

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

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

Chișinău, 2022

Centrul de Investigații Sociologice și Marketing

“CBS-RESEARCH”



Context

- Proiectul „*Monitorul sănătății pentru buna guvernare în Republica Moldova (2021)*”, finanțat de Fundația Soros – Moldova a avut ca obiectiv să contribuie la îmbunătățirea procesului decizional în sănătate, prin crearea unui mecanism de monitorizare a situației sistemului de sănătate și a impactului politicilor și intervențiilor asupra reformelor de sănătate prevăzute în documentele de politici guvernamentale, politici sectoriale, intersectoriale, precum și alte acte normative în domeniul sănătății.
- În cadrul proiectului s-a planificat realizarea evaluării ex-post de impact la Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală și Legea nr.1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală.
- Prin prisma abordării serviciilor de sănătate centrate pe persoană evaluare ex-post de impact a inclus și opinia beneficiarilor serviciilor medicale în baza legislației AOAM, iar în acest scop a fost realizat prezentul studiu calitativ cu beneficiari ai serviciilor Programului unic al AOAM prevăzut de Legea nr.1585/1998 și a plătitorilor de prime de AOAM prevăzuți de Legea nr.1593/2002.

Scopul studiului

- ✓ Cercetarea cunoștințelor, opiniilor, percepțiilor și experiențelor privind accesul la serviciile medicale ale persoanelor asigurate.



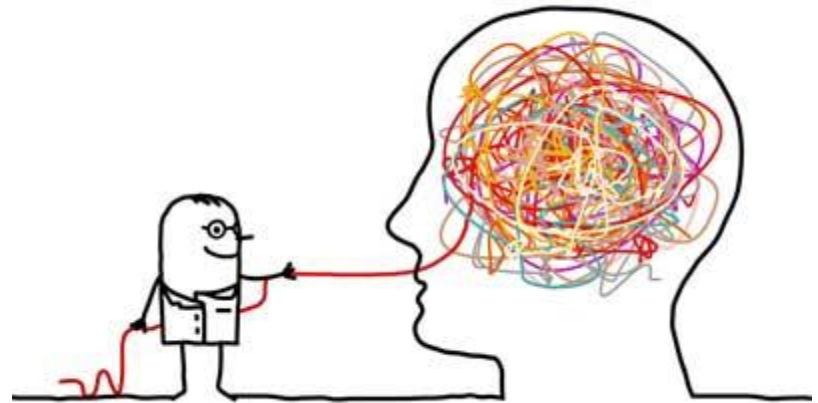
Metodologie

Au fost realizate **3 focus grupuri** cu următoarele categorii de respondenți:

- **Persoane care au maladii cronice** (hipertensiune arterială, diabet zaharat, cancer etc.), excluzând pensionarii;
- **Persoane care sunt asigurate medical, angajate** (contribuție procentuală la salariu) **și persoane care se asigură în mod individual;**
- **Persoane asigurate medical de către stat** (șomeri înregistrați, pensionari, studenți, femei însărcinate, părinți, inclusiv adoptivi, care exercită în mod efectiv creșterea și educarea a patru și mai mulți copii, pentru perioada în care cel puțin un copil are vârsta de până la 18 ani; persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social; veteranii de război etc.).

Datele au fost colectate în decembrie 2021.

Rezultatele studiului calitativ



Accesul la serviciile medicale (1)

Asistența Medicală Primară

- Persoanele care se confruntă cu probleme de sănătate sau cele care au avut probleme grave de sănătate se adresează mai des la medic pentru a preveni apariția complicațiilor.
- Respondenții care se consideră sănătoși, în special tinerii, dar și persoanele care au un loc de muncă solicitant se adresează foarte rar la medicul de familie, unii nici nu țin minte ultima adresare. O bună parte din aceștia și atunci când au o problemă de sănătate preferă să se adreseze direct la medicul specialist, de obicei la o instituție privată.
- Pandemia COVID-19 a influențat diferit adresabilitatea la medic. Pe de o parte unii bolnavi cronici, vârstnici care au probleme de sănătate au menționat că evită adresarea la instituțiile medicale pentru a se proteja de infectarea cu COVID-19, iar pe de altă parte persoanele mai tinere care anterior tratau virozele, infecțiile respiratorii fără a se adresa la medic acum apelează la specialiști fie pentru a preveni complicațiile, fie că acest lucru le este solicitat la locul de muncă.

Accesul la serviciile medicale (2)

Servicii medicale de specialitate

- Consultarea unui specialist de profil sau efectuarea unei investigații medicale sunt disponibile imediat contra cost, dar în baza asigurării obligatorii de asistență medicală există un rând care în unele situații este perceput ca fiind inacceptabil în raport cu starea de sănătate a pacientului.
- Accesul la medicii specialiști este perceput ca fiind dificil (necesitatea biletului de trimitere de la medicul de familie, rândurile de așteptare pentru programare, cozile de la ușile specialiștilor) și în aceste condiții atunci când au nevoie apelează direct la privat.
- Modalitățile de programare la specialist sunt diferite de la o instituție la alta, unii se înscriu la recepția instituției (direct sau prin telefon), alții prin intermediul medicului de familie sau al asistentei medicale, iar alții trebuie să-și facă programarea direct la medicul specialist.

Accesul la serviciile medicale (3)

Tratamentul în staționar

- Provocări de bază:
 - refuzul unor medici de familie de a îndrepta pacienții către instituțiile medicale spitalicești din mun. Chișinău;
 - restricțiile și/sau condițiile legate de COVID-19.
- În general persoanele care au avut experiența spitalizării în ultimul an s-au arătat mulțumite de serviciile oferite în spital. Pacienții sunt cumva obișnuiți să procure medicamente, să ofere „mulțumiri”, iar atunci când li se oferă o parte din medicamente gratuit, când beneficiază de investigații fără a li se solicita plăți informale, se declară satisfăcuți.

Opinii și percepții privind asigurarea obligatorie de asistență medicală

- Asigurarea obligatorie de asistență medicală este percepută ca fiind foarte utilă pentru unii vârstnici și persoane cu maladii cronice.
- Cei mai mulți respondenți asociază în continuare asigurarea obligatorie de asistență medicală cu accesul la medicul de familie și aflarea gratuită în staționar.
- Mărirea contribuției din salariu pentru fondul de asigurări medicale raportată la serviciile de sănătate oferite în baza acesteia este considerată nejustificată.
- Se atestă situații în care persoanele asigurate medical sunt nevoite să plătească serviciile medicale prevăzute de Programul unic lipsei biletelor de trimitere la unele analize, investigații.
- În general persistă percepția că nu te poți baza pe statutul de asigurat medical atât ca acces la serviciile medicale, cât și ca referire la calitatea serviciilor medicale.

Percepții privind asistența medicală limitată în baza asigurării obligatorii de asistență medicală

- ✓ „O garanție pentru ziua de mâine că poți să mergi liber la medicul de familie. În rest, eu nu văd nici o treabă bună în polița asta. Numai accesul la medicul de familie și, cum spun domnii, o îndreptare la medicul specialist și o internare în spital pe 7-10 zile.” (M, 48 ani, producere a materialelor de construcție, 1FG)
- ✓ „Polița e pentru spital, când te duci în spital să te internezi și pe la medicii de familie, dar așa, când te duci la specialiști, ei se uită ce e în poliță. Dacă te duci numai pe poliță, te tratează oleacă mai greu, dar dacă ai în poliță, mai repede merge procesul.” (M, 50 ani, grad de dizabilitate II, 1FG)
- ✓ „Consider că polița doar 20% acoperă, asta sunt 12 zile de spital. Cum a mai spus doamna, toate medicamentele sunt cu plată și în majoritatea cazurilor trebuie să dai mită, pentru că dacă nu dai, nimeni la tine nu se uită și asta nu-i corect.” (M, 33 ani, șomer, grad de dizabilitate III, 3FG)

Solicitarea/oferirea plăților informale pentru a beneficia de servicii medicale

- ✓ *Asigurarea medicală la noi este formală... Practic, pentru niște analize care le faci gratis, niște consultații, în rest, trebuie „să pui” și pe poliță, și sub poliță.” (F, 51 ani, funcționar public, 2FG)*
- ✓ *„S-au deprins să fie mulțumiți, mereu cu ceva mulțumiți, chiar dacă avem polița de asigurare. Eu spun așa cum este. Trebuie să-i pui ceva sub foaie, ceva, trebuie să vadă că-i pui - 50, 100, 200, chiar și aceeași ciocolată sau cu ceva trebuie să te duci.” (F, 34 ani, specialist marketing, 2FG)*
- ✓ *„Cât am umblat 2 luni, peste tot aproape am plătit, în spital nu am stat. Se zice că dacă stai în spital nu plătești numai patul, dar medicamentele trebuie să le cumperi...” (F, 68 ani, pensionară, 3FG)*

Categorii de persoane și maladiile/stările ce necesită asistență medicală din AOAM

- Mai mulți respondenți sunt conștienți că este necesară existența asigurării obligatorii de asistență medicală pentru acoperirea serviciilor medicale destinate copiilor, vârstnicilor, dar și altor categorii de persoane cu maladii cronice, incurabile.
- Categoriile de persoane care pot beneficia de medicamente compensate menționate de majoritatea respondenților se referă la persoanele cu hipertensiune și cele cu diabet zaharat. Au mai fost menționați bolnavii de cancer și cei cu maladii rare.
- Majoritatea respondenților ce au copii procură medicamentele pentru tratamentul acestora. Există două preconcepții de bază privind compensarea medicamentelor pentru copii:
 - *vârsta copiilor*, se consideră că pot beneficia copiii mici (până la vârsta de 3 ani sau după caz 6 ani);
 - faptul că pot beneficia de medicamente compensate doar *copiii din familiile vulnerabile*, stereotip parțial alimentat și de către cadrele medicale.

Drepturile și obligațiile persoanelor asigurate medical

- Populația este puțin informată privind drepturile și responsabilitățile lor ca persoană asigurată;
- În același timp, persoanele intervievate au menționat că în Republica Moldova frecvent cetățenilor li se încalcă drepturile, inclusiv dreptul la sănătate.
- Mai mulți pacienți au relatat că nu se respectă programările la medic și deși ai un interval de timp prestabilit, de fapt poți petrece ore în șir la ușa medicului fără careva explicații.
- De asemenea, erorile medicale reprezintă o provocare, pe de o parte sunt dificil de demonstrat, iar pe de altă parte pacienții nu cunosc unde s-ar putea adresa.

Dreptul la alegerea/schimbarea medicului de familie

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

Garantarea tratamentului de către stat pentru anumite maladii (cancer)

- Respondenții consideră că statul RM comparativ cu alte țări dezvoltate nu îți prea oferă garanții chiar dacă plătești impozite și contribuții, iar acest lucru este valabil și în domeniul sănătății.
- Participanții la studiu consideră că cetățenii RM care suferă de cancer sau o altă maladie/ afecțiune a cărui tratament este asigurat de către stat, pot beneficia de unele servicii medicale, tratamente gratuite, dar cu certitudine nu li se oferă condiții și suport pentru a beneficia de un tratament adecvat pentru care sunt necesare resurse financiare considerabile.
- Majoritatea cetățenilor RM care se află în asemenea situații se bazează pe membrii familiei – *„dacă nu are cine te ajută, mori cu zile”*.

Protecția financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății

- Legea nr.1585/1998 stabilește că asigurarea obligatorie de asistență medicală reprezintă un sistem autonom garantat de stat de protecție financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății prin constituirea, pe principii de solidaritate, din contul primelor de asigurare, a unor fonduri bănești destinate pentru acoperirea cheltuielilor de tratare a stărilor condiționate de survenirea evenimentelor asigurate (maladie sau afecțiune).
- Majoritatea participanților la discuțiile de grup consideră că indiferent de statutul de asigurat sau nu medical nu există o diferență semnificativă (excepție achitarea pat/zi staționar) privind protecția financiară a persoanei/ familiei, iar în momentul în care te îmbolnăvești bugetul familiei este afectat.
- Respondenții consideră că pe lângă plățile informale solicitate în instituțiile medicale sunt și scheme de corupție care și mai mult afectează sustenabilitatea sistemului.

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

- Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală prevede că Guvernul aprobă mecanismul de stabilire a costurilor serviciilor medicale ce au fost acordate persoanelor asigurate peste volumul prevăzut de Programul unic, precum și modul de achitare/încasare a acestor plăți.
- Respondenții nu cunosc aceste prevederi, dat fiind faptul că ei nu cunosc în primul rând care sunt serviciile medicale care sunt acoperite de Programul unic.

Apărarea drepturilor persoanelor asigurate medical

- CNAM care este obligată prin Legea nr,1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală să apere interesele persoanelor asigurate nu este cunoscută ca o instituție la care pacienții ar putea apela în cazul în care li s-ar încălca drepturile de persoană asigurată.
- Persistă ideea că nu are rost să te adresezi la nimeni dacă îți sunt încălcate drepturile pentru că aceasta îți va consuma sănătatea și timpul. Există și îngrijorarea privind consecințele ulterioare – *„puțini se adresează undeva să facă o plângere pe medic, pentru frica de a nu fi tratat cum trebuie pe urmă”*.
- Respondenții consideră că instituțiile statului (CNAM, centrele medicilor de familie, spitalele) nu sunt interesate ca persoanele asigurate să-și cunoască drepturile.

Percepții că necunoașterea drepturilor se reflectă în economisirea unor resurse financiare

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

✓ „Prin asta eu, totuși, cred că statul economisește... Mulți nu cunosc cum, dar și drumul acesta e destul de lung. Având polița, e foarte greu, nu că medicii nu sunt buni, dar e foarte greu ca tu să nimeriști. Eu trebuia să fac o analiză și mi s-a spus: peste o lună sau peste o lună și jumătate.” (M, 27 ani, angajat instituție privată, 2FG)

✓ „Noi suntem proprietari, avem polița în mână, dar noi nu știm ce drepturi avem la ea. Iată asta e problema. Medicii o știu, dar nouă nu ne divulgă toată sistema aceasta...” (F, 52 ani, casă de copii de tip familial, 3FG)

Sugestii privind îmbunătățirea accesului la serviciile medicale a persoanelor asigurate

- Sporirea nivelului de informare a populației privind drepturile persoanelor asigurate medical.
- Garantarea unei game mai largi de medicamente și servicii medicale în baza asigurării medicale. În condițiile în care există percepția că asigurarea medicală oferă doar spitalizarea gratuită pentru câteva zile, nu și tratamentele în regim ambulatoriu și/sau în staționar.
- Promovarea „liniei verde” și oferirea posibilității reclamațiilor anonime. În opinia unor respondenți o parte din pacienți sunt îngrijorați că dacă vor reclama unele comportamente neadecvate, ilegalități din instituțiile medicale vor avea ulterior de suferit.
- Oferirea posibilității de a alege nu doar medicul de familie, dar și medicii specialiști/ instituția medicală.
- Diversificarea tipurilor de asigurări medicale și a serviciilor incluse în raport cu contribuția persoanelor (cu precădere s-a făcut referință la serviciile stomatologice).

Alte recomandări ale respondenților

- Promovarea și efectuarea controalelor profilactice, de prevenire în baza asigurării medicale obligatorii.
- Instituirea unui mecanism funcțional de monitorizare și de sancționare a activității cadrelor medicale, astfel ca medicii să cunoască și consecințele acțiunilor/ inacțiunilor lor.
- Atitudine mai respectuoasă față de pacienți. În toate discuțiile de grup, în diferite contexte, participanții au menționat necesitatea ca pacienții să fie tratați cu respect atunci când se adresează la medic.
- Digitalizarea informațiilor privind pacienții, istoricul medical al acestora.
- Oferirea unor stimulente, oportunități pentru persoanele care contribuie la sistemul de asigurări medicale, dar nu apelează la sistemul public de sănătate, nu beneficiază/ nu au beneficiat de careva servicii.

Concluzii (1)

- ✓ Persoanele asigurate sunt puțin informate despre drepturile pe care le au și încă mai puțin își cunosc responsabilitățile cu toate că sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală funcționează, la nivel național, de 18 ani și pe parcursul acestor ani au existat campanii de informare.
- ✓ Studiul a constatat că persistă ideea că dacă drepturile îți sunt încălcate nu există mecanisme și pârghii funcționale de apărare a acestora. CNAM ca instituție este puțin cunoscută de respondenți și nu este asociată cu faptul că ar putea să apere interesele persoanelor asigurate.
- ✓ Participanții la studiu în mare parte se așteaptă ca medicii de familie să-i informeze privind drepturile și obligațiile acestora în anumite stări/situații de sănătate concrete cu care ei se confruntă.
- ✓ În opinia celor intervievați persoanele asigurate medical nu beneficiază în mod egal/nediscriminatoriu de servicii medicale acoperite de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, fiind avantajate persoanele care oferă plăți suplimentare și cele care au relații/ apelează prin recomandare.

Concluzii (2)

- ✓ În opinia respondenților persoanele din mediul urban comparativ cu cei din rural sunt mai avantajate în accesul la serviciile medicale, selectarea specialiștilor, după caz schimbarea medicului de familie, astfel neîndeplinindu-se prevederile Legii nr.1585/1998 prin care sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală oferă cetățenilor Republicii Moldova posibilități egale în obținerea asistenței medicale oportune și calitative. Pe fonul crizei de specialiști există temeri că nu vor exista medici și astfel pacienții sunt mai toleranți în raport cu profesionalismul și comportamentul acestora.
- ✓ Cei mai mulți respondenți asociază asigurarea medicală cu accesul la medicul de familie și aflarea în staționar, ceea ce, de regulă, ar însemna „*alimentație asigurată și patul gratis în spital*”.
- ✓ Sunt percepții că compensarea medicamentelor se face după criteriul de vulnerabilitate economică, ceea ce relevă existența neajunsurilor în implementarea Legii nr. 1585/1998 prin care sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală trebuie să ofere cetățenilor Republicii Moldova posibilități egale în obținerea asistenței medicale oportune și calitative.

Concluzii (3)

- ✓ Plățile informale din sistemul medical s-au conturat ca un fir roșu pe parcursul tuturor discuțiilor de grup, privind accesul la serviciile medicale, atitudinea cadrelor medicale, tratament etc.
- ✓ Persoanele care își pot permite financiar apelează cu precădere la servicii medicale private. De remarcat că persoanele care s-au tratat în staționar în ultimul an s-au arătat în general mulțumite, chiar dacă unele au trebuit să procure o parte din medicamente, „*să mulțumească*” medicii, aceste experiențe sunt percepute ca fiind firești.
- ✓ Modalitatea în care instituțiile medicale aplică itinerarul pacientului asigurat CNAM cauzează persoanele asigurate să plătească pentru serviciile prevăzute de Programul unic, stimulează plățile informale în sistem, amplificând astfel nemulțumirea acestora. Cea mai mare nedumerire, chiar indignare a pacienților se referă la faptul că același serviciu, consultarea unui specialist de profil sau efectuarea unei investigații medicale sunt disponibile imediat contra cost, dar în baza asigurării obligatorii de asistență medicală există un rând care în unele situații este perceput ca fiind inacceptabil în raport cu starea de sănătate a pacientului.

Vă mulțumim!