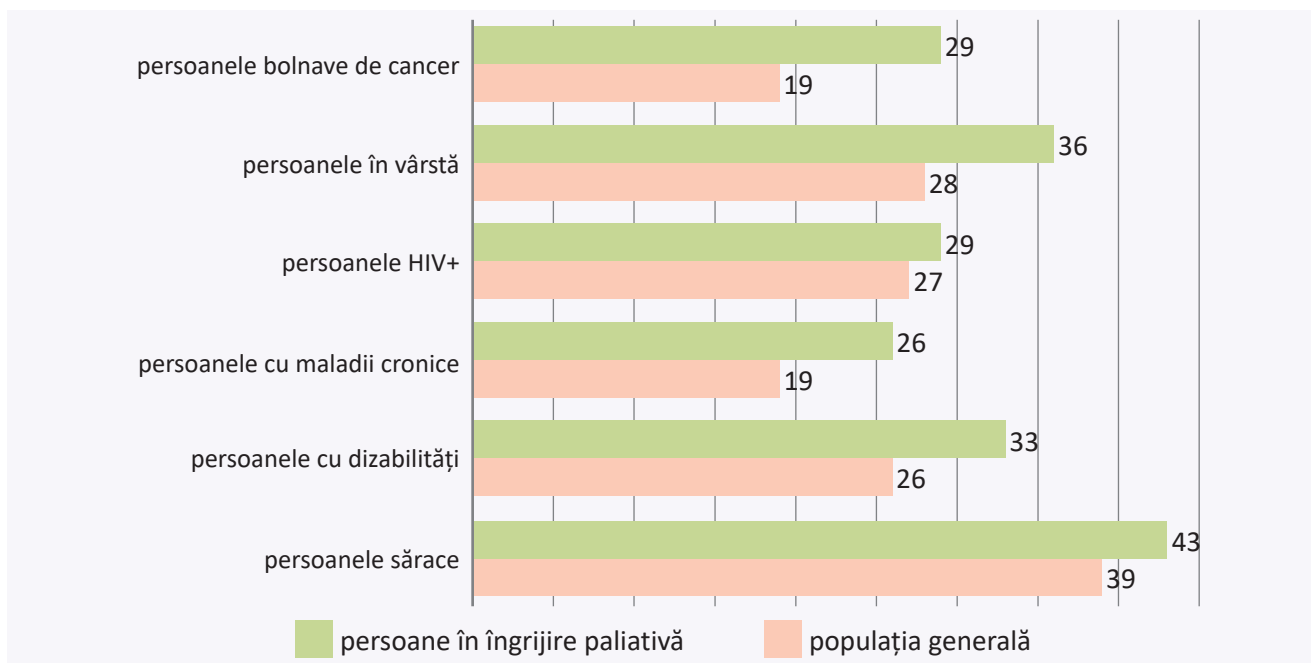
**Diagrama 133.** Gradul de implicare a respondenților în îngrijire paliativă în luarea deciziilor privind tratamentul și oferirea de feedback despre serviciile medicale, %

**Stigmatizarea și discriminarea persoanelor în îngrijire paliativă în instituțiile medicale.** La nivel obiectiv, mai bine de 40% din respondenții în îngrijire paliativă au menționat că persoanele bolnave de cancer, persoanele în vârstă, persoanele cu maladii cronice, persoanele cu dizabilități nu sunt discriminate deloc sau sunt discriminate doar uneori în instituțiile medicale. Totodată, 43% din respondenți au fost de părerea că persoanele sărace sunt discriminate în mare și în foarte mare măsură în instituțiile medicale. De aceeași părere au fost și 36% din respondenți cu referință la persoanele în vârstă. Fiecare al treilea respondent a opinat că persoanele cu dizabilități, persoanele bolnave de cancer, persoanele HIV+ sunt discriminate în mare/foarte mare măsură în instituțiile medicale.



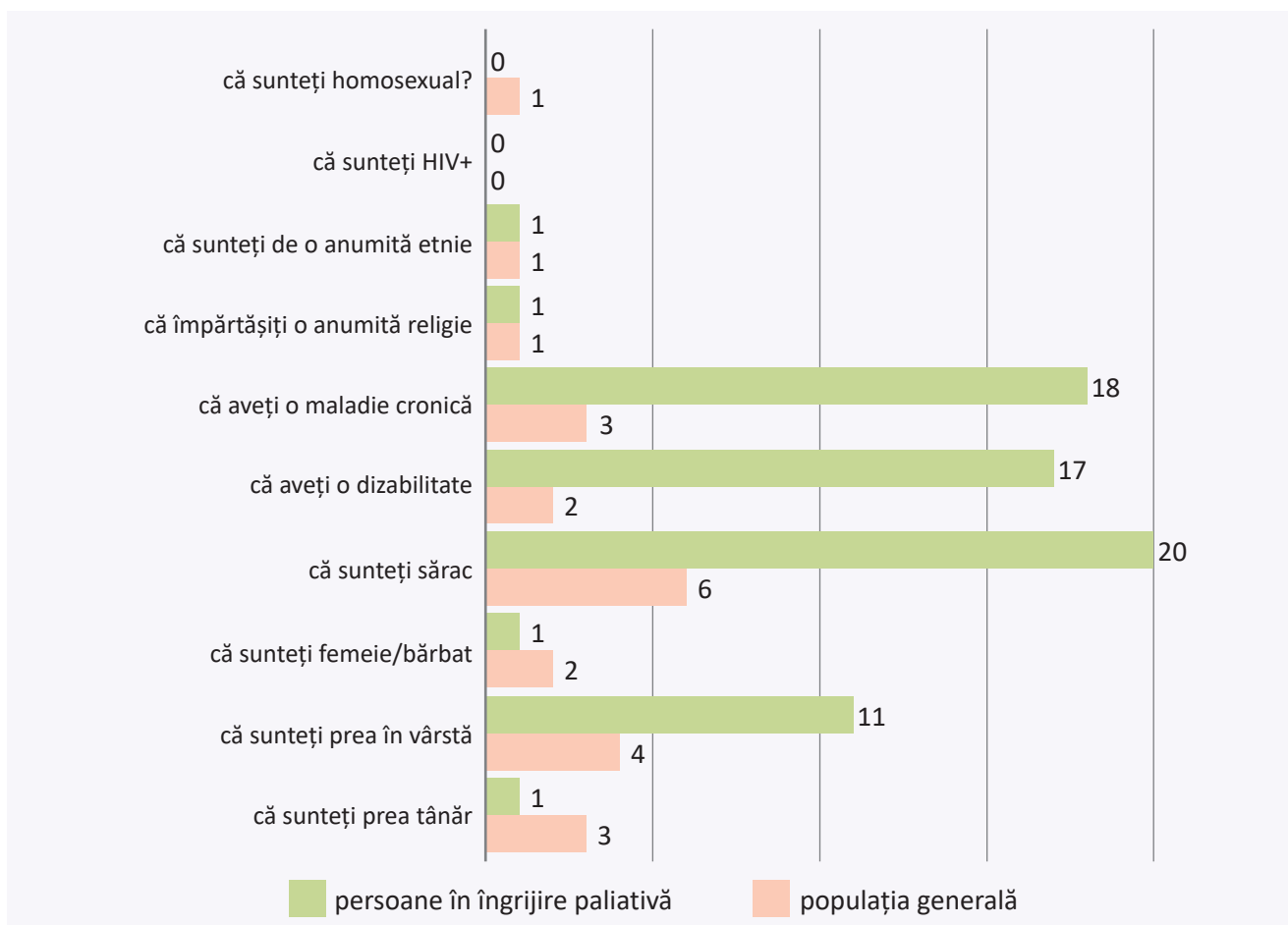
**Diagrama 134.** Percepțiile populației în îngrijiri paliative privind gradul de discriminare a grupurilor vulnerabile în instituțiile medicale, %

Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor în îngrijiri paliative care consideră că grupurile vulnerabile sunt discriminate în mare/foarte mare măsură în instituțiile medicale este substanțial mai mare. Astfel, ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care cred că persoanele cu dizabilități și persoanele cu maladii cronice sunt discriminate în mare/foarte mare măsură în instituțiile medicale este cu 7 puncte procentuale mai mare decât în populația generală. Ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care consideră că persoanele bolnave de cancer sunt discriminate în mare/foarte mare măsură în instituțiile medicale este cu 10 puncte procentuale mai mare decât în populația generală. Ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care consideră că persoanele în vârstă sunt discriminate în mare/foarte mare măsură în instituțiile medicale este cu 8 puncte procentuale mai mare decât în populația generală.



**Diagrama 135.** Ponderea populației care consideră că grupurile vulnerabile sunt discriminate în mare/foarte mare măsură în instituțiile medicale, per grupuri de populație, %

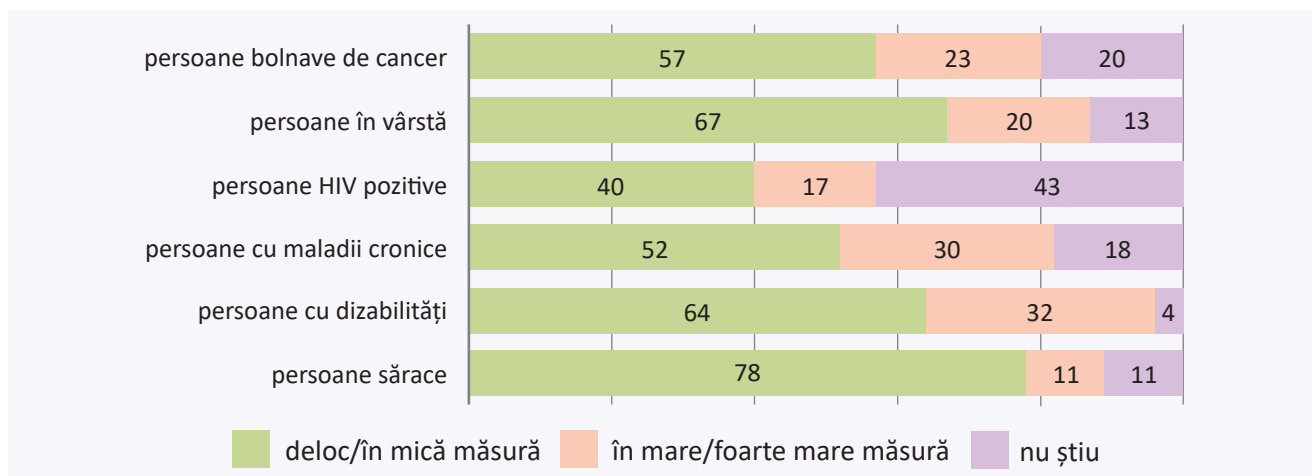
La nivel subiectiv, 20% din persoanele în îngrijire paliativă s-au simțit discriminate în instituțiile medicale în ultimele 12 luni pe motiv de sărăcie, 18% – pe motiv de boală cronică, 17% – de dizabilitate, 11% – de vârstă înaintată. Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care s-au simțit discriminate este semnificativ mai mare.



**Diagrama 136.** Ponderea respondenților care s-au simțit discriminați în ultimele 12 luni în instituțiile medicale, per grupuri de populație, %

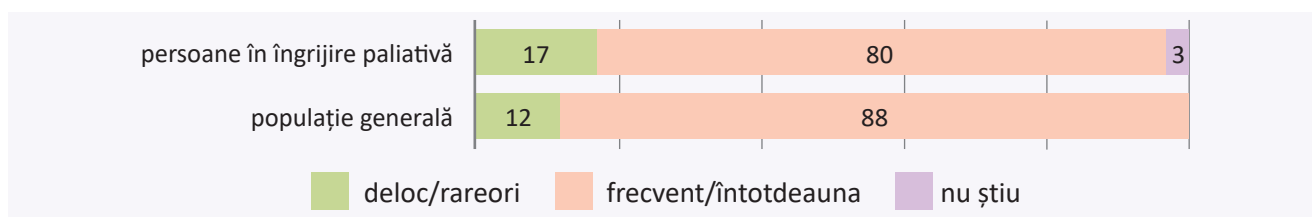
Fiind întrebat cum s-a manifestat discriminarea, mai bine de jumătate din persoanele în îngrijire paliativă discriminate au menționat atitudinea proastă a medicilor, 15% – încălcarea dreptului la sănătate, 10% – folosirea de către medici a unui limbaj necenzurat, 8% – refuzarea tratamentului.

**Gradul de acces la măsuri de protecție împotriva infectării cu COVID-19 și la tratament.** La nivel obiectiv, mai bine de 2/3 din respondenții în îngrijire paliativă au fost de părerea că persoanele sărace, persoanele cu dizabilități și persoanele în vârstă nu au acces deloc sau au acces în mică măsură la echipament de protecție împotriva COVID-19. Fiecare al doilea respondent a menționat că persoanele cu maladii cronice nu au acces deloc sau au acces în mică măsură la echipament de protecție, iar 40% – persoanele HIV+.



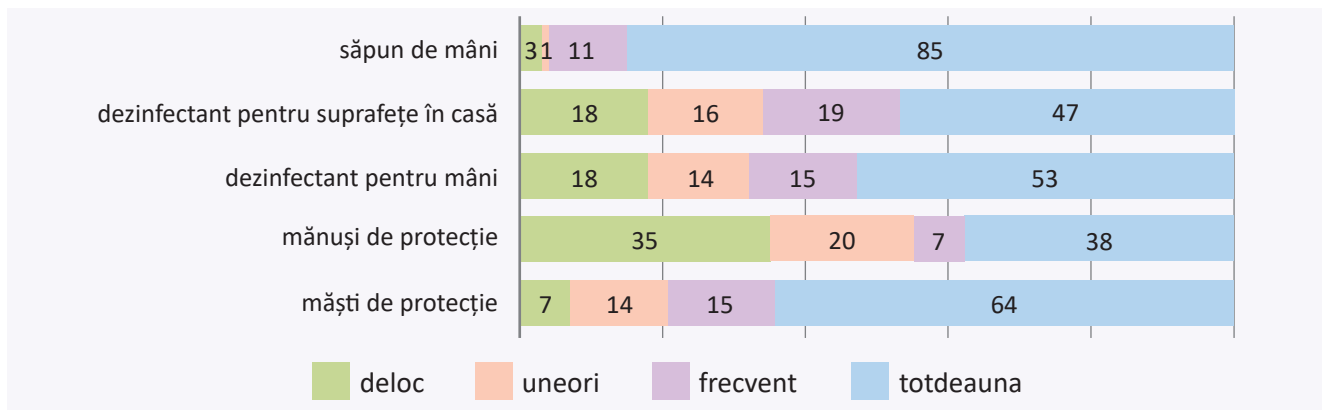
**Diagrama 137.** Percepțiile persoanelor în îngrijire paliativă despre accesul grupurilor vulnerabile la echipament de protecție împotriva COVID-19, %

Analiza situației la nivel subiectiv/personal a scos în evidență faptul că o bună parte din persoanele în îngrijiri paliative au acces la echipamente de protecție. Astfel, circa 80% din persoanele în îngrijire paliativă au menționat că sunt informate în mare și în foarte mare măsură despre măsurile de protecție. Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor neinformate despre măsurile de protecție este cu 5% mai redusă în mediul persoanelor în îngrijire paliativă, comparativ cu populația generală.



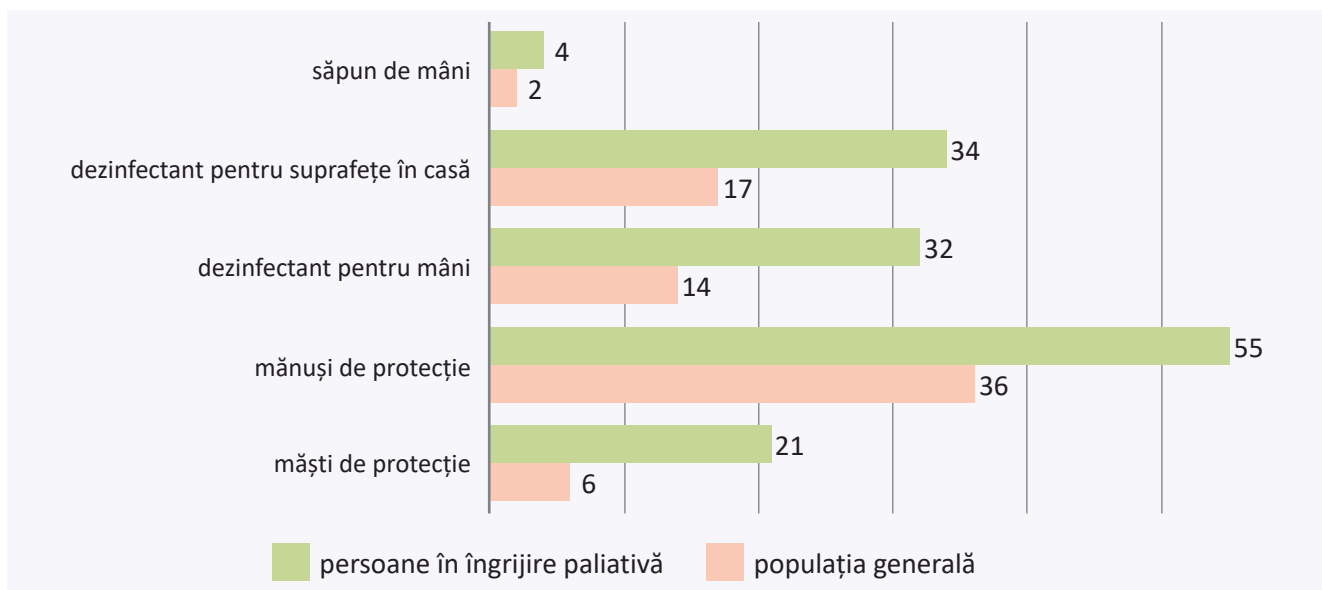
**Diagrama 138.** Gradul de acces al persoanelor în îngrijire paliativă la informația despre echipamentul de protecție împotriva COVID-19, %

Mai bine de 90% din persoanele în îngrijiri paliative au menționat că folosesc întotdeauna sau frecvent săpun, 79% – măști de protecție, 68% – dezinfectant pentru mâini, 66% – dezinfectant pentru suprafețe în casă, 45% – mănuși de protecție.



**Diagrama 139.** Gradul de utilizare a echipamentului de protecție de către persoanele în îngrijire paliativă, %

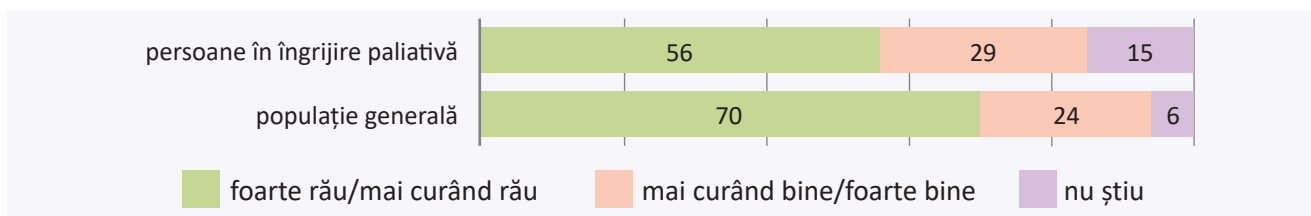
În același timp, ponderea persoanelor în îngrijiri paliative care nu folosesc deloc sau folosesc rareori echipament de protecție este mai mare decât în cazul populației generale. Astfel, ponderea persoanelor în îngrijiri paliative care nu folosesc deloc sau folosesc uneori măști de protecție este cu 15 puncte procentuale mai mare decât în populația generală. Ponderea persoanelor în îngrijiri paliative care nu folosesc deloc sau folosesc uneori dezinfectant pentru mâini este cu 18 puncte procentuale mai mare decât în populația generală. Ponderea persoanelor în îngrijiri paliative care nu folosesc deloc sau folosesc uneori dezinfectant pentru suprafețe în casă este cu 17 puncte procentuale mai mare decât în populația generală. Ponderea persoanelor în îngrijiri paliative care nu folosesc deloc sau folosesc uneori mănuși de protecție este cu 19 puncte procentuale mai mare decât în populația generală.



**Diagrama 140.** Ponderea persoanelor în îngrijire paliativă, comparativ cu populația generală, care folosesc rareori sau nu folosesc deloc echipament de protecție, %

Fiind întrebați de ce nu folosesc echipamentele de protecție, 11% din respondenți în îngrijire paliativă au menționat că nu au bani, 9% – uită să le folosească, 9% – au obosit de izolare, 5% – nu atrag atenția întotdeauna, 3% – nu au unde să le procure.

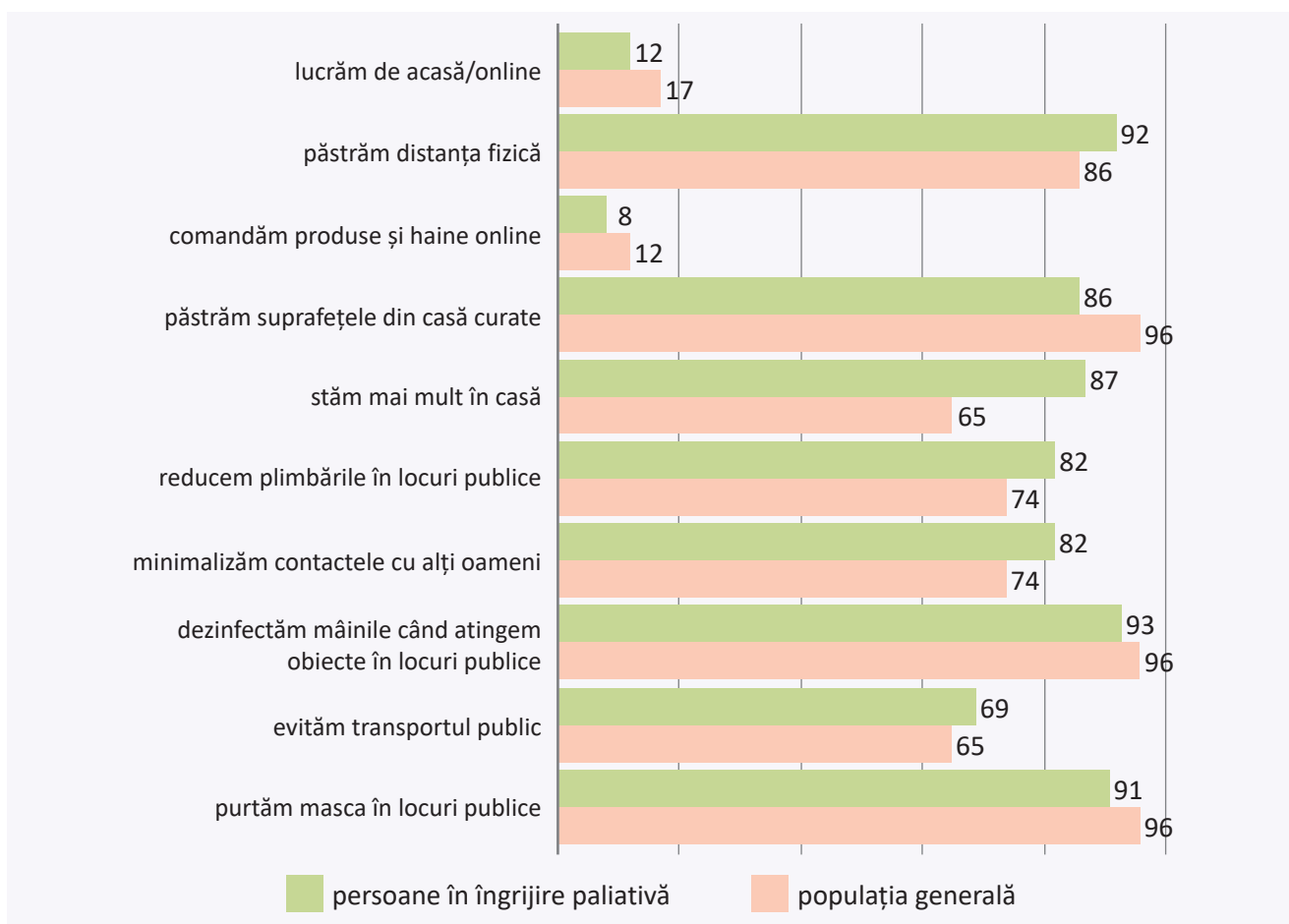
Mai bine de jumătate din persoanele în îngrijire paliativă și 2/3 din populația generală au menționat că oamenii respectă regulile de protecție mai curând rău, foarte rău.



**Diagrama 141.** Percepțiile respondenților despre gradul de respectare a regulilor de protecție, pe grupuri de populație, %

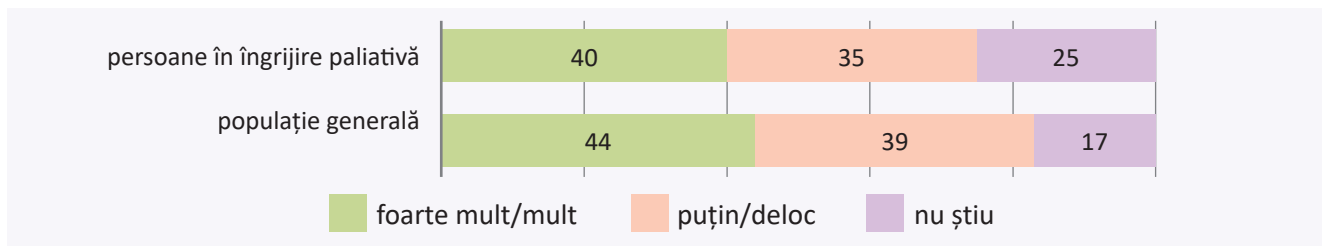
Fiind întrebați ce măsuri adiționale folosesc pentru a se proteja de infectarea cu COVID-19, peste 90% din persoanele în îngrijire paliativă au indicat că întotdeauna sau frecvent păstrează distanța fizică, dezinfectează mâinile când ating obiecte în spații publice, poartă mască în locuri publice. Peste 80% din respondenți au menționat că întotdeauna sau frecvent păstrează suprafețele din casă curate, reduc plimbările în locuri publice, minimalizează contactele cu alți oameni, stau mai mult în casă; 69% – întotdeauna sau frecvent evită transportul public.

Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care întotdeauna sau frecvent păstrează distanța fizică, stau mai mult în casă, reduc plimbările în locuri publice, minimalizează contactele cu alți oameni, evită transportul public este mai mare.



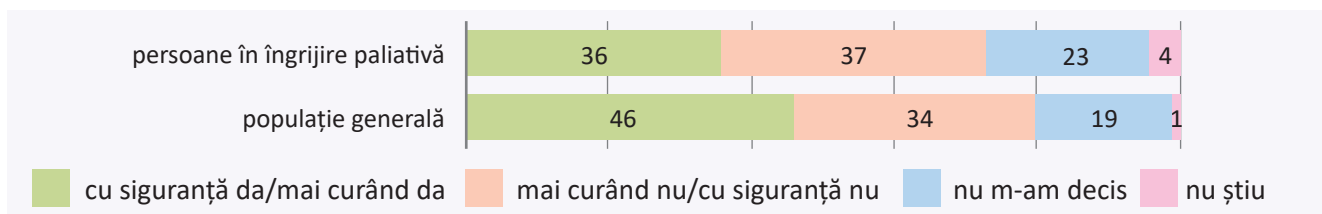
**Diagrama 142.** Ponderea respondenților care întotdeauna sau frecvent respectă regulile de protecție enumerate, per grupuri de populație, %

**Atitudinile față de vaccinare.** 40% din persoanele în îngrijiri paliative cred foarte mult/mult că vaccinarea ajută, 35% – cred puțin sau nu cred deloc că vaccinarea ajută și 25% – nu știu. Comparativ cu populația generală, identificăm o pondere mai mare de persoane în îngrijire paliativă care nu și-au format o opinie despre vaccinare.



**Diagrama 143.** Percepțiile respondenților despre impactul vaccinării, pe grupuri de populație, %

Ponderea persoanelor în îngrijiri paliative care intenționează să se vaccineze sau mai curând se vor vaccina este mai mică comparativ cu populația generală. Astfel, 36% din respondenții în îngrijire paliativă, comparativ cu 46% în populația generală, au manifestat intenția de a se vaccina. Totodată, ponderea celor indeciși în mediul respondenților din îngrijiri paliative (23%) este mai mare comparativ cu populația generală (19%).

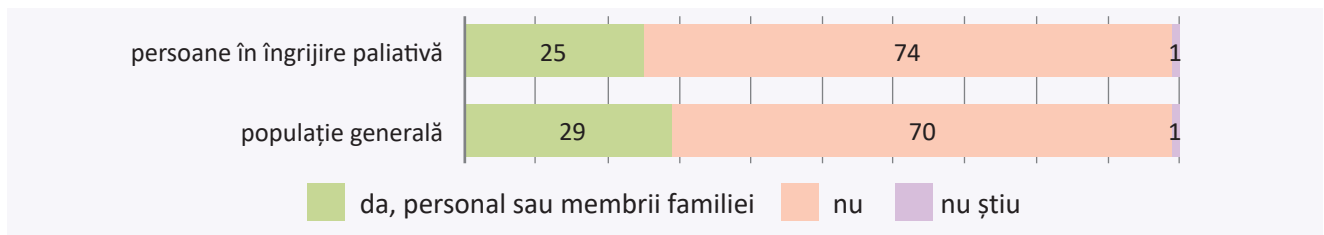


**Diagrama 144.** Intenția de vaccinare, pe grupuri de populație, %

O problemă menționată de către reprezentanții OSC prestatoare de servicii paliative se referă la **vaccinarea** anti-COVID-19 uneori impusă pacienților paliativi, fără a se ține cont de procedura consimțământului informat. Potrivit acestora, pacienții paliativi sunt uneori impuși să se vaccineze, fiind șantajați că, în caz contrar, nu vor putea accesa anumite servicii de sănătate (de exemplu, trimiteri la medicii specialiști, la servicii de diagnostic, rețete de medicamente compensate etc.). În plus, unii pacienți sunt impuși să semneze acordul privind vaccinarea fără a fi informați pe deplin despre potențialele consecințe nefaste ale vaccinării pentru unele grupuri de persoane (de exemplu, pentru cei care au accidente de tromboză vasculară în anamneză). În aceste condiții, multe dintre persoanele care beneficiază de servicii paliative dezvoltă probleme de ordin psihologic.

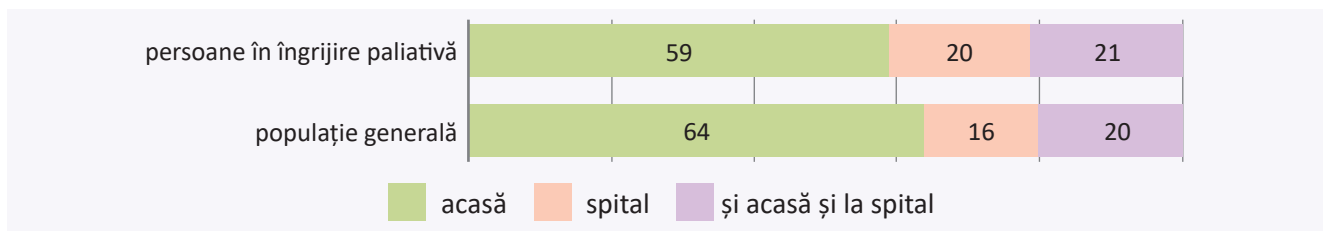
*„Vaccinarea pacienților este o problemă. Se face un fel de presing asupra pacienților paliativi. Pacienților care primesc chimioterapie, pacienților care au foarte multe contraindicații nu li se explică clar care sunt contraindicațiile de vaccinare. Lor li se dă așa, orbește, să semneze anexa numărul 9, acordul informat, unde sunt scrise toate consecințele, toate reacțiile adverse. Dar pacientului nu i se explică clar ce i se poate întâmpla. Pacientul la chimioterapie, care are accidente de tromboză vasculară în anamneză sau alte reacții alergice, este presat să facă vaccinul. Avem uneori de la pacienți informația că li se spune: „N-o să primiți rețetă de medicamente compensate sau nu veți putea face anumite investigații, dacă nu vă vaccinați”. Chiar și pentru a primi o îndreptare către noi, li se spune: „Vaccinați-vă și pe urmă vă dăm îndreptarea”. Despre aceasta se tace. Lucrurile acestea nu se spun. Presingul care se face le induce adeseori pacienților frică, stare de anxietate, depresie, deci acestea sunt probleme de ordin psihologic, pe care le întâlnim la majoritatea pacienților.” DFG 3*

**Accesul la tratament.** Conform cercetării, fiecare al patrulea respondent în îngrijiri paliative a fost infectat cu Coronavirus (populația generală – 29%) și 74% – nu au fost infectați (populația generală – 70%).



**Diagrama 145.** Ponderea populației infectate cu COVID-19, per grupuri de respondenți, %

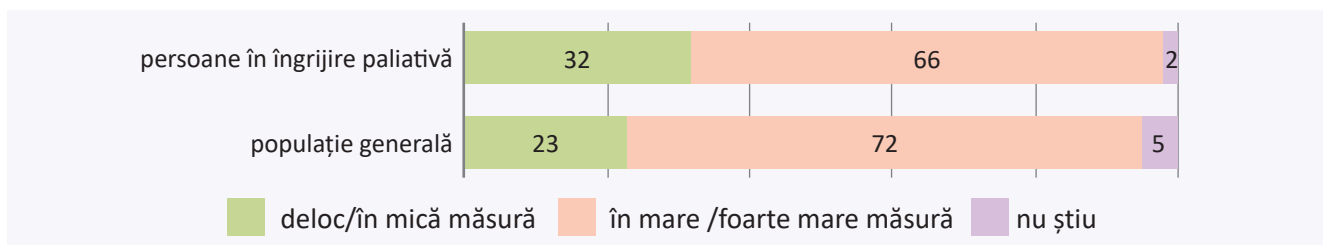
Din cei infectați cu COVID-19, 59% din respondenții în îngrijiri paliative au primit tratament la domiciliu, 20% – în spital și 21% – și acasă, și în spital. Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor din paliativ care au beneficiat de tratament în condiții de spital a fost mai mare.



**Diagrama 146.** Distribuția persoanelor infectate cu COVID-19 în funcție de localizarea tratamentului, per grupuri de populație, %

O parte din persoanele în îngrijire paliativă care s-au tratat la domiciliu (66%) sunt satisfăcute de tratament în mare și în foarte mare măsură, 32% – nu sunt satisfăcute deloc sau sunt satisfăcute în mică măsură și 2% – nu au oferit un răspuns.

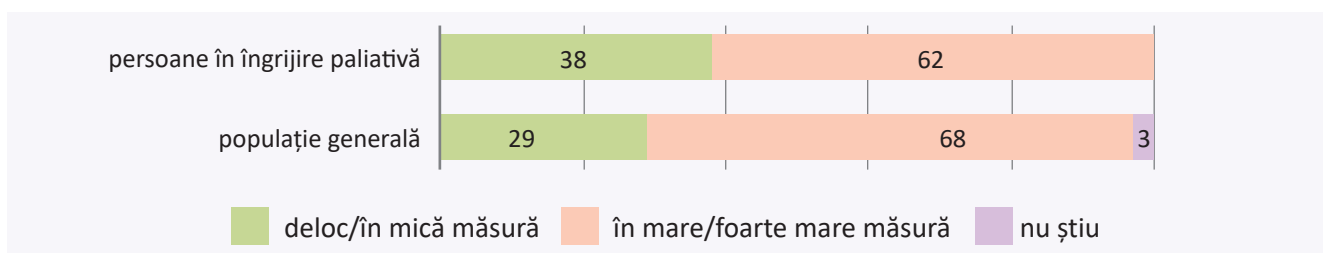
Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor în paliativ nesatisfăcute de tratamentul la domiciliu este mai mare cu 9 puncte procentuale.



**Diagrama 147.** Gradul de satisfacție privind tratamentul la domiciliu, per grupuri de populație, %

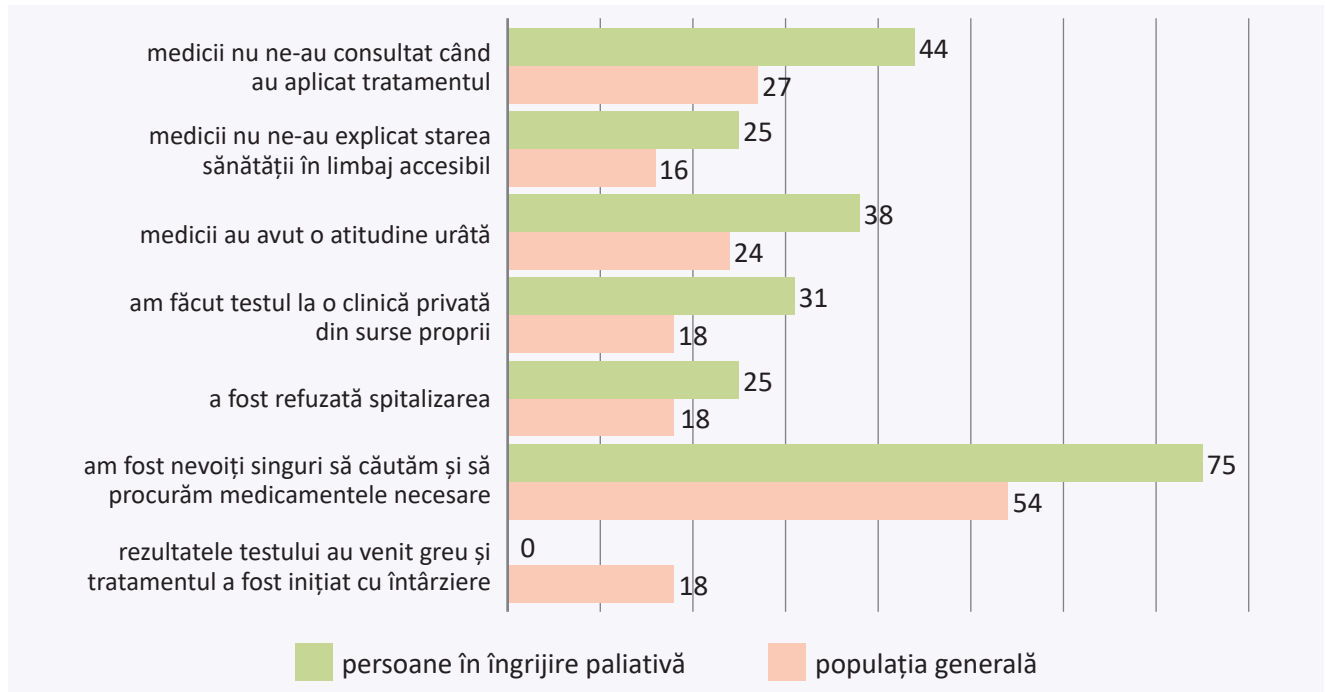
Peste jumătate din persoanele în îngrijire paliativă care s-au tratat la spital (62%) sunt satisfăcute de tratament în mare și în foarte mare măsură, 38% – nu sunt satisfăcute deloc sau sunt satisfăcute în mică măsură.

Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor în paliativ nesatisfăcute de tratamentul la spital este mai mare cu 9 puncte procentuale.



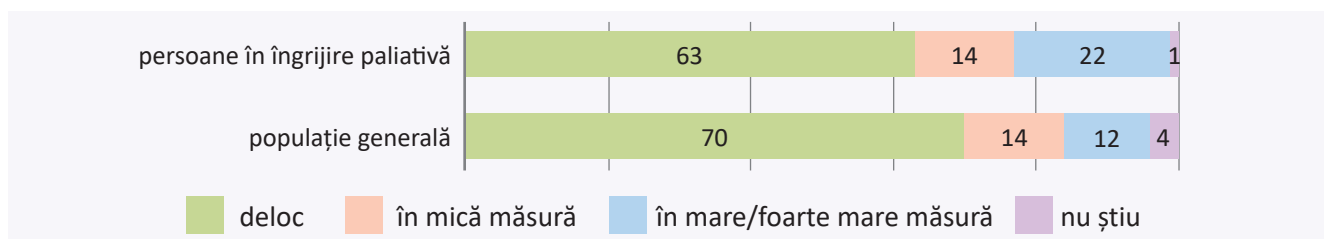
**Diagrama 148.** Gradul de satisfacție privind tratamentul la spital, per grupuri de populație, %

Fiind întrebați de ce sunt nesatisfăcuți, 75% au menționat că au fost nevoiți să caute și să procure singuri medicamentele necesare (populația generală – 54%), 44% (populația generală – 27%) – medicii nu i-au consultat atunci când au aplicat tratamentul, 38% (populația generală – 24%) – medicii au avut o atitudine urâtă, 31% (populația generală – 18%) – au făcut testele din surse proprii la clinici private, 25% (populația generală – 18%) – le-a fost refuzată spitalizarea, 25% (populația generală – 16%) – medicii nu au explicat starea sănătății în limbaj accesibil.



**Diagrama 149.** Cauzele insatisfacției populației privind tratamentul, per grupuri de populație, %

Fiind întrebați în ce măsură s-au simțit stigmatizați în bază de infectare cu COVID-19, 77% din respondenții în îngrijiri paliative au menționat că în mică măsură/nu s-au simțit stigmatizați deloc, 22% – în mare/foarte mare măsură și 1% – nu au oferit un răspuns. Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care s-au simțit în mare/foarte mare măsură stigmatizate este cu 10% mai mare comparativ cu populația generală.



**Diagrama 150.** Gradul de stigmatizare a respondenților în bază de infectare cu COVID-19, per grupuri de populație, %

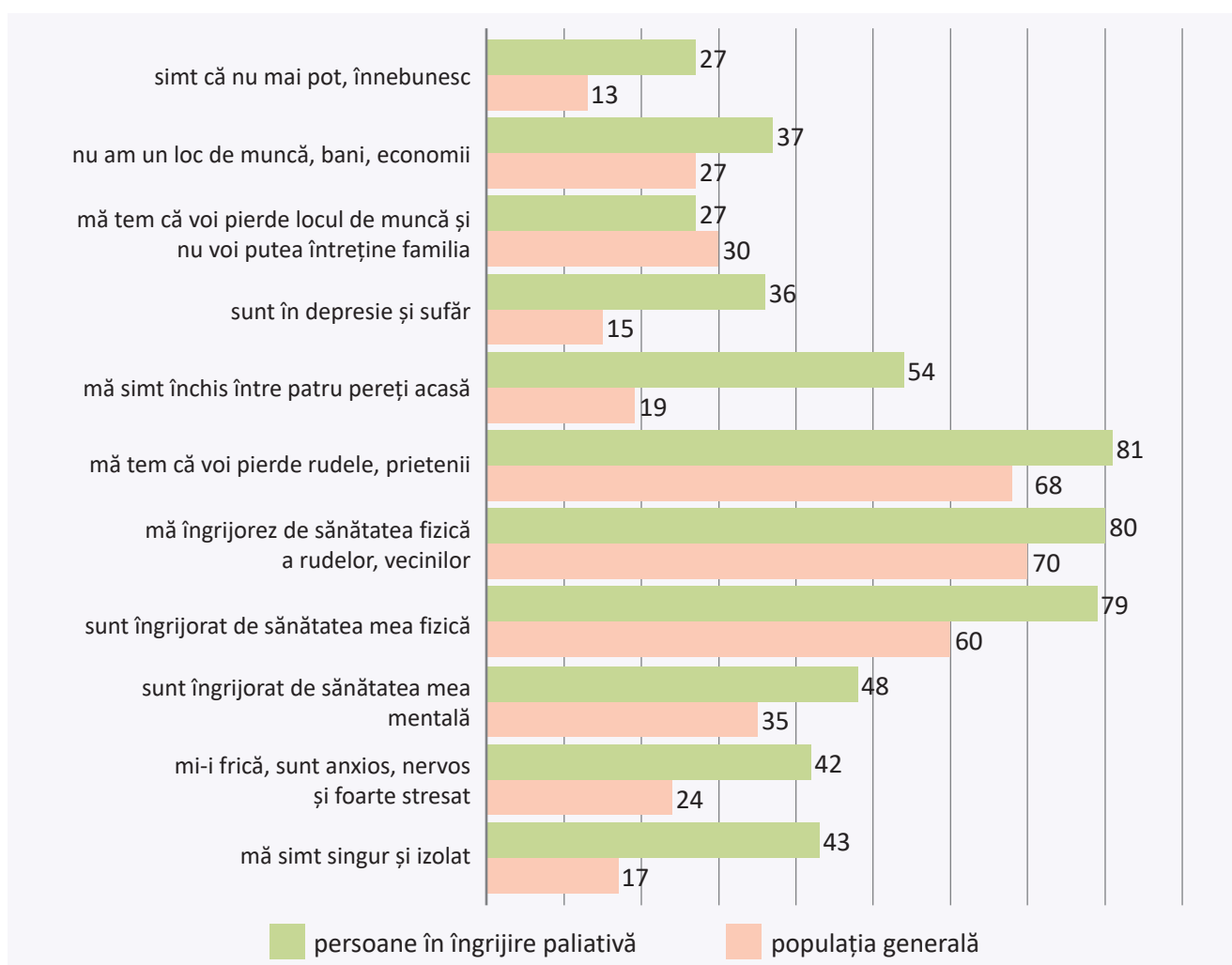
Respondenții din paliativ s-au simțit discriminați la spital, în oficiul medicilor de familie – 33%, 22% – în stradă, 17% – în mahala/blocul de locuit, 17% – la locul de muncă.

**Impactul COVID-19 asupra sănătății mentale.** Cercetarea a scos în evidență faptul că persoanele în îngrijire paliativă au fost afectate financiar, emoțional și psihic de pandemie mai mult decât populația generală. Astfel, 55% din persoanele în îngrijire paliativă, comparativ cu 42% din populația generală, au indicat că au crescut cheltuielile pe medicamente și servicii medicale; 47% – au indicat că veniturile familiei s-au redus; 55% – au menționat că au starea emoțională afectată, iar 29% – au avut dificultăți de accesare a serviciilor medicale.



Marea majoritate din respondenții în îngrijire paliativă (81%), comparativ cu 68% în populația generală, se tem că își vor pierde rudele, prietenii; 80% din respondenții în îngrijire paliativă, comparativ cu 70% în populația generală, se îngrijorează de sănătatea fizică a rudelor; 79% din respondenții în îngrijire paliativă, comparativ cu 60% în populația generală, se îngrijorează de sănătatea fizică proprie; 48% din respondenții în îngrijire paliativă, comparativ cu 35% în populația generală, se îngrijorează de sănătatea lor mentală.

Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care au menționat că le este frică, sunt anxioase, nervoase și foarte stresate (42%) este cu 18 puncte procentuale mai mare decât în cazul populației generale (24%). Ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care au afirmat că se simt singure și izolate (43%) este cu 26 puncte procentuale mai mare decât în populația generală (17%). Ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care au menționat că se simt închise între patru pereți (54%) este cu 35 puncte procentuale mai mare decât în populația generală (19%). Ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care au menționat că sunt în depresie și suferă (36%) este cu 21 puncte procentuale mai mare decât în populația generală (15%). Ponderea persoanelor în îngrijire paliativă care au menționat că simt că nu mai pot, că înnebunesc (27%) este cu 14 puncte procentuale mai mare decât în cazul populației generale (13%).



**Diagrama 151.** Starea sănătății mentale a populației în pandemie, pe grupuri de respondenți, %

Discuțiile în focus-grup și interviurile cu experții au scos în evidență faptul că, deși asistența psiho-emoțională este o componentă importantă a serviciilor de îngrijiri paliative și o necesitate iminentă în condițiile pandemiei, persoanele în îngrijire paliativă nu prea au beneficiat de această asistență, fie din lipsă de resurse financiare pentru prestarea serviciilor de suport psiho-emoțional, fie din lipsă de specialiști (în special, în cazul prestatorilor publici).

„Îngrijirile paliative includ componenta *psiho-emoțională* – *elementul de bază, pilonul îngrijirii paliative. Este ceva nou pentru medicina noastră, în general. Este necesar să se facă foarte bine partea medicală de medicina de familie și nu numai, dar suportul psiho-emoțional în perioada aceasta de pandemie este limitat. Persoanele nu au contacte cu rudele, pentru că din cauza epidemiei se tem să nu fie molipsite și au nevoie de suport psihologic, măcar să fie sunate de cineva.*” DFG 3

„*Eu activez al doilea an. Pacienții rareori așteaptă să le ducem pastila sau să le facem o injecție intramuscular. Când te duci la un pacient, îți spune: „Da poți să mai stai să mai discuți cu mine oleacă?”. Noi petrecem pacienții în cealaltă lume, ei de asta au nevoie, de suport emoțional*”. DFG 3

### 3.4. Concluzii la Capitolul 3

Analiza legislației și a politicilor în domeniul accesului la servicii de sănătate al persoanelor în îngrijire paliativă denotă faptul că, deși Republica Moldova a făcut pași concreți în dezvoltarea cadrului legal în domeniu, în legislație în continuare există anumite lacune, care limitează accesul pacienților în îngrijiri paliative la servicii medicale de calitate, precum lipsa unei strategii/unui program național comprehensiv axat pe domeniul îngrijirilor paliative, lipsa unui plan național de dezvoltare a serviciilor paliative, absența unui compartiment special în Lista medicamentelor esențiale despre medicamentele în îngrijirea paliativă, lipsa unei metodologii clare în planificarea cantității și evidența stocurilor existente de opioide, prevederi care interzic eliberarea altor rețete până la expirarea termenului de valabilitate a rețetei precedente, numărul limitat de farmacii care au dreptul de a distribui opioide etc. Analiza ordinelor și a dispozițiilor MSMPS pentru perioada pandemică a scos în relief lipsa unor măsuri suplimentare necesare în vederea asigurării accesului persoanelor în îngrijire paliativă la servicii de sănătate, pentru a preveni riscurile de morbiditate și mortalitate.

Cercetarea a scos în evidență accesul limitat al persoanelor în îngrijire paliativă la servicii medicale din cauza amplasării disproporționate a serviciilor, a duratei lungi de așteptare a vizitelor la medicii oncologici, a procedurilor prea complicate pentru accesarea medicamentelor opioide, a insuficienței medicamentelor opioide (în special în zonele rurale), a neacoperirii unor servicii medicale de CNAM, a veniturilor reduse, a calificării reduse a medicilor din zonele rurale de a presta servicii pacienților în îngrijiri paliative. În condițiile de restricții ale pandemiei, care au cauzat stoparea vizitelor la medici, amânarea programărilor la intervenții chirurgicale, închiderea serviciilor de diagnostic, accesul persoanelor în îngrijire paliativă la servicii medicale s-a redus și mai mult. Amânarea serviciilor medicale a avut consecințe nefaste pentru fiecare al doilea respondent în îngrijire paliativă, ceea ce este cu 17 puncte procentuale mai mult decât în cazul populației generale. Din cauza veniturilor reduse, o bună parte din persoanele în îngrijire paliativă nu au fost asigurate suficient cu echipament de protecție. Persoanele în îngrijire paliativă care au fost infectate cu COVID-19 au beneficiat de tratamente atât în condiții de domiciliu, cât și în condiții de spital, dar în ambele cazuri, în mare parte, au rămas nesatisfăcute de accesul la tratament din considerentul că au fost puse în situația să procure din resursele financiare proprii teste și medicația prescrisă, că medicii nu le-au consultat privind opțiunile de tratament, iar personalul medical s-a comportat urât cu ele.

Conform cercetării, persoanele în îngrijire paliativă au fost afectate financiar, emoțional și psihic de pandemie mai mult decât populația generală. Aproape jumătate din ele s-au simțit singure, izolate între patru pereți, foarte stresate și anxioase. Discuțiile în focus-grup și interviurile cu experții au scos în evidență faptul că, deși asistența psiho-emoțională este o componentă importantă a serviciilor de îngrijiri paliative și o necesitate iminentă în condițiile pandemiei, persoanele în îngrijire paliativă nu prea au beneficiat de această asistență, fie din lipsă de resurse financiare pentru prestarea serviciilor de suport psiho-emoțional, fie din lipsă de specialiști (în special, în cazul prestatorilor publici).



## CAPITOLUL 4.

Accesul persoanelor cu diabet zaharat la servicii de sănătate în perioada pandemică

## 4.1. Analiza situației în baza surselor secundare

Potrivit datelor prezentate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale<sup>61</sup>, în Republica Moldova, în anul 2019, numărul oficial înregistrat de cazuri de diabet zaharat la adulți era de 417,8 la 10 mii populație, iar la copii – 7,4 cazuri la 10 mii populație. Indicatorii de incidență ai diabetului zaharat sunt în continuă creștere, anual fiind diagnosticate peste 10 mii de persoane cu diabet zaharat. Astfel, în 2019, au fost înregistrate 10833 de cazuri noi, dintre care 10755 – la adulți și 78 – la copii. Bărbații au un risc aproape de 3 ori mai mare de a se îmbolnăvi de diabet, comparativ cu femeile.

Potrivit datelor Federației Internaționale de Diabet, în anul 2019, prevalența diabetului în rândul populației din Republica Moldova cu vârsta cuprinsă între 20 și 79 ani era de 5,7%<sup>62</sup>.

Accesul la servicii de sănătate esențiale și calitatea acestora pentru persoanele cu diabet depinde de mai mulți factori: disponibilitatea personalului medical; disponibilitatea și accesibilitatea medicamentelor, glucometrelor, testelor, acelor etc.; dotarea unităților medicale publice cu echipament specializat pentru diagnosticarea și tratarea maladiei; disponibilitatea și accesibilitatea informației despre riscurile de îmbolnăvire, diagnostic, îngrijire și tratament; proximitatea geografică a serviciilor etc.

Potrivit unor surse oficiale<sup>63</sup>, în Republica Moldova se atestă insuficiență/lipsă a medicilor endocrinologi. În plus, în 2016, ponderea medicilor endocrinologi cu vârstă pensionară reprezenta 40% în serviciul endocrinologic din țară. Se atestă insuficiență și în rândul altor medici specialiști, responsabili de tratamentul și controlul complicațiilor cronice ale diabetului, precum și a medicilor de familie – personal-cheie în controlul riscurilor care favorizează apariția diabetului. Deficitul de cadre medicale are un impact negativ asupra calității serviciilor acordate persoanelor cu diabet.

Un studiu al Centrului PAS, realizat în 2019<sup>64</sup>, a cercetat opiniile persoanelor cu diabet și ale părinților care au copii cu diabet cu referire la calitatea serviciilor în instituțiile medicale publice. S-a constatat că există situații în care atitudinea neprofesionistă a medicului de familie determină pacienții (în special, părinții care au copii cu diabet) să se adreseze la instituțiile medicale private. Pacienții din mediul urban sunt mai satisfăcuți de calitatea serviciilor decât cei din zonele rurale.

Constatările auditului Planului de acțiuni al Programului național de prevenire și control al diabetului zaharat pentru anii 2017-2018<sup>65</sup> denotă carențe în diagnosticarea diabetului zaharat în rândul femeilor însărcinate în cadrul unor instituții medico-sanitare. Femeilor însărcinate nu li se efectuau teste de toleranță la glucoză, deși unele dintre ele aveau concentrația glucozei în sânge mai mare decât limita admisibilă. Potrivit raportului de audit, cauza principală este atitudinea iresponsabilă și neglijentă a medicilor față de pacienți.

Lipsa/insuficiența dispozitivelor medicale moderne de diagnostic și tratament al diabetului zaharat în cadrul secțiilor specializate de endocrinologie nu permite efectuarea anumitor investigații complexe pentru monitorizarea evoluției diabetului zaharat și diagnosticul corect al complicațiilor cronice. Aceste investigații sunt posibile doar în laboratoarele private, reducând accesul persoanelor cu diabet la efectuarea lor, din cauza costurilor.<sup>66</sup>

<sup>61</sup> Comunicat de presă al MSMPS din 14 noiembrie 2020. Disponibil la: <https://msmps.gov.md/comunicare/comunicate/diabetul-zaharat-diferenta-oftac-nursele-este-genericul-zilei-mondiale-a-diabetului-in-anul-2020/>

<sup>62</sup> Federația Internațională de Diabet, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.DIAB.ZS?locations=MD>

<sup>63</sup> HG nr. 1030 din 30.11.2017 cu privire la aprobarea Programului național de prevenire și control al diabetului zaharat pentru anii 2017-2021 și a Planului de acțiuni privind implementarea acestuia. [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=101734&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=101734&lang=ro)

<sup>64</sup> Accesibilitatea la medicamente prin prisma listei medicamentelor compensate. Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate. Chișinău, 2019. Disponibil la: <http://pas.md/ro/PAS/Studies/Details/131>

<sup>65</sup> <http://www.ccrm.md/diabetul-zaharat-problema-majora-a-secolului-xxi-1-18>

<sup>66</sup> HG nr. 1030 din 30.11.2017 cu privire la aprobarea Programului național de prevenire și control al diabetului zaharat pentru anii 2017-2021 și a Planului de acțiuni privind implementarea acestuia. Disponibil la: [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=101734&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=101734&lang=ro)

În Republica Moldova, aprovizionarea cu glucometre, teste și lanțete este obligatorie în cazul persoanelor cu diabet zaharat de tip 1, în proporție de 100%, și al celor cu diabet zaharat de tip 2 aflați la insulinoterapie, în proporție de 50%<sup>67</sup>. Din aprilie 2019, CNAM a lansat o inițiativă de distribuire de glucometre, teste și lanțete persoanelor diagnosticate cu diabet zaharat, pentru a servi la măsurarea nivelului de zahăr în sânge pe parcursul unui an<sup>68</sup>. Pacienții care utilizau în tratament insulina urmau să primească câte un glucometru cu dispozitiv de înțepare, 1200 de teste și 1200 de lanțete. Persoanele care se tratează cu antidiabetice orale urmau să primească câte un glucometru cu dispozitiv de înțepare, 100 de teste și 100 de lanțete. Setul de dispozitive medicale urma să fie expediat prin intermediul Î.S. „Poșta Moldovei” la domiciliul persoanelor. Pe pagina CNAM (dar nici în alte surse de date deschise) nu au fost identificate informații cu referire la numărul final de beneficiari de glucometre datorită acestei inițiative și nici opiniile utilizatorilor privind produsele.

Date despre dispozitive și accesorii de monitorizare a glicemiei au fost identificate în raportul MSMPS, dar acestea se referă doar la persoanele cu dizabilități cu diabet zaharat. Astfel, în anul 2018, persoanele cu dizabilități au beneficiat gratuit de 912 500 de teste și ace și de 500 de glucometre. În anul 2019, au fost distribuite cca 100 mii de glucometre din donații, 32 951 200 de teste și 32 951 200 de lanțete, în sumă de cca 23 mln. Lei, pentru 99 618 de persoane<sup>69</sup>.

Potrivit datelor prezentate de Curtea de Conturi a Republicii Moldova, cu referire la asigurarea pacienților cu diabet zaharat cu dispozitive medicale, pe parcursul anului 2019, au fost distribuite dispozitive pentru autocontrolul glicemiei către 99 600 de persoane, iar 4650 de dispozitive au fost returnate din diferite motive<sup>70</sup>.

Persoanele cu diabet zaharat beneficiază de medicamente compensate, în baza listelor de medicamente compensate, în proporții diferite, conform legislației în vigoare. Atât persoanele asigurate, cât și cele neasigurate beneficiază de medicamente compensate, destinate tratamentului diabetului zaharat. Potrivit CNAM, în 2019, au fost asigurate cu preparate antidiabetice compensate 108,7 mii de persoane<sup>71</sup>.

Potrivit unui studiu al Centrului PAS privind accesibilitatea medicamentelor compensate, realizat în 2019<sup>72</sup>, persoanele cu diabet intervievate consideră că accesul la medicamente compensate este, în general, asigurat. Totuși, potrivit unor opinii, accesul la medicamente compensate este limitat/îngreuiat din mai multe motive: suprasolicitarea cadrelor medicale cu activități și eschivarea, din acest motiv, de a prescrie medicamente; teama de a nu greși în prescrierea rețetelor compensate; neinformarea pacienților despre opțiunea de a beneficia de medicamente compensate și neoferirea de explicații detaliate legate de acestea; necesitatea de adresare repetată la medicul de familie (în cazurile când medicii prescriu rețete pentru 1 lună, 1,5 luni sau 2 luni, și nu pentru 3 luni, cum se obișnuiește de cele mai multe ori sau în cazurile când rețeta este completată incorect); absența sau insuficiența unor medicamente compensate în farmacii, în special în sate și/sau orașe mici (insulina în mediul rural, în mare parte, nu este accesibilă și în Chișinău se găsește doar în rețelele anumitor farmacii); lipsa farmaciilor în localitățile mici etc.

Participanții la studiu (personal medical și persoane cu diabet) apreciază, în general, pozitiv schimbările operate recent în Lista medicamentelor compensate, afirmând că grupul maladiilor incluse s-a lărgit și a sporit varietatea medicamentelor.

O altă constatare a studiului realizat de Centrul PAS se referă la satisfacția persoanelor cu diabet față de medicamentele compensate. Deși se constată un grad general de satisfacție, unii respondenți nu sunt mulțumiți de eficiența medicamentelor incluse în lista celor compensate, fiind nevoiți să procure medicamente de calitate mai bună și la prețuri mai mari, cu acoperire integrală a costurilor.

<sup>67</sup> HG nr. 1030 din 30.11.2017 cu privire la aprobarea Programului național de prevenire și control al diabetului zaharat pentru anii 2017-2021 și a Planului de acțiuni privind implementarea acestuia. Disponibil la: [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=101734&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=101734&lang=ro)

<sup>68</sup> Comunicat de presă CNAM, Disponibil la: <http://www.cnam.md/?news=891>

<sup>69</sup> Disponibil la: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/10/Raport-II-si-III-implementare-Conventie-ONU-drepturile-persoanelor-cu-dizabilit%C4%83%C8%9Bi-rom.pdf>

<sup>70</sup> Prezentarea de către Curtea de Conturi a Republicii Moldova a rezultatelor auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (FAOAM) în anul 2019. Disponibil la: <http://www.ccrm.md/curtea-de-conturi-a-examinat-raportul-guvernului-privind-executarea-faoam-1-4614>

<sup>71</sup> Raport privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2019, Disponibil la: [http://www.cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate\\_anuale/2020/Raport%20anual%202019%20FAOAM%20ro.pdf](http://www.cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate_anuale/2020/Raport%20anual%202019%20FAOAM%20ro.pdf)

<sup>72</sup> Accesibilitatea la medicamente prin prisma listei medicamentelor compensate. Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate. Chișinău 2019. Disponibil la: <http://pas.md/ro/PAS/Studies/Details/131>

Același studiu arată că majoritatea respondenților sunt mulțumiți că economisesc bani, pentru că beneficiază de medicamente compensate, dar suportă costuri suplimentare pentru maladiile cronice asociate (al căror tratament nu este compensat), precum și costul pentru transport. Pe de altă parte, pacienții care nu știu că pot beneficia de medicamente compensate, le procură de la farmacii la preț integral.

Tratamentul cu insulină umană și cel cu analogi de insulină sunt asigurate tuturor pacienților cu diabet zaharat, indiferent dacă sunt sau nu asigurați din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, iar dispozitivele de administrare (seringi, ace, pen-uri) sunt achiziționate de către pacienți<sup>73</sup>.

Studiul privind costurile în cazul diabetului de tip 1, realizat de Asociația Tinerilor cu Diabet din Moldova<sup>74</sup>, arată că ponderea cheltuielilor de îngrijire a diabetului de tip 1 pentru un pacient angajat, raportată la necesarul minim de îngrijire, alcătuiește 26% din salariul mediu lunar pe economie. Ponderea cheltuielilor minime de îngrijire a diabetului de tip 1 pentru un pacient neangajat/încadrat în grad de dizabilitate este de 185% din valoarea alocației/indemnizației/pensiei (≈ 1000 MDL în 2019).

Există pacienți care întrerup tratamentul, cauzele cel mai frecvent invocate fiind lipsa resurselor financiare și dispariția (temporară) a medicamentului de pe piață, dar și un nivel insuficient de informare a persoanelor cu diabet cu referire la specificul, complicațiile și alte aspecte ale bolii, precum și un nivel general scăzut al culturii sănătății în rândul cetățenilor Republicii Moldova<sup>75</sup>.

Actualmente, Republica Moldova nu dispune de o bază de date privind persoanele cu diabet zaharat și complicațiile acestuia. Existența unui asemenea registru ar spori accesul la servicii esențiale de sănătate al persoanelor cu diabet, eficiența, accesibilitatea și calitatea acestora.

## 4.2. Analiza cadrului legal și a documentelor de politici

Prevenția și profilaxia diabetului pot fi regăsite pe agenda autorităților din Republica Moldova, și anume a Programului național de prevenire și control al diabetului zaharat 2017-2021 și a Planului de acțiuni privind implementarea acestuia<sup>76</sup>. Însă actul normativ de bază în temeiul căruia au fost elaborate celelalte acte subordonate legii rămâne a fi **Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995**.

La nivelul unor legi primare, nu există act normativ dedicat protecției drepturilor pacienților cu diabet zaharat, nici Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 nu pune accente deosebite pe această categorie de pacienți cu risc sporit.

În acest act normativ nu vom regăsi norme particulare sau capitole dedicate accesului la serviciile medicale al pacienților cu diabet zaharat, acestea s-ar subînțelege din normele cu caracter general. Notăm că alte grupuri de pacienți sau persoane cu maladii care sunt considerate cu un factor de risc mai mare au fost abordate într-o manieră particulară în conținutul acestei legi organice. Spre exemplu Capitolul V. *Asigurarea medico-socială a unor categorii ale populației* abordează mai multe grupuri vulnerabile: *persoanele cu o vârstă înaintată, persoanele contaminate de virusul imunodeficient uman (HIV) și bolnavii de SIDA, persoanele cu maladii oncologice, persoanele care au alcoolism, narcomanie sau toxicomanie, bolnavii de tuberculoză* etc.

În acest context, este necesară abordarea particulară a persoanelor care au diabet zaharat și a accesului acestora la serviciile medicale gratuite. Or, acest grup de persoane beneficiază de servicii gratuite la nivel de asistență medicală de urgență, primară, de ambulatoriu, asistență spitalicească, servicii medicale de înaltă performanță, îngrijiri la domiciliu. Totodată, persoanele care nu dispun de asigurare au acces la servicii medicale gratuite în cadrul asistenței medicale urgente și primare. Persoanele cu diabet sunt asigurate cu medicamente compensate<sup>77</sup> integral, indiferent dacă sunt sau nu asigurate. Or, art. 20 al Legii nr. 411/1995 prevede dreptul la asistență medicală; totodată, reglementează minimumul asigurării medicale gratuite unui anumit grup de cetățeni ai Republicii Moldova. În lista prevăzută la art. 20 alin. (2) urmează să se regăsească și minimumul de servicii medicale garantate pacienților diabetici.

<sup>73</sup> HG nr. 1030 din 30.11.2017 cu privire la aprobarea Programului național de prevenire și control al diabetului zaharat pentru anii 2017-2021 și a Planului de acțiuni privind implementarea acestuia. [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=101734&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=101734&lang=ro)

<sup>74</sup> Studiu privind costurile diabet tip 1, realizat de Asociația Tinerilor cu Diabet din Moldova. Disponibil la: <https://diatip1.md/875-2/>

<sup>75</sup> Accesibilitatea la medicamente prin prisma listei medicamentelor compensate. Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate. Chișinău, 2019. Disponibil la: <http://pas.md/ro/PAS/Studies/Details/131>

<sup>76</sup> [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=101734&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=101734&lang=ro)

<sup>77</sup> Hotărârea Guvernului nr. 1372/2005 cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală

Necesitatea operării acestor amendamente (deși de ordin aparent tehnic) asigură, la nivel de norme primare, protecția acestui grup de pacienți, reiterând accesul garantat la serviciile medicale gratuite. O asemenea abordare permite elaborarea consecventă a documentelor de politici și o mai bună justificare, planificare a resurselor bugetare în domeniu. Or, planurile de acțiuni, strategiile aprobate de Guvern sunt documente de politici publice pe termen mediu și lung, care își încetează efectele în momentul atingerii indicatorilor stabiliți sau în momentul expirării termenelor pentru care au fost aprobate.

O abordare complexă ar fi aprobarea unei legi speciale dedicate prevenirii și controlului diabetului zaharat. O asemenea experiență poate fi regăsită în legislația României. În cazul Republicii Moldova, o lege cadru specială ar stabili un cadru legal necesar pentru dezvoltarea ulterioară a politicilor de prevenție la nivel național și va asigura sustenabilitatea acestor programe; va oferi un ecosistem de protecție a drepturilor pacienților cu diabet, mecanisme de screening pentru depistarea precoce a diabetului zaharat etc.

Persoanele cu diabet zaharat au nevoie, în principal, de următoarele servicii medicale: tratamentul cu insulină umană și cel cu analogi de insulină; seringi, pen-uri, ace; glucometre, teste și lanțete; servicii de diagnostic și tratament (aprecierea hemoglobinei glicozilate conform standardelor internaționale, aprecierea microalbuminuriei, dozările imunologice; instrumental – examinarea piciorului diabetic, examinarea fundului de ochi, examinarea vaselor periferice, precum și monitorizarea continuă a glicemiilor) etc. Statul și/sau asigurarea obligatorie de sănătate nu acoperă decât parțial costurile de autoîngrijire a diabetului de tip 1. Numărul inadecvat de testări zilnice ale glicemiei, schimbarea acului de insulină doar la bontirea acestuia, deficiențele de acces la senzori glicemici și nevoia de a-i acoperi din buzunar sunt doar unele dintre gesturile cotidiene la care recurg majoritatea pacienților din Moldova, doar pentru a economisi resursele (veniturile), și așa limitate. Drept urmare, aceștia nu pot atinge țintele terapeutice recomandate de medic, iar calitatea și speranța de viață le scade.<sup>78</sup>

În Moldova, la momentul de față, nu există o reglementare privind accesul la analogi de insulină în condițiile în care regulamentele anterioare aprobate prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 239/2019 au fost abrogate. A rămas în vigoare doar Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 750/2013 privind accesul la insulina umană, inclusă în lista medicamentelor compensate.

Din actele normative supuse analizei nu au putut fi identificate servicii garantate de stat de suport psihologic oferite pacienților diagnosticați cu diabet zaharat de tip 1. Or, viața unei persoane ce primește un asemenea diagnostic se schimbă radical. Aceasta trebuie să adopte o schemă de tratament ce presupune câte 4-6 injecții de insulină pe zi, să învețe tehnica de injectare a insulinei, să monitorizeze glicemia înainte și după administrarea glicemiei, să adapteze dozele în anumite situații, să dozeze efortul fizic. Aceste schimbări sunt esențiale în gestionarea corectă a diabetului, dar pot afecta negativ starea emoțională a persoanei. În aceste momente, este nevoie de consiliere psihologică, pentru a accepta diagnosticul pe care îl are (având una din cele mai grave patologii cronice și incurabile). **Sănătatea mentală a persoanei cu diabet este o problemă importantă și necesită o atenție suplimentară.**

Pentru pacienții cu diabet zaharat, pandemia a produs și mai multă anxietate, pe lângă diagnosticul pe care îl au deja. Aceștia frecventează mai des farmaciile, au necesitatea unui acces continuu la servicii medicale, care sunt esențiale pentru un management optim al diabetului zaharat.

În perioada declarării stării de urgență (martie 2020) și ulterior stării de urgență în sănătate publică, nicio decizie a Comisiei Naționale pentru Situații Excepționale<sup>79</sup> sau a Comisiei Naționale Extraordinare de Sănătate Publică nu a abordat subiectul accesului la servicii medicale al persoanelor cu diabet zaharat pe perioada pandemiei.

În informațiile identificate pe site-ul oficial al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale se menționează despre faptul că, pentru asigurarea continuității serviciilor esențiale medicale, au fost instituite regimuri speciale de asigurare a tratamentului pentru bolnavii cu maladii cronice și cu diabet zaharat. Despre felul în care aceste servicii au fost asigurate în regim specializat nu au fost identificate ordine, instrucțiuni sau dispoziții emise de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. Există probabilitatea că acest lucru a fost organizat la nivelul emiterii unor ordine cu caracter mai general sau circulare în adresa instituțiilor medicale și a medicilor de familie. Această informație este prevăzută într-o manieră generală și în Planul de pregătire și răspuns la infecția cu Coronavirus de tip nou (COVID-19), versiunea 2<sup>80</sup>.

<sup>78</sup> <https://diatip1.md/875-2/> Studiu privind costurile diabet tip 1, realizat de Asociația Tinerilor cu Diabet din Moldova.

<sup>79</sup> Deciziile Comisiei Naționale pentru Situații Excepționale, ale Comisiei Naționale Extraordinare de Sănătate Publică <https://gov.md/ro/content/informatii-privind-coronavirus>

<sup>80</sup> <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/09/Plan-r%C4%83spuns-COVID-19-19.pdf>

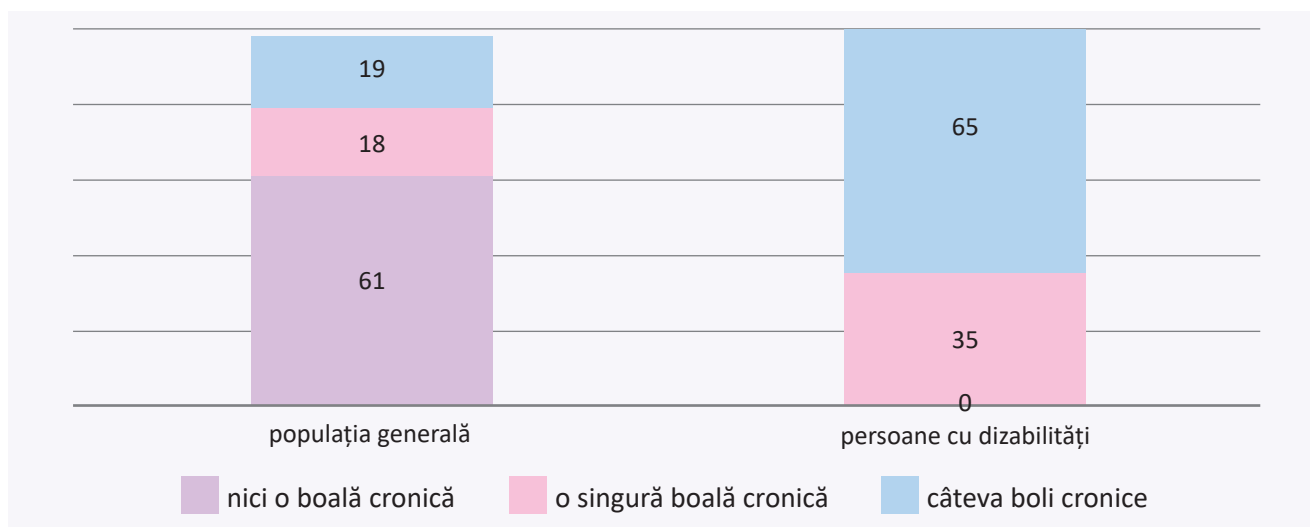
Același plan de pregătire și răspuns la infecția cu Coronavirus de tip nou (COVID-19), versiunea 2 prevede că, pentru a preveni morbiditatea și mortalitatea indirectă și acutizarea stărilor cronice atunci când serviciile sunt perturbate, serviciile medicale relevante vor fi prioritizate, pentru a asigura continuitatea pe parcursul pandemiei.

Există un singur **Ordin al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale – nr. 338/2020 cu privire la unele măsuri suplimentare pentru asigurarea accesului populației la asistență medicală în condițiile stării de urgență** – care în mod tangențial face referire și la pacienții cu diabet zaharat. Pct. 1 lit. a) prescrie drept o măsură pentru asigurarea populației cu medicamente compensate prin prescrierea rețetelor de medicamente compensate, conform diagnosticului stabilit pentru pacienții aflați în supraveghere cu maladii cronice, precum și primar depistați, în special pentru persoanele vârstnice și persoanele cu dizabilități, se prescriu, la solicitarea personală sau a reprezentantului legal al acesteia, inclusiv telefonică, într-o cantitate destinată maximum pentru 3 luni de tratament, cu înregistrarea datelor în documentația medicală de ambulatoriu a pacientului. Iar pct. 1 lit. d) prescrie organizarea recepționării rețetelor, inclusiv a celor pentru medicamente compensate de către pacienții aflați în supraveghere cu maladii cronice, fără programare și cu distribuire la domiciliu, după caz.

Același Ordin, la pct. 4 pct. a), prevede realizarea consultațiilor de către medicii specialiști de profil, pentru cazurile când asistența medicală nu poate fi amânată și nici nu poate fi realizată la distanță, inclusiv la adresare directă, fără bilet de trimitere de la medicul de familie.

### 4.3. Percepțiile persoanelor cu diabet privind accesul la servicii de sănătate: analiză sociologică comparativă

**Caracteristici socio-demografice.** În total, au fost chestionate 216 persoane cu diabet, inclusiv 25% bărbați și 75% femei, 50% din mediul rural și 50% din mediul urban. După categoria de vârstă, 6% din respondenți sunt de 18-29 ani, 12% – de 30-44 ani, 25% – de 45-59 ani și 57% – de 60+ ani. În funcție de studiile finalizate, 13% din respondenți au studii medii incomplete, 56% – școală medie, profesională, colegiu, 30% – studii superioare și 1% – nu au răspuns. 35% din persoanele cu diabet au o singură boală cronică, iar 65% – două și mai multe maladii cronice. Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu diabet care au două și mai multe maladii cronice este de trei ori și ceva mai mare.

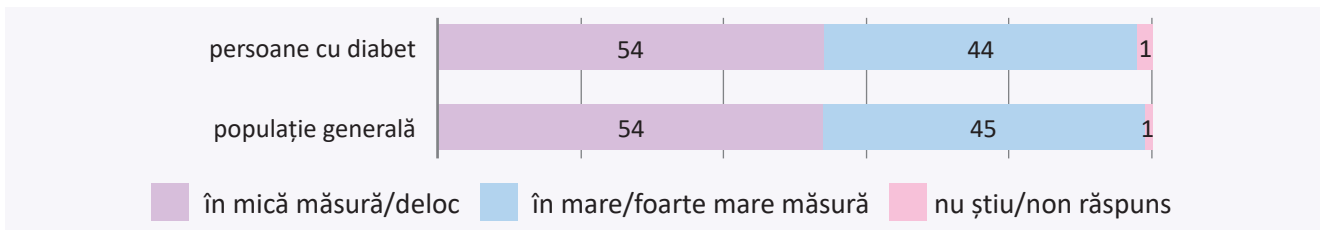


**Diagrama 152.** Distribuția respondenților în funcție de maladiile cronice, per grupuri de populație, %

Fiind întrebați ce maladii cronice au, 51% au indicat hipertensiune arterială, 27% – maladii cardiovasculare, 23% – maladii osteo-articulare, 18% – maladii gastrointestinale, 14% – maladii neurologice, 11% – maladii de rinichi, 9% – maladii respiratorii.

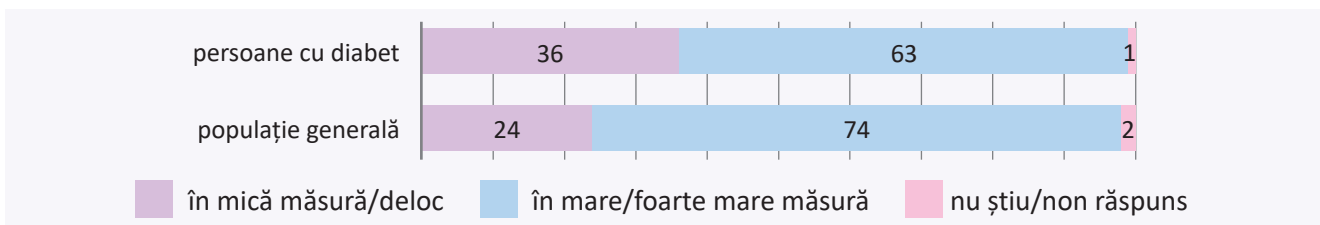


**Aspecte generale.** Studiul a scos în evidență faptul că fiecare a doua persoană cu diabet nu este satisfăcută deloc sau este satisfăcută în mică măsură de felul în care trăiește, 44% – sunt satisfăcute în mare și în foarte mare măsură și 1% – nu a oferit răspuns. Comparativ cu populația generală, nu au fost observate discrepanțe semnificative în răspunsuri.



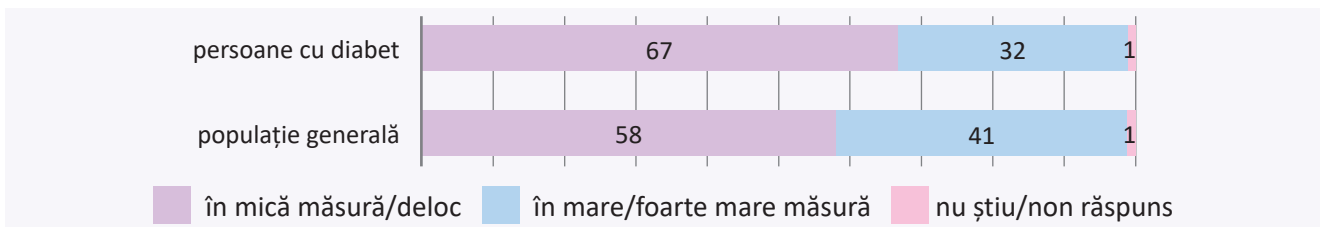
**Diagrama 153.** Gradul de satisfacție privind felul în care trăiesc, grupuri de populație, %

Șaizeci și trei la sută din persoanele cu diabet, comparativ cu 74% din populația generală, au menționat că sunt satisfăcute de viața lor de familie. Ponderea persoanelor cu diabet nesatisfăcute de viața de familie este cu 12 puncte procentuale mai mare decât în cazul populației generale.



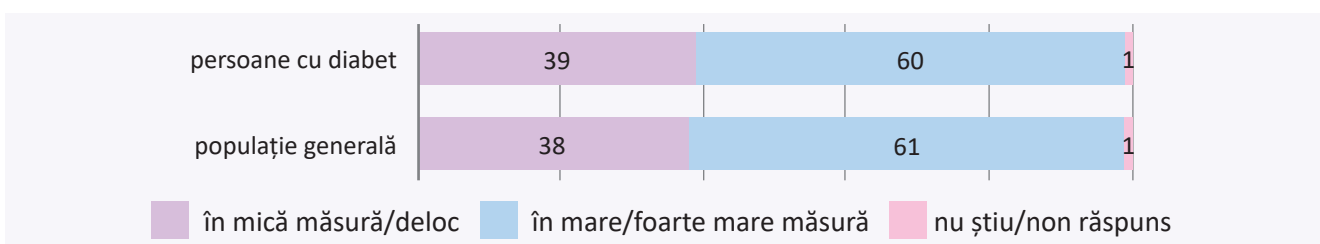
**Diagrama 154.** Gradul de satisfacție privind viața de familie, per grupuri de populație, %

Persoanele cu diabet, în proporție de 67%, comparativ cu 58% în populația generală, nu sunt satisfăcute deloc sau sunt satisfăcute în mică măsură de situația materială a familiei lor.



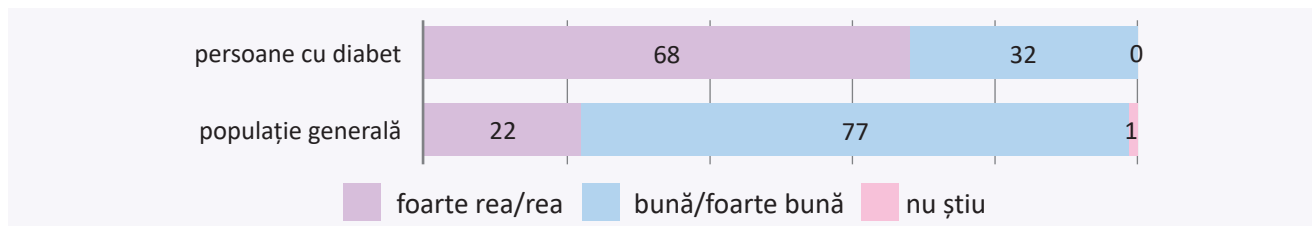
**Diagrama 155.** Gradul de satisfacție privind situația materială a familiei, per grupuri de populație, %

Două treimi din persoanele cu diabet sunt satisfăcute de condițiile de trai și 1/3 nu sunt satisfăcute. Comparativ cu populația generală, nu au fost observate discrepanțe.



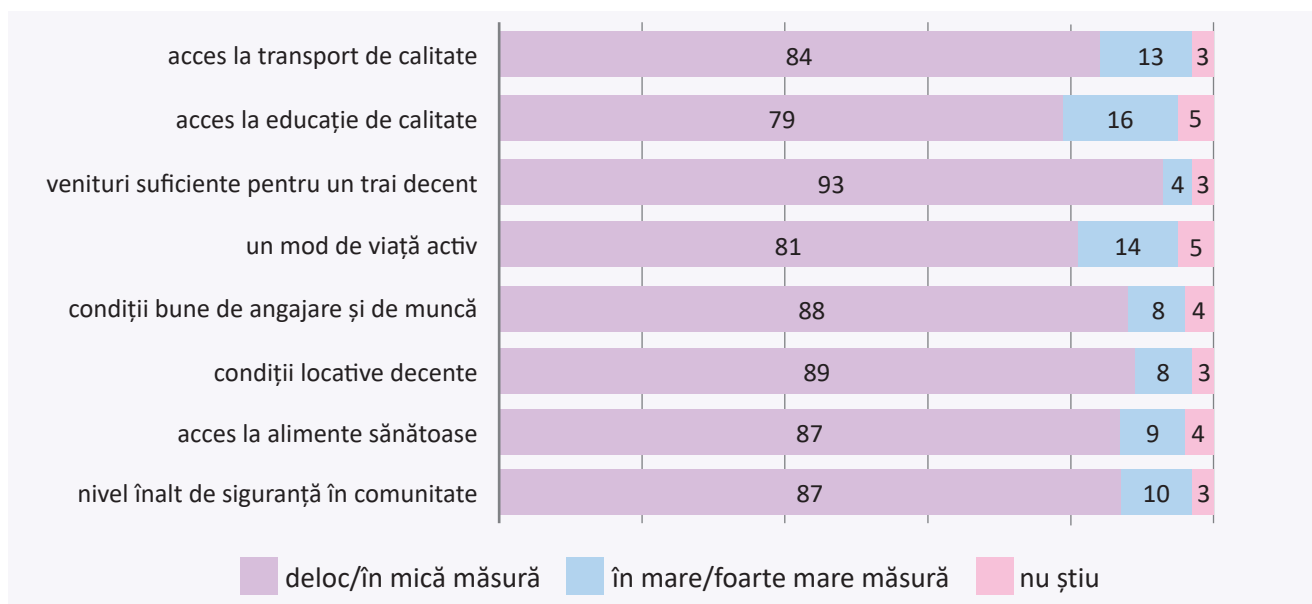
**Diagrama 156.** Gradul de satisfacție privind condițiile de trai, per grupuri de populație, %

Două treimi din persoanele cu diabet și-au caracterizat starea sănătății drept rea/foarte rea și 1/3 – drept bună/foarte bună. Comparativ cu populația generală (22%), ponderea persoanelor cu dizabilități care și-au caracterizat starea sănătății drept rea/foarte rea este de trei ori mai mare



**Diagrama 157.** Aprecierea de către respondenți a stării sănătății lor, per grupuri de populație, %

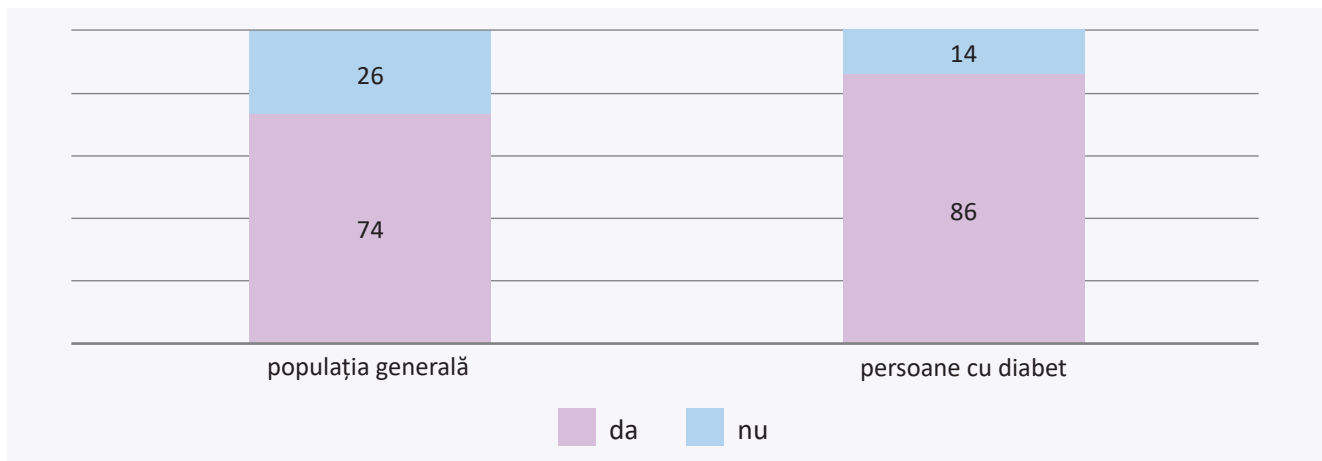
Deși mai bine de 90% din respondenții cu diabet au indicat că pentru o viață sănătoasă este nevoie de servicii de sănătate accesibile și calitative, de acces la educație de calitate, de venituri suficiente pentru un trai decent, de condiții bune de angajare în câmpul muncii, de condiții locative decente, de acces la alimente sănătoase, de relații bune cu familia, vecinii, comunitatea, marea majoritate s-au dat cu părerea că Guvernul nu întreprinde nimic pentru a asigura condițiile nominalizate mai sus. Astfel, 93% din respondenții cu diabet au menționat că Guvernul nu asigură deloc sau asigură în mică măsură accesul populației la venituri suficiente pentru un trai decent. Mai bine de 80% din respondenții cu diabet au menționat că Guvernul nu asigură deloc sau asigură în mică măsură condiții bune de angajare și de muncă, condiții locative decente, accesul la alimente sănătoase, nivelul înalt de siguranță în comunitate. 79% din persoanele cu diabet s-au dat cu părerea că Guvernul nu asigură deloc sau asigură în mică măsură accesul la educație de calitate.



**Diagrama 158.** Percepțiile persoanelor cu dizabilități despre gradul de asigurare de către Guvern a următoarelor condiții pentru o viață sănătoasă, persoane cu diabet, %

88% din persoanele cu diabet și 87% din populația generală au menționat, de asemenea, că Guvernul nu întreprinde nimic pentru a asigura accesul echitabil la servicii de sănătate.

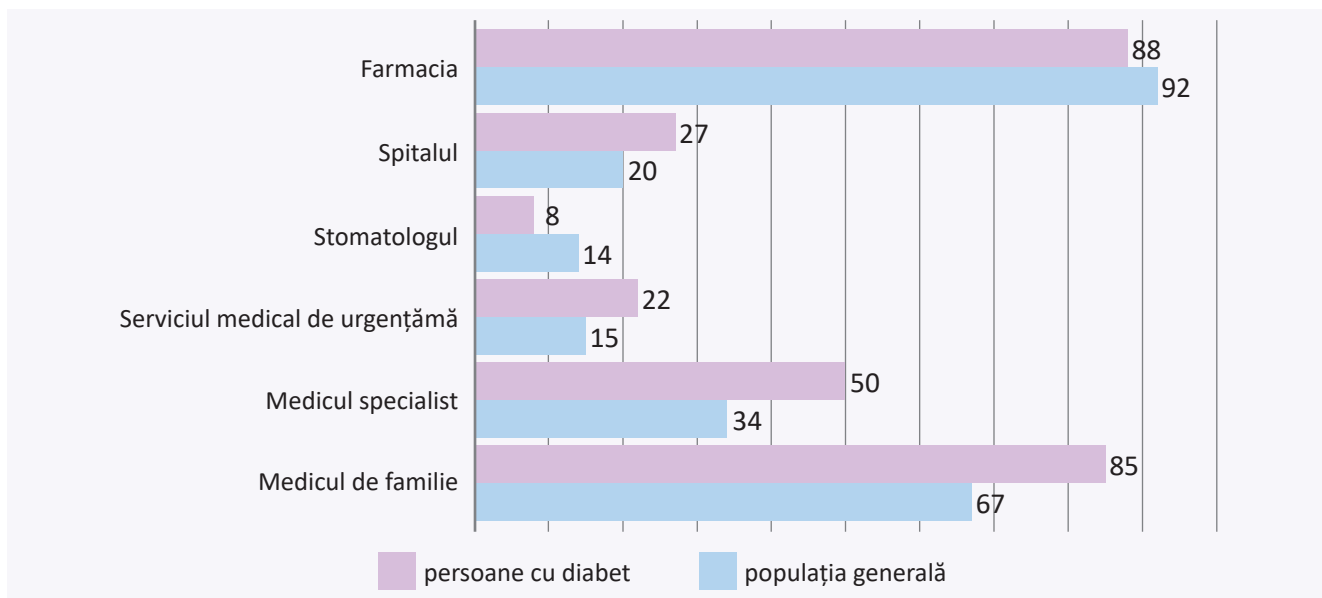
**Disponibilitatea și accesul la serviciile medicale.** Ponderea persoanelor cu diabet care au accesat serviciile medicale în pandemie (86%) este cu 12 puncte procentuale mai mare decât ponderea populației generale (74%).



**Diagrama 159.** Distribuția respondenților în funcție de faptul dacă au accesat serviciile medicale în pandemie, per grupuri de populație, %

Persoanele cu diabet care nu au accesat serviciile medicale în pandemie au motivat acest fapt prin următoarele: nu au avut nevoie (65%), frica de infectare cu COVID-19(23%), programare dificilă la medic (16%), lipsa banilor (7%), lipsa încrederii în medici.

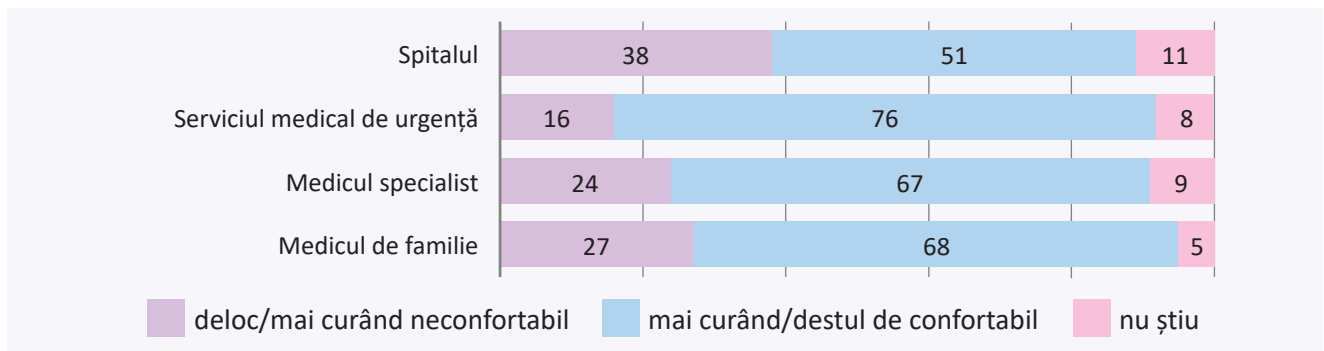
Fiind întrebat ce servicii medicale au accesat, 88% din persoanele cu diabet au indicat farmaciile, 85% – medicul de familie, 50% – medicul specialist, 27% – spitalul, 22% – serviciul medical de urgență. Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu diabet care au accesat medicul de familie, medicul specialist, serviciul de urgență, spitalul este considerabil mai mare.



**Diagrama 160.** Ponderea respondenților care au accesat serviciile medicale în pandemie pe tipuri de servicii, per grupuri de populație, %

Marea majoritate a persoanelor cu diabet care au accesat serviciile medicale au menționat că s-au simțit mai curând confortabil, destul de confortabil. Doar 19% din persoanele cu diabet au afirmat că s-au simțit mai curând neconfortabil/destul de neconfortabil la medicul de familie; 18% – s-au simțit mai curând neconfortabil/foarte neconfortabil la spital; 14% – s-au simțit mai curând neconfortabil/foarte neconfortabil la stomatolog, iar 13% – la medicul specialist; 8% – s-au simțit neconfortabil la serviciul de urgență.

Cu toate acestea, fiind întrebat dacă s-ar simți confortabil să acceseze serviciile medicale în următoarele două săptămâni, ponderea persoanelor cu diabet care nu s-ar simți confortabil a crescut simțitor în cazul unor servicii. Astfel, 38% din persoanele cu diabet au indicat că nu s-ar simți confortabil să acceseze spitalul, 27% – medicul de familie, iar 24% – medicul specialist. 16% nu s-ar simți confortabil să acceseze serviciul de urgență.



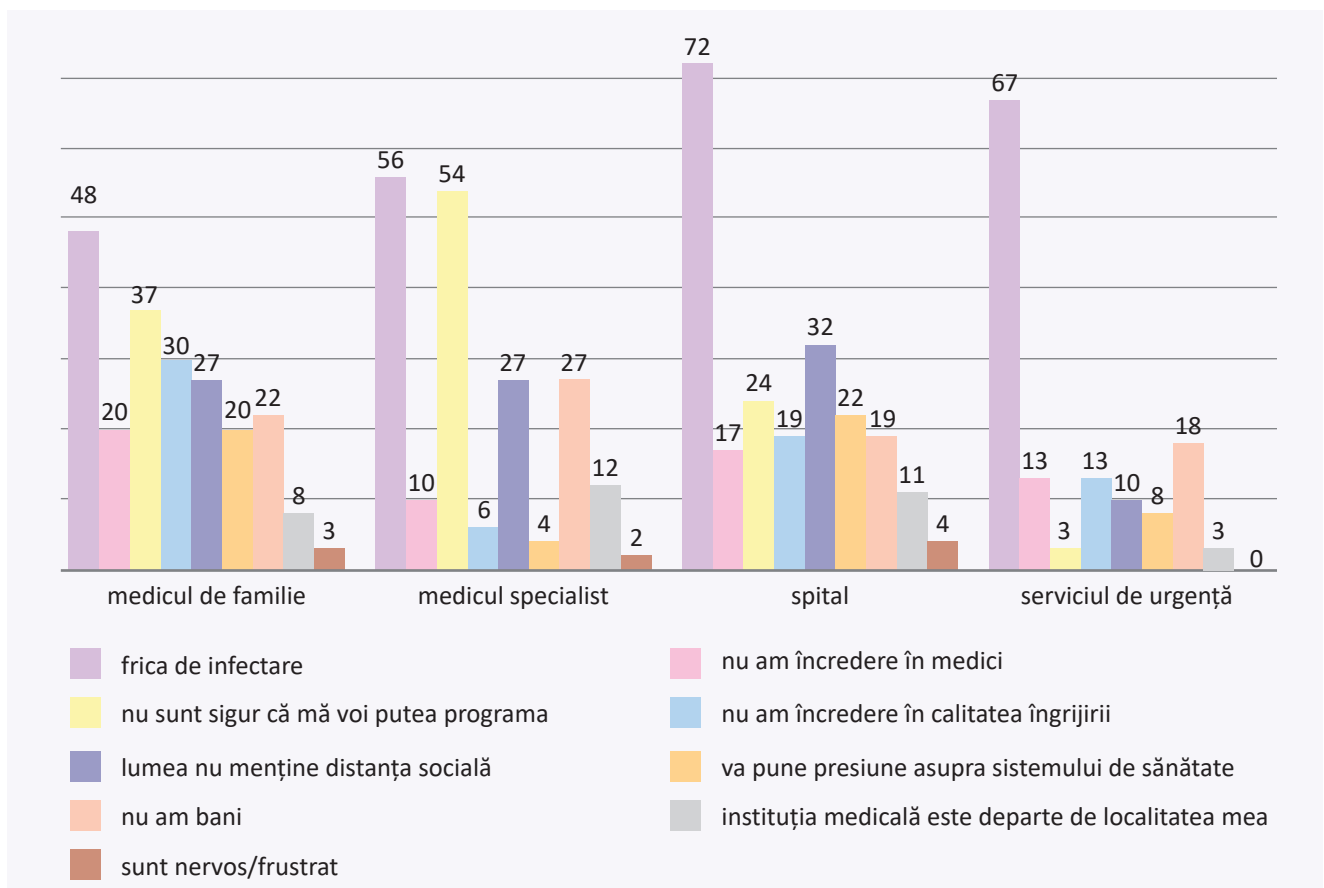
**Diagrama 161.** Percepțiile persoanelor cu diabet privind starea de confort în contextul accesării serviciilor medicale în următoarele două săptămâni, %

Fiind întrebați de ce nu s-ar simți confortabil, respondenții cu dizabilități au numit drept primă cauză pentru toate serviciile frica de infectare. În cazul medicilor de familie, primele trei cauze enumerate au fost: posibilitatea redusă de programare, lipsa încrederii în calitatea îngrijirii și faptul că lumea nu menține distanța socială.

În cazul medicilor specialiști, cele trei cauze invocate au fost: posibilitatea redusă de programare, lumea nu menține distanța socială și lipsa banilor.

În cazul spitalelor, au mai fost invocate următoarele cauze: lumea nu menține distanța socială, lipsa încrederii în medici și dorința de a nu pune presiune pe sistemul de sănătate.

În cazul serviciului de urgență, au fost nominalizate adițional următoarele cauze: lipsa de bani, neîncrederea în medici și în calitatea îngrijirii.



**Diagrama 163.** Cauzele disconfortului în accesarea serviciilor medicale, per tip de serviciu, persoane cu diabet, %

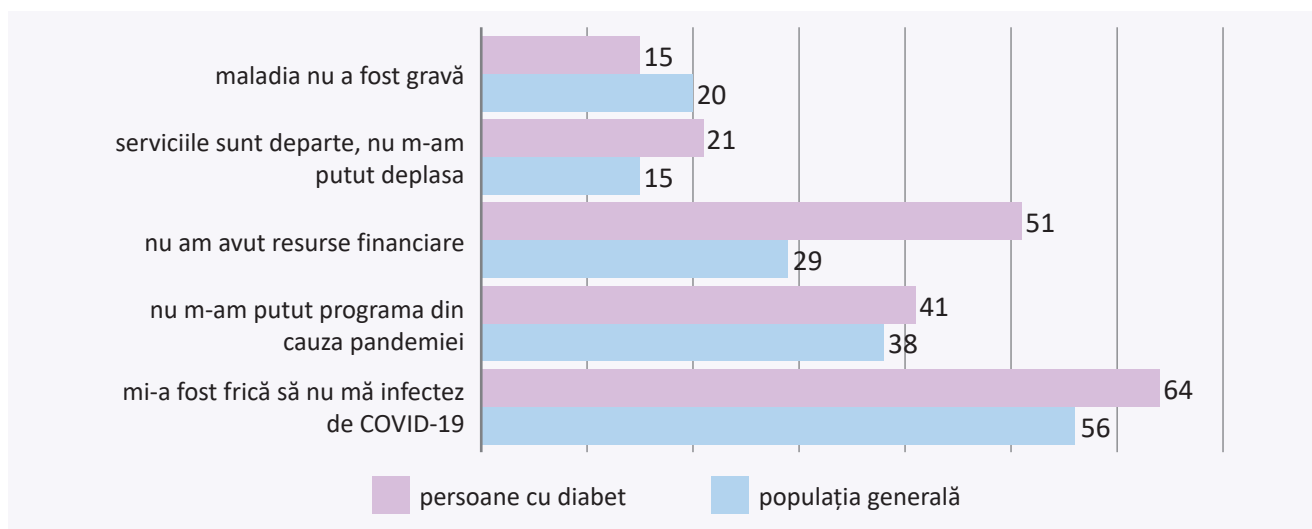
Persoanele cu diabet, în mare parte, consideră că serviciile medicale au gestionat destul de bine situația pe timp de pandemie. Această părere a fost împărtășită de 91% din persoanele cu diabet cu referință la farmacia, de 82% din persoanele cu diabet cu referință la medicii de familie, de 81% din respondenți cu referință la serviciul de urgență, de 72% din respondenți cu referință la medicul specialist. Fiecare a doua persoană (54%) consideră că medicul stomatolog a gestionat bine situația, iar 43% – psihiatrul. În cazul ultimelor două servicii, un număr mare de persoane nu le cunosc și nu s-au putut da cu părerea (38% în cazul medicului stomatolog și, respectiv, 43% în cazul psihiatrului). Totodată, fiecare a patra persoană cu diabet a menționat că spitalul a gestionat situația de pandemie mai degrabă rău sau foarte rău. Fiecare a șaptea persoană cu diabet consideră că medicul de familie și medicul specialist au gestionat rău sau foarte rău situația în pandemie.

Fiind întrebată dacă a fost ușor sau greu să acceseze serviciile în pandemie, 66% din persoanele cu diabet, comparativ cu 60% din populația generală, au menționat că a fost mai dificil să acceseze serviciile medicale pe timp de pandemie. 26% din persoanele cu diabet, comparativ cu 28% în populația generală, au afirmat că accesarea serviciilor medicale a fost la fel ca până la pandemie și 4% din persoanele cu diabet (3% în populația generală) au indicat că a fost mai ușor de accesat în pandemie.

Accesarea mai dificilă a serviciilor medicale în pandemie a fost cauzată de accesul limitat la programare (27%), frica de infectare (19%), medicii ocupați (13%), restricții din cauza pandemiei (12%), atitudinea proastă a cadrelor medicale (6%) etc.

Din cauza pandemiei, unele persoane cu diabet au amânat vizitele la medicul specialist (16%), la medicul de familie (14%), la medicul stomatolog (13%), la serviciile de diagnosticare (12%), administrarea unor medicamente (12%), intervențiile chirurgicale (10%), procurarea echipamentului medical (4%). Situația dată este similară cu situația în cazul populației generale.

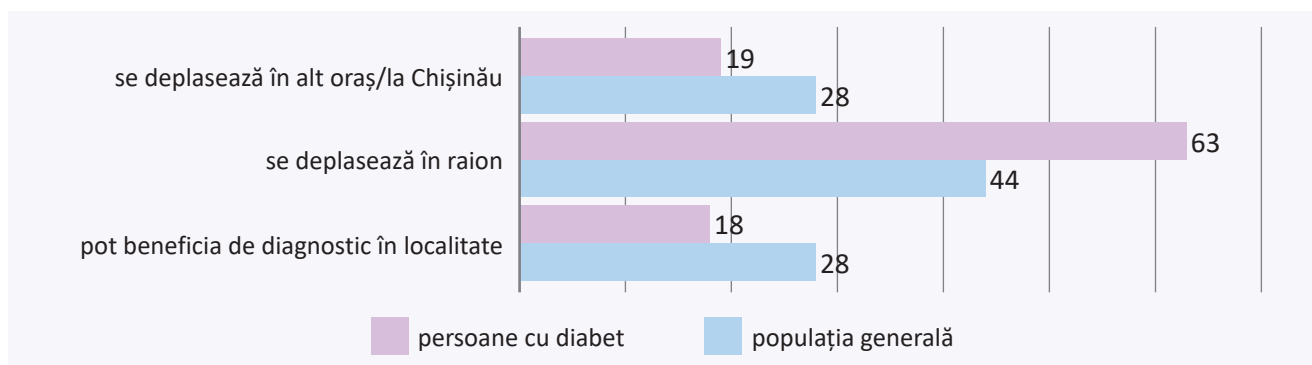
Fiind întrebată de ce au amânat vizitele la serviciile medicale, 64% din persoanele cu diabet au indicat că s-au temut de infectare, 51% – nu au avut resurse financiare, 41% – nu s-au putut programa, 21% – au menționat că serviciile erau departe de casă și nu s-au putut deplasa, iar 15% – că maladia nu a fost gravă. Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu diabet care au amânat vizitele la serviciile medicale din motive de frică de infectare, lipsa surselor financiare, imposibilitatea programării, amplasarea serviciului la depărtare a fost semnificativ mai mare.



**Diagrama 164.** Cauzele amânării vizitelor la serviciile medicale, per grupuri de populație, %

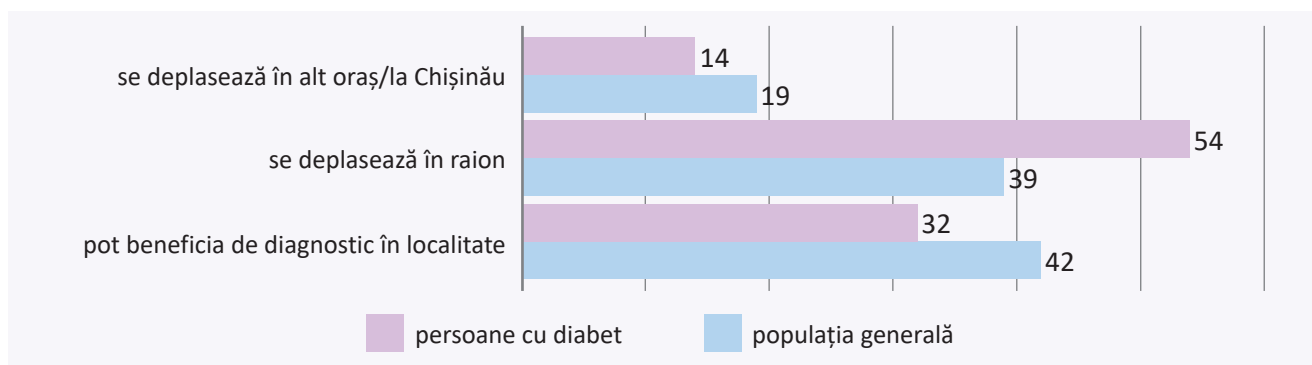
Jumătate din persoanele cu diabet, comparativ cu 34% în populația generală, au menționat că amânarea vizitelor la serviciile medicale le-a afectat starea sănătății. 61% din persoanele cu diabet, comparativ cu 54% în populația generală, nu au reușit să soluționeze pozitiv problema de sănătate.

**Accesibilitatea fizică.** Accesibilitatea fizică a persoanelor cu diabet la servicii de diagnostic și tratament este mai redusă decât a populației generale. Astfel, doar 18% din persoanele cu diabet, comparativ cu 28% în populația generală, pot beneficia de servicii de diagnostic în localitate. 63% din persoanele cu diabet se deplasează în raion pentru a accesa serviciile date, iar 19% – în alt oraș sau la Chișinău.



**Diagrama 165.** Localizarea serviciilor de diagnostic pentru persoanele cu diabet și populația generală, %

Persoanele cu diabet (32%), comparativ cu 42% în populația generală, pot beneficia de tratament în localitate; 54% din persoanele cu diabet se deplasează în raion și 14% – în alt oraș sau la Chișinău.



**Diagrama 166.** Localizarea serviciilor de tratament pentru persoanele cu diabet și populația generală, %

Conform cercetării, măsuri de susținere la nivel local pentru deplasarea persoanelor cu diabet în centrul raional sau în alte orașe pentru obținerea serviciilor de diagnostic și tratament aproape că nu există. 60% din persoanele cu diabet au numit drept o facilitare posibilitatea de a accesa medicul prin telefon/internet. 8% din persoanele cu diabet au menționat că autoritățile susțin costurile deplasării lor, 2% – autoritățile le asigură cu transport și 33% consideră că nu sunt niciun fel de măsuri de susținere.

Discuțiile în focus-grupuri și interviurile aprofundate, de asemenea, au evidențiat anumite bariere cu care se confruntă persoanele cu diabet în accesarea serviciilor medicale, cum ar fi lipsa medicilor specialiști, accesul limitat la servicii de diagnostic, probleme în eliberarea rețetelor pentru medicamentele compensate, etc. Astfel, lipsa/insuficiența **medicilor specialiști** (atât a endocrinologilor, cât și a altor medici specialiști de care ar avea nevoie persoanele cu diabet în cazul unor eventuale complicații sau maladii conexe, cauzate de diabet) este prezentă mai ales în zonele dinafara or. Chișinău, mediul rural fiind cel mai puternic afectat. În Republica Moldova nu există niciun specialist diabetolog. Pentru consultația medicilor specialiști se fac programări la medicii din raion sau capitală, **durata de așteptare fiind** de 1-1,5 luni. În aceste condiții, unele persoane cu diabet se adresează foarte rar sau nu se adresează deloc medicilor, iar acest fapt poate spori riscul ca starea lor de sănătate să se agraveze.

*„Cea mai mare problemă ține de medicii endocrinologi, pentru că ei lipsesc în sate și în raioane, chiar dacă sunt, e unul la trei raioane. Probabilitatea ca să ajungă pacientul la endocrinolog o dată pe lună este foarte mică. Programările se fac la 3 luni sau mai mult de 3 luni”. IA 5*

„În Vulcănești nu avem medic endocrinolog. Nu pot să fac o consultație specializată. Toate consultațiile le fac cu medicul de familie sau îmi reglez dozele de insulină, unitățile de pâine, cantitatea de mâncare ș.a. de sine stătător. În plus, diabetul este o boală care dă complicații. Uneori, avem nevoie și de alți medici specialiști. De exemplu, pentru complicațiile la rinichi, nu avem medic urolog. Pentru consultația medicului endocrinolog, sunt nevoită să merg la Cahul sau direct la Chișinău. Ne facem programări, dar și programarea trebuie să o așteptăm jumătate de lună, o lună, o lună și jumătate – depinde cât este de încărcat programul endocrinologului. La fel e și în cazul altor specialiști pe care nu-i avem aici.” DFG 2

„Dacă ne uităm la partea de nord a țării, practic avem 1-2 endocrinologi în medicina primară. La SC Bălți am deschis o secție specială pentru pacienții de urgență diabetici. Fiecare al patrulea este diabetic, dar nu știe, iar când află, este târziu. Trebuie să fie consultați, să existe posibilitatea să se testeze mai des oamenii.” IA 10

În lipsa medicilor specialiști, persoanele cu diabet fie se consultă cu medicul de familie cu referire la diverse aspecte ce țin de boală, fie se informează individual și chiar recurg la reglarea dozelor de insulină, a alimentației etc. în mod individual. Medicii de familie au confirmat că, deseori, sunt puși în situația să consulte, să indice tratamente și să le ajusteze în funcție de nevoile persoanelor cu diabet. Unii reprezentanți ai sectorului medical au declarat că medicii de familie au beneficiat de multiple instruirii în acest sens și acționează în baza protocoalelor naționale aprobate pentru diabet și maladiile conexe.

„Orice informație despre diabet o iau din internet. Mă informez singură, nu prea apelez la medicul de familie, pentru că nu este atât de profund informat medicul de familie despre boala noastră.” DFG 2

„Ar trebui ca medicii de familie să aibă o informație mai amplă despre boala noastră. Medicii de familie știu doar să scrie rețetele și nu cunosc mai mult decât atâta.” DFG 2

„S-au făcut programe naționale, protocoale naționale pentru aceste boli – diabet, tensiune, boli cardio-vasculare. Ne-au școlit și pe noi, medicii de familie. În ultimii 3-4 ani, îmi pare că toți suntem cardiologi și endocrinologi, pentru că acestea sunt cele mai răspândite boli.” IA 1

Una din soluțiile propuse de medicii de familie a fost instituirea serviciilor de echipă mobilă, cu vizite periodice ale medicilor specialiști în localitățile rurale.

„Ceea ce ține de consultații, specialiștii să vină la noi în raion, în sate, dar nu pacienții să meargă la ei. Să vină la noi, cum se făcea cândva. Erau vremuri când veneau specialiștii și noi. Anunțam pacienții că va veni specialistul cutare și oamenii veneau la consultații.” IA 1

Potrivit unor reprezentanți ai societății civile, în Republica Moldova există probleme la capitolul protocoalelor clinice pentru diabet de tip 1 și maladii asociate:

„În Republica Moldova nu există un protocol clinic pentru diabet de tip 1. Dacă accesați site-ul Ministerului, găsiți protocol pentru diabet necomplicat. Dar ce facem în cazul unui diabet complicat? Suntem nevoiți să ne ducem la protocolul pentru insuficiență renală cronică sau protocoalele altor boli. Nu este protocol pentru piciorul diabetic. La nivelul complicațiilor pe retină, avem doar un ghid – Managementul retinopatiei diabetice, dar nu este un protocol clinic, adică aprobat de Minister și care ar fi obligatoriu de aplicat în toate instituțiile medicale.” DFG 2

Conform cercetării, persoanele cu diabet, în special în zonele rurale, au acces limitat la serviciile de **diagnostic**. Pentru diagnostic, acestea sunt nevoite să se deplaseze în centrele raionale sau în capitală. Din lipsa transportului personal sau din insuficiența resurselor financiare, multe din persoanele cu diabet renunță la serviciile de diagnostic.

În condițiile pandemiei, accesul la serviciile de diagnostic a fost redus considerabil. Potrivit unor medici de familie, înainte de pandemie trimiterile pentru investigații clinice, biochimice etc. erau obligatorii de 2 ori pe an. În prezent, acestea se fac ocazional, pentru a evita riscul de infectare cu COVID-19, în condițiile în care pentru investigații este necesară deplasarea în alte localități (inclusiv cu utilizarea transportului public), expunerea la medii aglomerate etc.

„Ei nu pot să iasă să-și facă o radiografie. Nu au transport personal, nu pot să vină la centrul de sănătate să-și facă analizele. La noi laboratorul nu este bine echipat.” IA 1

„Noi îi trimiteam de două ori pe an la radiografie. Acum îi trimitem doar ocazional, dacă poate este vorba de o pneumonie. Nu-i mai trimitem să facă toate investigațiile clinice și biochimice necesare, dat fiind faptul că sunt restricții. Dacă vor merge acolo în focare, se vor molipsi și e în grup de risc.” IA 1

Participanții la studiu au menționat că, în contextul pandemiei, au fost operate modificări în distribuirea **rețetelor de insulină**, fapt apreciat de persoanele cu diabet. Dacă până la pandemie, medicul de familie elibera rețete pentru insulină pentru o perioadă de 1 lună, odată cu declararea stării pandemice rețetele sunt eliberate pentru o perioadă de 3 luni.

O problemă specificată de participanții la discuții focus-grup se referă la faptul că, în multe cazuri, insulina eliberată este la limita termenului de valabilitate.

*„Înainte de epidemie, ni se ofereau rețetele pentru insulină pentru o lună, maximum două. Pe perioada pandemiei, s-a hotărât să se ofere pe trei luni. La început, medicii de familie nu erau la curent și nu doreau să ofere rețete pe mai mult timp. Acum însă problema e termenul de valabilitate la insulină: la Nero Vapin, nu știu la celelalte, este până în iunie. Am înțeles că este insulină la depozit, dar nouă ni se oferă aceasta până în iunie, pentru a lichida întregul stoc.” DFG 2*

Prescrierea rețetelor pentru o perioadă de 3 luni are avantaje pentru persoanele cu diabet, în sensul că acestea fac mai puține deplasări la medicul de familie și, ulterior, la farmacie, așteaptă mai puțin la ușa medicului de familie.

În eliberarea rețetelor, factorul uman este crucial. În unele cazuri, participanții la DFG au convenit cu medicul de familie și au găsit soluții pentru a ridica rețetele fără a fi nevoiți să stea în rând:

*„Eu sunt din Chișinău, nu am întâlnit probleme. Chiar puteam să vorbesc cu medicul de familie la telefon. O rugam să îmi dea rețete și în perioada în care în policlinică nici nu se permitea de ridicat la etaj. Îmi lăsa rețetele jos, în cartela medicală. Eu mă apropiam, le luam și mă duceam direct la farmacie și îmi luam insulina.” DFG 2*

În alte cazuri, eliberarea rețetelor pentru insulină este cu dată fixă: dacă data coincide cu zilele de odihnă, persoana cu diabet riscă să rămână câteva zile fără insulină. În asemenea circumstanțe, unii utilizatori de insulină se înțeleg cu medicul de familie să le fie prescrisă insulina cu câteva doze adițional, pentru a evita riscul de a rămâne câteva zile fără insulină.

*„Rețeta se oferă la aceeași dată. Pe data de 12 a lunii curente am luat rețeta, deci peste 3 luni, tot pe data de 12 trebui să merg. Ar putea să se întâmple ca 12 să cadă în zile de odihnă și nu pot să merg înainte cu câteva zile, doar după. Am discutat cu medicul de familie chestiile acestea și am zis: „Prescrie-mi insulină cu câteva unități mai mult, ca să am rezervă pentru câteva zile mai târziu, dacă data mea este 12, să am rezerve de insulină până pe data de 17-20, să nu mi se termine chiar pe data de 12”. Mai sunt cazuri când diabetul se manifestă diferit, adică glucoză mare, și atunci ești nevoit să îți pui un pic mai multă insulină și rămânem cu insulină mai puțină. De aceea facem rezerve.” DFG 2*

Rezultatele discuțiilor focus-grup și ale interviurilor aprofundate arată că, în prezent, se constată o insuficiență a unor preparate insulinice noi. Persoanele cu diabet sunt nevoite să procure anumite preparate de peste hotare.

*„Nu avem toate tipurile de insulină și cantitățile de insulină sunt insuficiente. Eu am marele noroc că locuiesc în Chișinău, dar văd pe grupul de diabetici de pe rețeaua de socializare că sunt localități în care nu este Lantus, nu este Novorapid. Uneori mă adresez rudelor și prietenilor din Rusia, România și îmi fac rezerve. Ei se împart cu mine din propriile lor rezerve.” DFG 2*

Persoanele cu diabet au avut dificultăți în accesarea fizică a serviciilor de sănătate în perioada când a fost declarată situație excepțională, fapt confirmat și de personalul medical. În plus, a fost **restricționată deplasarea** medicilor de familie la domiciliul persoanelor, pentru a evita riscurile de răspândire a COVID-19. Astfel, multe dintre persoanele cu diabet au rămas neacoperite de serviciile medicale.

*„Ce ține de diabet, este clar că pacientul când vine la medic, acesta îi măsoară pulsul, îl privește în ochi, îl mai liniștește, îl ascultă. Prin telefon, nu-l poți vedea, nu-i poți asculta bătăile inimii, au fost cam neglijați acești pacienți, dar am fost constrânși cu toții să ajungem la așa ceva, nu a fost posibil rezolvarea prin alte modalități.”*

IA 4

*„Da, au fost cazuri când cineva avea nevoie de un ajutor urgent, dar nu am putut să facem nimic, fiindcă noi am avut restricții de a pleca la domiciliu. Trebuia să mergem la bolnavii de diabet zaharat, cu complicații că li s-a tăiat piciorul și poate trebuia de făcut un pansament mai profesional, dar făceau membrii familiei. Trebuiau poate examinările noastre, dar monitorizam doar prin telefon, prin intermediul unor aplicații ne uitam la picior, îi îndrumam. Asta era situația.” IA 4*



În regiunile rurale, cu nivel mai înalt al coeziunii sociale, lucrătorii medicali s-au implicat în oferirea asistenței necesare pentru persoanele în nevoie, inclusiv cei cu diabet.

*”Am ajutat noi, lucrătorii medicali. Am luat medicamentul de la farmacie, l-am procurat și l-am dus la poartă.”* IA 1

*”Dacă aveau nevoie de medicamente, ne anunțau prin telefon și noi scriam și rețeta. Cu aceasta pleca la farmacie, dacă putea să se deplaseze fizic, dacă nu, trimitea un vecin sau copiii. Aveam aparatele necesare, i se monitoriza glicemia.”* IA 4

În cazul serviciilor de **planificare familială**, mai multe femei cu diabet au menționat că specialiștii ginecologi nu dețin necesarul de cunoștințe pentru a oferi suport specializat gravidelor cu diabet. Uneori, gravidele sunt îndemnate să recurgă la întreruperea sarcinii. Totodată, participantele la discuții focus-grup s-au arătat nemulțumite de lipsa de colaborare între medici (în cazul dat, ginecolog, endocrinolog, medic de familie), pentru a monitoriza sarcina.

*”În a doua sarcină, ginecologul mi-a spus deodată: ”Du-te mai bine și avortează că nu îți trebuie al doilea copil. Păzește sănătatea ta și a copilului”. Și eu am fost mai îndrăzneată și i-am spus: ”Dumneavoastră aveți grijă de sarcină, de glucoză o să am eu grijă”. ”* DFG 2

*”Mie în genere mi-au spus: „Da cine ți-o permis să naști?”* DFG 2

**Informația** despre servicii medicale, asigurarea medicală, aspecte ce au legătură cu diabetul este puțin accesibilă, mai ales pentru persoanele din mediu rural, pentru vârstnici, pentru persoanele cu nivel redus de educație. Lipsa informației nu contribuie la dezvoltarea culturii sănătății.

În cazul persoanelor care au fost infectate cu **COVID-19**, acestea au preferat să se trateze acasă, fără a apela la sistemul medical. Motivul principal este nivelul înalt de stigmatizare a persoanelor infectate, mai ales în primele luni ale pandemiei.

**Accesul la serviciile acoperite de CNAM.** 94% din persoanele cu diabet, comparativ cu 78% din populația generală, au asigurare medicală. Gradul de informare a persoanelor cu diabet despre serviciile acoperite de CNAM este diferit. Astfel, 57% din persoanele cu diabet, comparativ cu 59% în populația generală, consideră că nu sunt informate deloc sau sunt informate în mică măsură despre serviciile medicale acoperite de CNAM. 42% din persoanele cu diabet, comparativ cu 37% în populația generală, se consideră informate în mare/foarte mare măsură despre serviciile medicale acoperite de CNAM.

Persoanele cu diabet în mai mare măsură utilizează următoarele surse de informare despre serviciile acoperite de CNAM: medicul de familie (71%), medicul specialist (30%), televiziunea (29%), internetul (20%), prietenii/rudele (19%). Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu diabet care se informează despre serviciile medicale plătite de CNAM de la medicul de familie și medicul specialist este mai mare decât în cazul populației generale (54% și, respectiv, 21%). În schimb, ponderea populației generale care se informează pe internet (31%) este mai mare decât în cazul persoanelor cu diabet. Pagina web CNAM este folosită insuficient pentru informare de ambele grupuri (populația generală – 7% și persoanele cu diabet – 10%).

Peste jumătate din persoanele cu diabet (52%), comparativ cu 45% în populația generală, consideră că informația despre serviciile medicale acoperite de CNAM nu poate fi ușor găsită. 58% din persoanele cu diabet, comparativ cu 54% din populația generală, consideră că informația despre serviciile medicale nu este pe înțelesul tuturor. 64% din persoanele cu diabet, comparativ cu 56% din populația generală, sunt de părerea că costurile serviciilor medicale nu sunt publice și nu pot fi ușor găsite.

70% din persoanele cu diabet, comparativ cu 66% din populația generală, au menționat că costurile pentru serviciile medicale de care au nevoie nu sunt acoperite suficient de CNAM.

Mai puțin de jumătate – 44% – din persoanele cu diabet și 56% din populația generală sunt de părerea că serviciile medicale în baza asigurării nu sunt deloc sau mai curând nu sunt calitative. 45% din persoanele cu diabet și 33% din populația generală consideră că serviciile acoperite de CNAM mai curând sunt calitative sau sunt întotdeauna calitative.

57% din persoanele cu diabet și 60% din populația generală mai curând nu sunt satisfăcute sau deloc nu sunt satisfăcute de serviciile acoperite de CNAM.

Discuțiile în focus-grupuri și interviurile au confirmat accesul într-o oarecare măsură limitat al persoanelor cu diabet la serviciile medicale compensate de CNAM, din cauza nivelului redus de informare și a insuficienței serviciilor acoperite de asigurare. Astfel, persoanele cu diabet au menționat că dețin puține informații despre serviciile și produsele acoperite de poliță și că informația despre asigurarea medicală nu este accesibilă. Deseori, persoanele cu diabet se informează în mod individual (din internet sau din alte surse) despre ce acoperă polița de asigurare medicală. Odată informați, solicită medicilor de familie rețete pentru medicamentele compensate. Dacă nu sunt insistenți și nu întreabă, medicul de familie nu îi informează.

Participanții la studiu au afirmat că produsele acoperite de poliță sunt insuficiente și, uneori, puțin eficiente. Asigurarea medicală acoperă cheltuielile legate de insulină, unele medicamente antidiabetice, patul, în cazul în care este necesară internarea în spital, unele investigații și consultații la medicii specialiști.

*„Preparatele de insulină sunt 100% gratuite, preparatele orale – antidiabetice – sunt gratuite și sunt de multe feluri, gama este foarte largă, investigațiile sunt gratuite.” IA 1*

În ultimii ani, persoanele cu diabet au fost asigurate cu glucometre și teste pentru acestea. Dar, din discuțiile cu persoanele cu diabet, dar și cu reprezentanții din sectorul medical, se constată că, în prezent, asemenea teste nu se mai pot găsi; prin urmare, și glucometrele nu mai pot fi utilizate.

*„În anul 2019, compania de asigurări în medicină a asigurat cu glucometre individuale fiecare persoană cu diabet de tip 1 și de tip 2 dependente de insulină, pentru ca oamenii să poată măsura glicemia la domiciliu. Au fost repartizate și teste pentru glucometre. În cazul multor persoane, testele s-au terminat, pentru că au fost planificate pentru un an. În prezent, persoanele nu pot găsi teste de acest tip. Deci practic glucometrele nu mai pot fi utilizate.” IA2*

Potrivit unor reprezentanți ai societății civile, în prezent, în Republica Moldova lipsește un mecanism de compensare a analogilor de insulină, dar și a altor dispozitive medicale (teste de glicemie, pungii pentru colostome și exoproteze mamare). În aceste condiții, accesul la produsele date este, deseori, compromis.

*„În Republica Moldova, legea prevede includerea analogilor de insulină, testelor de glicemie, pungilor pentru colostome și exoproteze mamare în lista de compensate. Dar nu există mecanism pentru includerea acestora în lista de compensate. O prioritate la moment în domeniu este crearea și aprobarea mecanismului de includere a acestora în lista de compensate.*

*Există o problemă serioasă cu stocurile de insulină. Mergi într-o farmacie de tip închis cu rețeta și farmacistul îți spune că nu este insulină. Și ea îți poate propune alt preparat din stoc, deși nu are niciun drept să-ți schimbe tratamentul. Doar endocrinologul poate schimba terapia, având motive clinice întemeiate. În plus, procedura este extrem de birocratică, dacă nu este în stoc preparatul necesar. Farmacistul anunță farmacistul diriginte că nu este preparatul, acesta anunță vicedirectorul medical al AMT/policlinicii, care e obligat să apeleze la Minister, la Direcția Medicamente și Dispozitive Medicale. Și ce face această direcție? Emite o dispoziție prin care să se facă redistribuirea stocurilor pentru analogi de insulină. De aceea, analogii de insulină vor fi compensați și pacientul poate merge cu rețeta în orice farmacie cu circuit închis. Doar după ce își ridică preparatul, CNAM-ul acoperă costurile de insulină. Deci este invers: CNAM acoperă costurile unui preparat de care are nevoie omul.” DFG 2*

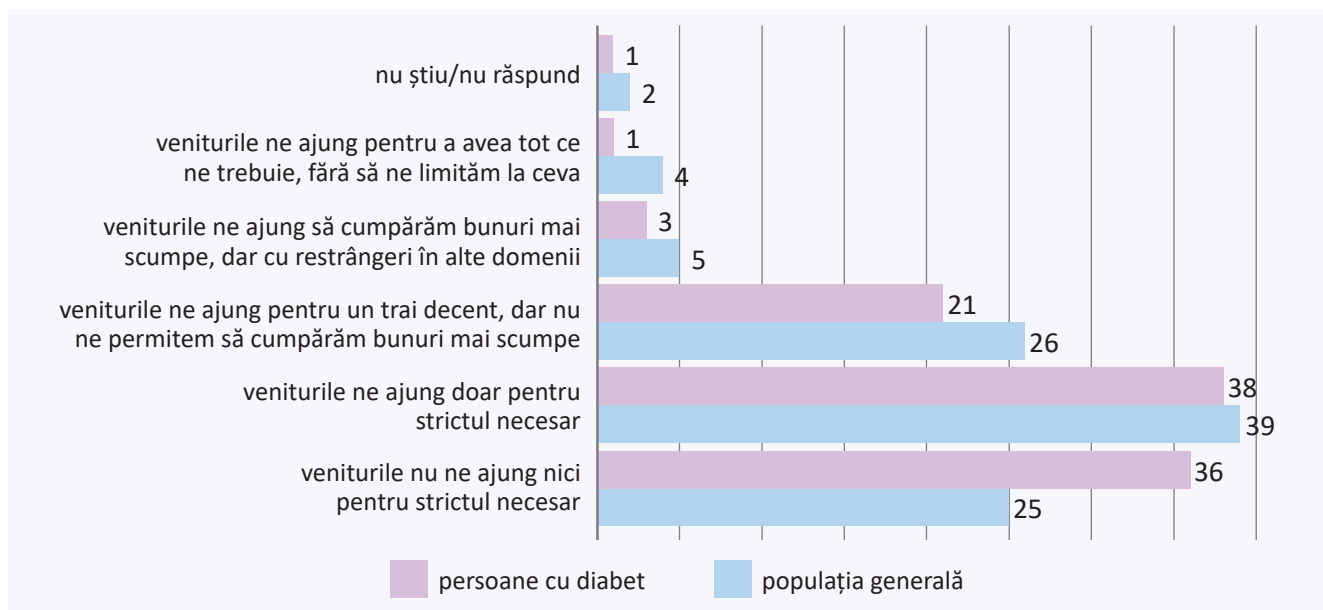
O altă problemă menționată de participanții în cadrul DFG se referă la calitatea aparatelor care măsoară glucoza în sânge de a oferi rezultate credibile.

*„Recent, a fost realizat un experiment de către persoanele cu diabet. Am măsurat glucoza în sânge cu aparate cumpărate pe piață și într-un laborator dintr-un centru medical. Rezultatele au fost diferite. Deci aparatele au arătat date eronate. Există riscuri pentru sănătatea persoanelor cu diabet, să nu administreze corect dozele de tratament, dacă obțin date eronate. Este și un proces de judecată cu importatorul acestor echipamente. Recomandarea ar fi evitarea monopolului în cazul unor agenți economici care fac import de echipamente medicale.” DFG 2*

Potrivit unor respondenți, polița de asigurare medicală ar trebui să acopere și complexe de vitamine. Persoanele cu diabet au nevoie de o alimentație restricționată, care, deseori, nu permite asimilarea necesarului de vitamine și microelemente. Dacă nu suplinesc organismul cu complexe de vitamine, apar consecințe, care, ulterior, necesită tratamente scumpe și complicate. În aceste condiții, persoanele cu diabet procură produsele respective din surse proprii. Pentru persoanele cu diabet, cu grad de dizabilitate stabilit, cheltuielile cu tot necesarul (seringi, medicamente, vitamine, consultații etc.) sunt foarte mari. Prin urmare, participanții la cercetare au menționat că polița de asigurare ar trebui să acopere și complexele de vitamine pentru acest grup de persoane. Și unele medicamente pentru maladii conexe ar trebui compensate, prin polițele de asigurare medicală.

*“Un diabetic este necăjit prin faptul că își pune de cinci ori injecție. Este compensată doar insulina, dar persoana cu diabet are nevoie de picături de ochi scumpe. Lui acest fel de medicamente nu i se compensează. El pur și simplu face un fel de patologie oculară. Aici trebuie tratamente și acestea costă scump. Apoi – vitamine. Îi trebuie și o alimentație corectă. El încearcă să țină dietă, ca să nu se îngrașe, să nu mărească glicemia, dar în diete nu sunt vitamine și de aici încep diferite polineuropatii. Bolnavii de diabet încep să meargă greu, să-i doară picioarele. Le mai trebuie și tratament balneo-sanatorial. Toate acestea trebuie cumpărate, dar persoana cu diabet e grupată și nu are bani.” IA 1*

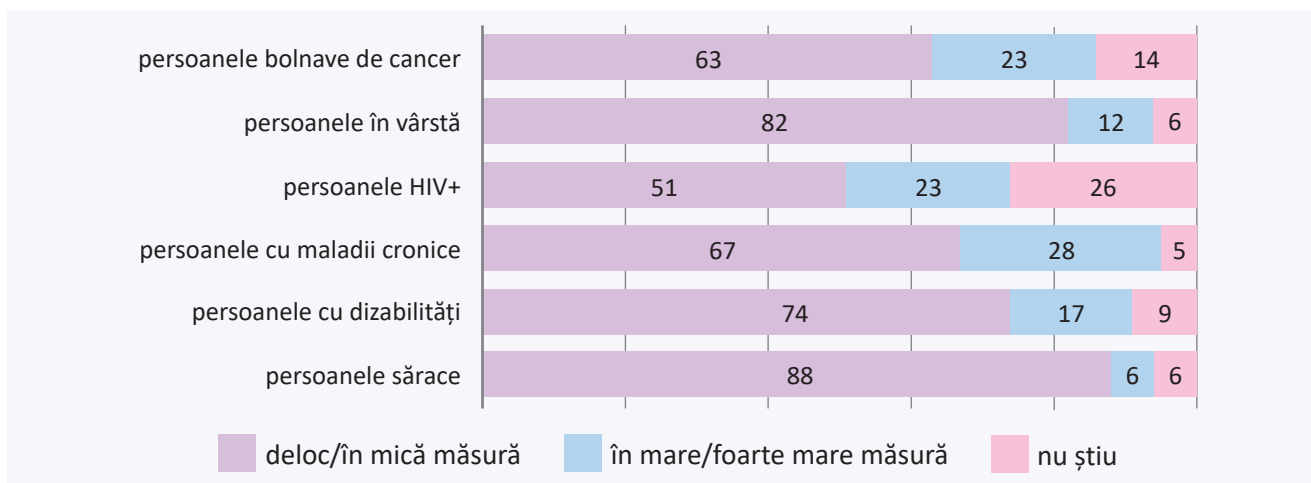
**Accesul financiar la servicii.** 36% din persoanele cu diabet au menționat că veniturile nu le ajung nici pentru strictul necesar, 38% – că veniturile le ajung doar pentru strictul necesar, 21% – veniturile le ajung pentru un trai decent, dar nu își permit lucruri mai scumpe, 3% – veniturile le ajung pentru un trai decent, dar nu își permit lucruri mai scumpe, 1% – veniturile le ajung pentru tot de ce au nevoie, fără să se limiteze la ceva.



**Diagrama 167.** Gradul de corespundere a veniturilor nevoilor persoanelor cu diabet, %

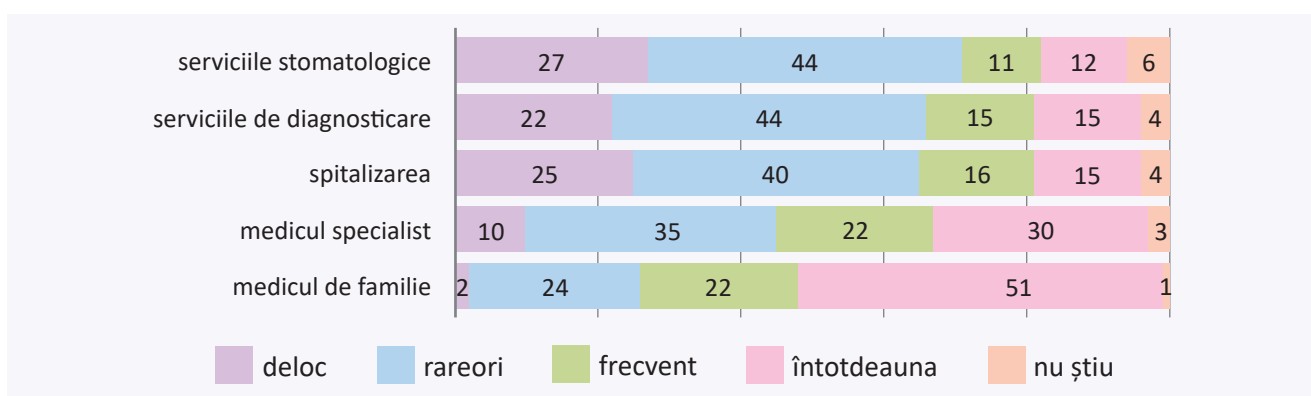
Comparativ cu populația generală (64%), ponderea persoanelor cu diabet foarte sărace și sărace este cu 10 puncte procentuale mai mare (74%).

Majoritatea persoanelor cu diabet consideră că grupurile vulnerabile, fiind foarte sărace, în mare parte nu își pot permite din punct de vedere financiar să acceseze serviciile medicale. Astfel, peste 80% din respondenții cu diabet au menționat că persoanele în vârstă și cele sărace nu își pot permite deloc sau își pot permite în mică măsură din punct de vedere financiar să acceseze serviciile medicale. Peste 60% au menționat că persoanele cu dizabilități, persoanele bolnave de cancer, persoanele cu maladii cronice nu își pot permite deloc sau își permit în mică măsură să acceseze serviciile medicale. Fiecare a doua persoană cu diabet a fost de părerea că persoanele HIV pozitive nu își pot permite financiar să acceseze serviciile medicale.



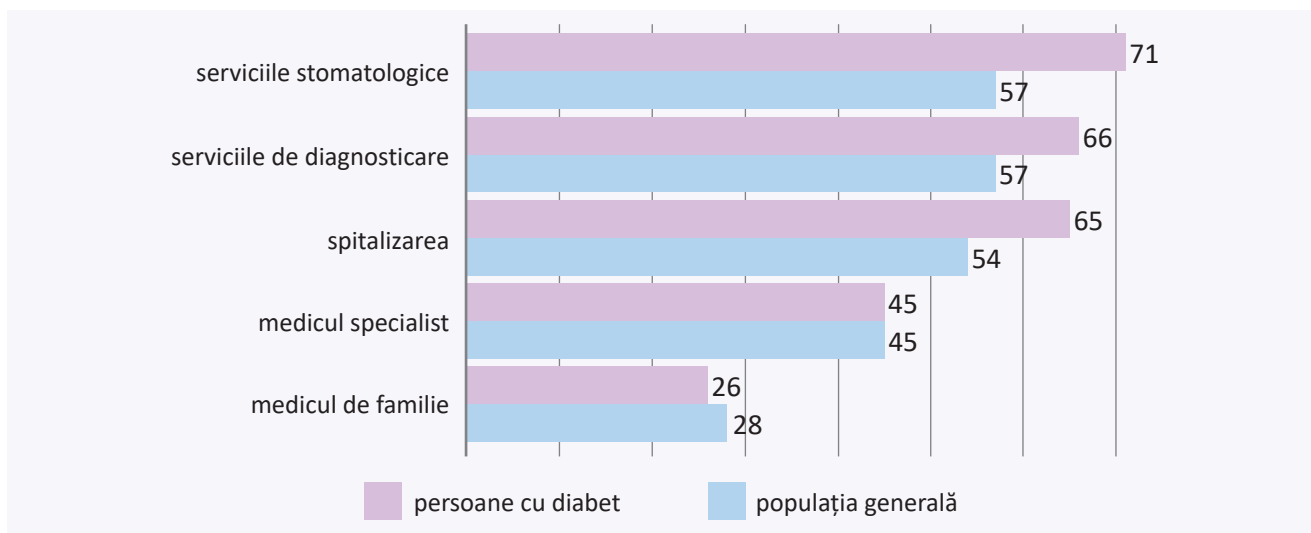
**Diagrama 168.** Percepțiile persoanelor cu diabet despre accesul financiar al grupurilor vulnerabile la servicii medicale, %

Conform cercetării, cele mai multe persoane cu diabet nu își pot permite deloc sau își permit rareori să acceseze serviciile stomatologice (71%), serviciile de diagnosticare (66%), spitalizarea (65%). 2/3 din persoanele cu diabet au menționat că pot accesa întotdeauna sau frecvent medicul de familie și fiecare a doua persoană poate accesa întotdeauna sau frecvent medicul specialist.



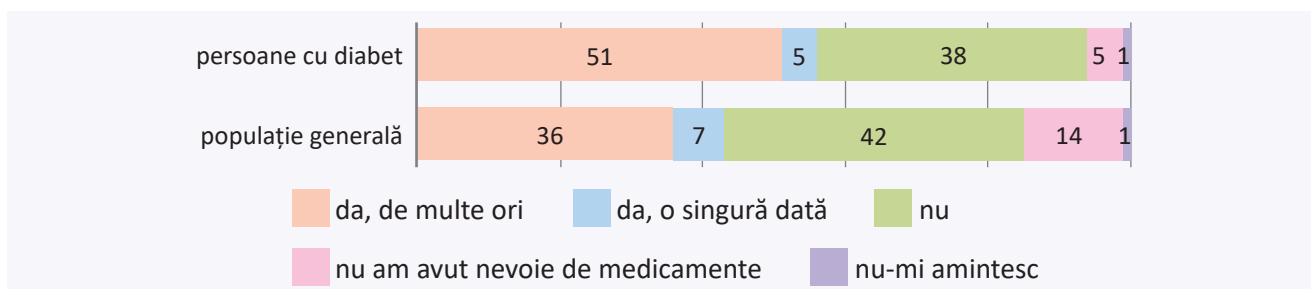
**Diagrama 169.** Accesul financiar al persoanelor cu diabet la diferite servicii medicale, %

Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu diabet care au acces financiar limitat la anumite servicii medicale este mai mare. Astfel, în cazul serviciilor stomatologice, ponderea persoanelor cu diabet care nu are acces deloc sau au acces rareori la aceste servicii este cu 20 puncte procentuale mai mare comparativ cu populația generală. În cazul serviciilor de spitalizare, ponderea persoanelor cu diabet care nu au acces deloc sau au acces rareori la aceste servicii este cu 11 puncte procentuale mai mare comparativ cu populația generală. În cazul serviciilor de diagnosticare, ponderea persoanelor cu diabet care nu au acces deloc sau au acces rareori la aceste servicii este cu 9 puncte procentuale mai mare comparativ cu populația generală.



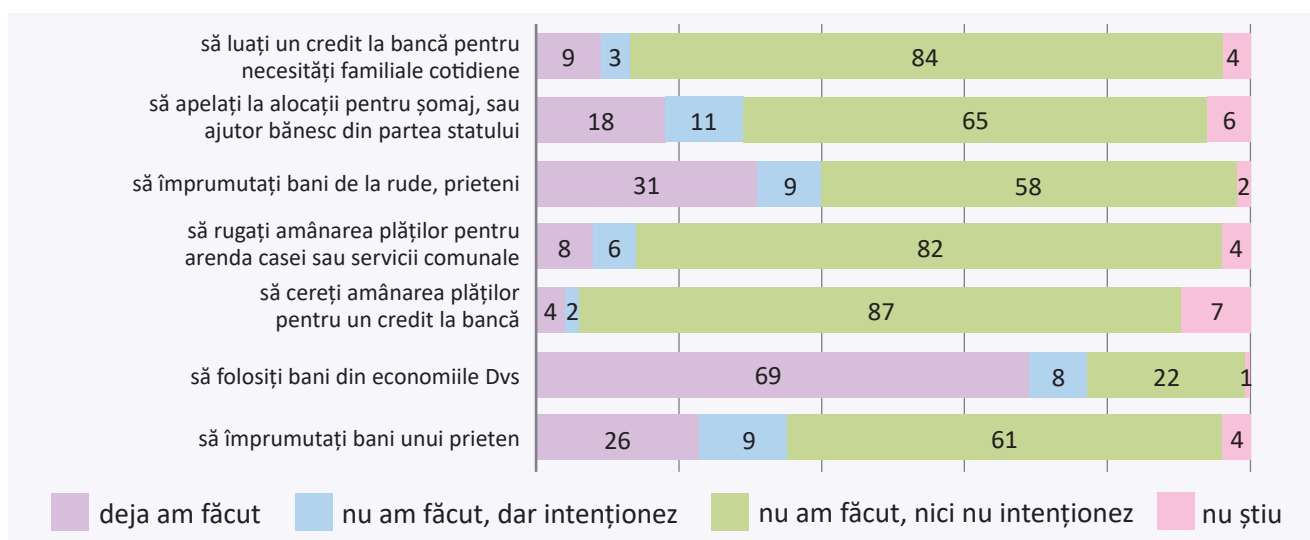
**Diagrama 170.** Ponderea respondenților care din motive financiare nu își permit deloc sau își permit rareori să acceseze serviciile medicale, per grupuri de populație, %

Comparativ cu populația generală (36%), ponderea persoanelor cu diabet care au redus din cheltuielile pentru alimente și haine în pandemie de mai multe ori pentru a procura medicamente este cu 15 puncte procentuale mai mare (51%).



**Diagrama 171.** Ponderea respondenților care au redus din cheltuielile pentru alimente și haine într-o a procura medicamente în pandemie, %

Conform cercetării, sărăcirea persoanelor cu diabet în pandemie este evidentă și din faptul că mai bine de 2/3 dintre ele au apelat la economiile făcute anterior, iar fiecare a treia persoană a împrumutat bani de la rude, prieteni. În pandemie, 18% din persoanele cu diabet au apelat la ajutor de șomaj sau la alocații din partea statului, iar 9% – au luat credite de la bănci pentru consum cotidian.



**Diagrama 172.** Acțiuni întreprinse sau intenționate de persoane cu diabet pentru a face față cheltuielilor cotidiene necesare în pandemie, %

Acțiunile și intențiile persoanelor cu diabet pentru a face față cheltuielilor cotidiene necesare în pandemie, inclusiv după ponderea respondenților, sunt, în mare parte, similare cu cele ale populației generale. Astfel, 2/3 – au folosit bani din economiile lor sau intenționează să facă acest lucru în timpul apropiat, 40% – au împrumutat bani de la rude sau intenționează să împrumute în timpul apropiat, 29% – au apelat sau vor să apeleze la ajutorul de șomaj sau la alte alocații sociale, 12% – au luat credit din bancă sau intenționează să ia un credit.

Discuțiile în focus-grupuri și interviuri au evidențiat păreri împărțite privind accesul financiar al persoanelor cu diabet la serviciile medicale. Astfel, persoanele cu diabet, și unii reprezentanți ai sectorului de sănătate, declară că, în pofida tuturor măsurilor întreprinse de autorități, sunt nevoite să suporte cheltuieli adiționale foarte mari pentru teste de măsurare a glicemiei, glucometre, medicamente și tratamente specifice pentru alte boli conexe, care pot apărea din cauza diabetului.

*„Aceleași teste pentru diabet: luând în considerație că trebuie să facem glicemia de câteva ori pe zi, este cam scump pe lună. Și nu-i vorba doar de teste. Eu permanent am cheltuieli adiționale: dacă nu-i pentru vitamine, atunci e pentru medicamente, dacă nu-i pentru ochi, atunci e pentru rinichi, dacă nu pentru rinichi, atunci pentru circulația sângelui.” DFG 2*

*„În mod normal, un diabetic trebuie să-și facă tratamentul de 2 ori pe an: apoi vitamine, medicamente pentru ochi și rinichi, pentru tot ce provoacă diabetul. O dată la jumătate de an, trebuie să arunci o sumă frumoasă pentru tratament, cheltuielile nu se compensează. Plus testele pentru glucometre. Este greu pentru un diabetic din punct de vedere financiar.” DFG 2, IA 7, IA 10*

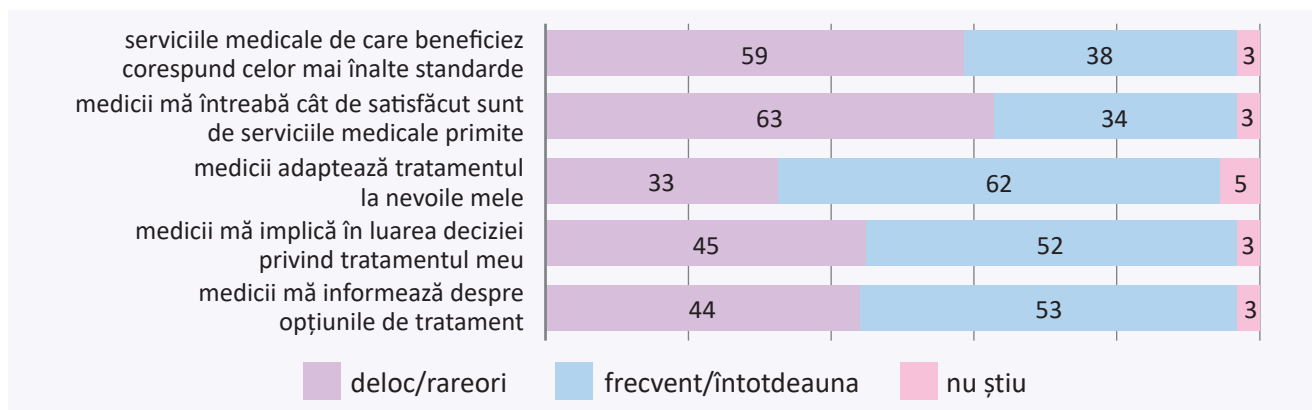
*„Dacă vorbim de diabet zaharat, cu administrare de insulină, insulina le-o dăm gratuit, dar pacienții noștri cumpără seringile, acele, iar ele sunt scumpe, și ei trebuie să facă injecția de 3-5 ori pe zi. Și au nevoie de foarte multe seringi. În plus, trebuie să procure spirt, vată. Teste au toți. În perioada 2019-2020, a avut loc o campanie de aprovizionare cu glucometre, însă acum nimeni nu mai aprovizionează cu nimic.” IA 1*

Unii reprezentanți din sectorul medical consideră însă că pentru acest grup de persoane sunt create toate condițiile.

*„Eu aici chiar nu văd nicio barieră, pentru că primesc medicamente compensate 100%. Trimestrial, reînnoim lista cu evidența persoanelor și o înaintăm ca acestea se primească glucometru, teste, lansete, insulină. Toate medicamentele sunt gratuite.” IA 4*

Îngrijirea medicală adecvată nevoilor. Părerile persoanelor cu diabet despre implicarea în luarea deciziilor legate de tratament și feedbackul oferit privind calitatea serviciilor medicale sunt împărțite. Astfel, 63% din persoanele cu diabet au menționat că medicii nu le întrebă deloc sau le întrebă rareori cât de satisfăcute sunt de serviciile medicale și 34% susțin că sunt întrebate frecvent/întotdeauna. 52% afirmă că sunt implicate întotdeauna sau frecvent în luarea deciziilor privind tratamentul lor și 45% au indicat că nu sunt întrebate deloc sau sunt întrebare

doar uneori. 53% din persoanele cu diabet au menționat că medicii le informează despre opțiunile de tratament frecvent sau întotdeauna și 44% susțin că sunt informate rareori sau nu sunt informate deloc.

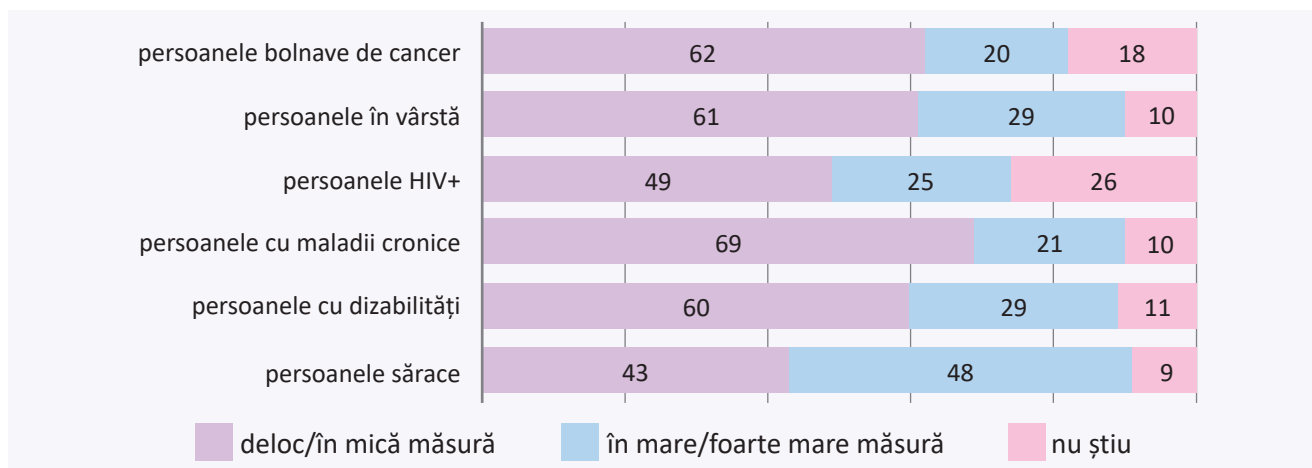


**Diagrama 173.** Percepțiile persoanelor cu diabet despre participarea în luarea deciziilor privind tratamentul și oferirea de feedback, %

În același timp, este extrem de necesară educarea pacienților cu diabet cu referire la diferite aspecte ce țin de boală (alimentația unei persoane cu diabet, prevenirea unor complicații ale diabetului, corectarea glicemiei în sânge etc.). Potrivit reprezentanților societății civile, medicii nu se implică în educarea medicală a pacienților cu diabet.

„Majoritatea doctorilor, chiar și a rezidenților, lucrează și la stat, și la privat. În spitalele de stat, majoritatea nu fac educație, pentru pacienții cu diabet, structurat, de la simplu la complex, cum scrie în carte. Medicii ar trebuie să facă educație medicală cu pacienții, pentru a preveni complicațiile, pentru ca ei să-și crească calitatea vieții, pentru a se implica în propriul tratament, pentru a nu ajunge într-o stare rea. Pacienții trebuie să știe cum să corecteze hipoglicemia, hiperglicemia, corpii cetonici, cum să calculeze dozele de glucide, lipide, proteine pe care să le mănânce etc. Sunt multe aspecte.” DFG2

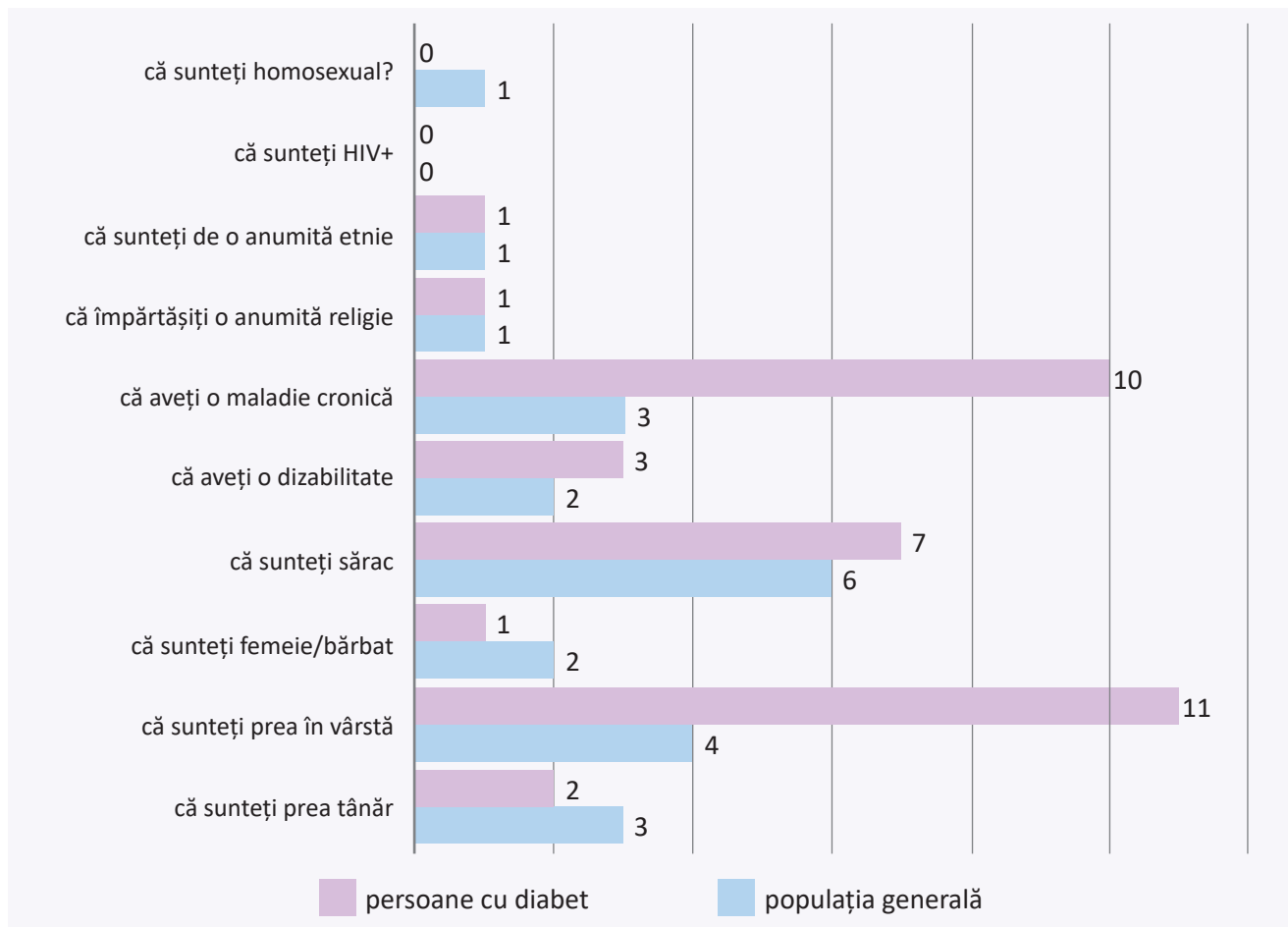
**Stigmatizarea și discriminarea în instituțiile medicale.** Mai bine de 2/3 din respondenții cu diabet consideră că persoanele cu maladii cronice, persoanele cu dizabilități, persoanele în vârstă, persoanele bolnave de cancer nu sunt deloc sau sunt rareori discriminate în instituțiile medicale. 49% afirmă că persoanele HIV+ nu sunt deloc sau sunt rareori discriminate în instituțiile medicale și 43% sunt de aceeași părere despre persoanele sărace. Cu toate acestea, fiecare al doilea respondent a susținut că persoanele sărace sunt frecvent sau întotdeauna discriminate în instituțiile medicale, iar circa 1/3 – că persoanele în vârstă și persoanele cu dizabilități sunt frecvent sau deseori discriminate în instituțiile medicale. Fiecare al cincilea respondent este de părerea că persoanele bolnave de cancer și cele cu maladii cronice sunt frecvent sau întotdeauna discriminate în instituții medicale, iar fiecare al patrulea are aceeași părere referitor la persoanele care trăiesc cu HIV.



**Diagrama 174.** Percepțiile persoanelor cu diabet despre gradul de discriminare a grupurilor vulnerabile în instituțiile medicale, %

Comparativ cu populația generală (39%), ponderea persoanelor cu diabet care consideră că persoanele sărace sunt discriminate în mare măsură sau întotdeauna este cu 9 puncte procentuale mai mare (48%). În cazul celorlalte grupuri, părerile persoanelor cu diabet sunt similare cu cele ale populației generale.

La nivel personal, 11% din respondenții cu diabet s-au simțit discriminați în ultimele 12 luni pe motiv că sunt prea în vârstă, 10% – că au maladii cronice, 7% – că sunt săraci. Comparativ cu populația generală (3%), ponderea persoanelor cu diabet discriminate în baza maladiei cronice este mai mare cu 7 puncte procentuale (10%). Ponderea persoanelor cu diabet discriminate (11%) în bază de vârstă este cu 7 puncte procentuale mai mare în comparație cu populația generală (4%).

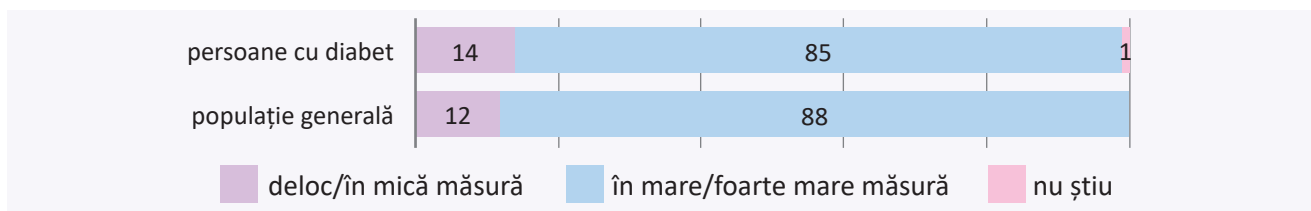


**Diagrama 175.** Ponderea respondenților discriminați în instituțiile medicale în mediul persoanelor cu diabet și în mediul populației generale, %

Fiind întrebați cum anume s-a manifestat discriminare, 61% din respondenți au menționat că medicii au avut o atitudine proastă, 11% – medicii au folosit limbaj necenzurat, 8% – li s-a refuzat tratamentul, 6% – li s-a încălcat dreptul la sănătate.

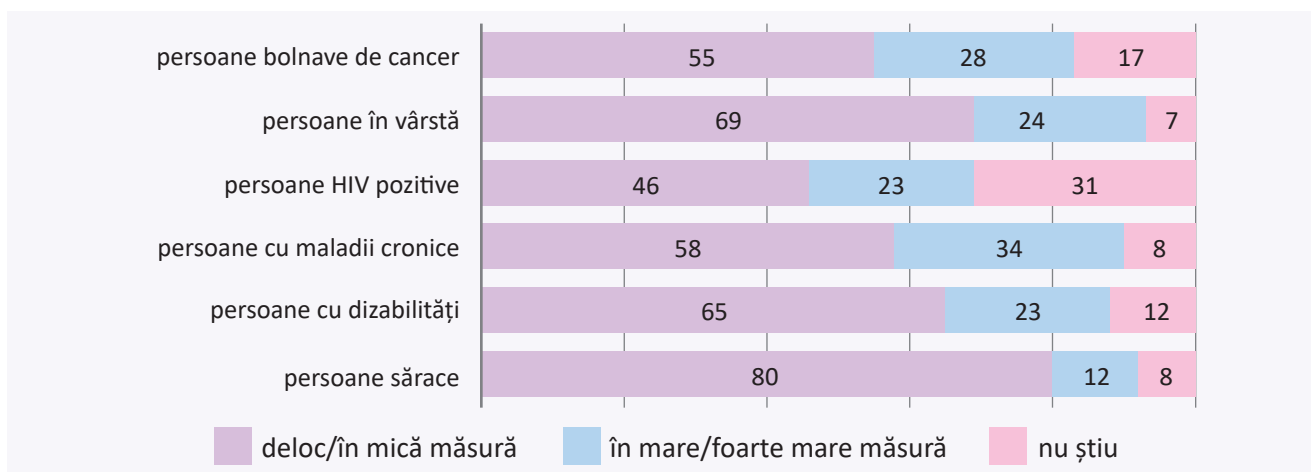
**Gradul de acces la măsuri de protecție împotriva infectării cu COVID-19 și la tratament.** Ca și în cazul populației generale, peste 80% din persoanele cu diabet se consideră în mare/foarte mare măsură informate despre măsurile de protecție împotriva infectării cu COVID-19. Doar fiecare al șaptelea respondent a indicat că este informat în mică măsură sau nu este informat deloc despre măsurile în cauză.





**Diagrama 176.** Gradul de informare a respondenților despre măsurile de protecție, per persoane cu diabet și populație generală, %

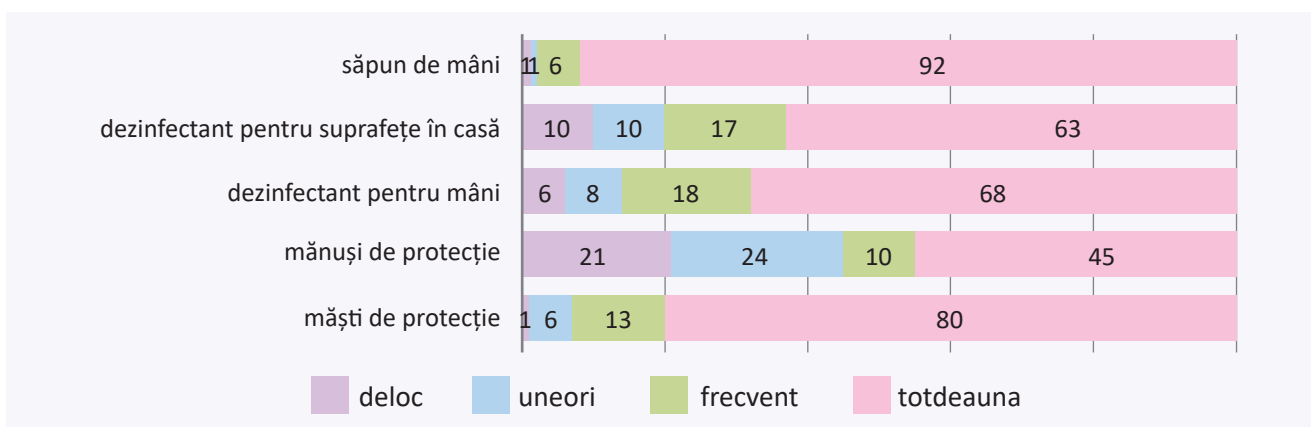
Fiind întrebați în ce măsură au acces la echipament de protecție grupurile vulnerabile, peste 80% din respondenții cu diabet au menționat că persoanele sărace au acces în mică măsură sau nu au acces deloc.



**Diagrama 177.** Percepțiile persoanelor cu diabet privind gradul de acces al grupurilor vulnerabile la echipament de protecție, %

Peste 60% din respondenții cu diabet consideră că persoanele cu dizabilități și persoanele în vârstă au acces în mică măsură sau nu au acces deloc la echipamente de protecție, iar peste 50% cred același lucru despre persoanele bolnave de cancer sau cele cu maladii cronice. 46% din respondenți au indicat că persoanele HIV+ sunt discriminate în mare și în foarte mare măsură, iar 31% – nu cunosc dacă acest grup este sau nu discriminat.

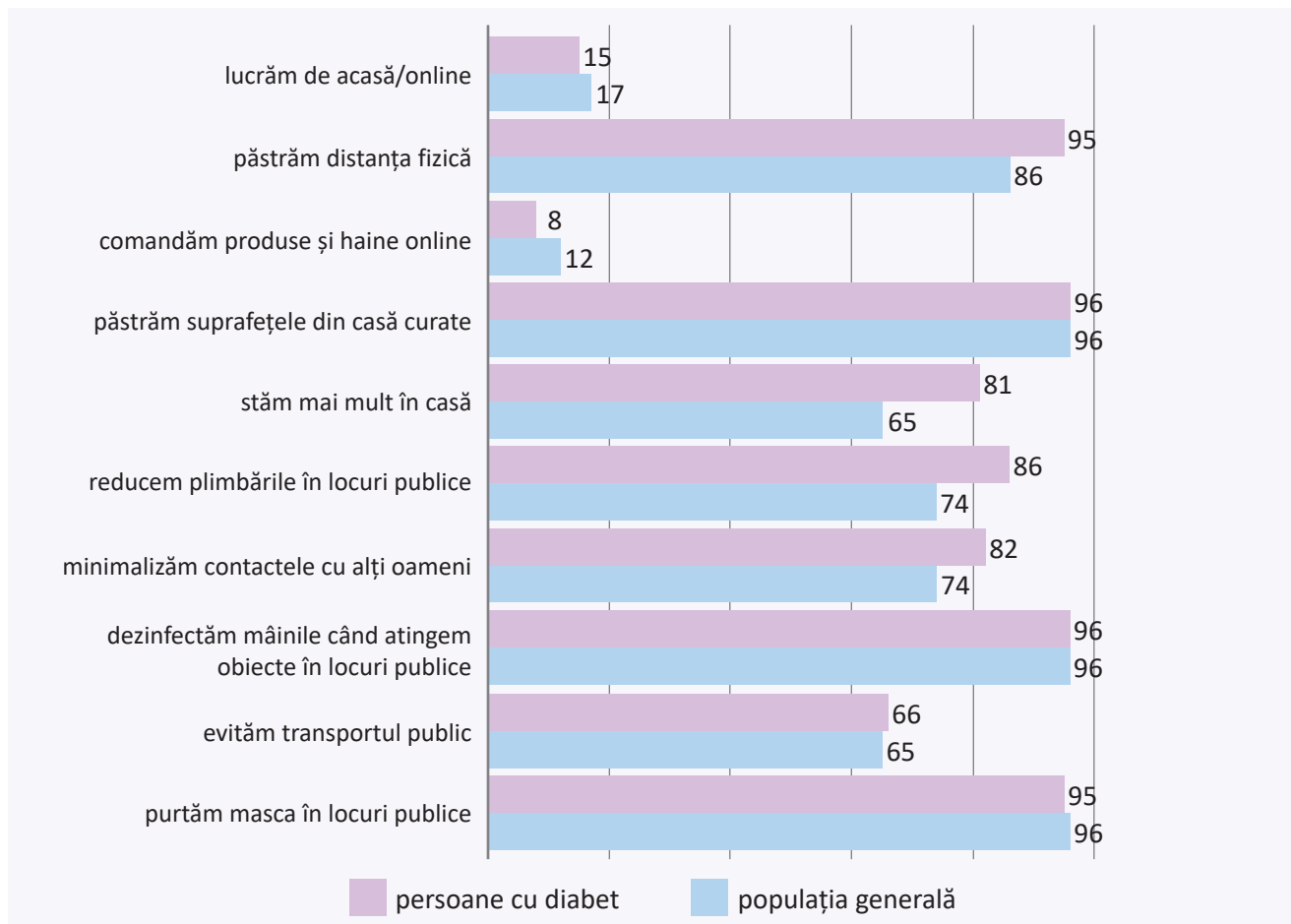
La nivel individual, 98% din persoanele cu dizabilități au declarat că au acces frecvent sau întotdeauna la săpun de mâini, 93% – la măști de protecție, 86% – la dezinfectant pentru mâini, 78% – la dezinfectant pentru suprafețe în casă, 55% – la mănuși de protecție.



**Diagrama 178.** Accesul persoanelor cu diabet la echipament de protecție, %

Accesul declarat la echipament de protecție al persoanelor cu diabet este similar cu cel declarat de către populația generală, cu o singură excepție – ponderea persoanelor cu diabet care au declarat că nu au acces deloc sau au acces uneori la mănuși de protecție (45%) este cu 9 puncte procentuale mai mare în comparație cu populația generală (36%).

Fiind întrebate ce măsuri au luat pentru a se proteja de infectare, peste 90% din persoanele cu diabet au menționat că dezinfectează mâinile atunci când ating obiecte în spații publice, poartă masca în locuri publice, păstrează distanța fizică, păstrează suprafețele în casă curate.

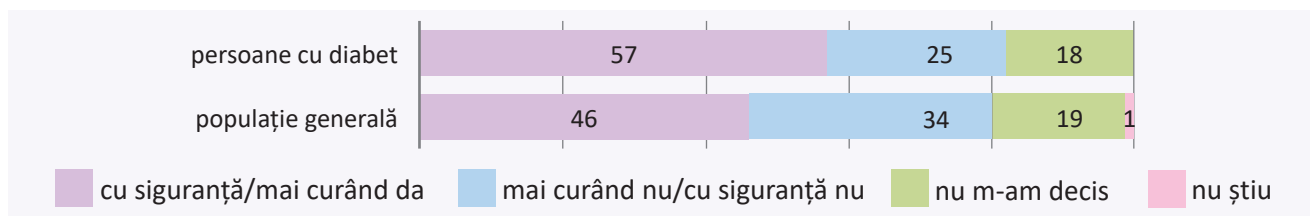


**Diagrama 179.** Măsuri asumate de respondenți pentru a minimaliza riscurile de infectare, per persoane cu diabet și populație generală, %

Peste 80% din persoanele cu diabet au menționat că au minimalizat contactele cu oamenii, au redus plimbările în locuri publice, stau mai mult în casă, iar 66% – evită transportul public. Comparativ cu populația generală, ponderea persoanelor cu diabet care stau mai mult acasă, au redus plimbările în locuri publice și au minimalizat contactele cu alți oameni este mai mare cu 8-16 puncte procentuale.

**Intenția de vaccinare.** Ponderea persoanelor cu diabet care cred mult/foarte mult că vaccinarea ajută la reducerea riscurilor de infectare (55%) este cu 11 puncte procentuale mai mare decât în cazul populației generale (44%). Fiecare a treia persoană cu diabet crede puțin sau nu crede deloc în vaccinare ca remediu împotriva infectării cu COVID-19 și 15% – nu știu.

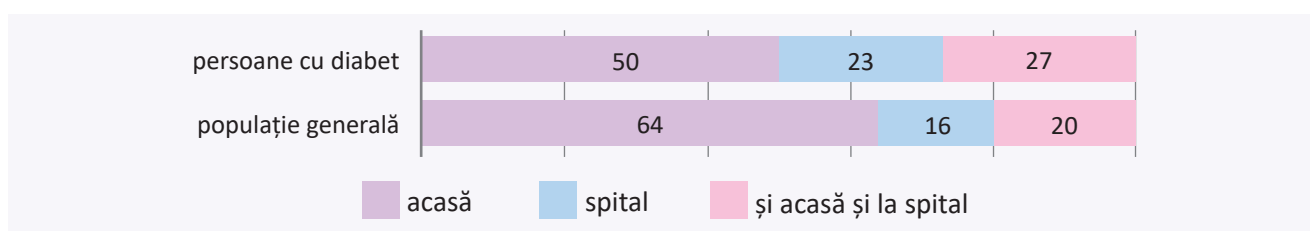
Comparativ cu populația generală (46%), ponderea persoanelor cu diabet care au declarat că mai curând sau cu siguranță se vor vaccina este mai mare cu 11 puncte procentuale (57%). Fiecare a patra persoană cu diabet a declarat că mai curând nu sau cu siguranță nu se va vaccina și 18% – nu s-au decis.



**Diagrama 180.** Intenția de vaccinare, pe grupuri de respondenți, %

**Accesul la tratament.** La momentul cercetării, 36% din persoanele cu diabet, comparativ cu 29% din populația generală, au menționat că au fost infectate cu COVID-19, iar 64% – nu au fost infectate.

Fiecare a doua persoană cu diabet infectată s-a tratat în condiții de domiciliu, 23% – în condiții de spital și 27% – mixt.



**Diagrama 181.** Localizarea tratamentului respondenților infectați cu COVID-19, per persoane cu diabet și populație generală, %

Ponderea persoanelor cu diabet care s-au tratat, inclusiv în condiții de spital (50%), este cu 14 puncte procentuale mai mare decât în cazul populației generale (36%), ceea ce denotă faptul că multe dintre ele au avut stări avansate de COVID-19.

Aproape 3/4 (71%) din persoanele cu diabet care s-au tratat la domiciliu sunt satisfăcute de tratament în mare/foarte mare măsură, 25% – sunt satisfăcute în mică măsură sau nu sunt satisfăcute deloc și 4% – nu au menționat. Comparativ cu populația generală, nu au fost observate discrepanțe mari în gradul de satisfacție de tratament în condiții de domiciliu.

Persoanele cu diabet care s-au tratat în condiții de spital, în proporție de 82%, sunt satisfăcute de tratament în mare/foarte mare măsură, iar 18% – sunt satisfăcute în mică măsură sau nu sunt satisfăcute deloc. Comparativ cu populația generală (68%), ponderea persoanelor satisfăcute în mare măsură de tratamentul la spital este cu 14 puncte procentuale mai mare (82%).

Persoanele cu diabet care au exprimat nemulțumire față de tratament, au explicat acest fapt prin nevoia de a căuta și a procura medicamentele necesare de sine stătător (67%), rezultatele testului au venit greu și tratamentul a fost inițiat cu întârziere (44%), au făcut testul la o clinică privată din surse proprii (33%), medicii au avut o atitudine urâtă (22%), medicii nu le-au consultat atunci când au aplicat tratamentul (11%) sau medicii nu le-au explicat starea sănătății în limbaj accesibil (11%).

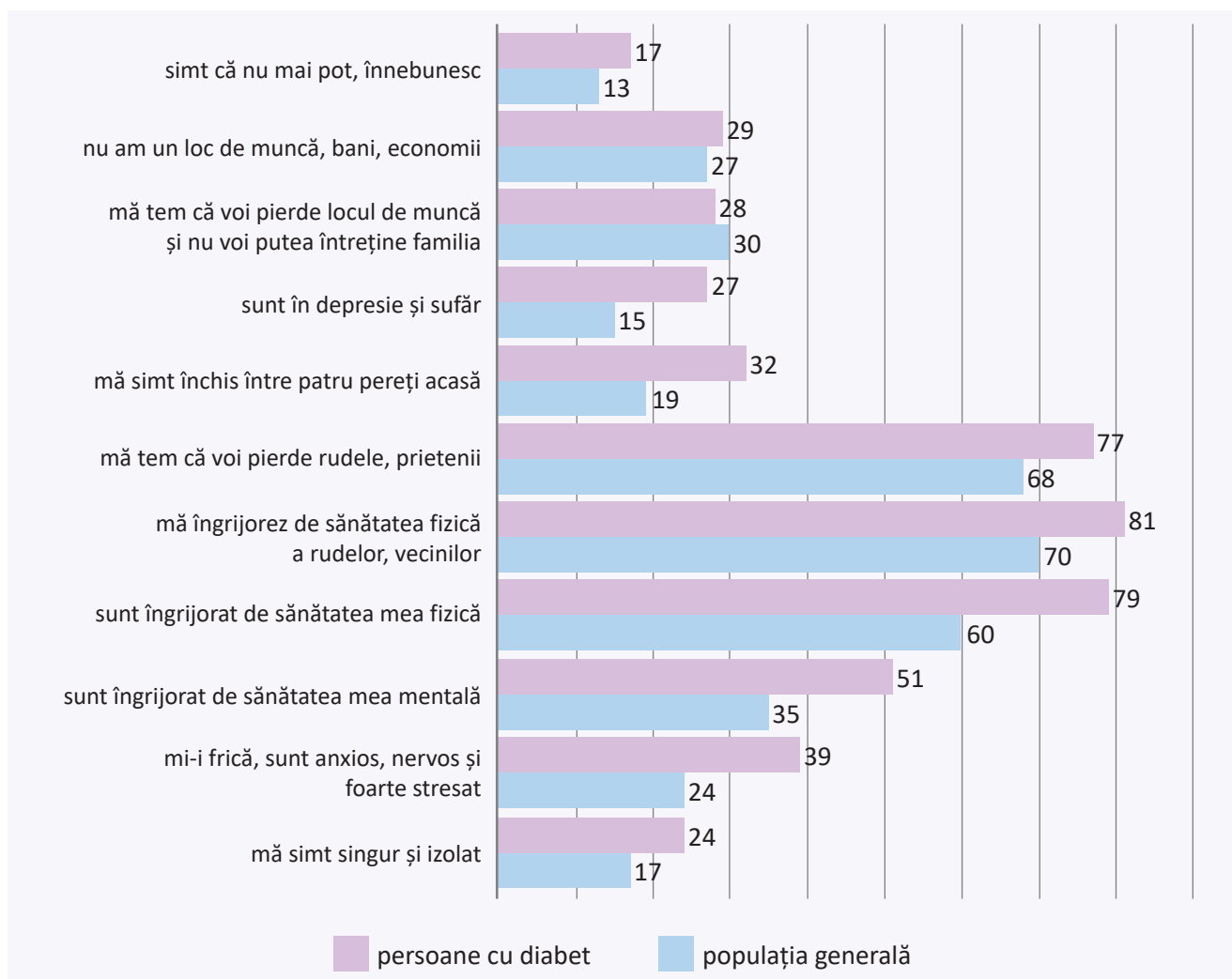
Fiind întreabate dacă au fost stigmatizate în bază de infectarea cu COVID-19, 81% din persoanele cu diabet au indicat că în mică măsură sau nu au fost deloc, 17% – în mare/foarte mare măsură și 2% – nu știu. În comparație cu populația generală, nu au fost observate discrepanțe mari în răspunsuri.

Persoanele cu diabet stigmatizate au menționat că acest lucru s-a întâmplat în mahala/blocul de locuit (43%), la spital, la oficiul medicilor de familie (32%), în stradă (18%), în spațiile comerciale (7%), la locul de muncă (7%). Comparativ cu populația generală (21%), ponderea persoanelor cu diabet care s-au simțit discriminate în mahala/blocul de locuit este cu 22 puncte procentuale mai mare (43%).

**Impactul COVID-19 asupra sănătății mentale.** 59% din persoanele cu diabet au menționat că pandemia le-a afectat în mică măsură sau nu le-a afectat deloc și 38% – că le-a afectat în mare/foarte mare măsură; 3% – nu au oferit un răspuns. Comparativ cu populația generală (28%), ponderea persoanelor cu diabet afectate în mare/foarte mare măsură de pandemie este cu 10 puncte procentuale mai mare (38%).

Fiind întrebați cum anume le-a afectat pandemia familia, 57% din persoanele cu diabet au indicat că a fost afectată starea emoțională, 55% – s-au redus veniturile, 52% – nu au putut vizita alți membri ai familiei, 50% – au crescut cheltuielile pentru medicamente, servicii medicale, 30% – au avut dificultăți de accesare a serviciilor medicale, 21% – au avut dificultăți de plată a serviciilor comunale, 16% – cineva din familie a pierdut locul de muncă, 14% – copiii au avut dificultăți de învățare, 13% – au avut dificultăți de accesare a serviciilor sociale, 8% – s-au confruntat cu dificultăți de plată a creditelor, chiriei. Comparativ cu populația generală, nu au fost atestate discrepanțe mari în răspunsuri. Doar în cazul creșterii cheltuielilor pentru medicamente, servicii medicale, persoanele cu diabet par să fie mai afectate. Ponderea persoanelor cu diabet afectate de această problemă (50%) este cu 8 puncte procentuale mai mare decât în cazul populației generale (42%).

Impactul pandemiei s-a resimțit și asupra sănătății mentale a persoanelor cu diabet. Astfel, peste 70% din persoanele cu diabet s-au arătat îngrijorate de starea de sănătate a rudelor, de sănătatea fizică proprie. Fiecare a doua persoană cu diabet, comparativ cu 35% în populația generală, este îngrijorată de starea sănătății mentale. 39% din persoanele cu diabet, comparativ cu 24% în populația generală, se simt anxioase, nervoase și foarte stresate; 32% din persoanele cu diabet, comparativ cu 19% în populația generală, se simt închise între patru pereți; 27% din persoanele cu diabet, comparativ cu 15% în populația generală, se simt închise între patru pereți; 27% din persoanele cu diabet, comparativ cu 15% în populația generală, au declarat că sunt în depresie și suferă; 24% din persoanele cu diabet, comparativ cu 17% în populația generală, se simt singure și izolate, iar 17% au declarat că simt că nu mai pot, că înnebunesc.



**Diagrama 182.** Sănătatea mentală a respondenților, persoane cu diabet și populație generală, %

## 4.4. Concluzii la Capitolul 4

Analiza legislației și a documentelor de politici în domeniul accesului la servicii medicale al persoanelor cu diabet denotă faptul că, deși prevenția și profilaxia diabetului sunt reglementate în mare parte de Programul național de prevenire și control al diabetului (2017-2021) și de Planul de acțiuni privind implementarea acestuia, există anumite lacune legislative care creează bariere pentru persoanele cu diabet în accesarea serviciilor medicale, și anume: acoperirea parțială de către stat a costurilor de îngrijire în cazul diabetului de tip 1, lipsa unei reglementări privind accesul la analogii de insulină, neacoperirea de către stat a serviciilor psihologice pentru persoanele cu diabet etc. Deși, în perioada pandemică, accesul la servicii medicale al persoanelor cu diabet zaharat nu a constituit un subiect separat în ordinele și dispozițiile MSMPS privind măsurile de urgență, este de menționat că acest grup de persoane, de rând cu alte persoane cu maladii cronice, în vârstă și cu dizabilități, au putut beneficia în timpul pandemiei de a) prescrierea medicamentelor compensate pe cel mult trei luni fără programare la medicul de familie și cu posibilitatea distribuirii la domiciliu după caz, precum și de b) consultarea medicilor specialiști fără trimiteri de la medicul de familie în cazuri de urgență.

Comparativ cu populația generală, accesul persoanelor cu diabet la servicii medicale este mai redus, din cauza lipsei de servicii de diagnostic și tratament în localitățile lor, în special în mediul rural, a lipsei medicilor endocrinologi, a calificării reduse a medicilor de familie în acordarea serviciilor pentru persoanele cu diabet, a lipsei medicamentelor necesare în stocuri, a gradului de sărăcie mai înalt și a nevoii de a procura anumite medicamente pentru maladii conexe și vitamine din resursele financiare proprii. În perioada pandemică, persoanele cu diabet au avut un acces și mai limitat la serviciile medicale din cauza: restricționărilor și dificultăților de programare, fricii de infectare, medicilor ocupați, spitalelor arhipline. În acest context, o parte din persoanele cu diabet au amânat serviciile medicale, fapt ce le-a afectat sănătatea semnificativ.



## **CAPITOLUL 5.**

**Accesul persoanelor care trăiesc  
cu HIV la servicii de sănătate  
în perioada pandemică**

## 5.1. Analiza situațională în baza surselor secundare

Republica Moldova este printre cele mai afectate țări din regiunea Europei de Est și Asiei Centrale din punctul de vedere al înregistrării cazurilor noi de infectare cu HIV, iar incidența HIV are tendință de creștere<sup>81</sup>. Potrivit oficialităților<sup>82</sup>, numărul persoanelor care trăiau cu HIV era de 13 706 persoane cumulativ, la 01 ianuarie 2020. Majoritatea lor sunt persoane tinere, de vârstă reproductivă, sexual active<sup>83</sup>. Testarea HIV este gratuită, confidențială, rapidă și sigură, iar testele sunt disponibile la medicul de familie, centrele de sănătate, cabinetele de consiliere și organizațiile neguvernamentale în domeniu<sup>84</sup>.

Potrivit proiectului Programului național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA pentru anii 2021-2025<sup>85</sup>, persoanele care trăiesc cu HIV pot beneficia de servicii de prevenire și tratament HIV/SIDA. Serviciile de prevenire HIV pentru reprezentanții grupurilor de risc (utilizatori de droguri injectabile, lucrătoare ale sexului comercial, bărbați care fac sex cu bărbați, deținuți) sunt furnizate de organizații neguvernamentale și includ activități de informare, consultare, referire și orientare a beneficiarilor pentru a primi asistență specializată. În 2019, au fost acoperiți cu servicii de prevenire 15 627 utilizatori de droguri injectabile (reprezentând 42,3% din numărul estimat al acestei categorii); 7 332 lucrătoare ale sexului comercial (sau 34,4% din numărul estimat); 4 376 bărbați care fac sex cu bărbați (constituind 26,3% din numărul estimate al acestei categorii). Cât privește tratamentul, nu există liste de așteptare pentru terapia ARV, fiind asigurat accesul universal la ea în 8 secții regionale din țară. Toate persoanele care trăiesc cu HIV pot avea acces liber la tratamentul ARV și la toate serviciile legate de HIV. Până la sfârșitul anului 2019, 6 690 de persoane au primit tratament ARV.

Un comunicat de presă al MSMPs<sup>86</sup> anunță că în Republica Moldova a fost introdusă diagnosticarea HIV în fază timpurie pentru copiii născuți din mame infectate cu HIV (în primele 48 de ore și 6 săptămâni). În 2019, din cei 208 de nou-născuți din mame infectate cu HIV, 207 au primit tratament preventiv, iar 178 (85,6%) au fost testați în primele 48 de ore de la naștere, fiind depistate 3 cazuri de infectare intrauterină cu HIV. În plus, femeile care trăiesc cu HIV pot beneficia de fertilizare in vitro, care până nu demult era interzisă în Republica Moldova.

Strategia 90-90-90, la care s-a aliniat Republica Moldova prin politicile sale, urmărește identificarea și diagnosticarea a 90% din numărul estimat de persoane infectate cu HIV; înrolarea în tratament antiretroviral a 90% din cei diagnosticați și suprimarea încărcăturii virale la 90% din cei care urmează tratamentul. Progresul înregistrat de Republica Moldova în anul 2020 denotă o pondere de 64-71-84<sup>87</sup>.

În pofida progreselor înregistrate și raportate, documentele de politici, dar și cercetările realizate de OSC în domeniu în ultimii câțiva ani indică asupra multiplelor probleme cu care se confruntă persoanele care trăiesc cu HIV, accesul la servicii de sănătate este una dintre acestea. Astfel, studiile privind percepțiile populației cu referire la fenomenul discriminării în Republica Moldova<sup>88</sup> arată că, dintre diferitele grupuri de populație cu grad sporit de vulnerabilitate, persoanele care trăiesc cu HIV sunt cel mai frecvent discriminate (alături de persoanele

<sup>81</sup> Moldova 2030. [https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/intr40\\_12\\_0.pdf](https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/intr40_12_0.pdf)

<sup>82</sup> Discursul Ministrei Sănătății, Muncii și Protecției Sociale în cadrul Conferinței de presă în contextul Zilei Mondiale de combatere a HIV/SIDA din 1 decembrie 2020. Disponibil la: [https://www.youtube.com/watch?v=R8gq4GpzEKs&ab\\_channel=AdelinaSochirc%C4%83](https://www.youtube.com/watch?v=R8gq4GpzEKs&ab_channel=AdelinaSochirc%C4%83)

<sup>83</sup> Discursul Ministrei Sănătății, Muncii și Protecției Sociale în cadrul Conferinței de presă în contextul Zilei Mondiale de combatere a HIV/SIDA din 1 decembrie 2020. Disponibil la: [https://www.youtube.com/watch?v=R8gq4GpzEKs&ab\\_channel=AdelinaSochirc%C4%83](https://www.youtube.com/watch?v=R8gq4GpzEKs&ab_channel=AdelinaSochirc%C4%83)

<sup>84</sup> Discursul Ministrei Sănătății, Muncii și Protecției Sociale în cadrul Conferinței de presă în contextul Zilei Mondiale de combatere a HIV/SIDA din 1 decembrie 2020. Disponibil la: [https://www.youtube.com/watch?v=R8gq4GpzEKs&ab\\_channel=AdelinaSochirc%C4%83](https://www.youtube.com/watch?v=R8gq4GpzEKs&ab_channel=AdelinaSochirc%C4%83)

<sup>85</sup> Programul național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2021-2025 (Proiect). Disponibil pe pagina Cancelariei de Stat, <https://cancelaria.gov.md/sites/default/files/document/attachments/954-msmps.pdf>

<sup>86</sup> [https://msmps.gov.md/comunicare/comunicate/e-in-puterea-ta-sa-opresti-epidemia-hiv/?fbclid=IwAR34eq5DqkE2vB\\_H9c3VPNvlXRLnd8ZHREkF40AQ5J\\_Fmz\\_odPzagQZqOSc](https://msmps.gov.md/comunicare/comunicate/e-in-puterea-ta-sa-opresti-epidemia-hiv/?fbclid=IwAR34eq5DqkE2vB_H9c3VPNvlXRLnd8ZHREkF40AQ5J_Fmz_odPzagQZqOSc)

<sup>87</sup> Discursul reprezentantei UNAIDS Moldova în cadrul Conferinței de presă în contextul Zilei Mondiale de combatere a HIV/SIDA din 1 decembrie 2020. Disponibil la: [https://www.youtube.com/watch?v=R8gq4GpzEKs&ab\\_channel=AdelinaSochirc%C4%83](https://www.youtube.com/watch?v=R8gq4GpzEKs&ab_channel=AdelinaSochirc%C4%83)

<sup>88</sup> Malcoci L., Barbarosie A. Fenomenul discriminării în Moldova: percepțiile populației. Studiu comparativ. Chișinău, 2015.

cu dizabilități). Discriminarea în instituțiile medicale se manifestă prin eschivarea unor lucrători medicali de a diagnostica/trata persoanele HIV pozitive, în special dacă este vorba de proceduri care necesită contactul direct cu sângele pacientului, utilizarea măsurilor suplimentare de precauție în cazurile în care suspectează statutul HIV pozitiv; nu respectă întotdeauna principiul confidențialității despre statutul HIV al persoanei.

Un studiu al A.O. Inițiativa pozitivă<sup>89</sup>, realizat în anul 2018, pe un eșantion de 300 de femei din Republica Moldova care trăiesc cu HIV, reflectă anumite aspecte ce țin de accesarea serviciilor de sănătate reproductivă de către acest grup de populație. Potrivit studiului, majoritatea respondentelor s-au arătat, în general, mulțumite de serviciile de care beneficiază, menționând că: primesc aceleași servicii ca orice altă femeie atunci când se adresează (83%), personalul medical este bine instruit, prietenos și dispus să ofere suport (64%) și nu le divulgă statutul HIV (63%), tratamentul HIV și serviciile specializate prestate sunt gratuite (61%). În același timp, multe femei au manifestat o opinie diferită, menționând că nu li se respectă confidențialitatea; au acces discriminatoriu la servicii pe criteriul "statut pozitiv HIV"; se confruntă cu lipsă de respect din partea personalului medical în procesul de comunicare; au acces limitat la servicii de calitate din cauza costurilor mari pentru acestea, chiar dacă îngrijirea primară și tratamentul pentru persoanele care trăiesc cu HIV este asigurat de stat; au acces limitat la informații (despre prevenire și tratament HIV/SIDA, bolile cu transmitere sexuală, servicii de planificare familială și contracepție, avort sigur și gratuit și îngrijire post-avort etc.). O treime dintre femei nu își permit să vorbească cu medicul lor despre dorința de a avea copii. Unele femei au recunoscut că au anumite probleme în viața lor sexuală, dar nu s-au consultat cu un specialist, fie din neîncredere față de el, fie din lipsa acestuia. Potrivit studiului, aproximativ o treime dintre femei nu au beneficiat de consiliere înainte și după testare HIV, deși legislația actuală prevede obligativitatea acestor servicii. O altă constatare a studiului se referă la prevalența ridicată a femeilor care nu au primit terapie antiretrovirală (ARV) în timpul sarcinii, aceasta fiind o măsură de protecție a fătului de infectare cu HIV. Aproximativ un sfert dintre femei nu i-au administrat copilului terapia ARV în primele câteva zile după naștere, în scop de protecție de infectare cu HIV, și nu au fost supuse unei proceduri complete de diagnostic pentru copil. Există diferențe în opiniile femeilor în funcție de zona de reședință. Astfel, informarea despre servicii, accesibilitatea și calitatea acestora este mai bună în mediul urban, comparativ cu cel rural. În același timp, studiul a evidențiat un nivel scăzut de conștientizare în rândul femeilor cu privire la importanța examinărilor periodice de sănătate.

Un studiu realizat de Oficiul Avocatului Poporului, în 2018, pe un eșantion național de 1000 de respondenți, arată că fiecare al treilea consideră că persoanele care trăiesc cu HIV au acces la servicii de sănătate și că statul își exercită obligațiile de prevenire și profilaxie HIV în mod eficient. Ponderea celor care au o opinie contrară este aproximativ aceeași și circa o treime din respondenți nu au dat un răspuns în acest sens<sup>90</sup>.

În contextul pandemiei COVID-19, persoanele care trăiesc cu HIV/SIDA au întâmpinat aceleași dificultăți ca și populația generală din țară. Potrivit unui studiu recent<sup>91</sup>, printre barierele principale se numără: frica persoanelor cu statut HIV pozitiv de a contracta virusul COVID-19, restricții/imposibilitatea de accesare fizică a instituțiilor de sănătate, personal medical indisponibil, lipsa echipamentelor de protecție (măști, mănuși, dezinfectanți), transport inaccesibil (atât financiar, cât și lipsa transportului mai ales în primele săptămâni de la declararea stării de urgență). Potrivit aceleiași surse, au fost afectate serviciile de diagnostic, estimându-se o reducere cu 27% a cazurilor noi HIV/SIDA depistate în anul 2020, comparativ cu anul 2019.

Totodată, pandemia COVID-19 nu a afectat accesul persoanelor cu HIV la serviciile de tratament<sup>92,93</sup>. Medicamentele au fost repartizate la domiciliu și asigurată continuitatea tratamentului cu suportul societății civile.

În Republica Moldova, activitățile orientate spre prevenirea și tratamentul HIV sunt finanțate atât din surse locale, cât și din surse externe. În 2019, cheltuielile în acest sens au constituit aproximativ 8,7 milioane USD, dintre care 60% au fost acoperite de guvernul național<sup>94</sup>.

89 Реализация права на репродуктивное здоровье женщин, живущих с ВИЧ в Республике Молдова, Inițiativa Pozitiva, 2018. Disponibil la: <https://www.positivepeople.md/upload/info/lib/lokr5hysm5.pdf>

90 Percepții asupra drepturilor omului în Republica Moldova. Chișinău, 2018, Avocatul Poporului. Disponibil la: [https://www.md.undp.org/content/moldova/ro/home/library/effective\\_governance/percep\\_ii-asupra-drepturilor-omului-in-republica-moldova.html](https://www.md.undp.org/content/moldova/ro/home/library/effective_governance/percep_ii-asupra-drepturilor-omului-in-republica-moldova.html)

91 "COVID-19 RESPONSE AND IMPACT ON HIV AND TB SERVICES". Disponibil la: <https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2021/04/moldova-red.pdf>

92 Comunicat de presă al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. Disponibil la: <https://msmps.gov.md/comunicare/comunicate/e-in-puterea-ta-sa-opresti-epidemia-hiv/>

93 Comunicat de presă al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. Disponibil la: <https://msmps.gov.md/comunicare/comunicate/e-in-puterea-ta-sa-opresti-epidemia-hiv/>

94 "COVID-19 RESPONSE AND IMPACT ON HIV AND TB SERVICES". Disponibil la: <https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2021/04/moldova-red.pdf>



Urmare a declanșării pandemiei COVID-19, Fondul Global a lansat un nou mecanism de finanțare, pentru a sprijini țările în răspunsul la epidemia COVID-19 și a reduce impactul negativ asupra programelor HIV, tuberculoză și malarie și asupra sistemelor de sănătate și comunitare. Astfel, Republica Moldova, de rând cu alte țări, a avut oportunitatea de a aplica cereri de solicitare a finanțării în susținerea răspunsului național la COVID-19. În conformitate cu aprobările Fondului Global, Republica Moldova beneficiază de mai multe finanțări în cadrul acestui mecanism<sup>95</sup>.

## 5.2. Analiza cadrului legal și a documentelor de politici

Infecția HIV reprezintă o prioritate pe agenda autorităților Republicii Moldova de mai bine de două decenii, care încearcă să își concentreze eforturile în vederea prevenirii acesteia, în particular în rândul grupurilor cu risc ridicat de contaminare.

Această categorie de beneficiari, în comparație cu alte grupuri analizate în raportul de față, se bucură de o acoperire mai sporită la nivel de reglementare și garanții oferite de lege. La nivel de cadru normativ general, **Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995** delimitează această categorie de persoane prin a reitera, la art. 41, că asistența medicală și socială persoanelor contaminate cu virusul imunodeficient uman (HIV) și celor bolnave de SIDA li se asigură conform legislației în vigoare. Formularea de la art. 41 nu este una dintre cele mai reușite, or, o normă legală trebuie să fie clară și previzibilă în a indica cel puțin în ce condiții sunt garantate aceste servicii.

**Legea nr. 23/2007 cu privire la profilaxia HIV/SIDA** reprezintă o lege specială, care oferă cadrul necesar pentru elaborarea programelor naționale de prevenire și control al infecției pe termen mediu sau lung. Aceeași lege reiterează asigurarea accesului garantat la asistență medicală și socială al persoanelor cu HIV/SIDA, inclusiv tratament, îngrijiri și susținere. Art. 19 al Legii citate stipulează că, în cadrul Programului național de profilaxie și control al infecției HIV/SIDA și al infecțiilor cu transmitere sexuală, statul asigură accesul gratuit al persoanelor HIV pozitive la tratamentul ARV și la cel al maladiilor oportuniste conform indicațiilor clinico-imunologice. La fel, persoanele care trăiesc cu HIV/SIDA beneficiază de asistență medicală în baza programului unic de asigurare obligatorie de asistență medicală.

Politicele Republicii Moldova în domeniul prevenirii și combaterii HIV/SIDA se axează pe prevenirea transmiterii HIV în rândul populației cu risc sporit de infectare, dar și în rândul populației generale a țării, și asigurarea cu tratament, îngrijiri și suport psihosocial a persoanelor infectate cu HIV. Ultimul program național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală este cel pentru anii 2016-2020<sup>96</sup>. La momentul de față, este supus discuțiilor publice un nou program pentru anii 2021-2025<sup>97</sup>. Un alt document de politică – și acesta în fază de proiect – este Programul municipal de control și profilaxie a infecției HIV/SIDA/ITS, tuberculozei și hepatitelor virale pentru anii 2021-2025.

Au fost actualizate protocoalele naționale în prevenirea și profilaxia HIV/SIDA<sup>98</sup>.

Conform informațiilor disponibile și ultimelor cercetări, persoanele cu infecție HIV, precum și persoanele care administrează terapii ARV, prezintă un risc sporit de a dezvolta o formă severă a infecției SARS-Cov-2. Pe de altă parte, în 2020, rata mortalității persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA a crescut și este cea mai mare din ultimii cinci ani<sup>99</sup>.

Analizând Deciziile Comisiei pentru Situații Excepționale, cât și Deciziile Comisiei Naționale Extraordinare în Sănătate Publică<sup>100</sup>, nu vor fi regăsite prevederi particulare în organizarea continuității prestării serviciilor medicale pentru persoanele care trăiesc cu HIV/SIDA. În schimb, Planul de pregătire și răspuns la infecția cu Coronavirus de tip nou (COVID-19), versiunea 2<sup>101</sup>, prevede că, pentru asigurarea continuității serviciilor esențiale

<sup>95</sup> [http://ccm.md/sites/default/files/2021-06/Raportul%20anual%20CCM%202020\\_fin\\_0.pdf](http://ccm.md/sites/default/files/2021-06/Raportul%20anual%20CCM%202020_fin_0.pdf)

<sup>96</sup> Programul național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2016-2020, HG 1164 din 22-10-2016. Disponibil la: [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=111740&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=111740&lang=ro)

<sup>97</sup> Proiectul programului poate fi accesat aici: <https://particip.gov.md/ro/document/stages/proiectul-hotararii-guvernului-cu-privire-la-programul-national-de-prevenire-si-control-al-infecției-hivsida-si-infecțiilor-cu-transmitere-sexuala-pentru-anii-2021-2025/7962>

<sup>98</sup> Protocoalele naționale pot fi accesate aici: <https://msmps.gov.md/legislatie/ghiduri-protocoale-standarde/hiv-sida/> (PCN-211 infecția cu HIV la adult și adolescent, PCN-313 profilaxia pre expunere HIV, PCN-314 profilaxia post expunere HIV, PCN-315 infecția cu HIV la copil, PCN-316 prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV).

<sup>99</sup> <https://moldova.europalibera.org/a/via%C8%9Ba-cu-hiv-%C3%AEn-pandemie-este-cea-mai-mare-rat%C4%83-a-mortalit%C4%83%C8%9Bii-din-ultimii-cinci-ani-/31273067.html>

<sup>100</sup> Deciziile Comisiilor pot fi accesate aici: <https://gov.md/ro/content/informatii-privind-coronavirus>

<sup>101</sup> Planul de pregătire și răspuns la infecția cu Coronavirus de tip nou (COVID-19), versiunea 2: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/09/Plan-r%C4%83spuns-COVID-19-19.pdf>

medicale, au fost instituite regimuri speciale pentru asigurarea tratamentului la HIV, tuberculoză, precum și pentru bolnavii cu maladii cronice cu diabet zaharat.

### 5.3. Percepțiile persoanelor care trăiesc cu HIV despre accesul la servicii medicale

**Disponibilitatea serviciilor medicale.** Pentru a măsura gradul de acces la serviciile de sănătate al persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA au fost realizate 2 discuții focus-grup (DFG) cu femei și bărbați cu statut HIV pozitiv din mun. Bălți, precum și interviuri aprofundate (IA) cu reprezentanți ai sectorului medical (șefi ai instituțiilor medicale, medici de familie, asistenți medicali, reprezentant CNAM, primari, reprezentanți ai DASPF).

Majoritatea celor intervievați au declarat că serviciile medicale sunt disponibile pentru persoanele cu HIV în **măsură egală cu populația generală**. Adicional, sunt prevăzute programe (e.g. tratament ARV, tratament de substituție pentru utilizatorii de droguri) pentru persoanele cu HIV.

Totuși există mai multe probleme ce țin de disponibilitatea serviciilor medicale. Principala se referă la lipsa/insuficiența **medicilor specialiști de profil** (stomatologi, oftalmologi, chirurghi, endocrinologi etc.) în instituțiile medicale publice din anumite regiuni. Serviciile de stomatologie, de exemplu, pot fi accesate doar în cabinetele private. Pentru persoanele cu HIV/SIDA, care, de regulă, se confruntă cu probleme stomatologice serioase, accesarea serviciilor stomatologice devine problematică, în mare parte din cauza resurselor financiare limitate. Pentru alți specialiști, este nevoie de perioade lungi de așteptare, uneori luni de zile.

*„Este foarte greu pentru persoanele cu HIV să își trateze dinții. Am o problemă de trei săptămâni și nu îmi pot permite să merg să-mi scot un dinte. Financiar este dificil. Nu am un loc de muncă acum și în perioada de pandemie este foarte greu să te angajezi. Respectiv, nu am bani ca să mă adresez la medic.” DFG 4*

*„Pentru bani, orice medic îți va scoate dinții. Contingentul nostru – persoane cu HIV/SIDA – nu are bani. Nu avem bani ca să ne tratăm dinții, toți au probleme cu dinții, toți.” DFG 5*

*„Și cu oftalmologul e o problemă. Ajungi foarte greu la el. Poți să aștepti până la 2-3 luni. Chiar și cu îndreptare trebuie să aștepti. Deci la sectorul de stat mă refer. Că la o clinică privată nu e o problemă, dar trebuie să plătești o sumă bunicică.” DFG 4*

*„La chirurg nu ai cum să ajungi, pentru că este unul singur și activează în mai multe locuri. Ca să ajungi la el, trebuie să te pui în rând și dacă ajungi – nu mai devreme de o săptămână, două.” DFG 5*

*„Endocrinolog în Bălți nu există deloc.” DFG 5*

*„Nu pot să ajung de trei luni la tomografie.” DFG 5*

Fiind întrebați dacă au accesat serviciile medicale pe timp de pandemie, majoritatea respondenților cu HIV au răspuns că au accesat serviciile infecționistului și serviciile de tratament ARV. Celelalte servicii (de diagnosticare, medicale de profil, urgență, spitalizare, farmacii) au fost accesate mai rar. Motivele au fost diferite: nu au avut nevoie de aceste servicii, nu au avut resurse financiare pentru a le accesa, nu au știut cum să le acceseze în condițiile pandemiei, frica de a se contamina cu COVID-19.

Un alt aspect discutat în cadrul DFG a fost **vaccinarea** anti-COVID-19. Unele persoane cu statut pozitiv sunt reticente cu referire la vaccinare, menționând că este foarte puțină informație despre efectele pe care le-ar putea avea vaccinurile asupra persoanelor cu statut pozitiv. Altele așteaptă să fie vaccinate, dar sunt neîncrezătoare că persoanele cu statut pozitiv vor fi vaccinate curând.

*„Eu sunt puțin informată despre vaccinuri. Nu pot să spun că sunt categoric contra vaccinării, dar nu dispun de destulă informație. Mă interesează cum anume acționează vaccinul la persoanele HIV infectate. Doar aici este vorba de imunitate și orice vaccin afectează imunitatea. Până când nu voi avea informație care să mă convingă că nu este niciun pericol, n-o să-mi pun vaccin.” DFG 4, 5*

*„Până la noi, slabă nădejde să ajungă.” DFG 5*

**Accesibilitatea serviciilor medicale.** În Republica Moldova, accesarea serviciilor medicale se realizează prin medicina primară. Persoanele cu HIV/SIDA participante la studiu s-au arătat nemulțumite de faptul că nu se pot adresa medicilor specialiști decât prin **programări** la medicul de familie. Ei consideră că în aceste condiții, accesarea serviciilor medicale devine mai anevoioasă, iar în anumite situații, starea pacienților se poate chiar agrava.

„Este foarte greu să ajungi la medicul specialist prin medicul de familie. Asta îngreunează foarte mult procesul. Din cauza rândului la acel specialist, din cauza bolii, omul ar putea să n-o țină mult. Trebuie exclus acest lanț. De simplificat.” DFG 4

În timpul pandemiei, accesul persoanelor cu HIV/SIDA la serviciile medicale a devenit mai dificil. Această categorie de persoane se confruntă cu dificultăți în accesarea serviciilor **medicilor de familie, dar și ale medicilor specialiști**. În condițiile stării de urgență, accesul fizic în instituțiile medicale a fost restricționat, această restricționare fiind aplicată și în prezent. Potrivit participanților la DFG, în Bălți, de exemplu, accesarea medicului de familie poate fi realizată prin înscriere la registratura policlinicilor sau prin intermediul asistentei medicale – unica cu care pot interacționa persoanele care se adresează la policlinică. În cazul în care apar situații urgente, persoanele cu HIV/SIDA nu pot interacționa direct cu medicul de familie. În cazul persoanelor cu HIV, consultația deseori se rezumă la a prescrie rețete pentru medicamente, dar pacienții au uneori nevoie și de un consult al medicului.

„În policlinica noastră nu îți dă voie să intri. Nu doar celor cu HIV, tuturor nu dau voie. Vii și stai afară. Iese sora medicală și poți să discuți cu ea. Dar eu am nevoie de medic. Am întrebări pe care vreau să le adresez medicului de familie și să primesc răspunsuri.” DFG 4

„Când merg să mă programez pentru consultație la medicul de familie, pot să nimeresc peste două săptămâni, două săptămâni și jumătate. În timpul acesta, poți și să mori. Și analize să dau, tot durează. Uneori îți trebuie urgent, dar nu peste jumătate de lună.” DFG 4

„Accesul la medicul de familie este problematic, iar în situația actuală, este practic imposibil. Totul se face prin înregistrare și doar prin sora medicală.” DFG 5

Deoarece medicul de familie este responsabil de referirea către alți medici specialiști, accesul la aceștia din urmă a devenit și mai complicat. În cazul persoanelor cu HIV/SIDA din Bălți, unicul specialist cu care se interacționează fără dificultăți este infecționistul. Deseori, acesta poate referi către alți specialiști, investigații etc., facilitând accesul persoanelor cu HIV/SIDA la serviciile medicale.

„Legătura cu alte servicii, cu alți specialiști este prin medicul de familie. Și deoarece este foarte greu să nimerim la medicul de familie, imaginați-vă cum ajungem la alți specialiști. Slavă Domnului că la infecționist nu mergem prin medicul de familie. Accesul la infecționist nu prezintă nicio dificultate. Venim la el ori de câte ori avem nevoie, suntem consultați, primim medicamente. Probleme de alt gen niciodată nu au existat.” DFG 4

„În perioada aceasta, noi avem o salvare – medicul infecționist. Putem oricând să ne adresăm dumneaei și ea poate să ne dea îndreptări. Asta ne simplifică situația.” DFG 4

În condițiile pandemiei, comunicarea cu personalul medical a devenit restricționată. Potrivit unor participanți la studiu, inclusiv în cazurile de internare, cel care însoțește persoana internată, neavând acces în instituția medicală, nu este informat despre starea persoanei internate.

„În această perioadă, ei ar trebui să lucreze mai organizat. Dar când mergi la policlinică – nu poți interacționa cu medicul, ci doar cu sora medicală, care coboară și ne întrebă ce dorim. Dar dacă am de pus întrebări medicului, nu pot. Sau chiar în spital: ei pur și simplu internează persoana și tu nici nu știi ce se întâmplă acolo. Doar auzi de la persoană când iese de acolo, dacă iese. De ce se întâmplă așa? Ca să nu știm nimic unul despre altul?” DFG 4

**Resursele financiare limitate** ale unor persoane cu statut HIV pozitiv împiedică accesul la serviciile medicale. Mai mult de jumătate dintre participanții la DFG au menționat că nu dețin polițe de asigurare medicală, motivul principal este că nu sunt angajați în câmpul muncii și nu au de unde achita asigurarea medicală. În lipsa poliței, nu pot beneficia de servicii medicale gratuite (consultații, diagnostic etc.). În aceste condiții, persoanele cu HIV/SIDA sunt nevoite să achite pentru serviciile medicale, iar în lipsa/insuficiența resurselor financiare, renunță să se adreseze medicilor.

„Ca să nimeresti la un specialist, trebuie să ai îndreptare de la medicul de familie și doar așa ai șansa să accesezi anumite servicii gratuite (specialiști, radiografie și altele). Dacă nu ai poliță – nu poți nimeri nici la medicul de familie, ca să dai analizele fără plată. Eu acuma nu lucrez. Din cauza pandemiei, nu mă pot angaja, și iată stau așa.” DFG 4

Și în ceea ce privește accesarea serviciilor **farmaceutice**, problemele raportate au fost cele de ordin financiar. Participanții la DFG au menționat că farmaciile sunt multe, medicamente suficiente, problema însă este prețul

acestora. Persoanele cu HIV/SIDA întâmpină dificultăți în procurarea medicamentelor și produselor farmaceutice, pentru că sunt prea scumpe, raportat la nivelul veniturilor lor.

*„Farmacii sunt la tot colțul. Medicamente sunt, doar că sunt scumpe, foarte scumpe.” DFG 4*

Dificultățile financiare cu care se confruntă pacienții cu HIV au fost menționate și de către unii reprezentanți din sectorul medical. Astfel, aceștia au declarat că deseori persoanele cu statut HIV pozitiv, din mediul rural cu precădere, nu își perfectează gradul de dizabilitate (în situațiile când starea lor de sănătate se agravează și necesită stabilirea gradului de dizabilitate). Pentru perfectarea gradului, se cer investigații și consultații ale medicilor specialiști. Aceștia pot fi aceștia doar în centrele raionale sau în Chișinău, iar pentru deplasarea la aceștia, deseori repetată, nu le ajung resurse financiare. În plus, tratamentul ARV se realizează tot în unele centre raionale sau în capitală. Persoanele cu statut confirmat trebuie să meargă să își administreze tratamentul. Din cauza resurselor financiare limitate, unele persoane renunță la tratament.

*„Ca să-i atribui unei persoane gradul de invaliditate, trebuie să avem rezultatele unor investigații, care se fac doar în Centrul republican de investigații. Și iată omul stă acasă și nu poate să se ducă acolo, fiindcă nu are bani. Virusul HIV crește și îi deteriorează organele prin interior. Până la urmă decedează acasă. Dacă ar avea gradul de dizabilitate, ar avea și bani, ar avea și acces la transport.” IA 1*

Accesul persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA la serviciile medicale are o componentă particulară legată de stigmatul cu referire la această maladie, care persistă și în rândul lucrătorilor medicali. **Stigmatizarea** se poate manifesta și prin acțiuni neglijente ale personalului medical, prin dezvăluirea statutului HIV și, în cel mai grav caz, prin refuzul de a presta serviciile medicale necesare. Deși, în acest sens, au existat multe campanii de informare și instruire a cadrelor medicale, stigmatizarea acestui grup de persoane rămâne a fi o problemă și restricționează accesul la serviciile medicale. Restricționarea nu vine întotdeauna din partea sistemului medical, dar din reticența acestor beneficiari de a se adresa în vederea accesării serviciilor medicale din frica de a fi umiliți, discriminați și stigmatizați.

Opiniile femeilor și ale bărbaților cu statut pozitiv HIV, care au participat la studiu, este diferită în ce privește accesul la serviciile medicale. Femeile se confruntă cu mai puține dificultăți și consideră că în prezent, în comparație cu acum 20 de ani, personalul medical nu discriminează pe criteriul statutului pozitiv, cu excepția unor cazuri individuale. Bărbații însă au avut o opinie contrară, menționând că se confruntă cu atitudini discriminatorii din partea personalului medical.

*„Dacă ai nevoie să ți se facă o intervenție și ei află că ai statut HIV pozitiv, atunci gata: ”Duceți-vă sau stați și așteptați”. Eu m-am confruntat cu astfel de situații. Medicii parcă se tem de noi.” DFG 4*

*„Din ce am observat eu în ultimii ani, nu se feresc așa de noi cum o făceau înainte.” DFG 4*

*„Medicii se comportă cu noi respingător, de parcă am fi niște prăpădiți.” DFG 5*

*„Dacă aud că ești infectat cu HIV, se tem să se atingă de noi. Este atât de incomod. De asta mulți își ascund statutul.” DFG 5*

*„Femeile cu HIV pozitiv nasc liber în maternitățile obișnuite, se tratează. În urmă cu 15 ani, exista un stereotip, pacientul cu HIV era izolat și se foloseau instrumente separate. Acum nu e nicio discriminare.” IA 5*

Personalul medical a declarat că nu discriminează pe criteriul statutului pozitiv și acordă servicii medicale în mod egal tuturor persoanelor.

*„Orice pacient este primit. Nu este o barieră de a comunica, de a examina, de a-l supraveghea. Nu se pune această problemă.” IA 4*

Îngrijire medicală adecvată nevoilor. Persoanele cu HIV/SIDA erau foarte puțin informate despre **polița de asigurare medicală**. În opinia lor, informația despre poliță este puțin accesibilă. Printre sursele de informare de la care ar putea obține informație cu referire la polița de asigurare medicală, au fost amintite: medicul de familie, telefonul de încredere. Medicul de familie nu oferă informație, fiind foarte ocupat. Telefonul de încredere nu a fost accesat de niciunul dintre participanții la DFG.

Fiind întrebați ce servicii acoperă polița de asigurare, participanții la DFG s-au referit la următoarele: serviciile medicului de familie; serviciul de urgență 112 (pentru o singură chemare); câteva zile pentru pat în cazul spitalizării; un număr limitat de investigații; serviciile de sănătate reproductivă; tratamentele unor maladii precum tuberculoza, hepatita C.

„Pentru mine, polița de asigurare înseamnă să poți merge la medicul de familie, care îți va da îndreptări către alți specialiști.” DFG 4

„Când chemi ambulanța, te întreabă dacă ai poliță și vin. Dacă o chemi a doua oară și nu ai poliță – gata, este cu plată. Îți dă chitanță de plată, îți este expediată pe poștă.” DFG4

„Poate să-ți acopere câteva analize gratis, cele generale, și spitalizarea pentru 10 zile.” DFG 4

„Medicul mi-a spus: „Discuția mea costă 300 de lei” și eu am înțeles că, dacă aș fi avut poliță, am fi discutat gratis.” DFG 5

„Am avut programată o intervenție și mi s-a spus că dacă am poliță, mă costă 1500 de lei, dacă nu am poliță, pentru 5 zile trebuie să achit 2500 lei.” DFG 5

În cazul spitalizărilor, atât femeile, cât și bărbații cu statut pozitiv au declarat că toată medicația o procurau în mod individual, indiferent dacă aveau sau nu poliță de asigurare medicală.

Unicul aspect care a rămas neafectat, inclusiv în starea de urgență, a fost tratamentul antiretroviral. Participanții la DFG au menționat că tratamentul nu a fost sistat și a fost prestat calitativ. Chiar și în situațiile când persoana cu HIV nu se putea deplasa la instituția medicală pentru a beneficia de tratament, din cauza restricțiilor de transport sau pentru a evita contactul social, lucrătorul social din OSC sau o altă persoană facilita accesul în acest sens.

„Singurul lucru pozitiv este că nu a fost întrerupt tratamentul ARV. Am utilizat serviciile lucrătorului social pentru a nu intra cu multă lume în contact. Îl rugăm să îmi aducă tratamentul acasă.” DFG 5

„Anul trecut, persoanele cu HIV au beneficiat de tratament la domiciliu. Venea lucrătorul social de la Chișinău și le dădea medicamentele acasă. Iată că s-a făcut un lucru bun.” IA 1

„În afară de serviciile lucrătorului social, sunt și voluntari. Eu, de exemplu, am fost voluntar, mergeam și luam terapia pentru bolnavi. Îmi este permis chiar să colectez sânge de la bolnavii țintuiți la pat.” DFG 5

Accesul la terapia antiretrovirală este asigurată în 8 secții regionale și nu ar exista liste de așteptare pentru tratamentul ARV. După diagnosticare, persoanele testate pozitiv sunt incluse în tratament indiferent de faptul dacă dețin asigurare medicală sau alte documente de identificare. Totuși studiul a constatat că există curențe în informarea publicului-țintă privind existența acestor servicii.

Totodată, în perioada stării de urgență în sănătate publică, încadrarea noilor persoane în tratamentul ARV a fost mai dificilă, motivul fiind diagnosticarea lor în timp util. În condițiile în care accesul la serviciile medicale de diagnosticare a fost restricționat pe perioada stărilor de urgență, încadrarea noilor pacienți în tratamentul ARV a încetinit. Fiecare caz de infecție HIV netratat corespunzător poate genera atât forme rezistente la tratament, cât și cazuri noi de infecție.

Pandemia a impus anumite restricții de **transportare**. Astfel, dacă până la COVID-19, anumite medicamente și tratamentul ARV puteau fi transmise în zonele rurale prin intermediul șoferilor de microbuze, odată cu COVID-19 și restricțiile impuse, șoferii refuză să le mai transporte.

„Prin transport transmiteam la cei din sate, dar din cauza COVID-19, au interzis transmiterea medicamentelor. COVID-19 a devenit o barieră, șoferii nu mai vor să transporte medicamente.” DFG 5

În ultimii câțiva ani, au fost întreprinse multiple acțiuni care au contribuit la îmbunătățirea situației privind accesarea serviciilor de sănătate de către persoanele HIV/SIDA. Astfel, în prezent, se resimt schimbări la nivel de atitudine a personalului medical în raport cu persoanele cu HIV/SIDA, există informație suficientă despre HIV/SIDA, se oferă acces gratuit la măsurile de protecție HIV/SIDA (seringi, prezervative, pachete igienice), dar și la tratamentul antiretroviral (ARV). DFG 4

Participanții la DFG s-au arătat, în general, mai puțin satisfăcuți de serviciile medicale acordate de sectorul de stat, comparativ cu cel privat și serviciile oferite de OSC:

„Sunt probleme care prin OSC se rezolvă mai repede, mai ușor.” DFG 4

„În sectorul privat sunt medici, care te primesc repede, dar trebuie să scoți bani mulți din buzunar.” DFG 4

**Gradul de acces la măsuri de protecție împotriva infectării cu COVID-19 și la tratament.** Persoanele cu HIV se consideră informate despre măsurile de protecție împotriva infectării cu COVID-19. Fiind întrebat în ce măsură au acces la echipament de protecție, acestea au declarat că nu întâmpină, în general, dificultăți, având acces la ele, mai ales în spații publice.

*“Acum, în toate magazinele, farmaciile, în toate localurile sunt dezinfectante.” DFG 2*

Printre măsurile de protecție, cel mai des recurg la a-și spăla mâinile cu săpun, a purta măști de protecție în spații închise și a utiliza dezinfectant pentru mâini în spații publice, unde acesta este pus la dispoziție. Măsurile precum dezinfectant pentru suprafețe în casă, mănuși de protecție – nu sunt, de regulă, în uzul persoanelor cu HIV.

Multe dintre persoanele cu HIV pun la îndoială existența virusului și nu consideră necesar să reducă contactele cu oamenii și ieșirile în locuri publice.

*“EU nu cred în COVID-19. Este o manevră politică. Vor să ne țină sub control pe noi, oamenii.” DFG 2*

## 5.4. Concluzii la Capitolul 5

Analiza legislației și a politicilor în domeniu denotă că această categorie de beneficiari, în comparație cu alte grupuri analizate în raport, se bucură de o acoperire mai sporită la nivel de reglementare și garanții oferite de lege. Legea nr. 23/2007 cu privire la profilaxia HIV/SIDA, Programul Național de profilaxie și control al infecției HIV/SIDA și al infecțiilor cu transmitere sexuală asigură accesul gratuit al persoanelor HIV pozitive la tratamentul ARV și la cel al maladiilor oportuniste conform indicațiilor clinice-imunologice. În contextul pandemiei COVID-19, conform Planului de pregătire și răspuns la infecția cu Coronavirus de tip nou (COVID-19), versiunea 2, persoanele cu HIV au beneficiat de tratament ARV și substitutiv la domiciliu în condiții de urgență.

Conform cercetării, deși majoritatea persoanelor care trăiesc cu HIV intervievate au declarat că au acces la serviciile medicale de bază și la cele specializate, o bună parte se confruntă cu anumite bariere în accesarea acestora, cum ar fi: insuficiența **medicilor specialiști de profil** în instituțiile medicale publice din anumite regiuni (stomatologi, oftalmologi, chirurghi, endocrinologi etc.), lipsa resurselor financiare de a accesa serviciile medicale care nu sunt acoperite de CNAM (stomatologice etc.), așteptarea îndelungată (2-3 luni) a vizitelor la medicii oftalmologi după programare, lipsa resurselor financiare pentru deplasare la instituțiile medicale din centrul raional care oferă tratament ARV sau de substituție și gradul înalt de stigmatizare în instituțiile medicale.

# RECOMANDĂRI

În baza rezultatelor studiului efectuat și a problemelor identificate, propunem următoarele recomandări pentru o mai bună asigurare a accesului grupurilor vulnerabile la sănătate:

## I. RECOMANDĂRI GENERALE

1. Elaborarea și implementarea de către CNAM a unei strategii de comunicare și informare de lungă durată privind medicamentele și serviciile medicale acoperite din Pachetul Unic de servicii medicale. Strategia de comunicare va ține cont de sursele de informare și nevoile diferitelor grupuri de populație cu acces limitat la informație, cum ar fi populația din mediul rural, populația cu nivel redus de educație, populația săracă, persoanele cu dizabilități și cele cu maladii cronice (diabet, în îngrijiri paliative, cu HIV etc.). Promovarea mai activă a Liniei verzi și a paginii web a CNAM pentru informarea populației despre serviciile medicale acoperite din Pachetul Unic. Accesibilizarea paginii web a CNAM în baza nevoilor persoanelor cu dizabilități senzoriale și intelectuale.
2. Monitorizarea și evaluarea periodică de către CNAM a calității serviciilor medicale acoperite din Pachetul Unic, precum și a gradului de satisfacție a beneficiarilor (inclusiv cu maladii cronice) de calitatea acestor servicii medicale în vederea îmbunătățirii accesului populației la servicii medicale ajustate la nevoi și calitative.
3. Includerea tratamentului pentru maladii secundare în cazul grupurilor vulnerabile (persoane cu dizabilități, persoane în îngrijire paliativă, persoane cu diabet, persoane cu HIV) în Pachetul Unic.
4. Integrarea în Pachetul Unic a serviciilor de diagnosticare și stomatologice de urgență (inclusiv proteză dentară) pentru grupurile vulnerabile (persoane cu dizabilități, în îngrijiri paliative, cu diabet, cu HIV), în vederea asigurării dreptului lor la sănătate.
5. Elaborarea și asigurarea unui mecanism de feedback din partea pacienților în instituțiile medicale de diferit nivel privind calitatea serviciilor medicale prestate, cu integrarea rezultatelor în indicatorii de performanță a personalului medical.
6. Implicarea mai activă a pacienților în procesul de luare a deciziilor informate despre tratamentul lor. Integrarea mecanismului de implicare a pacienților în luarea deciziilor informate despre tratament în indicatorii de acreditare a serviciilor medicale.
7. Combaterea și prevenirea discriminării în instituțiile medicale a grupurilor vulnerabile de pacienți (persoane sărace, persoane cu dizabilități, persoane cu maladii cronice), prin informarea și instruirea personalului medical privind drepturile diferitelor grupuri de persoane, inclusiv la servicii medicale, instituirea unor mecanisme de combatere a discriminării la nivel de instituții medicale, promovarea mai activă a Liniei verzi a Ministerului Sănătății, penalizarea prestatorilor de servicii medicale pentru acțiuni de discriminare și stigmatizare.
8. Integrarea serviciilor psihologice în instituțiile medicale, în vederea asigurării suportului emoțional și psihologic persoanelor cu diferite maladii cronice.
9. Digitalizarea serviciilor medicale, în vederea măririi accesului populației la aceste servicii. Implementarea practicilor e-recetă, e-certificat. Accesibilizarea serviciilor medicale digitalizate în funcție de nevoile de accesare ale persoanelor cu diferite tipuri de dizabilități.
10. În vederea unei asigurări mai bune a accesului persoanelor cu dizabilități la serviciile medicale, sunt propuse următoarele măsuri: a) accesibilizarea infrastructurii instituțiilor medicale și asigurarea acestora cu utilaj asistiv, în vederea acomodării rezonabile a persoanelor cu dizabilități locomotorii și senzoriale; b) includerea deservirii medicale specializate la domiciliu pentru persoane cu dizabilități severe (inclusiv transportul) în lista serviciilor asigurate de CNAM; c) asigurarea persoanelor cu dizabilități senzoriale și intelectuale cu asistența necesară pentru intermedierea comunicării cu prestatorii de servicii medicale; d) capacitarea prestatorilor de servicii medicale în domeniul particularităților comunicării cu persoanele cu diferite tipuri de

dizabilități; e) integrarea nevoilor de accesare a serviciilor medicale (transport , medicamente etc.) de către persoanele cu dizabilități sărace în serviciile de suport monetar, pentru a asigura accesul acestor grupuri la sănătate; f) asigurarea persoanelor cu dizabilități cu echipamente asistive în funcție de nevoi; g) implementarea serviciului de urgență 112 cu asigurarea accesibilității acestuia pentru persoanele cu dizabilități de auz; h) crearea unui fond specializat pentru tratamentele copiilor cu boli rare; i) a permite prezența unei persoane de suport în cazul spitalizării persoanelor cu anumite tipuri de dizabilități (autism, Down, dizabilități fizice severe).

11. În vederea unei asigurări mai bune a accesului persoanelor în îngrijire paliativă la serviciile medicale, sunt propuse următoarele măsuri: a) elaborarea unei strategii/unui program național în domeniul îngrijirilor paliative; b) elaborarea și implementarea unui program național de dezvoltare a serviciilor de îngrijiri paliative; c) reglementarea opioidelor și includerea unui compartiment special în Lista medicamentelor esențiale privind medicamentele în îngrijiri paliative; d) elaborarea unei metodologii clare în planificarea cantității și a evidenței stocurilor de opioide existente; e) capacitatea prestatorilor de servicii medicale în prestarea serviciilor pacienților în îngrijiri paliative.
12. În vederea unei asigurări mai bune a accesului persoanelor cu diabet la servicii medicale, sunt propuse următoarele măsuri: a) acoperirea integrală din Pachetul Unic a costurilor de îngrijire pentru persoanele cu diabet de tip 1; b) elaborarea reglementărilor privind accesul la analogi de insulină; c) asigurarea instituțiilor din mediul rural cu specialiști endocrinologi, în vederea reducerii duratei de așteptare a consultațiilor; e) instruirea medicilor de familie în prestarea serviciilor persoanelor cu diabet; f) asigurarea accesului pacienților la tipul de insulină conform nevoilor prin evidența și completarea la timp a stocurilor de insulină; g) implementarea unor programe de educație medicală pentru persoanele cu diabet; h) crearea și aprobarea mecanismului de compensare a analogilor de insulină și a unor dispozitive (teste de glicemie, pungi pentru stome și exoproteze mamare); elaborarea și aprobarea protocoalelor clinice specifice (e.g. diabet de tip 1, picior diabetic, complicații de retină etc.).
13. În vederea asigurării mai bune a accesului persoanelor cu HIV la servicii medicale, sunt propuse următoarele măsuri: a) asigurarea suportului financiar din partea statului pentru serviciile de transport în accesarea serviciilor medicale necesare pentru determinarea/confirmarea gradului de dizabilitate, tratamentului ARV, precum și a altor servicii de urgență; b) asigurarea medicamentelor din Pachetul Unic pentru maladiile secundare.

## II. RECOMANDĂRI SPECIFICE ÎN CONTEXTUL PANDEMIEI COVID-19 ȘI AL ALTOR SITUAȚII DE URGENȚĂ

1. Integrarea în Planul de pregătire și răspuns la infecția cu COVID-19 a măsurilor concrete și sustenabile financiar de prevenire, identificare, tratament și reabilitare, pe grupuri vulnerabile (inclusiv persoane cu dizabilități, persoane cu HIV și cu maladii transmisibile, persoane cu boli netransmisibile – diabet zaharat și hipertensiune arterială, persoane în îngrijire paliativă) în baza evaluării nevoilor acestora, precum și în baza recomandărilor elaborate de OMS și de alte organizații internaționale.
2. Dezvoltarea unor programe speciale pentru grupurile vulnerabile (inclusiv persoane cu dizabilități, persoane cu HIV și cu maladii transmisibile, persoane cu boli netransmisibile – diabet zaharat și hipertensiune arterială, persoane în îngrijire paliativă), în vederea asigurării accesului acestora la servicii esențiale de sănătate în perioada pandemiei de COVID-19, precum și în alte perioade de urgență în sănătate. Aceste programe vor include serviciile esențiale de sănătate, mecanismele de referință, comunicarea riscurilor și implicarea comunităților.
3. Elaborarea și implementarea unor campanii informaționale privind vaccinarea, axate pe anumite grupuri de populație, cum ar fi: persoane cu dizabilități, persoane în îngrijiri paliativă, persoane care trăiesc cu HIV, persoane cu diabet. În implementarea acestor campanii, se va ține cont de nevoile informaționale ale fiecărui grup separat, inclusiv accesibilitatea informației, precum și de sursele de informare utilizate mai frecvent de fiecare grup vulnerabil.



4. Integrarea explicită în Regulamentul pentru Fondul de rezervă al CNAM a susținerii financiare a grupurilor vulnerabile (inclusiv persoane cu dizabilități, persoane cu HIV și cu maladii transmisibile, persoane cu boli netransmisibile – diabet zaharat și hipertensiune arterială, persoane în îngrijire paliativă), în vederea asigurării financiare a accesului la servicii esențiale de sănătate, a tratamentului maladiilor cronice și asociate, a testării, a tratamentului și a reabilitării ce ține de maladiile endemice în perioade de urgență în sănătate. Acoperirea integrală a medicamentelor pentru maladii cronice, maladii asociate și infecția COVID-19 sau alte infecții pandemice pentru grupurile vulnerabile din Fondul de rezervă al CNAM. Acoperirea integrală a testelor și a tratamentului pentru infecția COVID-19 pentru grupurile de populație sărace (sub sau egal cu nivelul minimului de existență) din Fondul de rezervă al CNAM.
5. Dezvoltarea unui fond de rezervă al Guvernului pentru susținerea grupurilor de populație vulnerabile în perioade de urgențe, inclusiv de sănătate, care va acoperi cheltuielile asociate cu accesul la serviciile esențiale de sănătate (transport, alimentație pentru unele grupuri de persoane cu maladii cronice, servicii de însoțire, tehnologii asistive, linii telefonice de urgență, servicii de comunicare etc.) în situații de sănătate de urgență.
6. Integrarea, în mecanismele de guvernare a situațiilor de urgență în sănătate la nivel central și local, a unor puncte focale responsabile de asigurarea accesului grupurilor vulnerabile la serviciile esențiale de sănătate. Aceste puncte focale vor fi responsabile de evaluarea rapidă și cartarea grupurilor vulnerabile și a accesului acestora la serviciile esențiale de sănătate, precum și pentru elaborarea și implementarea unor planuri de răspuns la situațiile pandemice cu măsuri concrete pe diferite grupuri vulnerabile.
7. Integrarea în regulamentele și standardele instituțiilor cu plasament permanent sau temporar pentru grupurile vulnerabile (servicii rezidențiale pentru persoane cu dizabilități și copii orfani, centre de plasament pentru persoane fără domiciliu permanent, centre de îngrijire paliativă, spitale psihiatrice, închisori, centre de reabilitare de lungă durată ș.a.) a unor măsuri pentru cazurile de urgențe în sănătate, în vederea asigurării prevenirii infectării și a accesului acestor grupuri la serviciile esențiale de sănătate.
8. Integrarea, în planurile de comunicare la nivel național și local cu referință la situațiile de urgență în sănătate, a nevoilor de informare și comunicare ale grupurilor vulnerabile (persoane cu dizabilități, persoane în îngrijire paliativă, persoane cu boli netransmisibile (inclusiv diabet), persoane cu HIV). Adaptarea materialelor de comunicare la nevoile persoanelor cu dizabilități, cu maladii netransmisibile sau cu HIV, în îngrijiri paliative, ținând cont de tipul dizabilității (senzoriale, intelectuale etc.), gen, vârstă și nivel de educație. Identificarea și utilizarea surselor de informare la care au acces aceste grupuri de persoane, în vederea asigurării unei informări mai eficiente și țintite.
9. Instruirea și pregătirea medicilor din asistența medicală primară, specializată, și a echipelor de răspuns rapid cum să comunice cu persoanele din grupurile vulnerabile și familiile acestora și cum să asigure un răspuns eficient la nevoile de prevenire, tratament și reabilitare medicală a persoanelor cu dizabilități, în îngrijire paliativă, cu HIV sau diabet.
10. Implicarea mai activă a comunităților, a ONG-urilor și organizațiilor private în informarea și susținerea grupurilor de populație vulnerabile (persoane cu dizabilități, persoane cu diabet, persoane cu HIV, persoane în îngrijire paliativă) în perioada pandemiei COVID-19, precum și în alte situații de urgență în sănătate. În acest context, este important a stimula o comunicare continuă dintre autoritățile publice centrale și locale, ONG-uri și instituțiile private, în vederea stabilirii unor parteneriate eficiente și a unei colaborări durabile în domeniul asigurării accesului grupurilor vulnerabile la serviciile esențiale de sănătate și la serviciile de prevenire, tratament și reabilitare post COVID-19.
11. Implicarea mai activă a persoanelor cu dizabilități, a persoanelor cu HIV, a persoanelor cu diabet și a persoanelor în îngrijire paliativă, precum și a reprezentanților acestora, inclusiv ONG-uri și familii, în elaborarea și implementarea planurilor de răspuns la situații de urgență, inclusiv COVID-19, precum și în procesul de monitorizare a implementării acestor planuri, în vederea asigurării unui răspuns eficient la nevoile grupurilor vulnerabile.

# BIBLIOGRAFIE

1. Accesibilitatea la medicamente prin prisma listei medicamentelor compensate. Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate. Chișinău, 2019. Disponibil la: <http://pas.md/ro/PAS/Studies/Details/131>
2. Accesul și calitatea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova. Analiza rezultatelor cercetării cantitative. Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS). Chișinău, 2019. Disponibil la: <https://www.pas.md/ro/PAS/Studies/Details/145>
3. Analiza situațională a problemelor cu care se confruntă femeile și fetele cu dizabilități ale aparatului locomotor din Moldova în exercitarea drepturilor sexuale și reproductive. Centrul de Instruire în Domeniul Sănătății Reproductive. Chișinău, 2016. Disponibil la: [https://www.cidrs.md/wp-content/uploads/2018/03/Raport\\_Evaluare-DSR-persoane-cu-dizabilitati\\_FINAL\\_27.02.17.pdf](https://www.cidrs.md/wp-content/uploads/2018/03/Raport_Evaluare-DSR-persoane-cu-dizabilitati_FINAL_27.02.17.pdf)
4. Anuar statistic 2020, Capitolul 8 – Ocrotirea sănătății. Disponibil la: [https://statistica.gov.md/public/files/publicatii\\_electronice/Anuar\\_Statistic/2020/8\\_AS.pdf](https://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Anuar_Statistic/2020/8_AS.pdf)
5. Asigurarea Asistenței Medicale Primare cu personal medical. Centrul Național de Management în Sănătate. Chișinău, 2015.
6. Comunicat de presă al MSMPS din 14 noiembrie 2020. Disponibil la: <https://msmps.gov.md/comunicare/comunicate/diabetul-za-harat-diferenta-o-fac-nursele-este-genericul-zilei-mondiale-a-diabetului-in-anul-2020/>
7. Comunicat de presă al CNAM. Disponibil la: <http://www.cnam.md/?news=891>
8. Danii O., Spînu-Triboi N. Accesul și calitatea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova. Studiu calitativ. Serviciul Independent de Sociologie și Informații OPINIA, 2019.
9. Discursul Ministrei Sănătății, Muncii și Protecției Sociale în cadrul Conferinței de presă în contextul Zilei Mondiale de combatere a HIV/ SIDA din 1 decembrie 2020. Disponibil la: [https://www.youtube.com/watch?v=R8gq4GpzEKs&ab\\_channel=AdelinaSochirc%C4%83](https://www.youtube.com/watch?v=R8gq4GpzEKs&ab_channel=AdelinaSochirc%C4%83)
10. Discursul reprezentantei UNAIDS Moldova în cadrul Conferinței de presă în contextul Zilei Mondiale de combatere a HIV/SIDA din 1 decembrie 2020. Disponibil la: [https://www.youtube.com/watch?v=R8gq4GpzEKs&ab\\_channel=AdelinaSochirc%C4%83](https://www.youtube.com/watch?v=R8gq4GpzEKs&ab_channel=AdelinaSochirc%C4%83)
11. Federația Internațională de Diabet. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.DIAB.ZS?locations=MD>
12. Lupusor A., Pântea D., Gaibu S. COVID-19: Cum salvăm economia națională și pregătim terenul pentru o relansare post-criză, aprilie, 2020, p. 6. [online]. Disponibil la: [https://www.expert-grup.org/media/k2/attachments/COVID-19\\_Cum\\_salvim\\_economia\\_nayionall\\_ui\\_pregitim\\_terenul\\_pentru\\_o\\_relansare\\_post-crizl\\_2.pdf](https://www.expert-grup.org/media/k2/attachments/COVID-19_Cum_salvim_economia_nayionall_ui_pregitim_terenul_pentru_o_relansare_post-crizl_2.pdf)
13. Malcoci L., Barbarosie A. Fenomenul discriminării în Moldova: percepțiile populației. Studiu comparativ. Chișinău, 2015.
14. Malcoci L., Mocanu V. Coeziunea socială a populației din Republica Moldova în perioada pandemiei COVID-19. Revista de Filosofie, Sociologie și Științe Politice, nr. 1 (182), 2020, pp. 128-149.
15. Malcoci L., Munteanu P., Cojocaru N. Impactul pandemiei COVID-19 asupra persoanelor cu dizabilități. Chișinău, 2020. Disponibil la: <https://www.keystonemoldova.md/wp-content/uploads/sites/4/2020/08/STUDIUL-IMPACTUL-PANDEMIEI-PERSONE-CU-DIZABILITATI.pdf>
16. Malcoci L., Munteanu P. Incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități din Republica Moldova. Studiu sociologic. Chișinău, 2017. Disponibil la: [https://www.keystonemoldova.md/wp-content/uploads/sites/4/2020/08/Social-inclusion-\\_Study.pdf](https://www.keystonemoldova.md/wp-content/uploads/sites/4/2020/08/Social-inclusion-_Study.pdf)
17. Moldova 2030. [https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/intr40\\_12\\_0.pdf](https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/intr40_12_0.pdf)
18. Pagina web a Biroului Național de Statistică din Republica Moldova: <https://statistica.gov.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=6773&parent=0>
19. Pagina web a Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale din Republica Moldova: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/10/Raport-II-si-III-implementare-Conventie-ONU-drepturile-persoanelor-cu-dizabilit%C4%83%C8%9Bi-rom.pdf>
20. Percepții asupra drepturilor omului în Republica Moldova. Chișinău, 2018. Avocatul Poporului. Disponibil la: [https://www.md.undp.org/content/moldova/ro/home/library/effective\\_governance/percep\\_ii-asupra-drepturilor-omului-in-republica-moldova.html](https://www.md.undp.org/content/moldova/ro/home/library/effective_governance/percep_ii-asupra-drepturilor-omului-in-republica-moldova.html)
21. Percepții privind pandemia de coronavirus [online], [citată: 12 mai, 2020]. Disponibil la: [http://imas.md/pic/archives/27/\[imas\]%20perceptii%20cu%20privire%20la%20epidemia%20de%20Coronavirus%20II.pdf](http://imas.md/pic/archives/27/[imas]%20perceptii%20cu%20privire%20la%20epidemia%20de%20Coronavirus%20II.pdf)
22. Persoanele cu dizabilități în Republica Moldova în anul 2019. Biroul Național de Statistică. Disponibil la: <https://statistica.gov.md/libview.php?l=ro&idc=168&id=6827>
23. Planul de răspuns și redresare de la COVID-19 întocmit de ONU Moldova. Versiunea actualizată pentru septembrie 2020. Disponibil la <https://moldova.un.org/en/93768-united-nations-moldova-COVID-19-19-socio-economic-response-and-recovery-plan-updated-version>
24. Prezentarea de către Curtea de Conturi a Republicii Moldova a rezultatelor auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (FAOAM) în anul 2019. Disponibil la: <http://www.ccrm.md/curtea-de-conturi-a-examinat-raportul-guvernului-privind-executarea-faoam-1-4614>
25. Raport cu privire la implementarea de către Republica Moldova a prevederilor Rezoluției cu privire la consolidarea îngrijirilor paliative ca o componentă a tratamentelor integrate pe parcursul vieții, adoptată la cea de a 67-a Adunare Mondială a Sănătății, din 24 mai 2014. Disponibil la: [http://ombudsman.md/wp-content/uploads/2020/01/RAPORT\\_PALIATIVE.pdf](http://ombudsman.md/wp-content/uploads/2020/01/RAPORT_PALIATIVE.pdf)
26. Raport de activitate al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, ianuarie-decembrie 2020. Disponibil la: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/12/RAPORT-MSMPS-2020.pdf>
27. Raport privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2019, Disponibil la: [http://www.cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate\\_anuale/2020/Raport%20annual%202019%20FAOAM%20ro.pdf](http://www.cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate_anuale/2020/Raport%20annual%202019%20FAOAM%20ro.pdf)

28. Raport privind măsurile de răspuns la infecția COVID-19 (în perioada ianuarie-decembrie 2020). Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. Disponibil la: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/12/Raport-COVID.pdf>
29. Raportul de monitorizare a măsurilor întreprinse de autoritățile publice în timpul pandemiei din perspectiva impactului asupra persoanelor vârstnice. Disponibil la: <https://realitatealive.md/live-lansarea-raportului-de-monitorizare-a-masurilor-intreprinse-de-autorita-ile-publice-in-timpul-pandemiei-de-covid-19-din-perspectiva-impactului-asupra-persoanelor-varstnice---115112.html>
30. Raportul doi și trei, combinate, de stat al Republicii Moldova privind implementarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități. Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. Chișinău, 2020. Disponibil la: <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/10/Raport-II-si-III-implementare-Conventie-ONU-drepturile-persoanelor-cu-dizabilit%C4%83%C8%9Bi-rom.pdf>
31. Raportul privind realizarea practică a drepturilor sexual-reproductive de către femeile și fetele din Centrele de plasament temporar al persoanelor cu dizabilități (adulte) și Spitalele de psihiatrie din Republica Moldova. IDOM. Chișinău, 2020. Disponibil la: [https://idom.md/wp-content/uploads/2021/02/raport-reprorights-wwd-md\\_dis-2.pdf](https://idom.md/wp-content/uploads/2021/02/raport-reprorights-wwd-md_dis-2.pdf)
32. Raportul privind monitorizarea respectării drepturilor omului în Republica Moldova în contextul pandemiei COVID-19. IDOM. Chișinău, 2020. Disponibil la: [https://idom.md/wp-content/uploads/2021/01/Raport\\_Final\\_IDOM-1.pdf](https://idom.md/wp-content/uploads/2021/01/Raport_Final_IDOM-1.pdf)
33. Sandu V., Brighidin A., Buzu A. Inegalitățile în Republica Moldova: provocări și oportunități. Chișinău, 2017. Disponibil la: [http://eef.md/media/files/files/fee\\_inagalitati\\_ro\\_final\\_5335996.pdf](http://eef.md/media/files/files/fee_inagalitati_ro_final_5335996.pdf)
34. Social and Economic Impact Assessment of the COVID-19 Pandemic on Vulnerable Groups and Economic Sectors in the Republic of Moldova: Impact Assessment Report, November 2020. Disponibil la: [https://www.md.undp.org/content/moldova/en/home/library/inclusive\\_growth/social-and-economic-impact-assessment-of-covid-19-in-the-republi.html](https://www.md.undp.org/content/moldova/en/home/library/inclusive_growth/social-and-economic-impact-assessment-of-covid-19-in-the-republi.html)
35. Studiu privind costurile diabet tip 1, realizat de Asociația Tinerilor cu Diabet din Moldova. Disponibil la: <https://diatip1.md/875-2/>
36. Țurcanu Gh., Seicaș R. Îngrijirile paliative în Republica Moldova, 2007-2019. Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS). Chișinău: S. n., 2019.
37. Реализация права на репродуктивное здоровье женщин, живущих с ВИЧ в Республике Молдова. Инициатива Позитива, 2018. Disponibil la <https://www.positivepeople.md/upload/info/lib/lokr5hysm5.pdf>

# CADRUL NORMATIV

1. Constituția Republicii Moldova.
2. Deciziile Comisiei Naționale pentru Situații Excepționale, Deciziile Comisiei Extraordinare de Sănătate Publică<sup>®</sup>.
1. Prevenirea primară a infecției HIV. Ghid. (are autori), cred ca locul sursei e in alta parte
2. Hotărârea de Guvern nr. 1030/2017 cu privire la aprobarea Programului național de prevenire și control al diabetului zaharat pentru 2017-2021.
3. Hotărârea de Guvern nr. 1164/2016 cu privire la Programul național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2016-2020.
4. Hotărârea de Guvern nr. 1387/2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Hotărârea de Guvern nr. 314/2012 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social "Asistență personală" și a Standardelor minime de calitate".
6. Hotărârea de Guvern nr. 723/2017 cu privire la aprobarea Programului național de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități pentru anii 2017-2022.
7. Hotărârea de Guvern nr. 1471/2007 cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017.
8. Hotărârea de Guvern nr. 886/2007 cu privire la aprobarea Politicii naționale de sănătate.
9. Hotărârii de Guvern cu privire la Programul național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2021-2025 (proiect).
10. Legea nr. 121/2012 cu privire la asigurarea egalității.
11. Legea nr. 174/2014 cu privire la organizarea și funcționarea Serviciului național unic pentru apelurile de urgență 112.
12. Legea nr. 23/2007 cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA.
13. Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului.
14. Legea nr. 382/1999 cu privire la circulația substanțelor stupefiante, psihotrope și precursorilor.
15. Legea nr. 411/1995 ocrotirii sănătății.
16. Legea nr. 547/2012 asistenței sociale.
17. Legea nr. 60/2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități.
18. Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.
19. Lista de distribuire a analogilor de insulină pentru anul 2021 (adulți), ordinul MSMPS nr. 13/2021 (nepublicat).
20. Ordin nr. 1002/2016 privind implementarea Hotărârii de Guvern nr. 1164/2016 cu privire la programul național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2016-2020.
21. Ordinul nr. 1152/2020 cu privire la testarea screening a infecției HIV cu teste rapide de diagnostic.
22. Ordinul nr. 48/251/2013 cu privire la aprobarea instrucțiunii de lucru pentru specialiștii din cadrul sistemului medical și social Managementul de caz al persoanei care trăiește cu HIV/SIDA.
23. Ordinul nr. 533/2016 cu privire la organizarea Dialogului Național privind transferul cu succes la finanțarea națională a programelor de reducere a riscurilor în contextul prevenirii infecției HIV.
24. Ordinul nr. 750/2013 cu privire la modul de organizare a accesului la medicamente pentru tratamentul compensat a diabetului zaharat (insulinei) și glaucomului.
25. Ordinul privind distribuirea și utilizarea pompelor de insulină și consumabilelor (nu este publicat).
26. Ordinul comun al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 492/139A din 22 aprilie 2013.
27. Ordinul comun nr. 584/146-A din 23.06.2020 al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.
28. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 695 din 13.10.2010 cu privire la Asistența Medicală Primară din Republica Moldova
29. Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 960/2012 cu privire la modul de prescriere și eliberarea medicamentelor
30. Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 234/2008 cu privire la dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative.
31. Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 1022/2015 cu privire la organizarea serviciilor de îngrijire paliativă.
32. Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 60/2012 cu privire la îngrijiri medicale paliative.
33. Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 875/2010 cu privire la aprobarea costului unui caz asistat de îngrijiri de îngrijiri medicale paliative prestate în condiții de staționar/hospice pentru anul 2011.
34. Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 154/2009 cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri medicale paliative (abrogat).
35. Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 197/2012 cu privire la aprobarea instrucțiunii privind administrarea morfinei orale.
36. Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 307/2020 (nepublicat) Distribuirea și utilizarea pompelor de insulină și consumabilelor.

37. Ordinul nr. 198/2015 privind modificarea și completarea Ordinului nr. 1227/2012 cu privire la aprobarea Regulamentului de transmitere a informațiilor medicale cu caracter medical despre pacienții infectați cu HIV.
38. Ordinul nr. 619 din 02.07.2020 cu privire la unele măsuri suplimentare privind organizarea asistenței medicale spitalicești programate în condițiile pandemiei infecției cu coronavirus de tip nou (COVID-19).
39. Ordinul nr. 914/2015 cu privire la aprobarea Regulamentului privind organizarea și funcționarea subsistemului informațional integrat Registru SIME/HIV/SIDA/ITS.
40. Organizarea accesului populației la analogi de insulină și abrogarea ordinului MSMPS nr. 239/2019, Ordinul MSMPS nr. 1189/2019 (nepublicat).
41. Planul de pregătire și răspuns al sistemului sănătății în urgențe de sănătate publică, 2020.
42. Planul de pregătire și răspuns la infecția cu Coronavirus de tip nou (COVID-19), versiunea 2.
43. Planul național de imunizare anti COVID-19.
44. Standard de îngrijire paliativă HIV/SIDA.
45. Standard Supraveghere epidemiologică HIV.
46. Standardul național de îngrijiri paliative aprobat prin Ordinul nr. 884 din 30.12.2010.
47. Transferul persoanelor cu diabet zaharat de la insuline umane la analogi de insulină și preparate biosimilare, ordinul MSMPS nr. 1051/2020 (nepublicat).



**CHIȘINĂU-2021**