

Studiul național privind participarea cetățenilor la luarea deciziilor în sănătate



Prezentul studiu a fost elaborat în cadrul proiectului „Echitate în sănătate prin responsabilizare socială”, implementat de Crucea Roșie din Elveția în parteneriat cu Asociația Obștească „CASMED” și Asociația Obștească „HOMECARE” cu suportul financiar al Guvernului Elveției.

Aducem mulțumiri echipei Coaliției Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice din România, formată din Prof. Dr. Florentina Furtunescu, medic primar sănătate publică, Elena Corina Chiorean, sociolog, Dr. Luminița Vâlcea, expert în comunicare medic-pacient, și Iulian Petre, expert în politici publice pentru suportul oferit la elaborarea studiului.

Colectarea datelor a fost realizată de Ates Research&Consulting.

Conținutul studiului este responsabilitatea exclusivă a Asociației Obștești „CASMED” și nu reflectă în mod necesar opinia Guvernului Elveției sau a organizațiilor partenere.

Cuprins

Rezumat executiv	5
1. Principalele constatări ale studiului	5
2. Ce indică rezultatele pentru sistemul de sănătate	7
3. Recomandări strategice și direcții prioritare de acțiune	8
4. Concluzii	10
Metodologia studiului	11
1. Repere strategice privind participarea la deciziile legate de propria sănătate	13
1.1. Cadru conceptual și terminologie	13
1.2. Cadrul strategic internațional privind implicarea pacienților în decizii privind sănătatea	13
1.3. Cadrul normativ al Republicii Moldova și rolul său în implicarea activă a pacienților în procesul decizional privind sănătatea	15
1.4. Cadrul legislativ în practică	21
1.5. Provocări persistente și recomandări ale CE, OMS și OCDE pentru viitorul participării pacienților în Republica Moldova	23
2. Profilul pacienților – date demografice și de utilizare a serviciilor medicale	24
2.1. Date demografice	24
2.2. Date despre starea de sănătate	27
2.3. Date despre utilizarea serviciilor medicale	32
3. Gradul de conștientizare al pacienților privind drepturile în domeniul sănătății	37
3.1. Gradul de conștientizare al pacienților privind drepturile în domeniul sănătății	37
3.2. Responsabilitățile pacienților – grad de cunoaștere și surse de informare	39
3.3. Informarea despre drepturile pacienților în unitățile medicale	41
3.4. Mecanisme de reacție în cazul încălcării unui drept	44

4. Percepții privind calitatea comunicării cu furnizorii de servicii medicale	45
4.1. Percepții privind comunicarea cu medicul	45
4.2. Percepții privind bariere de comunicare cu personalul medical	48
5. Participarea activă a pacienților la decizii legate de propria sănătate	49
5.1. Percepții și atitudini privind deciziile legate de propria sănătate	49
5.2. Implicarea în luarea deciziei la ultima vizită într-o instituție medicală	53
5.3. Factori favorizanți și bariere în exprimarea opiniei privind serviciile medicale	54
5.4. Cunoașterea și utilizarea instrumentelor de opinie privind serviciile medicale	57
5.5. Interesul pentru aderarea la asociațiile de pacienți	60
6. Factori culturali asociați participării la procesul decizional în sănătate	67
6.1. Perspectiva pacienților privind participarea la procesul decizional în sănătate	67
6.2. Perspectiva reprezentanților unor organizații neguvernamentale/asociații de pacienți privind participarea la procesul decizional în sănătate	72
6.3. Perspectiva instituțională privind participarea la procesul decizional în sănătate	77
7. Percepțiile instituțiilor cheie privind participarea pacienților și bariere	82
8. Concluzii și recomandări generale	84
8.1. Sumarul rezultatelor studiului cantitativ	84
8.2. Concluzii	88
8.3. Recomandări	91
Referințe bibliografice	94

Rezumat executiv

Prezentul studiu analizează nivelul de cunoaștere, atitudinile și practicile cetățenilor din Republica Moldova privind participarea la deciziile legate de propria sănătate, relația cu personalul medical, utilizarea mecanismelor de exprimare a opiniei și cunoașterea formelor de reprezentare colectivă a pacienților. Cercetarea urmărește să evidențieze în ce măsură drepturile recunoscute prin legislație sunt cunoscute și exercitate în practică, precum și factorii care facilitează sau limitează participarea activă a pacienților în sistemul de sănătate.

Studiul arată că Republica Moldova dispune de un cadru legal care recunoaște drepturile pacientului și participarea acestuia la luarea deciziilor privind sănătatea. Totuși, între dreptul prevăzut de lege și experiența concretă a pacientului există încă o ruptură vizibilă. Participarea pacientului rămâne adesea mai degrabă declarată decât practică consecvent. Oamenii cunosc parțial drepturile, utilizează rar mecanismele de feedback și nu au întotdeauna încredere că opinia lor poate produce schimbări reale.

Cercetarea a fost realizată printr-o abordare mixtă, care a inclus analiza documentară, un sondaj cantitativ și cercetarea calitativă. Componenta cantitativă a cuprins 2.001 respondenți adulți din Republica Moldova, iar componenta calitativă a inclus 9 focus-grupuri cu pacienți, reprezentanți ai societății civile și profesioniști din domeniu, precum și 8 interviuri semistructurate cu factori de decizie și reprezentanți ai instituțiilor. Datele oferă o imagine amplă asupra modului în care pacienții înțeleg, utilizează și experimentează dreptul de a participa la deciziile privind propria sănătate.

1. Principalele constatări ale studiului

Cunoașterea drepturilor și responsabilităților pacienților

Rezultatele cercetării evidențiază faptul că drepturile pacienților sunt cunoscute mai degrabă declarativ decât practic. Doar 16,8% dintre respondenți afirmă că își cunosc foarte bine drepturile, în timp ce 60,8% declară că le cunosc doar în linii generale sau că au auzit despre acestea, fără a ști exact ce includ și cum pot fi exercitate.

Nivelul de cunoaștere este mai ridicat în rândul femeilor, al persoanelor tinere și al locuitorilor din mediul urban. În același timp, instituțiile medicale nu funcționează încă suficient ca spații de informare pentru pacienți: numai 32,2% dintre respondenți afirmă că au fost informați despre drepturile lor de către personalul medical. Rezultate similare sunt înregistrate și în ceea ce privește cunoașterea responsabilităților pacientului.

Aceste constatări arată că informarea nu este suficient de clară, constantă și accesibilă. Pacientul nu poate participa real la luarea deciziilor dacă nu înțelege ce drepturi are, ce opțiuni există și unde se poate adresa atunci când consideră că un drept i-a fost încălcat. Prin urmare, consolidarea informării și a alfabetizării în sănătate trebuie să reprezinte o componentă esențială a calității serviciilor medicale, nu doar o obligație formală.

Participarea la deciziile privind propria sănătate și relația medic-pacient

Mai mult de jumătate dintre respondenți (52,7%) declară că participă activ, împreună cu medicul, la luarea deciziilor privind propria sănătate și îngrijirea medicală. Cu toate acestea, peste jumătate consideră că deciziile medicale ar trebui lăsate exclusiv medicului.

Această aparentă contradicție evidențiază o tensiune între acceptarea declarativă a participării și practicile efective din relația medic-pacient, care rămâne, în multe situații, marcată de o abordare paternalistă. Obșnuința de a nu adresa întrebări, teama de a nu deranja personalul medical și percepția că medicul trebuie să decidă singur limitează implicarea activă a pacientului.

Comunicarea cu personalul medical reprezintă una dintre dimensiunile sensibile ale calității serviciilor de sănătate. Deși majoritatea respondenților afirmă că au primit explicații pe înțelesul lor, o parte importantă fie nu a beneficiat de suficiente informații, fie nu le-a înțeles pe deplin. Această situație depășește problema comunicării și afectează exercitarea consimțământului informat, siguranța pacientului și calitatea actului medical.

Respondenții identifică trei factori principali care ar favoriza o participare mai activă la deciziile privind propria sănătate: accesul la informații clare și accesibile despre diagnostic și opțiunile de tratament (71,2%), alocarea unui timp mai mare pentru consultații (66,1%) și accesul la materiale educaționale și oportunități de discuții cu alți pacienți (59,1%).

Rezultatele evidențiază necesitatea modernizării relației medic–pacient, prin trecerea de la un model predominant paternalist la unul bazat pe parteneriat, comunicare empatică, încredere și luarea deciziilor în comun.

Participarea pacienților și utilizarea mecanismelor de feedback

Deși 94,6% dintre respondenți declară că cunosc cel puțin un instrument de exprimare a opiniilor privind serviciile medicale, precum Linia Verde a Ministerului Sănătății, Linia fierbinte a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (CNAM), petițiile sau chestionarele de satisfacție, doar 23,3% au utilizat vreodată un astfel de mecanism.

Cea mai frecventă modalitate de exprimare a opiniilor este discuția directă cu administrația instituției medicale (8% din totalul respondenților), urmată de utilizarea Liniei Verzi (7%) și a Liniei fierbinți CNAM (4%). Totodată, 44,4% dintre respondenți afirmă că nu și-au exprimat niciodată opinia despre serviciile medicale primite.

Aceste date evidențiază un decalaj semnificativ între cunoașterea instrumentelor de feedback și utilizarea lor efectivă. Problema nu constă doar în existența sau accesibilitatea canalelor de exprimare a opiniei, ci și în nivelul redus de încredere că feedbackul transmis este analizat, produce consecințe și contribuie la îmbunătățirea serviciilor medicale.

În lipsa unei legături vizibile între opiniile exprimate de pacienți și măsurile întreprinse de instituții, mecanismele de feedback riscă să fie percepute ca simple formalități administrative. Prin urmare, colectarea experienței pacientului trebuie însoțită de analizarea sistematică a informațiilor, identificarea problemelor recurente, comunicarea măsurilor corective și utilizarea rezultatelor în managementul calității serviciilor.

Cunoașterea și interacțiunea cu asociațiile de pacienți

Formele colective de reprezentare a pacienților sunt foarte puțin cunoscute. Doar 13% dintre respondenți au auzit despre existența unor asociații de pacienți, iar numai 4% au interacționat efectiv cu astfel de organizații. Reprezentarea colectivă a pacienților rămâne, astfel, slabă, fragmentată și insuficient vizibilă pentru populație.

Analiza cantitativă nu evidențiază diferențe semnificative statistic în funcție de gen, regiune sau statutul de asigurare, deși respondenții mai tineri par ușor mai informați. În schimb, rezultatele cercetării calitative sugerează diferențe regionale privind disponibilitatea pentru asociere. În regiunea de Nord se manifestă un interes mai pronunțat pentru participarea în organizații de pacienți, în timp ce în Sud interesul este foarte redus, pacienții concentrându-se preponderent pe relația individuală cu medicul.

Principalele surse de informare despre asociațiile de pacienți sunt rețelele sociale (28%), alți pacienți (27%), mass-media (23%) și platformele online de sănătate (21%).

Aceste constatări evidențiază necesitatea creșterii vizibilității organizațiilor de pacienți, a promovării rolului acestora în apărarea drepturilor și reprezentarea intereselor colective, precum și a consolidării legăturilor dintre organizații, instituțiile medicale și comunități.

Interesul pentru aderarea la asociațiile de pacienți și barierele identificate

În pofida nivelului redus de informare și interacțiune cu organizațiile de pacienți, 37% dintre respondenți declară că ar fi interesați să adere la o astfel de asociație.

Principalele motivații sunt accesul la informații și sprijin specializat (85,3%), posibilitatea de a ajuta alți pacienți (80,7%) și dorința de a contribui la îmbunătățirea sistemului de sănătate (79,7%).

În rândul persoanelor care nu manifestă interes pentru aderare, principalele bariere sunt lipsa timpului (51%), lipsa de interes (27%), informarea insuficientă (19%), neîncrederea în astfel de inițiative (11%) și disconfortul asociat discutării problemelor de sănătate (10%).

Rezultatele indică existența unui potențial de dezvoltare a mișcării asociative a pacienților, însă valorificarea acestuia presupune intervenții graduale, adaptate nivelului actual de informare, încredere și disponibilitate pentru implicare. Consolidarea reprezentării colective trebuie să pornească de la nevoile concrete ale pacienților și să creeze oportunități accesibile de participare, sprijin reciproc și influențare a deciziilor privind serviciile de sănătate.

Percepția asupra rolului autorităților

Respondenții consideră că autoritățile din domeniul sănătății trebuie să joace un rol activ în susținerea și dezvoltarea organizațiilor de pacienți. Principalele forme de sprijin menționate sunt asistența financiară (57%), dezvoltarea parteneriatelor cu instituțiile medicale (36%), organizarea activităților de formare și instruire pentru membrii activi (33%) și recunoașterea legală a acestor organizații (31%).

Aceste rezultate indică necesitatea dezvoltării unor mecanisme instituționale de susținere a participării organizate a pacienților, inclusiv prin implicarea reprezentanților acestora în procesele de consultare, evaluare, acreditare și elaborare a politicilor publice din domeniul sănătății.

2. Ce indică rezultatele pentru sistemul de sănătate

Constatările studiului arată că participarea pacientului nu poate fi redusă la existența unor prevederi legale sau la posibilitatea de a depune o plângere. Participarea reală presupune informare clară și accesibilă, încredere, timp pentru dialog, personal medical pregătit să comunice eficient și mecanisme funcționale prin care opinia pacientului este colectată, analizată și utilizată în procesul decizional.

O problemă suplimentară o reprezintă nevoile nesatisfăcute de servicii medicale. Peste 42% dintre respondenți au declarat că, în ultimele 12 luni, au avut nevoie de un serviciu medical pe care nu l-au putut accesa. Printre principalele motive invocate se regăsesc dificultățile financiare, timpul îndelungat de așteptare, lipsa medicilor specialiști, accesul dificil la servicii, procedurile complicate de programare și neîncrederea că vor primi ajutorul necesar.

Aceste bariere afectează nu doar accesul la îngrijiri medicale, ci și capacitatea pacienților de a participa activ la deciziile privind propria sănătate. În absența accesului efectiv la servicii, dreptul la informare, alegere și participare riscă să rămână limitat în practică.

Studiul evidențiază, de asemenea, necesitatea unor măsuri adaptate pentru grupurile vulnerabile, inclusiv persoanele vârstnice, persoanele cu boli cronice, persoanele cu dizabilități, persoanele cu venituri reduse și locuitorii din mediul rural. Pentru aceste categorii, participarea nu presupune doar acces la informații, ci și sprijin concret pentru înțelegerea explicațiilor medicale, orientarea în sistemul de sănătate, formularea întrebărilor și exprimarea opiniilor fără teamă.

În acest context, modernizarea sistemului de sănătate trebuie să urmărească nu doar dezvoltarea infrastructurii și îmbunătățirea accesului la servicii, ci și consolidarea capacității pacienților de a-și exercita drepturile, de a participa la luarea deciziilor și de a contribui la evaluarea calității îngrijirilor primite.

3. Recomandări strategice și direcții prioritare de acțiune

Transformarea participării pacienților dintr-un principiu recunoscut legislativ într-o practică obișnuită necesită o schimbare de paradigmă: de la un sistem centrat predominant pe instituții la îngrijiri centrate pe oameni și de la paternalism medical la parteneriat și luare de decizii partajată. Această schimbare presupune intervenții coordonate la nivelul autorităților, instituțiilor medicale, organizațiilor societății civile și populației.

La nivelul autorităților publice

O recomandare strategică centrală vizează instituirea unui Oficiu Național pentru Drepturile Pacienților, inspirat din experiențele Poloniei și ale țărilor nordice. Acesta ar trebui să funcționeze independent, să dispună de autoritate efectivă și personal calificat și să aibă atribuții privind consilierea juridică a pacienților, centralizarea plângerilor, monitorizarea termenelor de răspuns, standardizarea comunicării instituționale și publicarea unui raport anual privind încălcările drepturilor pacienților.

În paralel, se recomandă consolidarea medicinei de familie prin extinderea atribuțiilor și autonomiei profesionale, introducerea stimulentei pentru prevenție, reducerea birocrăției, accelerarea digitalizării, dezvoltarea echipelor comunitare multidisciplinare și implementarea unor măsuri specifice pentru îmbunătățirea accesului în mediul rural. Aceste măsuri ar trebui completate prin organizarea periodică a deplasărilor specialiștilor și creșterea timpului alocat consultațiilor.

O altă direcție prioritară o constituie instituirea unui sistem național obligatoriu de colectare a feedbackului după fiecare contact medical, în asistența medicală primară, spitalicească și de urgență. Acesta ar putea utiliza SMS-uri, e-mailuri, instrumente digitale sau chestionare disponibile în instituțiile medicale, cu respectarea confidențialității și asigurarea accesibilității pentru diferite categorii de pacienți.

Colectarea feedbackului trebuie însoțită de analiza sistematică a datelor, raportarea publică periodică a rezultatelor și integrarea acestora în evaluările instituționale și profesionale. Experiența pacientului ar trebui să devină un indicator-cheie de performanță, în concordanță cu practicile OCDE, inclusiv prin elaborarea și publicarea anuală a raportului „Experiența pacientului în Republica Moldova”.

În acest sens, se recomandă inițierea unui dialog formal cu OCDE pentru accesarea expertizei privind măsurarea experienței pacienților prin inițiativa PaRIS și consolidarea asistenței medicale primare.

Totodată, se propune actualizarea Legii privind drepturile pacientului, astfel încât aceasta să reglementeze explicit luarea deciziilor partajate, să clarifice prevederile referitoare la consimțământul informat și să consolideze mecanismele de protecție și aplicare efectivă a drepturilor.

La nivelul instituțiilor medicale

Informarea pacientului trebuie tratată ca parte integrantă a calității serviciilor medicale, nu ca o simplă formalitate administrativă. Fiecare instituție medicală ar trebui să ofere informații clare, vizibile și accesibile privind drepturile și responsabilitățile pacienților, modalitățile de depunere a plângerilor și canalele disponibile pentru exprimarea opiniilor.

Aceste informații trebuie adaptate necesităților persoanelor vârstnice, persoanelor cu dizabilități, pacienților cu nivel redus de alfabetizare în sănătate și celor care întâmpină dificultăți în utilizarea instrumentelor digitale.

Comunicarea medic-pacient trebuie consolidată ca element central al siguranței și calității actului medical. Pacienții trebuie să primească explicații clare privind diagnosticul, investigațiile, tratamentul, riscurile, alternativele disponibile și pașii următori. În acest sens, se recomandă organizarea instruirilor pentru personalul medical în domeniul comunicării empatică, interacțiunii cu pacienții vulnerabili, respectării drepturilor și luării deciziilor în comun.

De asemenea, este necesară reducerea barierelor care afectează calitatea dialogului, inclusiv timpul limitat al consultațiilor, presiunea administrativă asupra personalului medical și lipsa unor practici standardizate de comunicare.

Instituțiile medicale trebuie să asigure funcționalitatea mecanismelor de feedback, astfel încât pacienții să poată observa legătura dintre opiniile exprimate și schimbările realizate. Nu este suficientă simpla colectare a feedbackului; este necesară identificarea problemelor recurente, adoptarea măsurilor corective și comunicarea periodică a rezultatelor către pacienți.

Totodată, se recomandă crearea sau consolidarea comitetelor de etică, cu includerea reprezentanților organizațiilor de pacienți, pentru a facilita participarea acestora la monitorizarea respectării drepturilor și la îmbunătățirea calității îngrijirilor medicale.

La nivelul organizațiilor societății civile

Studiul recomandă consolidarea reprezentării colective a pacienților prin dezvoltarea asociațiilor de pacienți, a grupurilor comunitare și a organizațiilor neguvernamentale active în domeniul sănătății. Aceste structuri pot avea un rol important în informarea și sprijinirea pacienților, colectarea experiențelor individuale, identificarea problemelor sistemice și formularea de propuneri pentru îmbunătățirea politicilor și serviciilor medicale.

O direcție strategică o reprezintă constituirea unei coaliții naționale a organizațiilor de pacienți, care să contribuie la monitorizarea respectării drepturilor, documentarea și raportarea încălcărilor, promovarea transparenței și consolidarea dialogului dintre pacienți, instituții și autorități.

Se recomandă, de asemenea, desfășurarea unor activități de educație civică și alfabetizare în sănătate, inclusiv în parteneriat cu Avocatul Poporului, prin inițiative precum „Caravana Drepturilor”, care să faciliteze accesul la informații și sprijin pentru pacienții din diferite comunități.

Dezvoltarea sectorului asociativ presupune asigurarea finanțării multianuale, consolidarea capacităților organizaționale și includerea formală a reprezentanților societății civile în procesele de acreditare, evaluare și elaborare a politicilor publice.

În același timp, dezvoltarea acestor forme de participare trebuie realizată gradual și realist, ținând cont de nivelul redus de informare și încredere al populației în organizațiile de pacienți și de diferențele regionale privind disponibilitatea pentru implicare.

La nivelul populației și al comunităților

O direcție prioritară este desfășurarea unei campanii naționale de informare și educare privind drepturile și responsabilitățile pacienților, care să contribuie la creșterea nivelului de alfabetizare în sănătate și la dezvoltarea unei culturi a participării active.

Campania ar trebui însoțită de elaborarea și distribuirea unui Ghid al Drepturilor Pacientului, în format tipărit și digital, în toate instituțiile medicale. Acesta trebuie să ofere explicații practice privind drepturile pacienților, recunoașterea situațiilor de încălcare a acestora, modalitățile de depunere a plângerilor și mecanismele disponibile pentru solicitarea sprijinului.

Materialele și activitățile de informare trebuie adaptate diferitelor niveluri de alfabetizare în sănătate și necesităților grupurilor vulnerabile, inclusiv persoanelor vârstnice, persoanelor cu dizabilități, celor cu venituri reduse și locuitorilor din mediul rural.

În paralel, pacienții trebuie încurajați să adreseze întrebări, să solicite explicații suplimentare despre diagnostic și tratament, să își exprime opiniile privind serviciile medicale primite și să participe activ la deciziile care le influențează sănătatea.

Promovarea participării trebuie să depășească nivelul informării individuale și să includă dezvoltarea unor inițiative comunitare, grupuri de sprijin și oportunități de dialog între pacienți, profesioniștii din sănătate și organizațiile societății civile.

4. Concluzii

Studiul confirmă existența unei distanțe semnificative între cadrul legislativ care recunoaște drepturile pacientului și aplicarea acestora în practica de zi cu zi. Deși pacienții sunt recunoscuți legal ca participanți la luarea deciziilor privind propria sănătate, exercitarea efectivă a acestui rol este limitată de informarea insuficientă, comunicarea inegală cu personalul medical, accesul dificil la anumite servicii, utilizarea redusă a mecanismelor de feedback și reprezentarea colectivă slab dezvoltată.

Constatările evidențiază faptul că participarea pacientului nu poate fi asigurată exclusiv prin reglementări legislative sau prin existența unor instrumente formale de exprimare a opiniilor. Aceasta necesită condiții concrete care să permită pacienților să își cunoască și să își exercite drepturile, să înțeleagă informațiile medicale, să participe la decizii, să aibă acces la servicii și să beneficieze de mecanisme de feedback care generează schimbări vizibile.

Modernizarea relației medic–pacient, consolidarea medicinei de familie, îmbunătățirea nivelului de alfabetizare în sănătate, instituirea unor mecanisme eficiente de protecție a drepturilor, profesionalizarea organizațiilor de pacienți și valorificarea experienței pacientului în managementul calității reprezintă componente interdependente ale unei reforme orientate spre responsabilizare socială, transparență și îngrijiri centrate pe oameni.

Trecerea de la participarea declarativă la participarea reală presupune transformarea experienței pacientului într-o sursă constantă de informare, evaluare și fundamentare a deciziilor din sistemul de sănătate. Fără acțiuni coordonate la nivelul autorităților, instituțiilor medicale, organizațiilor societății civile și comunităților, drepturile pacientului vor continua să fie cunoscute parțial, exercitate inegal și insuficient valorificate ca instrument pentru îmbunătățirea serviciilor medicale.

Metodologia studiului

Prezentul studiu a fost realizat în cadrul proiectului „Echitate în sănătate prin responsabilizare socială”, implementat de Crucea Roșie Elvețiană, în parteneriat cu Asociația Obștească „CASMED” și Asociația Obștească „HOMECARE”.

Studiul a avut drept scop analiza nivelului de cunoaștere, a atitudinilor și a practicilor cetățenilor din Republica Moldova privind participarea la deciziile legate de propria sănătate. Cercetarea a urmărit să surprindă modul în care pacienții își cunosc drepturile, comunică cu personalul medical, se implică în decizii, folosesc mecanismele de exprimare a opiniei și percep rolul formelor colective de reprezentare a pacienților.

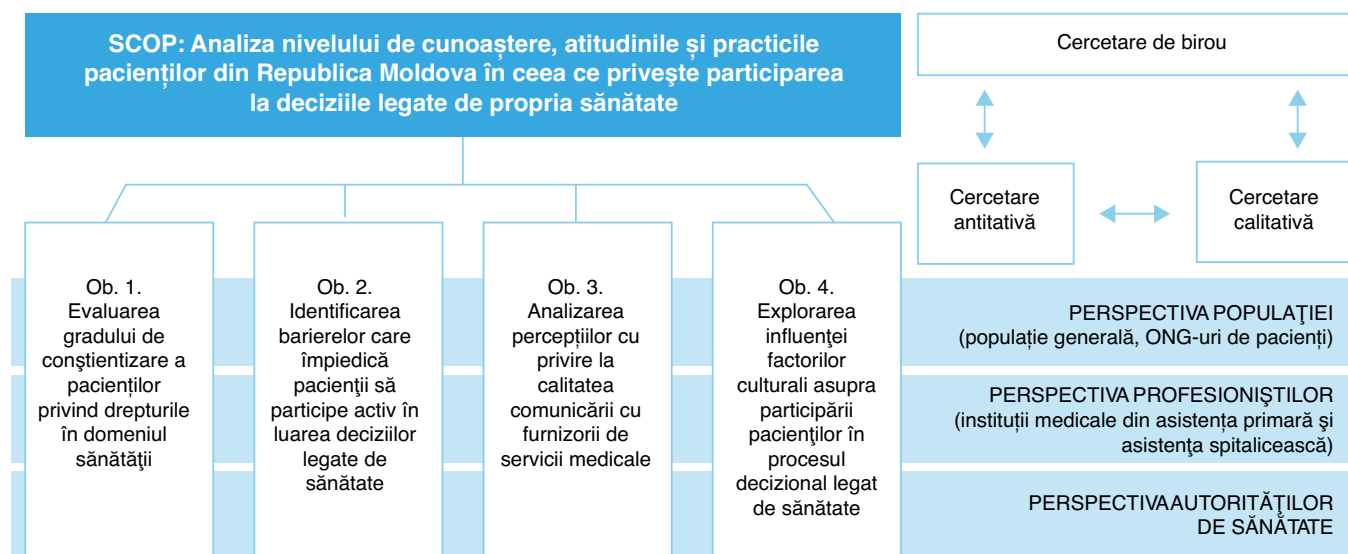
Cercetarea a utilizat o abordare mixtă, combinând analiza documentară, cercetarea cantitativă și cercetarea calitativă. Această abordare a permis examinarea fenomenului din mai multe perspective: perspectiva populației generale, perspectiva pacienților și a reprezentanților societății civile, perspectiva profesioniștilor din sănătate și perspectiva instituțiilor relevante.

Analiza documentară a inclus examinarea cadrului conceptual, strategic și normativ privind participarea pacienților la deciziile legate de sănătate. Au fost analizate documente internaționale relevante, cadrul legislativ și normativ al Republicii Moldova, precum și surse care descriu aplicarea practică a drepturilor pacientului și a mecanismelor de participare.

Componenta cantitativă a constatat în aplicarea unui chestionar pe un eșantion de 2.001 de persoane adulte din Republica Moldova. Respondenții au fost persoane cu vârsta de 18 ani și peste, care au accesat servicii medicale în ultimele 12 luni. Chestionarul a fost aplicat prin metoda CATI pentru 1.501 respondenți și față în față pentru 500 respondenți. Instrumentul de cercetare a inclus întrebări privind profilul socio-demografic, starea de sănătate, utilizarea serviciilor medicale, cunoașterea drepturilor și responsabilităților pacientului, comunicarea cu personalul medical, implicarea în deciziile privind propria sănătate, utilizarea mecanismelor de feedback și cunoașterea asociațiilor de pacienți.

Componenta calitativă a inclus 9 focus-grupuri cu pacienți, reprezentanți ai organizațiilor neguvernamentale și profesioniști din domeniul sănătății, precum și 8 interviuri semi-structurate cu factori de decizie și cu reprezentanți ai instituțiilor. Această componentă a permis aprofundarea rezultatelor cantitative și înțelegerea unor aspecte care nu pot fi surprinse suficient prin chestionar: bariere culturale, neîncredere, teama de a întreba, experiențe negative, relația cu medicul, percepțiile privind sistemele public și privat, precum și rolul organizațiilor societății civile.

Fig. 1. Conceptul studiului



În prezentul studiu, participarea pacientului este analizată pe patru niveluri complementare. Primul nivel este cel al pacientului informat, care își cunoaște drepturile și înțelege informațiile despre diagnostic, tratament și serviciile disponibile. Al doilea nivel este cel al pacientului implicat, care pune întrebări, solicită clarificări și participă, împreună cu medicul, la luarea deciziilor privind propria sănătate. Al treilea nivel este cel al pacientului care oferă feedback, prin exprimarea opiniei, aprecierea serviciilor, depunerea unei plângeri sau formularea de propuneri. Al patrulea nivel este cel al pacientului reprezentat colectiv, prin grupuri, asociații, consultări publice sau alte forme de participare la elaborarea și monitorizarea politicilor de sănătate.

Această distincție este importantă deoarece participarea pacientului nu este un fenomen unic și nu se exprimă în același mod în toate situațiile. Un pacient poate avea încredere în medic, dar să nu își cunoască drepturile. Poate declara că a fost implicat în decizie, dar să considere, în același timp, că medicul trebuie să decidă singur. Poate cunoaște un canal de feedback, dar să nu-l folosească niciodată. Analiza pe aceste niveluri permite o înțelegere mai clară a rupturilor dintre cadrul legal, percepțiile pacienților și practicile reale din sistem.

Rezultatele studiului trebuie interpretate ținând cont de structura eșantionului și de caracterul declarativ al răspunsurilor. Percepțiile respondenților reflectă experiențele și înțelegerile acestora la momentul cercetării, dar nu substituie evaluările clinice, auditul instituțional sau analiza administrativă a calității serviciilor. Totodată, datele oferă o bază importantă pentru înțelegerea modului în care pacienții percep relația cu sistemul medical și pentru fundamentarea unor intervenții orientate spre informare, comunicare, feedback și responsabilizare.

Repere strategice privind participarea la deciziile legate de propria sănătate

1.1. Cadru conceptual și terminologie

Participarea pacientului în procesul decizional din domeniul sănătății a devenit un pilon fundamental al sistemelor de sănătate moderne, centrate pe nevoile individului. Această paradigmă presupune implicarea activă a pacienților în deciziile legate de propria sănătate, fie la nivel individual – în relația cu profesioniștii din sănătate, fie la nivel colectiv – în procesele de formulare a politicilor publice.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește participarea socială în sănătate ca fiind procesul prin care indivizii, comunitățile și societatea civilă sunt împuterniciți să contribuie la luarea deciziilor cu impact în domeniul sănătății, cu accent pe incluziune, echitate și rezolvarea conflictelor de interese (OMS, 2023).

Această viziune extinsă asupra participării se leagă de conceptul de guvernare participativă în sănătate, care presupune atât consultarea pacienților, cât și instituirea unor mecanisme durabile prin care aceștia să influențeze activ politicile, practicile și resursele din sănătate. Participarea pacientului devine astfel nu doar o expresie a drepturilor fundamentale, ci și un mijloc eficient de a spori calitatea serviciilor, eficiența sistemului și încrederea în instituțiile publice (OCDE, 2019; OMS, 2023).

1.2. Cadrul strategic internațional privind implicarea pacienților în decizii privind sănătatea

OMS a susținut constant participarea pacienților în procesul decizional din domeniul sănătății printr-o serie de rezoluții care au culminat cu Rezoluția WHA77.2 (2024) „Participarea socială pentru acoperire universală cu sănătate, asigurarea sănătății și a stării de bine”, prin care statele sunt îndemnate să: i) își consolideze capacitățile din sectorul public pentru conceperea și implementarea unei participări sociale semnificative, echitabile, diverse și incluzive, cu accent pe promovarea vocilor tuturor celor aflați în situații vulnerabile și/sau marginalizate; ii) se asigure că participarea socială influențează procesul decizional în domeniul sănătății pe tot parcursul ciclului de politici publice și la toate nivelurile sistemului de sănătate; iii) implementeze mecanisme de menținere a unei participări sociale regulate și transparente; iv) aloce resurse adecvate și durabile din sectorul public în sprijinul participării sociale eficiente; v) faciliteze consolidarea capacităților societății civile privind participare socială și vi) să sprijine cercetarea, implementarea de proiecte pilot și monitorizarea și evaluarea participării sociale.

Totodată, OMS își asumă angajamentul de a raporta implementarea acestei rezoluții în anii 2026, 2028 și 2030. Considerăm că cercetarea de față contribuie la toate punctele din Rezoluția OMS, iar rezultatele obținute pot constitui o bază reală și valoroasă pentru evaluarea progresului obținut în participarea socială la deciziile privind sănătatea în anii viitori.

În Notele tehnice, OMS se subliniază că participarea socială în decizii privind sănătatea susține progresul echitabil către acoperirea universală cu sănătate, dezvoltă încrederea și capacitatea de răspuns a sistemelor de sănătate și promovează responsabilitatea (Fig. 1.1).

Fig. 1.1. Argumente pentru participarea socială în decizii privind sănătatea



Sursa: Adaptat după OMS

Totodată, se subliniază prioritățile de acțiune care ar trebui adoptate de către state pentru a instituționaliza o participare socială relevantă (Fig. 1.2).

Fig. 1.2. Priorități de acțiune pentru participarea socială în decizii privind sănătatea

PARTICIPAREA SOCIALĂ ÎN SĂNĂTATE	
—	Consolidarea capacităților guvernamentale de a planifica și implementa participarea socială
—	Reprezentare echitabilă, diversă, incluzivă
—	Informare a procesului de luare a deciziilor privind sănătatea pe tot parcursul ciclului de politici
—	Sistematizarea și menținerea participării sociale regulate, inclusiv printr-un cadru de reglementare coerent și funcțional
—	Resurse financiare adecvate, stabile și predictibile
—	Facilitarea consolidării capacităților și a resurselor financiare pentru societatea civilă
—	Monitorizarea sistematică a datelor de participare, pentru a evalua procesele participative și impactul acestora asupra deciziilor luate

Sursa: Adaptat după OMS

Tratatul Uniunii Europene prevede la art. 3(3) combaterea excluziunii sociale și a discriminării, promovarea protecției și justiției sociale, un nivel ridicat de educație, formare profesională și protecție a sănătății umane, implicit prin participare socială. De asemenea, Pilarul European al Drepturilor Sociale vizează o Europa socială puternică, incluzivă, care asigură oportunități pentru toți cetățenii și prevede dreptul fiecăruia la îngrijiri de sănătate de calitate bună și pe care să și le permită. Nu în ultimul rând, art. 10 din Convenția Oviedo (Convenția drepturilor omului și a biomedicinii) prevede că orice persoană are dreptul să i se respecte viața privată în relație cu informațiile despre starea de sănătate, precum și să cunoască orice informație colectată despre sănătatea sa.

Recunoscând faptul că un sistem de sănătate care valorizează participarea pacientului trebuie să dispună de instrumente care să permită măsurarea efectivă a acesteia, Comisia Europeană a finanțat Inițiativa PaRIS (Patient-Reported Indicator Surveys), dezvoltată de OCDE. Această inițiativă oferă un cadru valoros în acest sens, prin colectarea sistematică a datelor privind experiența și rezultatele raportate direct de pacienți (OCDE, 2019).

PaRIS urmărește să îmbunătățească înțelegerea interacțiunii pacienților cu sistemele de sănătate, în special pentru persoanele cu boli cronice care utilizează frecvent servicii de asistență medicală primară. Studiul are două dimensiuni esențiale: PREMs (Patient-Reported Experience Measures), care captează modul în care pacienții percep calitatea interacțiunii cu sistemul; și PROMs (Patient-Reported Outcome Measures), care reflectă rezultatele percepute ale îngrijirii asupra calității vieții (OCDE, 2019).

Potrivit rezultatelor preliminare ale ediției din 2024 a studiului, 75% dintre respondenți, din cele 20 de țări participante, își evaluează starea de sănătate ca fiind bună sau foarte bună. Totuși, acest procent scade dramatic în cazul persoanelor cu multiple afecțiuni cronice – sub 50% pentru cei cu trei sau mai multe boli (OCDE, 2024). În același timp, 78% dintre respondenți declară că au încredere în medicul de familie, iar această încredere este mai puternică în cazul pacienților cu relații de lungă durată cu același furnizor de servicii.

Un alt indicator relevant este nivelul de auto-eficacitate perceput: peste 40% dintre pacienții cronici afirmă că nu se simt încrezători în capacitatea lor de a-și gestiona sănătatea. Acest sentiment este influențat puternic de nivelul de educație, ceea ce evidențiază rolul alfabetizării în sănătate în procesul de participare (OCDE, 2024).

Instrumentele PaRIS oferă o oglindă fidelă a modului în care sistemele de sănătate răspund nevoilor pacienților și permit monitorizarea progresului în direcția unui sistem centrat pe persoană. Integrarea acestor instrumente în practica sistemului de sănătate din Republica Moldova ar reprezenta un pas major spre instituționalizarea participării pacientului, atât în plan individual, cât și colectiv.

1.3. Cadrul normativ al Republicii Moldova și rolul său în implicarea activă a pacienților în procesul decizional privind sănătatea

Participarea pacienților în procesul decizional în sănătate în Republica Moldova își are bazele în legislația națională, ca și în modul de aplicare a acesteia. Organizarea sistemului de sănătate, maniera în care autoritățile transpun legislația în practică, precum și modul în care prevederile legate de participarea pacienților sunt respectate influențează gradul de implicare al pacienților în procesul decizional. În această secțiune, vom aborda aspectele legislative ale sistemului de sănătate din Republica Moldova, focalizându-ne pe acele prevederi care favorizează sau împiedică participarea pacienților în procesul decizional. În partea a doua a acestui raport vom prezenta concluziile unui demers de cercetare în teren care a examinat modul de implementare a cadrului legislativ, concentrându-ne pe măsura în care legislația se reflectă în realitatea sistemului de sănătate.

În contextul Republicii Moldova, analiza participării pacientului capătă o semnificație aparte, având în vedere tranziția de la un sistem de sănătate rigid și paternalist, specific modelului Semashko, către unul bazat pe autonomie, transparență și responsabilitate. Studiile recente, alături de date statistice și cadre normative, permit o evaluare critică a progreselor și provocărilor înregistrate în acest domeniu.

Evoluția participării pacientului în Republica Moldova: de la pasivitate instituțională la premise legale

În perioada post-sovietică, Republica Moldova a inițiat un proces gradual de reformă a sistemului de sănătate, orientat spre creșterea implicării pacienților. Potrivit raportului Organizației Mondiale a Sănătății (OMS, 1996), reformele anilor '90 au marcat o ruptură față de modelul centralizat sovietic, în care pacienții erau repartizați automat medicilor în funcție de domiciliu, fără nicio posibilitate reală de alegere. Prin introducerea finanțării per capita și promovarea medicinei de familie, s-a urmărit instituirea unui sistem în care pacientul să poată alege liber medicul de familie, consolidându-se astfel un element esențial al participării în luarea deciziilor privind propria îngrijire (OMS, 1996).

Aceste măsuri au fost însoțite de tentative de implicare a societății civile în procesele de guvernare în sănătate. Ministerul Sănătății a încurajat dezvoltarea de ONG-uri și asociații ale pacienților, precum cele ale persoanelor aflate în tratament de dializă sau transplant, oferindu-le spațiu de exprimare în consultările publice privind politicile de sănătate (OMS, 1996). Deși aceste forme de participare erau încă incipiente și dependente de sprijin instituțional, ele au reprezentat un pas important spre democratizarea sistemului de sănătate.

Pe plan legislativ, Constituția Republicii Moldova garantează dreptul fundamental la ocrotirea sănătății, obligând statul să creeze condițiile necesare pentru acces. Practic, este inclus dreptul fiecărui cetățean la un pachet minim de îngrijiri medicale gratuite, independent de statutul socio-economic (OMS, 1996). Această prevedere, deși nu se traduce automat în participare activă, constituie un fundament pentru extinderea drepturilor pacientului și pentru instituționalizarea participării la deciziile legate de sănătate.

Mai mult, reformele au inclus și măsuri precum descentralizarea unităților medicale, introducerea unor mecanisme de feedback local și creșterea responsabilității financiare a utilizatorului, ceea ce a transformat pacientul, cel puțin parțial, dintr-un beneficiar pasiv într-un actor cu influență în prioritizarea serviciilor medicale (OMS, 1996).

Participarea în sănătatea publică: mecanisme colective și implicarea societății civile

Strategia Națională de Sănătate 2030 „reflectă ambiția statului de a crea un sistem de sănătate rezilient, de clasă mondială, centrat pe necesitățile pacientului” (p. 1).

Participarea pacientului nu se limitează la relația medic-individ, ci implică o dimensiune colectivă, esențială pentru elaborarea politicilor publice incluzive și eficiente. În viziunea OMS, participarea socială constă în capacitatea indivizilor, comunităților și organizațiilor din societatea civilă de a contribui la procesele decizionale care afectează sănătatea publică (OMS, 2023). Această abordare transcende implicarea simbolică și solicită mecanisme instituționalizate de consultare, deliberare și co-creare a politicilor de sănătate.

OMS subliniază importanța existenței unor mecanisme participative funcționale, definite ca spații de interacțiune reală între autorități și cetățeni, fie în formă fizică, fie digitală. Aceste mecanisme pot fi deschise publicului larg, consultative (bazate pe invitații adresate unor grupuri reprezentative) sau deliberative (cu participare pregătită și structurată, precum juriile cetățenești). Ele pot fi integrate în structuri administrative precum comitete de sănătate sau consilii consultative (OMS, 2023).

În Republica Moldova, începuturile acestor mecanisme au fost vizibile încă din anii '90, când autoritățile au încurajat participarea ONG-urilor și a asociațiilor de pacienți la dezbaterile politicilor de sănătate (OMS, 1996). Totuși, aceste inițiative au rămas limitate, din cauza lipsei de resurse, de capacitate instituțională și de susținere legislativă. OMS recomandă ca mecanismele participative să fie susținute financiar, integrate în structuri guvernamentale și protejate împotriva instabilității politice pentru a deveni sustenabile și eficiente (OMS, 2023).

Un beneficiu important al participării sociale este consolidarea încrederii în instituțiile statului, ceea ce este esențial, mai ales în contexte de criză, cum a fost pandemia de COVID-19. Încrederea sporită facilitează conformarea populației la măsuri de sănătate publică și reduce costurile sociale ale gestionării crizelor (OMS, 2023). Din această perspectivă, participarea nu este doar un drept democratic, ci și un instrument de guvernare eficientă.

Ocrotirea sănătății: un drept constituțional

Constituția Republicii Moldova garantează dreptul la ocrotirea sănătății, asigurare medicală, precum și, mai general, la un nivel de trai decent, prin articolele 36 (*Dreptul la ocrotirea sănătății*) și 47 (*Dreptul la asistență și protecție socială*). Prevederile constituționale au fost preluate apoi în legislație, care asigură cadrul în care este garantat dreptul la sănătate.

Legea 263/27.10.2005: participarea pacienților în procesul decizional în sănătate

Legea drepturilor pacientului are drept scop sporirea rolului participativ al persoanelor la adoptarea deciziilor de sănătate, recunoscând astfel pacientul ca beneficiar activ al serviciilor de sănătate. Legea stabilește clar și direct cadrul de manifestare al dreptului pacienților de participare la luarea deciziilor de sănătate prin art. 10 (Asigurarea dreptului pacientului de participare la luarea deciziilor de sănătate). Opinia publică este considerată importantă pentru toate deciziile care influențează sănătatea publică, conform acestui articol. Tot aici se reglementează și dreptul colectiv la reprezentare al pacienților, în procesul de luare a deciziilor. Întrucât acest articol este direct legat de tema studiului de față, îl vom reda integral:

Articolul 10. Asigurarea dreptului pacientului de participare la luarea deciziilor de sănătate

1. Toate deciziile cu caracter economic, administrativ sau social care au o influență sau un impact potențial asupra stării de sănătate a populației, la nivel național sau local, vor fi luate ținându-se cont de opinia publică.
2. Pacienții au dreptul colectiv la o formă de reprezentare, la fiecare nivel al sistemului de ocrotire a sănătății, în luarea deciziilor privind planificarea și reevaluarea serviciilor, inclusiv gama, calitatea și prestarea serviciilor acordate.
3. Cetățenii Republicii Moldova, organizațiile de pacienți și asociațiile neguvernamentale participă la elaborarea politicii și programelor de sănătate, la aprecierea priorităților și criteriilor de alocare a resurselor. Forma și modul de participare se reglementează printr-un regulament elaborat de Ministerul Sănătății și aprobat de Guvern.
4. Pacientul este implicat în procesul de luare a deciziilor cu privire la starea sănătății personale în toate cazurile, inclusiv în cazul în care se cere consimțământul doar al reprezentantului său legal sau al rudei apropiate, în măsura permisă de capacitatea lui de exercițiu.
5. Participarea la luarea deciziilor de sănătate ale asociațiilor obștești pentru protecția beneficiarilor de servicii de sănătate poate fi încurajată prin suport financiar (în formă de granturi etc.)

O altă prevedere care încurajează rolul pacientului de a participa la luarea deciziei se regăsește în art. 5, cu privire la dreptul la opinie medicală alternativă și primirea recomandărilor altor specialiști, la solicitarea sa ori a reprezentantului său legal. În același sens, la art. 7 sunt prevăzute și responsabilitățile pacientului. De asemenea, art. 11 prevede obligația autorităților sistemului de sănătate, a organizațiilor medico-sanitare și farmaceutice, a medicului curant și a organizațiilor de asigurări de sănătate de a asigura dreptul pacientului la informare, precum și tipurile de informații care trebuie furnizate pacientului și modalitățile în care să se realizeze informarea (Tabel 1.1). În conformitate cu art. 13 al aceleiași legi, consimțământul pacientului trebuie exprimat oral sau în scris (obligatoriu în scris pentru proceduri invazive), premurgător intervenției medicale, pe un formular special din documentația medicală - acordul informat.

Tabel 1.1 – Tipuri de informații care trebuie furnizate pacientului

Nr crt.	Tip de informații
1	Volumul, tipurile și condițiile acordării serviciilor de sănătate, nivelul de acreditare a instituției medico-sanitare, licența și calificarea personalului
2	Identitatea, statutul și experiența profesională a specialiștilor medicali care îngrijesc pacientul
3	Informații privind date medicale proprii, rezultatele și dosarele cu investigații, tratamentele și îngrijirile primite
4	Informațiile medicale cu privire la starea sănătății pacientului și la intervenția medicală propusă, inclusiv la riscurile și beneficiile potențiale ale fiecărei proceduri, efectele posibile ale refuzului tratamentului, alternativele existente, pronosticul și alte informații cu caracter medical
5	Informațiile despre drepturile și responsabilitățile pacientului în cadrul programelor de asigurări de sănătate

Sursa: Legea nr 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului

Legea introduce obligația de colaborare dintre medic și pacient, prevederi care să protejeze categoriile vulnerabile în fața discriminării și extinde dreptul minorilor, recunoscându-le opinia în deciziile medicale.

Strategia de Sănătate 2030 aduce pacienții în centrul sistemului medical și are câteva linii directoare în ceea ce privește guvernarea sistemului de sănătate, printre care se numără transparența, responsabilitatea, participarea (asigurarea că persoanele implicate își pot exprima poziția într-un mod care să asigure că vocea lor se face auzită), integritate și capacitate.

Reglementarea consimțământului pacientului

Consimțământul pacientului este reglementat prin Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, articolul 13 (*Consimțământul și modul de perfectare a acordului informat sau a refuzului benevol la intervenția medicală*). Spre deosebire de alte acte legislative, Legea nr. 263/2005 accentuează consimțământul pacientului drept condiție sine qua non a oricărei intervenții medicale. Acesta poate fi exprimat și doar verbal, în cazurile mai puțin complexe, însă ia formă scrisă în condițiile unei intervenții invazive, luând forma acordului informat. Articolul 13 specifică informațiile pe care trebuie să le conțină acordul informat, precum și faptul că șablonul acestuia este elaborat de către Ministerul Sănătății. De asemenea, articolul 13 reglementează dreptul de refuz sau renunțare la actul medical, exprimat în scris și semnat de către pacient sau reprezentantul său legal, în urma explicării clare a posibilelor consecințe ale neintervenției. În situația în care viața pacientului este în pericol, iar reprezentantul său legal refuză intervenția medicală, există posibilitatea adresării în instanță judecătorească, în scopul protejării sănătății/vieții pacientului. Urgența medicală poate constitui o excepție la obținerea consimțământului anterior intervenției, în situația în care acesta nu poate fi obținut în timp util. Consimțământul pacientului este necesar, conform acestui articol, și în contextul învățământului medical.

Legea organică de la care pleacă construcția sistemului de sănătate este Legea 411/28.03.1995, cu cele 36 modificări ulterioare. În conținutul acestei legi, găsim elementele importante care fac referire la participarea pacienților în deciziile privind sănătatea. Astfel, la art. 23 (*Consimțământul pentru prestații medicale*), regăsim dreptul oricărui pacient de a consimți pentru orice prestație medicală al cărei beneficiar este. Totodată sunt explicate într-o manieră clară condițiile și modul în care acest consimțământ este obținut. Consimțământul pacientului este obligatoriu pentru intervenții medicale, cu excepții în cazuri de urgență, în cazul minorilor sau pacienților cu ocrotire judiciară. Atunci când intervențiile nu presupun un pericol deosebit pentru pacient, consimțământul este asumat, în absența opoziției explicite. Consimțământul este valabil doar dacă pacientul este lucid, capabil să reproducă informația primită și nu se află într-o stare de suprasolicitare psihică. Dacă se constată că decizia reprezentantului legal nu este în interesul pacientului,

se convoacă o comisie de arbitraj care decide în favoarea binelui pacientului.

Consimțământul pacientului este întărit și de art. 28 din Legea 411/1995. Conform acestuia, se poate recurge doar la metode și medicamente aprobate de Ministerul Sănătății. Inovațiile științifice neaprobate pot fi folosite doar cu consimțământul scris al pacientului și în condiții reglementate.

Pe de altă parte, la art. 45 (*Asistența medicală pentru persoanele care suferă de boli venerice*) al aceleiași legi, găsim o abordare care face apel la forță și tratament obligatoriu, contrar abordărilor bazate pe educație și participare responsabilă. Conform acestui articol, pacienții care suferă de afecțiuni venerice pot fi supuși unor investigații și tratamente obligatorii, precum și înregistrării și monitorizării. În situația în care întâmpină rezistență în primă etapă, personalul medical are dreptul să supună acești pacienți investigațiilor și tratamentului coercitive, inclusiv prin apelul la forțele de ordine, dacă este necesar. O abordare mai eficientă ar putea fi cea bazată pe educație, accesibilitate la testare și tratament gratuit. Totuși, în cazuri de risc major pentru sănătatea publică (ex. pacienți care refuză tratamentul și continuă să răspândească boala), ar putea fi justificate măsuri speciale.

„Ghidul privind aplicarea procedurii de comunicare și consiliere a pacienților”, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr. 425 din 20 martie 2018, abordează de asemenea oferirea consimțământului, reiterând informațiile menționate anterior. Totodată, Ghidul promovează comunicarea empatică, ca modalitate reală de implicare a pacientului în luarea deciziilor.

„Hotărârea nr. 192 din 24.03.2017 cu privire la aprobarea Codului deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului” întărește legislația referitor la acordul informat al pacientului, stabilind obligația lucrătorilor din domeniul medical de a informa pacientul despre ceea ce se întâmplă cu el și procedurile de tratament propuse, astfel încât acesta să fie în măsură să aleagă o opțiune de tratament sau să refuze tratamentul.

Dreptul alegerii medicului și furnizorului de servicii medicale

Legea 411/28.03.1995 face referiri la dreptul alegerii medicului sau furnizorului de servicii medicale, un element important al participării pacienților în deciziile privind sănătatea (Art. 25. *Dreptul la liberă alegere a medicului, a instituției medicale și a formei de asistență medicală*).

„Ghidul privind aplicarea procedurii de comunicare și consiliere a pacienților” stipulează că pacientul are dreptul la liberă alegere a procedurilor medicale și a furnizorilor de servicii, pe baza unei informări adecvate. Acesta este participant principal în luarea deciziilor privind tratamentul, acceptând sau refuzând intervenții. Totodată, are acces la o a doua opinie medicală, poate schimba medicul de familie, iar instituțiile trebuie să asigure transparența acestor opțiuni. Cu toate acestea, aplicarea dreptului la liberă alegere este adesea deficitară, în special în zonele rurale, unde există, în fapt, puține alternative sau chiar deloc. O altă piedică este modul în care se raportează pacienții la relația cu un anumit medic, unii dintre aceștia considerând că a cere o a doua opinie poate altera relația cu medicul, ori poate atrage după sine chiar refuzul de a fi tratați, în cazul în care doresc să revină la prima lor opțiune.

Pacientul ca partener în actul terapeutic

Legea 411/28.03.1995 creează un cadru important al abordării pacientului partener activ în actul terapeutic, stabilind dreptul acestuia la informare permanentă, astfel încât să poată lua decizii pertinente cu privire la propria sănătate. În acest sens, art. 27 (*Dreptul la informații despre starea sănătății*), stipulează faptul că pacientul și rudele au dreptul la informații complete despre starea sănătății, proceduri, riscuri și alternative, inclusiv în scris. În cazuri grave, informațiile pot fi oferite unei persoane apropiate.

„Legea 263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului” dezvoltă cadrul cu privire la participarea pacienților la deciziile privind sănătatea, atât cu privire la propria sănătate, cât și cu privire la dezvoltarea politicilor publice în domeniul sănătății. Unul din principiile de bază statuat încă de la Art. 2 (*Principiile de bază ale realizării drepturilor pacientului*) consideră centrală recunoașterea pacientului sau a reprezentantului său legal sau a rudei apropiate, drept „participant principal la luarea deciziei privind intervenția medicală”.

Articolul 5 al aceleiași legi enumeră drepturile de care beneficiază pacienții, printre care cel la informații complete despre propria sănătate și metodele de diagnostic, tratament, recuperare și prevenție, riscurile acestora, precum și exprimarea consimțământului pentru intervenții medicale sau pentru participarea în studii clinice.

„Legea nr. 264 din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic” întărește la rândul ei caracterul colaborativ al relației medic-pacient în procesul decizional. Articolul 18 (*Raportul medic-pacient*) stabilește că relația dintre aceștia se bazează pe respect și încredere reciprocă, precum și pe „dreptul de opțiune al pacientului”.

Factori determinanți pentru participarea activă a pacienților în luarea deciziilor legate de sănătate

„Regulamentul privind forma și modul de participare a cetățenilor, organizațiilor de pacienți și altor organizații neguvernamentale la elaborarea politicii și programelor de sănătate”, aprobat prin Ordinul MS Nr. 96 din 15.12.2007 asigură condițiile participării pacienților în deciziile care privesc sănătatea, atât la nivel individual cât și la fiecare nivel de decizie al politicilor. Pornind de la legislația superioară, articolul 10 al Legii cu privire la drepturile și responsabilitățile pacienților nr. 263-XVI din 27 octombrie 2005, indică etapele implicării pacienților în procesul decizional. Acest tip de document nu este întâlnit în legislația multor alte țări, fiind un model de bună practică care arată că la nivel legislativ este creat cadrul potrivit pentru a încuraja participarea pacienților în deciziile de sănătate.

Factorii care determină participarea activă a pacienților în procesul decizional, ilustrați de acest Regulament, sunt trecuți în revistă mai jos.

- 1. Cadru legislativ favorabil** – Legea recunoaște explicit dreptul pacienților și ONG-urilor de a participa la procesul decizional și impune autorităților obligația de a asigura condițiile necesare pentru această implicare.
- 2. Transparență decizională** – Informarea prealabilă a pacienților prin mass-media, consultări, publicarea proiectelor de acte normative și organizarea de evenimente (mese rotunde, conferințe de presă, emisiuni).
- 3. Acces la date relevante** – Pacienții au dreptul la informații clare privind calitatea, costul și standardele serviciilor medicale, precum și rezultatele evaluărilor instituțiilor sanitare.
- 4. Canale de exprimare a opiniilor** – Prin cutii de sugestii, întâlniri periodice, sondaje și comitete ale pacienților, este facilitată exprimarea nemijlocită a părerilor și propunerilor cetățenilor.
- 5. Participare organizată și consultativă** – Se constituie grupuri de lucru și comitete cu includerea obligatorie a reprezentanților pacienților în procesul de elaborare și modificare a politicilor de sănătate.
- 6. Suport administrativ și logistic** – Autoritățile centrale și locale sunt obligate să asigure egalitatea accesului la participare, să organizeze consultări publice și să includă ONG-uri în procesul de avizare și decizie.
- 7. Monitorizarea și feedback-ul** – Pacienții sunt informați despre rezultatele comisiilor de control, iar actele normative aprobate sunt comunicate public prin mijloace oficiale.

Aceste măsuri asigură nu doar o participare simbolică, ci creează premisele pentru o implicare reală, responsabilă și co-decizională a pacienților în sistemul de sănătate.

Legea nr. 239 din 13.11.2008 și Hotărârea de Guvern Nr. 967 din 09.08.2016 cu privire la mecanismul de consultare publică cu societatea civilă în procesul decizional întăresc prevederile specifice în domeniul sănătății cu privire la participarea pacienților, acestea încadrându-se în cadrul general de obligativitate la transparență decizională al instituțiilor publice reglementat de cele două acte normative menționate.

1.4. Cadrul legislativ în practică

Participarea pacienților în asistența medicală primară

Asistența medicală primară reprezintă un spațiu cheie pentru participarea pacienților, fiind prima linie de contact între populație și sistemul de sănătate. În Republica Moldova, datele Biroului Național de Statistică (BNS) arată că medicul de familie este cel mai accesat furnizor de servicii medicale, cu 64,1% dintre respondenții unui studiu declarând că s-au adresat acestuia în ultima lună (BNS, 2022). Persoanele din mediul rural accesează mai frecvent medicul de familie, în timp ce în urban predomină vizitele la specialiști (BNS, 2022). Această distribuție reflectă atât preferințele individuale, cât și realitățile structurale și geografice.

Accesul la serviciile de sănătate este puternic influențat de statutul socio-economic, de prezența unei asigurări medicale și de gen. Femeile și persoanele asigurate se adresează mai des medicului de familie, în timp ce neasigurații, deși se confruntă cu probleme cronice, accesează mai rar sistemul medical (BNS, 2022). Aceste disparități afectează capacitatea reală a pacienților de a participa la decizii privind îngrijirea lor, punând sub semnul întrebării echitatea participării.

Dincolo de acces, participarea în asistența primară presupune și relația de încredere între pacient și medicul de familie. Datele OCDE din proiectul PaRIS arată că pacienții cronici care beneficiază de o relație stabilă cu medicul lor de familie raportează o experiență mai pozitivă și un nivel crescut de încredere în sistemul de sănătate (OCDE, 2024). Încrederea, la rândul său, este corelată cu o mai bună aderență la tratament, comunicare eficientă și implicare activă în deciziile terapeutice (OCDE, 2024).

Pe de altă parte, un *studiu din 2022 despre cunoștințele și practicile medicilor de familie privind comunicarea cu pacientul* (Mocreac & Paladi) arată că, deși majoritatea medicilor cunosc regulile de comunicare, mai puțin de jumătate le aplică în practică. Nu există diferențe semnificative între medicii „instruiți” și „neinstruiți”, ceea ce sugerează că formarea formală nu este suficientă. Principala barieră identificată este lipsa timpului.

Totodată, un procent semnificativ al pacienților cronici (peste 40%) nu se simt încrezători în capacitatea lor de a-și gestiona sănătatea, iar acest lucru este asociat cu nivelul de educație (OCDE, 2024). Participarea pacientului devine astfel dependentă nu doar de factorii structurali ai sistemului, ci și de capitalul individual de cunoștințe, încredere și autonomie.

Un studiu din 2016, centrat pe experiența pacienților în accesarea serviciilor medicale de urgență, a înregistrat un procent ridicat de persoane (85,9%) care consideră că au primit răspunsuri relevante la toate întrebările adresate medicului. Totuși, mediul de rezidență și vârsta par a fi legate de măsura în care persoanele respective consideră că sunt informate adecvat - persoanele mai tinere și cele din mediul urban tind să fie mai puțin mulțumite de gradul de informare (15,3% din mediul urban versus 9,5% din mediul rural consideră că au primit informații insuficiente). Procente în raport similar se înregistrează și în legătură cu respectarea dreptului de informare despre proceduri/tratamente. Dreptul de consimțământ a fost încălcat în cazul a 44,4% dintre respondenți, aceștia susținând că nu le-a fost solicitat acordul la sosirea ambulanței pentru primirea serviciilor medicale, iar mediul de rezidență, nivelul de educație și statutul socio-economic au corelat cu încălcarea acestui drept, persoanele din mediul urban, cu studii superioare și un statut socio-economic ridicat tinzând să raporteze în mai mică măsură încălcarea acestui drept (PNUD, 2016).

Un studiu realizat de *Oficiul Avocatului Poporului* relevă deficiențe similare în informarea beneficiarilor serviciilor de urgență. Aproximativ 17,6% dintre respondenți declară că nu au fost informați despre procedurile aplicate. Tinerii, femeile și locuitorii din mediul urban (în special Chișinău și Bălți) sunt mai frecvent nemulțumiți de lipsa de informare. Astfel, dreptul pacientului la informare este adesea încălcat (*Oficiul Avocatului Poporului*, 2016).

Un studiu mai recent al *Oficiului Avocatului Poporului* (2023) înregistrează o opinie mai degrabă negativă cu privire la respectarea drepturilor în sănătate a cetățenilor Republicii Moldova, reprezentând totuși o îmbunătățire comparativ cu studiile precedente. Doar 52,1% dintre respondenți susțin că dreptul la sănătate este respectat, de această opinie fiind mai ales bărbații, persoanele cu un nivel ridicat de educație și cei din mediul urban. Grupurile vulnerabile și minoritare au fost apreciate de respondenți ca având un acces mai redus la servicii de sănătate decât populația generală. O treime dintre respondenți consideră că asigurarea medicală asigură un nivel adecvat de servicii medicale, comparativ cu sub 10% menționate într-un raport similar din 2016. Persoanele din categorii sociale vulnerabile au fost mai degrabă în dezacord cu acest fapt (mediul rural, minorități, statut socio-economic redus). Peste jumătate (54,6%) dintre respondenți (în special femei, persoane vârstnice, minorități etnice, cei cu un nivel redus de educație) consideră că statutul socio-economic afectează *dreptul* la serviciile medicale (*Oficiul Avocatului Poporului*, 2023).

Studiile OCDE subliniază și importanța instrumentelor de tip PREMs și PROMs, care permit colectarea de date direct de la pacienți privind experiențele și rezultatele îngrijirii primite. Acestea oferă o imagine directă asupra gradului de implicare a pacientului în propria îngrijire și sunt esențiale pentru un sistem de sănătate centrat pe persoană (OCDE, 2019; OCDE, 2024).

1.5. Provocări persistente și recomandări ale CE, OMS și OCDE pentru viitorul participării pacienților în Republica Moldova

Deși participarea pacientului este recunoscută ca principiu fundamental al unui sistem de sănătate echitabil și eficient, în Republica Moldova persistă o serie de provocări structurale și culturale care limitează aplicarea sa concretă. Un prim obstacol este legat de inegalitățile de acces, care influențează capacitatea reală a unor grupuri vulnerabile – precum populația rurală, persoanele fără asigurare, vârstnicii sau cei cu venituri reduse – de a accesa servicii medicale și, implicit, de a participa activ în deciziile legate de îngrijirea lor (BNS, 2022).

În același timp, variațiile alfabetizării în sănătate, asociate cu un nivel redus de educație sau cu bariere lingvistice și culturale, afectează capacitatea pacienților de a înțelege opțiunile de tratament și de a-și exprima opiniile în mod informat (OCDE, 2024). OMS recomandă investiții susținute în dezvoltarea capacității comunităților de a participa, inclusiv prin susținerea financiară a organizațiilor societății civile, crearea de cadre legale solide și dezvoltarea unor echipe guvernamentale specializate în coordonarea participării sociale (OMS, 2023).

Un alt aspect critic este instituționalizarea participării: în lipsa unor mecanisme participative stabile, cu roluri clar definite și integrate în structura administrativă, participarea riscă să rămână la nivel declarativ. OMS subliniază necesitatea existenței unor cadre legislative care să reglementeze selecția reprezentanților pacienților, rolurile acestora și modul în care rezultatele participării sunt integrate în deciziile finale (OMS, 2023).

În domeniul participării copiilor, provocările sunt accentuate de tensiunea dintre principiile autonomiei copilului și responsabilitățile părinților, precum și de lipsa unor mecanisme adaptate nivelului de dezvoltare a copilului. Consiliul Europei recomandă dezvoltarea unor instrumente specifice pentru includerea minorilor în luarea deciziilor, precum consilii consultative, materiale educaționale adaptate și formarea personalului medical în comunicare cu copii (Consiliul Europei, 2024).

O direcție de dezvoltare majoră o reprezintă integrarea instrumentelor standardizate de evaluare a experienței pacientului, precum PREMs și PROMs, care pot contribui la formularea de politici publice bazate pe date și la identificarea inechităților sistemice (OCDE, 2019; OCDE, 2024). De asemenea, adoptarea unei strategii naționale pentru participarea pacientului, însoțită de mecanisme de monitorizare, ar reprezenta un pas concret spre transformarea principiilor în practică.

2

Profilul pacienților – date demografice și de utilizare a serviciilor medicale

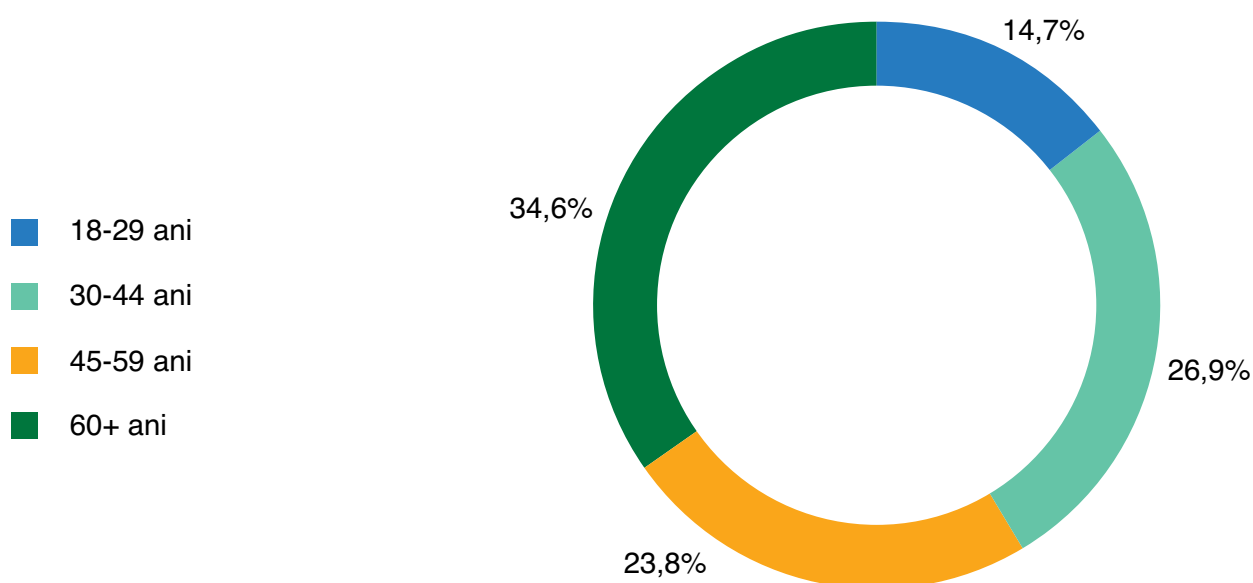
Această secțiune sintetizează rezultatele cercetării cantitative, care a constatat în aplicarea unui chestionar pe un eșantion de 2001 persoane adulte, dintre care 85.4% au răspuns în limba română și restul în limba rusă. Toți respondenții au declarat că apelaseră în ultimele 12 luni la un serviciu medical.

2.1. Date demografice

Vârsta și genul respondenților

Populația respondenților a fost majoritar feminină (60,5% dintre respondenți). Vârsta medie a fost de 49.4 ± 17.33 ani, iar vârsta mediană de 49 ani (jumătate dintre respondenți au fost sub această vârstă). Cel mai tânăr respondent a fost în vârstă de 18 ani, iar cel mai vârstnic a avut 96 ani. Distribuția în funcție de vârstă este redată în fig 2.1.

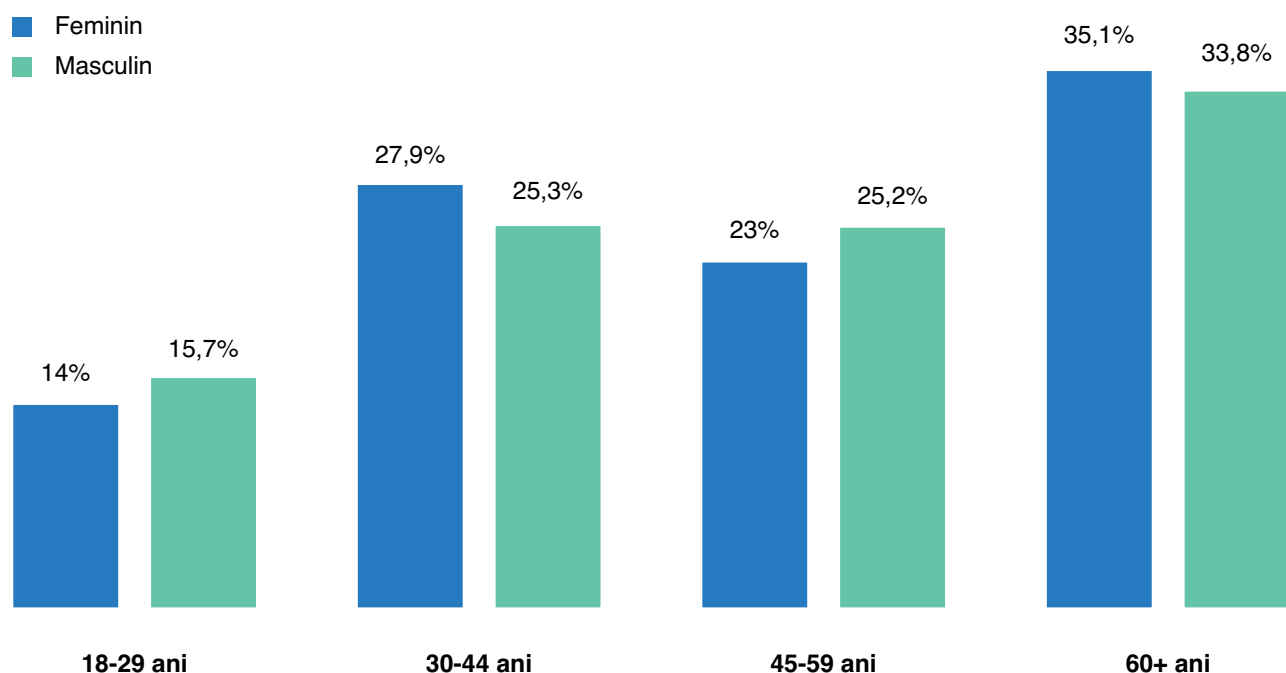
Fig. 2.1. Distribuția pe grupe de vârstă a respondenților



Analiza pe categorii de vârstă principale a relevat că 14.7% dintre respondenți au fost tineri 18-29 ani), 26.9% au fost adulți de 30-44 ani, 23.8% au fost adulți de 45-59 ani, iar restul de 34.6% au fost vârstnici (60+ ani).

Deși distribuția în funcție de vârstă a fost semnificativ diferită de distribuția normală ($p < 0.001$, test Kolmogorov Smirnov), iar vârsta medie și cea mediană au fost puțin mai ridicate la femei (vârsta medie: 49.9 ani la femei, față de 48.5 ani la bărbați; vârsta mediană: 50 ani la femei și 48 ani la bărbați), nu s-au evidențiat diferențe semnificative statistic în distribuția pe grupe de vârstă între femei și bărbați ($p = 0.078$, Testul Mann-Whitney U).

Fig. 2.1a. Distribuția pe grupe de vârstă și gen a respondenților



Mediul de rezidență și regiunea

Analiza respondenților pe medii de rezidență a relevat că 52% dintre ei proveneau din mediul rural (la nivel național 56% din populație provine din mediul rural). Distribuția pe regiuni este redată în Tabelul 2.1.

Tabel 2.1. Structura respondenților pe regiuni și pe medii de rezidență

Regiune/ mediu	Urban		Rural		Total	
	Nr	%	Nr	%	Nr	%
Centru	210	10%	354	18%	564	28%
Chișinău	162	8%	436	22%	598	30%
Nord	462	23%	33	2%	495	25%
Sud	126	6%	218	11%	344	17%
Total	960	48%	1041	52%	2001	100%

Ocupația, nivelul de educație și venitul respondenților

Din perspectiva ocupației, 42.6% dintre respondenți erau angajați, 32.2% erau pensionari, iar 12.8% erau șomeri (Fig. 2.2). De asemenea, analiza nivelului de educație a relevat că 22% dintre respondenți au 11 clase sau mai puțin, 9% au studii liceale, 36% au școală profesională sau colegiu, iar 32% au studii superioare de diferite niveluri ISCED (Fig. 2.3).

Fig. 2.2. Structura respondenților în funcție de ocupație

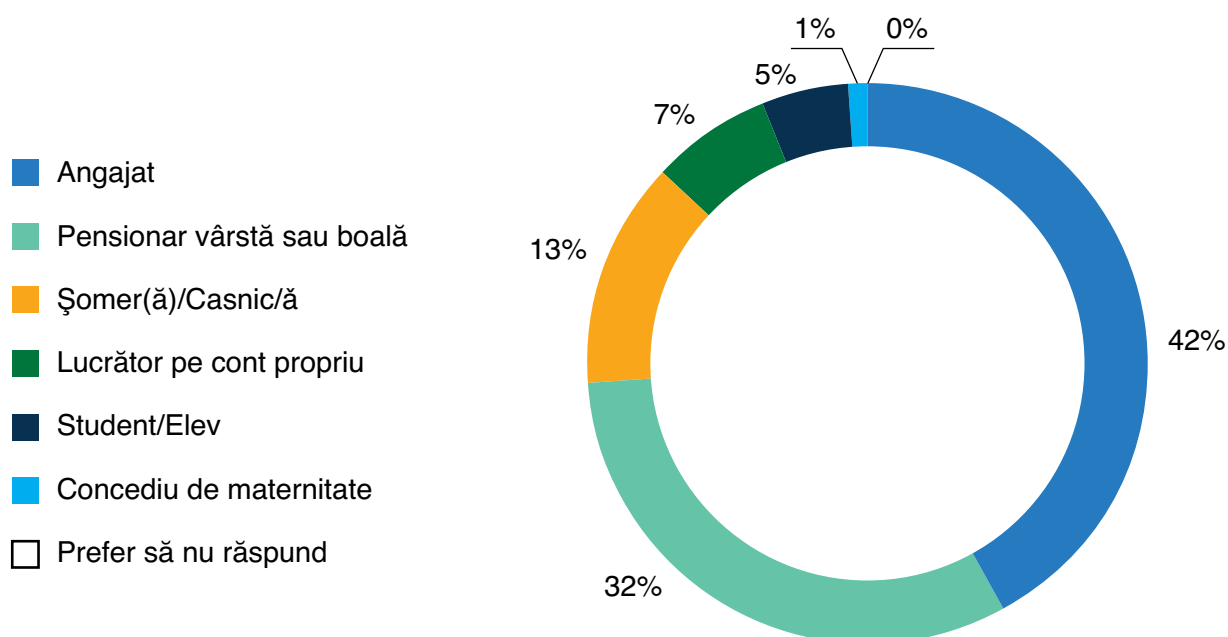
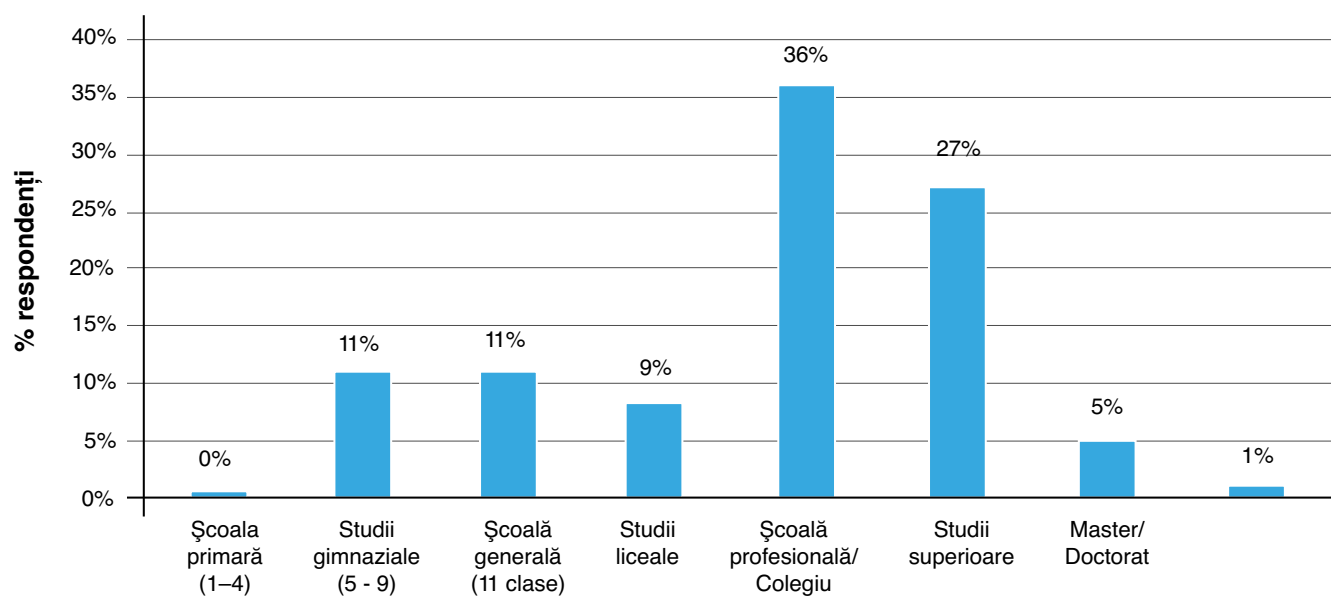


Fig. 2.3. Structura respondenților în funcție de nivelul de educație



Analiza nivelului de venit plasează peste două treimi dintre respondenții care au indicat o categorie de venit (N=1398, respectiv 70% din totalul respondenților) la venituri lunare sub 8000 lei (Tabel 2.2).

Tabel 2.2. Structura respondenților în funcție de nivelul de venit

Categorie	Nr.	%	% corectat
Sub 2000 lei	173	9%	12%
2001-5000 lei	521	26%	37%
5001-8000 lei	272	14%	19%
8001-12000 lei	208	10%	15%
12001-15000 lei	94	5%	7%
15001-20000 lei	74	4%	5%
Peste 20000 lei	56	3%	4%
Altă variantă/NR	603	30%	NA

2.2. Date despre starea de sănătate

Boli cronice și dizabilități

Declarativ, 42% dintre respondenți au afirmat că au boli cronice (56.8% au declarat că nu au o astfel de boală, iar 1.2% au declarat că nu știu). În perspectiva celor mai frecvente boli cronice întâlnite, respondenții au fost întrebați dacă au afecțiuni circulatorii, respiratorii, osteoarticulare, endocrine, infecțioase, probleme de sănătate mintală sau cancere.

Persoanele care s-au declarat ca având boli cronice au menționat între 1 și 6 patologii. Cele mai frecvent declarate boli cronice sunt redată în tabelul 2.3.

Tabel 2.3. Principalele boli cronice declarate și prevalența lor în populația respondenților

Categoria de boli	Nr. cazuri	Prevalența la 1000 respondenți
Boli ale aparatului circulator	328	163.9
Boli osteoarticulare (osteoartrită, poliartrită etc.)	198	99.0
Boli endocrine	154	77.0
Boli ale aparatului respirator	99	49.5
Diabet zaharat	71	35.5
Cancer	38	19.0
Boli mintale și de comportament	29	14.5
Boli infecțioase	18	9.0

De asemenea, respondenții au fost întrebați dacă au vreun grad de dizabilitate: 12.7% dintre respondenți aveau diverse grade de dizabilitate, în timp ce 87.3% au răspuns negativ la această întrebare (Tabel 2.4).

Tabel 2.4. Structura respondenților în funcție de existența unei dizabilități

Grad de dizabilitate	Nr.	%	% cumulat
Da, sever	46	2.3	2.3
Da, accentuat	93	4.6	6.9
Da, mediu	116	5.8	12.7
Nu	1746	87.3	100.0
Total	2001	100.0	

Percepția asupra propriei stări de sănătate

Analiza percepției asupra propriei stări de sănătate a relevat că 44.6% dintre respondenți considerau că au o stare de sănătate bună sau foarte bună, în timp ce 10.1% considerau că au o stare de sănătate rea sau foarte rea (Tabel 2.5). Procentul celor care consideră că au o sănătate bună sau foarte bună este mai redus comparativ cu cel raportat în studiul "Accesul populației la serviciile de sănătate", din anul 2022 (55.9%), cu mențiunea că în studiul BNS 19% dintre respondenți au fost copii, iar aceștia au avut o percepție bună sau foarte bună despre starea proprie de sănătate în proporție de 93.2%, în timp ce studiul nostru a inclus doar adulți (BNS, 2022).

Mai relevând este faptul că proporția respondenților din Republica Moldova care își percep starea de sănătate ca fiind bună sau foarte bună este mult mai redusă comparativ cu media UE (44.6% în Moldova, comparativ cu 68% în UE27) (OCDE, 2024).

Tabel 2.5. Structura respondenților în funcție de percepția asupra propriei stări de sănătate

Starea de sănătate	Nr.	%	% cumulat
Foarte bună	143	7.1	7.1
Bună	750	37.5	44.6
Satisfăcătoare	905	45.2	89.9
Rea	168	8.4	98.3
Foarte rea	35	1.7	100.0
Total	2001	100.0	NA

În continuare, au fost analizate diferențele în percepția stării de sănătate în funcție de gen, grupă de vârstă, nivel de educație, regiune de proveniență, mediu de rezidență și calitatea de asigurat. Aceste diferențe vor fi prezentate în continuare.

Tabel 2.5a. Percepția stării de sănătate în funcție de gen

Percepția privind starea de sănătate	Femei		Bărbați		Total	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Foarte bună	65	5%	78	10%	143	7%
Bună	430	36%	320	41%	750	37%
Satisfăcătoare	578	48%	327	41%	905	45%
Rea	115	9%	53	7%	168	8%
Foarte rea	23	2%	12	2%	35	2%
Total	1211	100%	790	100%	2001	100%

S-a observat o diferență netă și semnificativă statistic în percepția asupra propriei stări de sănătate în funcție de gen. Astfel, un procent semnificativ mai mare de bărbați considerau starea lor de sănătate ca fiind foarte bună sau bună (51%, față de 41% dintre femei) ($p < 0.001$, Chi squared) (Tabel 2.5a). Diferența se menține și pe grupe de vârstă, cu excepția intervalului 45-59 ani (Tabel 2.5.b).

Tabel 2.5b. Percepția stării de sănătate în funcție de grupa de vârstă

Starea de sănătate	18-29 ani		30-44 ani		45-59 ani		60+ ani		Total	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Total										
Foarte bună	60	20%	54	10%	18	4%	11	2%	143	7%
Bună	182	62%	275	51%	162	34%	131	19%	750	37%
Satisfăcătoare	47	16%	188	35%	244	51%	426	62%	905	45%
Rea	3	1%	19	4%	46	10%	100	14%	168	8%
Foarte rea	2	1%	2	0%	7	1%	24	3%	35	2%
Total	294	100%	538	100%	477	100%	692	100%	2001	100%
Femei										
Foarte bună	27	16%	22	7%	11	4%	5	1%	65	5%
Bună	99	60%	179	55%	90	31%	62	14%	430	36%
Satisfăcătoare	37	22%	115	35%	159	54%	267	62%	578	48%
Rea	2	1%	8	2%	28	10%	77	18%	115	9%
Foarte rea	1	1%	1	0%	4	1%	17	4%	23	2%
Total	166	100%	325	100%	292	100%	428	100%	1211	100%

Starea de sănătate	18-29 ani		30-44 ani		45-59 ani		60+ ani		Total	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Bărbați										
Foarte bună	33	26%	32	15%	7	4%	6	2%	78	10%
Bună	83	65%	96	45%	72	39%	69	26%	320	41%
Satisfăcătoare	10	8%	73	34%	85	46%	159	60%	327	41%
Rea	1	1%	11	5%	18	10%	23	9%	53	7%
Foarte rea	1	1%	1	0%	3	2%	7	3%	12	2%
Total	128	100%	213	100%	185	100%	264	100%	790	100%
p-value gen	0.0015		0.0029		0.2834		0.0001		0.00003	

Persoanele mai tinere au tendința de a-și percepe starea de sănătate ca fiind foarte bună sau bună în proporții semnificativ mai mari decât persoanele de vârstă medie, sau cele vârstnice. ($p < 0.001$, Chi squared) (Tabel 2.5b). De asemenea, s-a evidențiat o corelație directă și semnificativă statistic ($r = 0.473$, $p < 0.001$, Spearman) între vârstă și percepția asupra propriei stări de sănătate, în sensul că vârsta mai înaintată s-a asociat cu o percepție mai precară asupra stării de sănătate.

Tabel 2.5c. Percepția stării de sănătate în funcție de nivelul de educație

Starea de sănătate	Fără studii/ Școala primară (1 – 4) primară	Studii gimnaziale (5 – 9)	Școală generală (11 clase)	Școală profesională/ Colegiu	Studii liceale	Studii superioare	Total
	%	%	%	%	%	%	Nr.
Foarte bună	13%	8%	5%	6%	11%	7%	143
Bună	35%	32%	29%	31%	44%	48%	750
Satisfăcătoare	30%	46%	50%	50%	40%	40%	905
Rea	13%	10%	14%	11%	4%	4%	168
Foarte rea	9%	3%	2%	2%	1%	1%	35
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	2001

Persoanele cu nivel de educație mai ridicat par să aibă, într-o proporție mai mare, o percepție mai favorabilă asupra propriei stări de sănătate (Tabel 2.5c).

Tabel 2.5d. Percepția stării de sănătate în funcție de mediul de rezidență

Starea de sănătate	Urban		Rural	
	Nr.	%	Nr.	%
Foarte bună	84	9%	59	6%
Bună	382	40%	368	35%
Satisfăcătoare	400	42%	505	49%
Rea	77	8%	91	9%
Foarte rea	17	2%	18	2%
Total	960	100%	1041	100%

Persoanele din mediul urban au în proporție mai ridicată o percepție favorabilă asupra stării de sănătate (pe care o consideră foarte bună sau bună, $p < 0.001$, test Chi²).

Tabel 2.5e. Percepția stării de sănătate în funcție de regiune

Percepția privind starea de sănătate	Centru		Chișinău		Nord		Sud	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Foarte bună	32	5%	52	11%	36	6%	23	7%
Bună	206	34%	219	44%	199	35%	126	37%
Satisfăcătoare	292	49%	185	37%	264	47%	164	48%
Rea	55	9%	34	7%	52	9%	27	8%
Foarte rea	13	2%	5	1%	13	2%	4	1%
Total	598	100%	495	100%	564	100%	344	100%

Proporția cea mai ridicată a persoanelor care consideră că au o stare de sănătate bună sau foarte bună se înregistrează în Chișinău (55%), urmat la distanță considerabilă de regiunile Sud, Nord și Centru, între care diferențele sunt mai reduse (44%, 41%, respectiv 39%) (Tabel 2.5e).

Din perspectiva participării la decizii legate de propria sănătate, un element important este deținerea unei asigurări de sănătate. În studiul nostru, 86% dintre respondenți au asigurare medical obligatorie, 13% nu au și 1% au declarat că nu știu dacă dețin sau nu o astfel de asigurare.

Tabel 2.5f. Percepția stării de sănătate în funcție de statutul de asigurat

Starea de sănătate	Cu asigurare		Fără asigurare	
	Nr.	%	Nr.	%
Foarte bună	110	6%	32	12%
Bună	642	37%	99	38%
Satisfăcătoare	786	46%	111	43%
Rea	150	9%	17	7%
Foarte rea	33	2%	2	1%
Total	1721	100%	261	100%

Deși la limita semnificației statistice ($p=0.049$, test Chi2), persoanele cu asigurare de sănătate par să aibă o percepție bună asupra stării de sănătate într-o proporție mai redusă decât persoanele neasigurate, ceea ce poate indica o preocupare mai mare pentru starea de sănătate în rândul celor cu asigurare.

Pe baza analizei profilului respondenților în relație cu starea de sănătate putem concluziona următoarele:

- Proporția persoanelor cu boli cronice a fost ceva mai ridicată decât în studiul din anul 2022 (42%, față de 31.1%), dar studiul nostru a inclus numai persoane adulte;
- Cele mai frecvente boli cronice întâlnite au fost reprezentate de boli ale aparatului circulator, boli osteoarticulare, endocrine, respiratorii și diabet zaharat, rezultatele fiind similare cu cele din studiul din 2022, chiar și în ceea ce privește prevalența la 1000 locuitori, cu excepția diabetului zaharat, care nu a fost descris în studiul anterior.
- În studiul de față, 12.7% dintre respondenți au declarat un grad de dizabilitate, proporție mai ridicată decât în studiul anterior (6.1%).
- Deși în studiul nostru procentul respondenților care consideră că au o stare de sănătate bună sau foarte bună este mai redus decât în studiul anterior (44.6%, față de 55.9%), s-au confirmat toate ipotezele anterioare, în sensul că proporția celor care își percep o stare de sănătate mai bună este mai mare în rândul bărbaților, al persoanelor tinere (și scade cu vârsta), al persoanelor cu nivel de educație mai ridicat, al celor care locuiesc în mediul urban, respectiv în regiunea Chișinău și al persoanelor care dețin o asigurare medicală.
- Proporția persoanelor care își percep starea de sănătate ca fiind bună sau foarte bună este mult sub media din UE 27.

2.3. Date despre utilizarea serviciilor medicale

Tipuri de servicii medicale utilizate și frecvența utilizării

Întrebați ce fac de obicei atunci când au o problemă de sănătate, 54.6% au răspuns că se adresează unui specialist (medic de familie/medic de profil) (Fig. 2.4).

Circa o treime dintre respondenți au beneficiat de servicii medicale în ultimele 30 zile (33.8%), iar 40%, în ultimele 6 luni.

Ultima dată când au avut nevoie de servicii medicale, cei mai mulți respondenți (aproape 70%) s-au adresat unui centru de sănătate sau unui spital public. Într-o măsură mult mai redusă, respondenții s-au adresat unui spital privat, sau au solicitat un medic la domiciliu/asistență medicală de urgență). Adresarea la farmacii nu pare o soluție abordată în cazul unei probleme de sănătate, având o frecvență foarte redusă (0.4%) (Fig. 2.5).

Fig. 2.4. Structura respondenților în funcție de prima acțiune în situații de boală

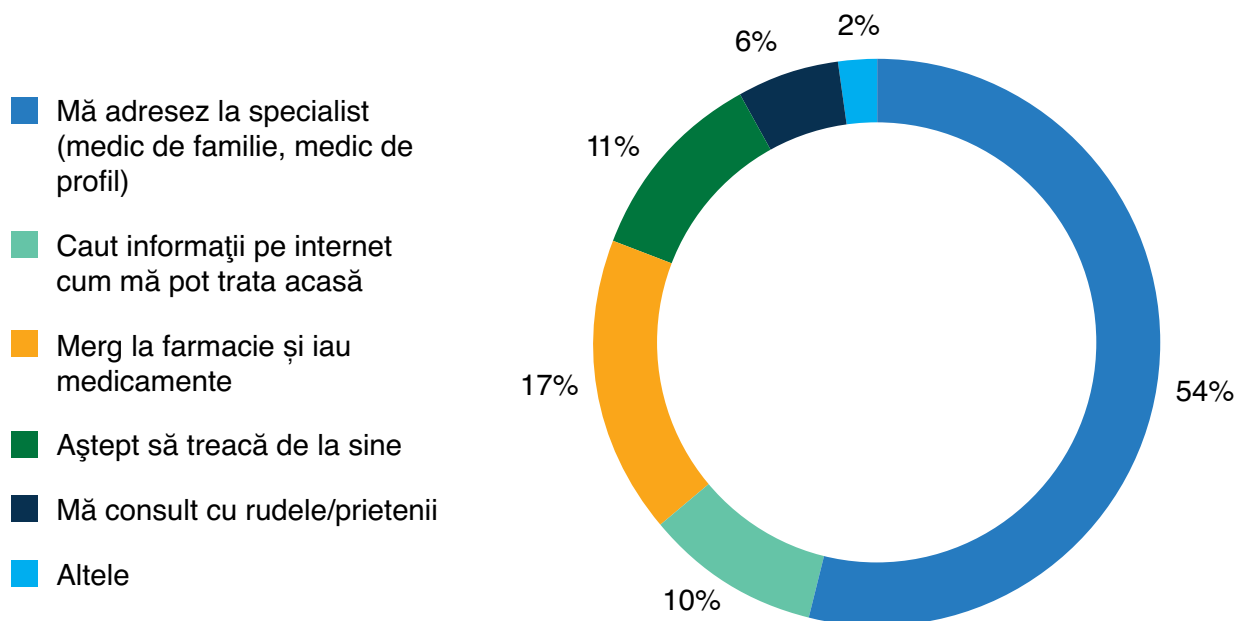
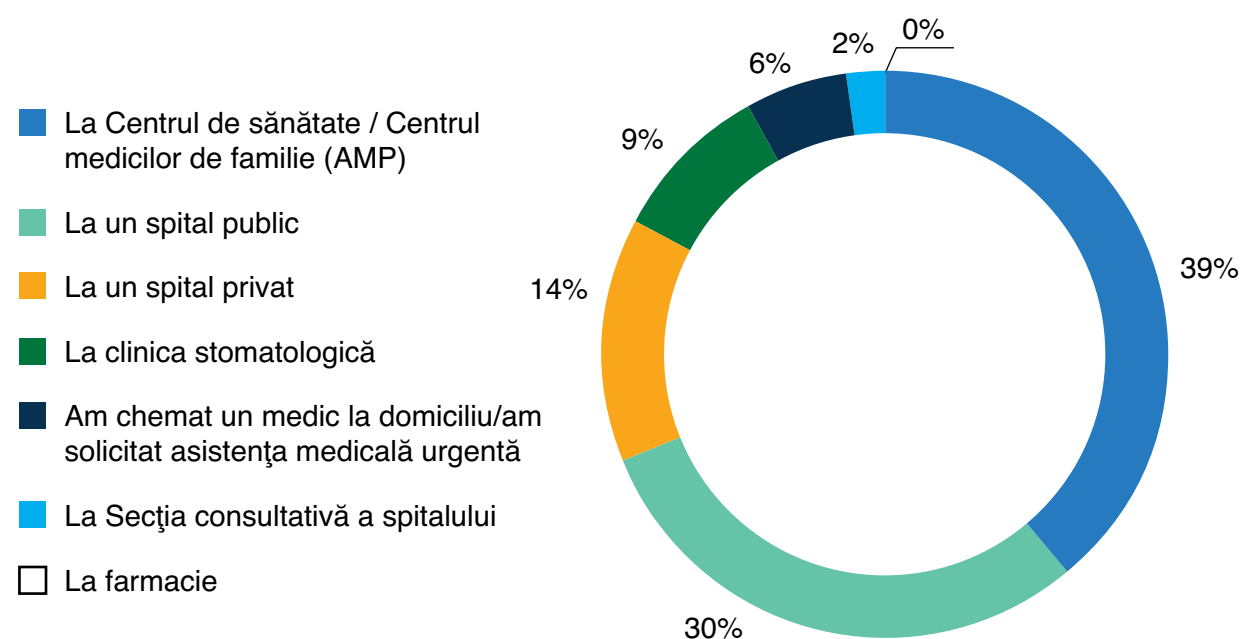


Fig. 2.5. Structura respondenților în funcție de ultimul serviciu medical utilizat



Detalii privind tipul de serviciu medical la care s-au adresat respondenții din studiu în funcție de variabilele de interes se prezintă în Tabelul 2.6.

Tabel 2.6. Structura respondenților în funcție de caracteristicile studiate și de ultimul serviciu medical utilizat

Variabila	Nr. %	La Centrul de sănătate (AMP)	Spital public	Secția consultativă a spitalului	Spital privat	Medic la domiciliu / am solicitat asistența medicală urgentă	La clinica stomatologică	La farmacie	NR	Total
Gen										
Femei	Nr.	504	345	29	179	70	79	3	2	1211
	%	42%	28%	2%	15%	6%	7%	0%	0%	100%
Bărbați	Nr.	269	250	21	98	47	92	6	7	790
	%	34%	32%	3%	12%	6%	12%	1%	1%	100%
Vârstă										
18-29 ani	Nr.	75	88	6	68	6	46	4	1	294
	%	26%	30%	2%	23%	2%	16%	1%	0%	100%
30-44 ani	Nr.	202	127	9	113	29	52	1	5	538
	%	38%	24%	2%	21%	5%	10%	0%	1%	100%
45-59 ani	Nr.	200	136	16	55	25	41	2	2	477
	%	42%	29%	3%	12%	5%	9%	0%	0%	100%
60+ ani	Nr.	296	244	19	41	57	32	2	1	692
	%	43%	35%	3%	6%	8%	5%	0%	0%	100%
Mediu										
Urban	Nr.	354	270	19	161	54	91	5	6	960
	%	37%	28%	2%	17%	6%	9%	1%	1%	100%
Rural	Nr.	419	325	31	116	63	80	4	3	1041
	%	40%	31%	3%	11%	6%	8%	0%	0%	100%
Regiune										
Nord	Nr.	237	169	12	69	37	36	1	3	564
	%	42%	30%	2%	12%	7%	6%	0%	1%	100%
Centru	Nr.	224	200	18	62	30	55	7	2	598
	%	37%	33%	3%	10%	5%	9%	1%	0%	100%
Chișinău	Nr.	170	119	10	109	32	52	1	2	495
	%	34%	24%	2%	22%	6%	11%	0%	0%	100%
Sud	Nr.	142	107	10	37	18	28	0	2	344
	%	41%	31%	3%	11%	5%	8%	0%	1%	100%
Asigurare de sănătate										
DA	Nr.	700	519	45	219	99	127	7	5	1721
	%	41%	30%	3%	13%	6%	7%	0%	0%	100%
NU	Nr.	70	68	5	55	16	41	2	4	261
	%	27%	26%	2%	21%	6%	16%	1%	2%	100%

Se constată că principalele servicii utilizate sunt centrul de sănătate și spitalul public, iar pe alocuri și într-o proporție mai mică, spitalul privat.

Femeile par să se adreseze în proporție mai mare decât bărbații la centrul de sănătate, în timp ce bărbații preferă spitalul public. Adresabilitatea la spitalul privat e ceva mai mare în cazul femeilor.

În ceea ce privește vârsta, adresabilitatea la centrul de sănătate crește cu vârsta, în timp ce tinerii preferă spitalul privat într-o proporție substanțială. De asemenea, spitalul privat este accesat mai frecvent de persoanele din mediul urban (17%, față de 11% pentru cei din rural) și de cei din regiunea Chișinău (22%, față de proporții substanțial mai reduse în celelalte regiuni). Persoanele fără asigurare de sănătate merg în proporții mai reduse atât la centrul de sănătate, cât și la spitalul public, dar merg în proporție mai mare la spitalul privat (21%, față de 13% dintre cei cu asigurare).

În ceea ce privește frecvența adresabilității la serviciile medicale de rutină, două treimi dintre respondenți declară că utilizează aceste servicii o dată pe an sau mai des, în timp ce 19,7% se adresează acestor servicii mai rar de o dată pe an, iar 13,6% nu merg la medic pentru controale medicale de rutină (Tabel 2.7).

Tabel 2.7. Frecvența efectuării unui control medical de rutină (fără a avea o problemă de sănătate urgentă)

Frecvența	Nr. respondenți	Frecvența respondenți (%)	Frecvența cumulată respondenți (%)
O dată la 3 luni	282	14.1	14.1
De două ori pe an	346	17.3	31.4
O dată pe an	706	35.3	66.7
Mai rar de o dată pe an	395	19.7	86.4
Niciodată / Nu merg deloc	272	13.6	100.0
Total	2001	100.0	NA

Nevoia nesatisfăcută de servicii medicale

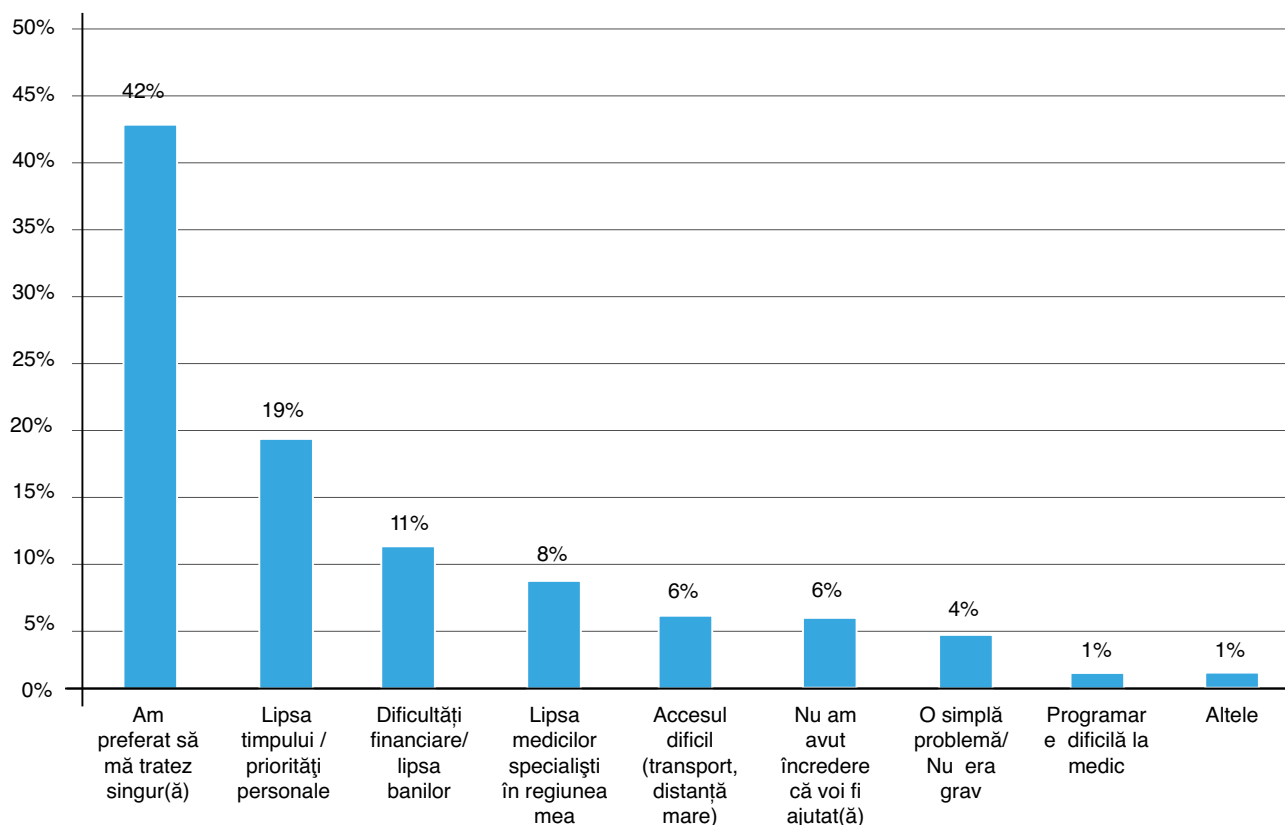
Nevoia nesatisfăcută de servicii medicale se referă la imposibilitatea unei persoane de a accesa serviciul medical de care consideră că are nevoie. Indicatorul se referă, în general, la ultimele 12 luni și include și o serie de motive preformulate. În studiul nostru, 42,5% dintre respondenți au afirmat o nevoie nesatisfăcută de servicii medicale în ultimele 12 luni (față de 19,6% în studiul BNS, 2022 și 2,4% media EU 27) și s-au evidențiat unele variații, în special în funcție de gen și de existența asigurării de sănătate (Tabel 2.8.).

Tabel 2.8. Variații în nevoile nesatisfăcute de servicii medicale

Gen	44% la femei; 41% la bărbați
Vârstă	18-29 ani – 42%; 30-44 ani – 42%; 45-59 ani – 42%; 60+ ani – 44%
Mediu	Urban – 42%; Rural – 43%
Regiune	Nord 41%; Centru 43%; Chișinău 41%; Sud 46%
Asigurare	DA – 42%; NU 49%

Cele mai frecvente motive invocate de către cei care au afirmat nevoi nesatisfăcute de servicii medicale sunt redată în Fig. 2.6.

Fig. 2.6. Motivele de ne reprezentare la serviciile medicale în cazul unor nevoi resimțite în ultimele 12 luni



Privite împreună, datele despre profilul respondenților arată că participarea pacientului este influențată de vârstă, starea de sănătate, nivelul de educație, venit, dizabilitate, mediul de reședință și accesul efectiv la servicii. Pacienții vârstnici, persoanele cu boli cronice, persoanele cu dizabilități, persoanele cu venituri reduse și persoanele din localități cu acces mai dificil la specialiști pot avea nevoie de sprijin suplimentar pentru a înțelege informațiile medicale, a pune întrebări, a solicita clarificări și a-și exprima opinia.

Participarea pacientului nu începe doar în cabinetul medicului. Ea depinde și de posibilitatea reală de a ajunge la serviciul necesar, de a obține o programare, de a suporta costurile și de a avea încredere că solicitarea va fi tratată cu seriozitate. Pentru pacienții care întâmpină bariere financiare, dificultăți de transport, lipsa specialiștilor în regiune sau programări complicate, dreptul de a participa la decizie rămâne fragil.

Gradul de conștientizare al pacienților privind drepturile în domeniul sănătății

3.1. Gradul de conștientizare al pacienților privind drepturile în domeniul sănătății

Numai 16.8% dintre respondenții din studiul nostru consideră că își cunosc foarte bine drepturile în relație cu sănătatea și cu sistemul de sănătate. Circa 40% consideră că ar cunoaște aceste drepturi în linii mari, iar restul, fie au auzit de ele dar nu știu ce conțin, fie nu au auzit deloc (Tabel 3.1).

Tabel 3.1. Percepția privind gradul de cunoaștere a drepturilor pacienților

Afirmație privind drepturile	Nr. respondenți	% respondenți
Le cunosc foarte bine (știu care sunt și cum să le folosesc în practică)	337	16.8
Le cunosc în linii mari	781	39.0
Am auzit de ele, dar nu știu ce includ	437	21.8
Nu cunosc deloc care sunt drepturile pacientului	446	22.3
Total	2001	100.0

Percepția privind gradul de cunoaștere a drepturilor pacienților prezintă variații importante, în special în funcție de gen (femeile par să cunoască drepturile în proporție mai mare decât bărbații), de vârstă (cei tineri le cunosc în proporție mai mare), de mediul de rezidență (în avantajul mediului urban). Situația nu variază foarte mult pe regiuni sau în funcție de existența asigurării de sănătate (Tabel 3.1a).

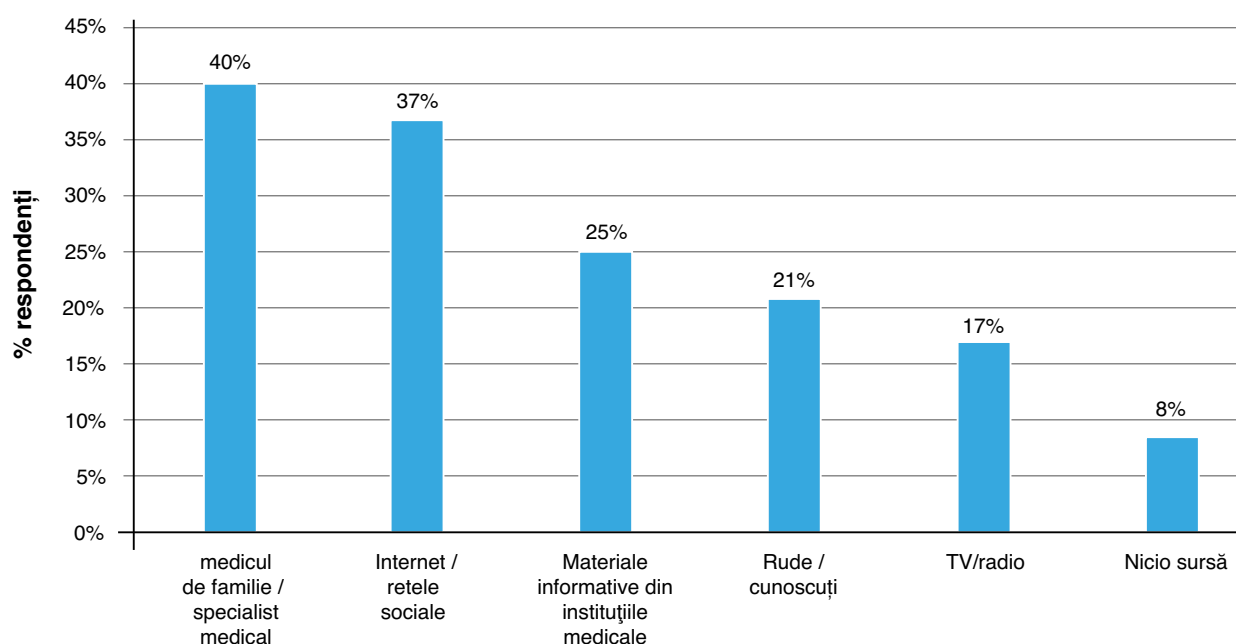
Tabel 3.1a Variații în cunoașterea drepturilor pacienților

Variabila	Nr. %	Le cunosc f. bine (știu care sunt și cum să le folosesc în practică)	Le cunosc în linii mari	Am auzit de ele, dar nu știu ce includ	Nu cunosc deloc care sunt drepturile pacientului	Total
Gen						
Femei	Nr.	224	511	243	233	1211
	%	18%	42%	20%	19%	100%
Bărbați	Nr.	113	270	194	213	790
	%	14%	34%	25%	27%	100%

Variabila	Nr. %	Le cunosc f. bine (știu care sunt și cum să le folosesc în practică)	Le cunosc în linii mari	Am auzit de ele, dar nu știu ce includ	Nu cunosc deloc care sunt drepturile pacientului	Total
Vârsta						
18-29 ani	Nr.	57	113	71	53	294
	%	19%	38%	24%	18%	100%
30-44 ani	Nr.	84	225	119	110	538
	%	16%	42%	22%	20%	100%
45-59 ani	Nr.	75	185	113	104	477
	%	16%	39%	24%	22%	100%
60+ ani	Nr.	121	258	134	179	692
	%	17%	37%	19%	26%	100%
Mediu						
Urban	Nr.	180	394	196	190	960
	%	19%	41%	20%	20%	100%
Rural	Nr.	157	387	241	256	1041
	%	15%	37%	23%	25%	100%
Regiune						
Nord	Nr.	92	202	130	140	564
	%	16%	36%	23%	25%	100%
Centru	Nr.	99	239	135	125	598
	%	17%	40%	23%	21%	100%
Chișinău	Nr.	85	215	109	86	495
	%	17%	43%	22%	17%	100%
Sud	Nr.	61	125	63	95	344
	%	18%	36%	18%	28%	100%
Asigurare de sănătate						
DA	Nr.	296	676	378	371	1721
	%	17%	39%	22%	22%	100%
NU	Nr.	38	98	57	68	261
	%	15%	38%	22%	26%	100%

Sursele de informare/documentare pentru cunoașterea drepturilor pacienților – la această întrebare au răspuns 77.7% dintre respondenți (N=1555 persoane). Dintre cei care au răspuns la întrebare, 8.4% au afirmat că nu s-au documentat din nicio sursă. Restul de 91.6% au ales între 1 – 4 surse de informare dintre cele indicate în chestionar (întrebarea a avut mai multe răspunsuri posibile). Frecvența surselor de informare în ordinea utilizării lor se prezintă în Fig. 3.1.

Fig. 3.1. Sursele de informare privind drepturile pacienților care au fost cel mai frecvent utilizate de respondenți



Cel mai frecvente surse de informare privind drepturile (cel puțin la nivel declarativ) sunt reprezentate de medici, urmați de internet. Apoi urmează în ordine, dar la frecvențe mai reduse, materialele informative din instituțiile medicale, rudele și prietenii și informările de la TV/Radio. Aceste rezultate ne orientează cu privire la viitoarele campanii de informare privind drepturile pacienților, care ar trebui să se realizeze pe canalele cel mai frecvent utilizate de populație.

3.2. Responsabilitățile pacienților – grad de cunoaștere și surse de informare

Numai 17.9% dintre respondenții din studiul nostru consideră că își cunosc foarte bine responsabilitățile în materie de sănătate și că știu să le utilizeze. Alți 39% dintre respondenți consideră că își cunosc responsabilitățile în linii mari, iar restul, fie au auzit de ele dar nu știu ce conțin, fie nu au auzit deloc (Tabel 3.2).

Tabel 3.2. Percepția privind gradul de cunoaștere a responsabilităților pacienților

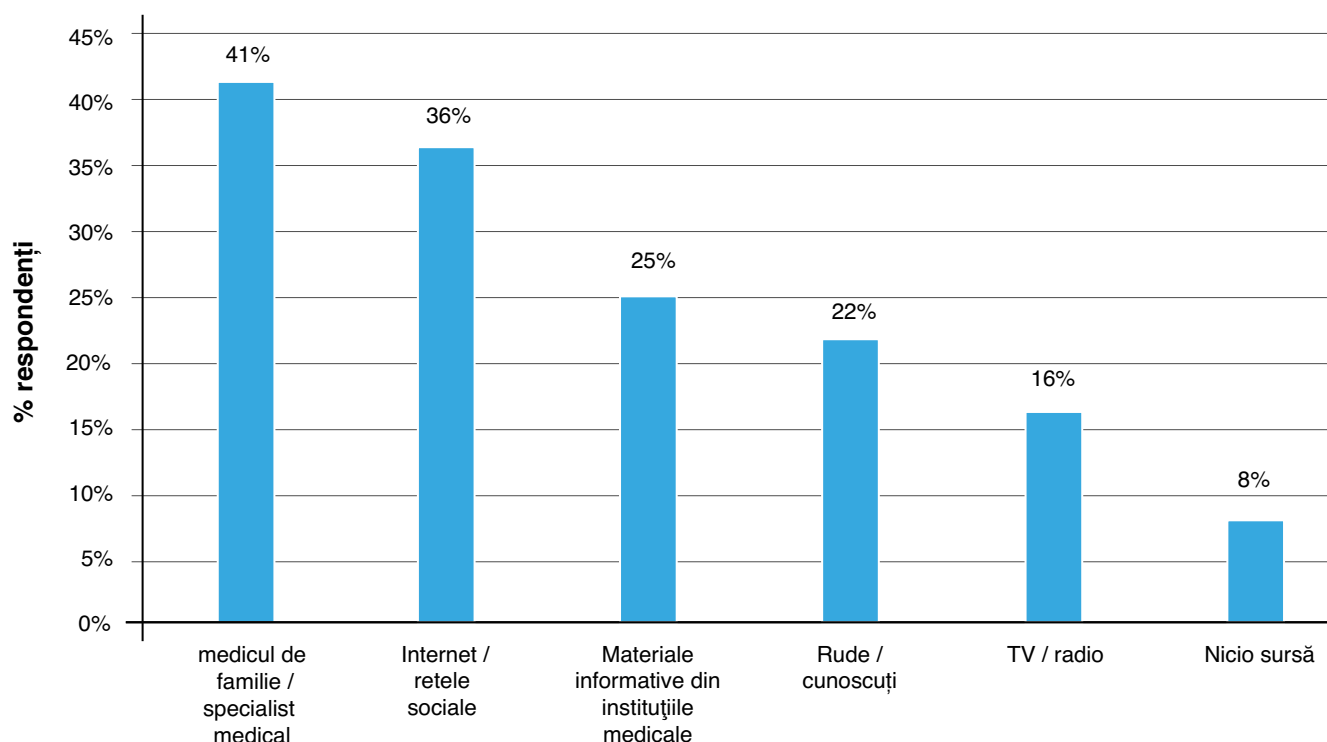
Afirmație privind responsabilitățile	Nr. respondenți	% respondenți
Le cunosc foarte bine (știu care sunt și cum să le folosesc în practică)	358	17.9
Le cunosc în linii mari	780	39.0
Am auzit de ele, dar nu știu ce includ	354	17.7
Nu cunosc deloc care sunt responsabilitățile pacientului	509	25.4
Total	2001	100.0

Tabel 3.2a Variații în cunoașterea responsabilităților pacienților

Variabila	Nr. %	Le cunosc foarte bine (știu care sunt și cum să le folosesc în practică)	Le cunosc în linii mari	Am auzit de ele, dar nu știu ce includ	Nu cunosc deloc responsabilitățile pacientului	Total
Gen						
Femei	Nr.	243	501	206	261	1211
	%	20%	41%	17%	22%	100%
Bărbați	Nr.	115	279	148	248	790
	%	15%	35%	19%	31%	100%
Vârsta						
18-29 ani	Nr.	51	135	61	47	294
	%	17%	46%	21%	16%	100%
30-44 ani	Nr.	99	208	104	127	538
	%	18%	39%	19%	24%	100%
45-59 ani	Nr.	82	178	94	123	477
	%	17%	37%	20%	26%	100%
60+ ani	Nr.	126	259	95	212	692
	%	18%	37%	14%	31%	100%
Mediu						
Urban	Nr.	196	383	152	229	960
	%	20%	40%	16%	24%	100%
Rural	Nr.	162	397	202	280	1041
	%	16%	38%	19%	27%	100%
Regiune						
Nord	Nr.	90	199	117	158	564
	%	16%	35%	21%	28%	100%
Centru	Nr.	116	240	101	141	598
	%	19%	40%	17%	24%	100%
Chișinău	Nr.	89	214	92	100	495
	%	18%	43%	19%	20%	100%
Sud	Nr.	63	127	44	110	344
	%	18%	37%	13%	32%	100%
Asigurare de sănătate						
DA	Nr.	317	671	292	441	1721
	%	18%	39%	17%	26%	100%
NU	Nr.	40	99	61	61	261
	%	15%	38%	23%	23%	100%

Similar cu drepturile, și responsabilitățile pacienților par cunoscute într-o proporție mai mare de către femei și de către persoanele din mediul urban și de către cele care dețin asigurarea obligatorie (Tabel 3.2a).

Fig. 3.2. Sursele de informare privind responsabilitățile pacienților care au fost cel mai frecvent utilizate de respondenți



La întrebarea privind sursele de documentare în legătură cu responsabilitățile pacienților au răspuns 74.5% dintre respondenți (N=1492), ceva mai puțin decât la întrebarea privind drepturile (77.7%). Și la această întrebare au fost posibilă alegerea mai multor răspunsuri. Canalele de informare privind responsabilitățile care au fost utilizate cel mai frecvent de respondenți sunt redată în Fig. 3.2.

Analizând comparativ sursele de informare privind drepturile și responsabilitățile pacienților se observă frecvențe similare.

Ca urmare, acest rezultat poate direcționa asupra canalelor de comunicare cele mai eficace care ar putea fi utilizate în campanii viitoare de informare privind drepturile și obligațiile pacienților.

3.3. Informarea despre drepturile pacienților în unitățile medicale

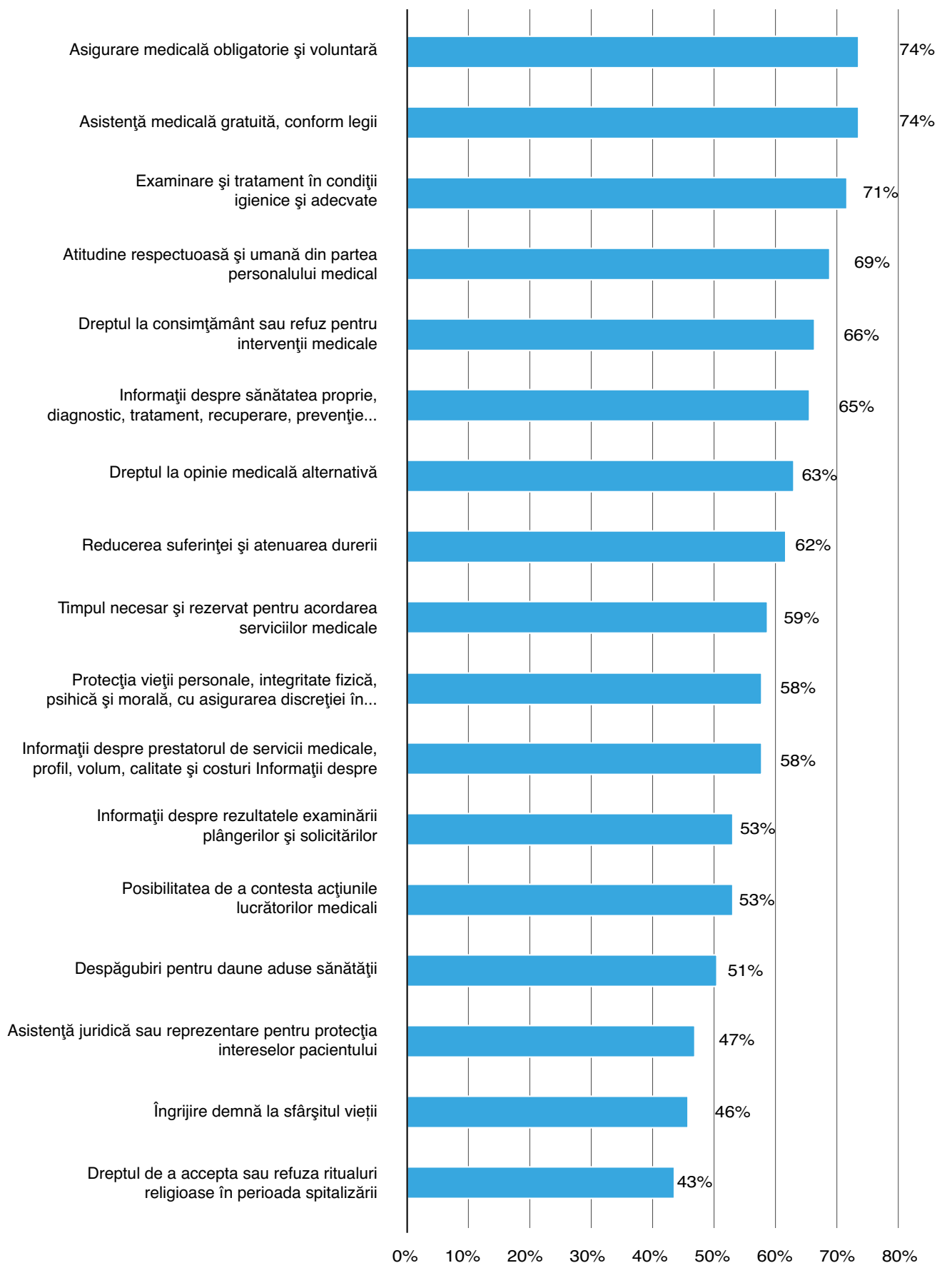
Deși respondenții din studiul nostru afirmă că cea mai frecventă sursă de informare privind drepturile și respectiv responsabilitățile pacienților este reprezentată de medicul de familie și de specialistul medical, doar 32.2% își amintesc că au fost informați direct de personalul medical (în detaliu sau pe scurt), la vizita într-o instituție medicală, despre drepturile pe care le au în calitate de pacient. Alți 9.5% s-au informat singuri din materialele existente în unitatea respectivă, în timp ce 20% nu își amintesc despre acest lucru, 21.1% afirmă că nu au fost informați nici de medic, nici de către asistentă, iar alți 17.1% afirmă că nu au fost informați de vreo persoană și nu au observat nici materiale informative (Tabel 3.3).

Tabel 3.3. Frecvența respondenților în funcție de informarea privind drepturile pacienților, la vizita într-o instituție medicală

Declarații respondenți	Nr. respondenți	% respondenți
Da, medicul/asistenta medicală m-a informat în detaliu	375	18.7
Da, medicul/asistenta medicală m-a informat pe scurt	270	13.5
Nu îmi amintesc să-mi fi spus medicul/asistenta medicală ceva despre drepturile mele ca pacient(ă)	258	12.9
Nu, niciodată medicul/asistenta medicală nu m-a informat despre drepturile ca pacient(ă)	423	21.1
M-am informat de sine stătător din materialele informative din instituțiile medicale (broșuri, afișe, panouri, vide	191	9.5
Nimeni nu m-a informat și nici materiale informative despre drepturile pacienților nu am văzut în instituțiile medicale	342	17.1
Nu-mi amintesc	142	7.1
Total	2001	100.0

Respondenților li s-a cerut să marcheze drepturile cunoscute (mai multe răspunsuri posibile, N=2001). Se constată că cele mai cunoscute drepturi au fost cele privind asigurarea medicală (74%), asistența medicală gratuită (74%) și dreptul la examinare și tratament în condiții igienice (71%). La antipod, drepturile cele mai puțin cunoscute (selectate de mai puțin de jumătate dintre respondenți) au fost: dreptul de a accepta sau refuza ritualuri religioase în perioada spitalizării (cunoscut de 43% dintre respondenți), dreptul la îngrijire demnă la sfârșitul vieții (46%) și dreptul la asistență juridică sau reprezentare pentru protecția intereselor pacientului (47%) (Fig. 3.3). Au existat, de asemenea, 13.2% dintre respondenți care au afirmat că nu știau despre niciunul dintre drepturile prezentate.

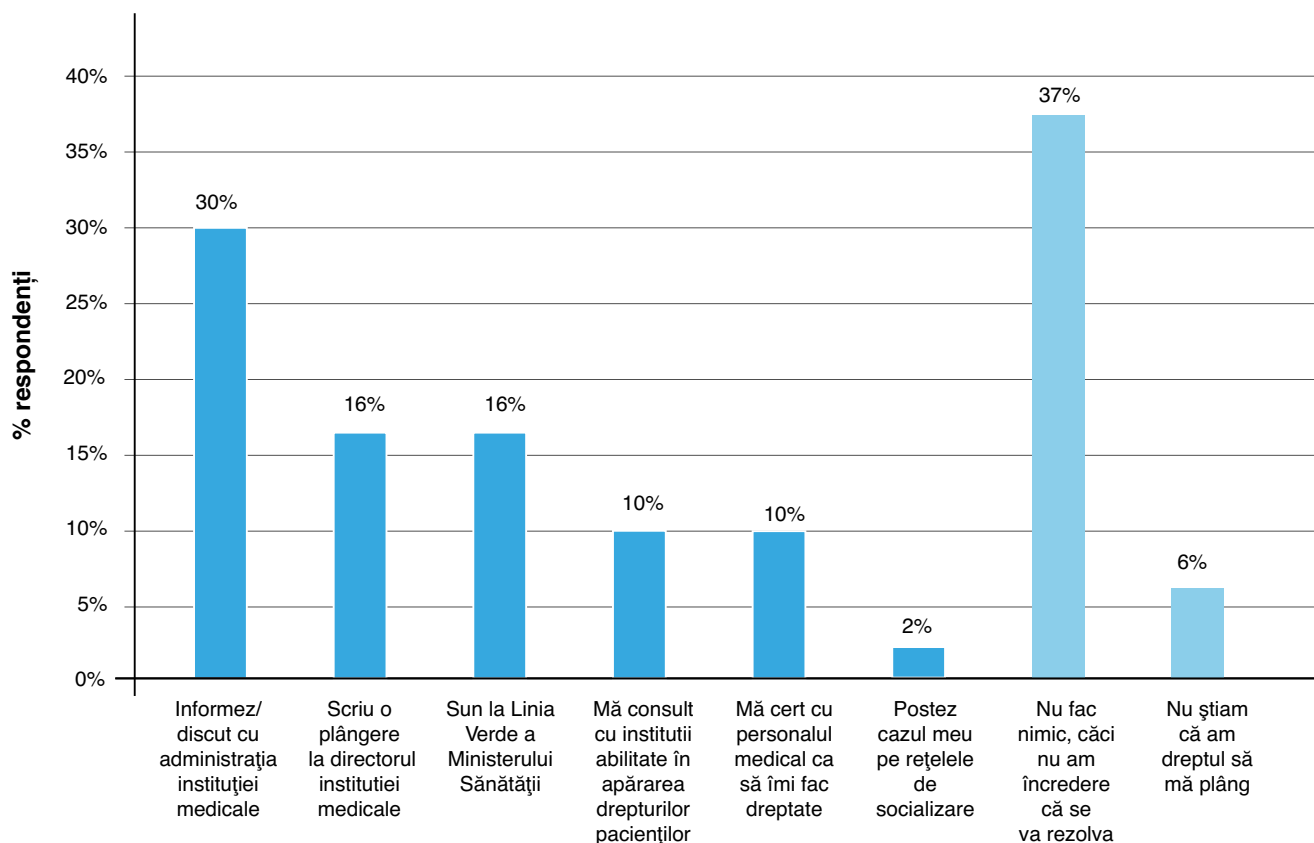
Fig. 3.3. Proporția respondenților în funcție de drepturile cunoscute



3.4. Mecanisme de reacție în cazul încălcării unui drept

Respondenții au fost întrebați despre felul în care procedează atunci când consideră că le-a fost încălcat un drept. La această întrebare au răspuns toți respondenții (întrebare cu răspunsuri preformulate, mai multe alternative fiind posibile). 37% dintre respondenți au afirmat că nu fac nimic, deoarece nu au încredere că situația se va rezolva, iar 6% au afirmat că nu știau că au dreptul să se plângă. 56.7% dintre respondenți au ales între 1-5 alternative de reacție. Alternativa cea mai frecventă a fost „discut cu administrația” (30%), urmată, în proporții mai scăzute de „scriu o plângere la directorul general” (16%) și „sun la Linia verde a MS” (16%). Cea mai puțin abordată alternativă a fost „postez cazul meu pe rețele de socializare” (2%) (Fig. 3.4).

Fig. 3.4. Proporția respondenților în funcție de reacția în situația încălcării unui drept



Datele arată că drepturile pacientului sunt cunoscute fragmentar și sunt aplicate inegal. Faptul că doar o parte redusă dintre respondenți afirmă că își cunosc foarte bine drepturile indică o problemă de informare publică. Totuși, problema nu ține doar de pacient. Instituțiile medicale trebuie să devină spații active de informare, nu doar locuri în care pacientul primește servicii.

Informarea despre drepturi, responsabilități și mecanismele de sesizare trebuie să fie vizibilă, simplă și repetată. Ea trebuie oferită prin materiale afișate, broșuri scurte, explicații din partea personalului și instrumente accesibile pentru persoane vârstnice, persoane cu dizabilități sau pacienți cu nivel redus de alfabetizare. Fără această informare de bază, participarea pacientului rămâne dependentă de inițiativa individuală și de capacitatea fiecăruia de a se orienta singur în sistem.

Percepții privind calitatea comunicării cu furnizorii de servicii medicale

4.1. Percepții privind comunicarea cu medicul

Calitatea comunicării cu medicul a fost analizată din următoarele perspective: claritatea explicațiilor privind actul medical, percepția privind timpul acordat de medic, implicarea persoanei în discuția despre actul medical, centrarea pe pacient și respectul acordat pacientului.

Circa trei sferturi dintre respondenți consideră că, la ultima vizită într-o instituție medicală, medicul le-a explicat corespunzător actul medical și că au înțeles bine explicațiile acestuia.

13% dintre pacienți au primit explicații, dar nu le-au înțeles prea bine, în timp ce 12.1% fie nu au primit explicații suficiente, fie nu le-au înțeles (Tabel 4.1).

Situația pare mai bună comparativ cu cercetări care se referă la anii anteriori, dar chiar și așa, trebuie semnalat faptul că un sfert dintre pacienți fie nu înțeleg, fie nu primesc explicații despre actul medical.

Tabel 4.1. Percepția privind claritatea explicațiilor despre actul medical la ultima vizită medicală

La ultima dvs. vizită în instituția medicală, când medicul v-a explicat despre actul medical (diagnostic, investigații, tratament, efectele acestora), considerați că ați înțeles explicațiile?

Rezultatele studiului			Cercetări anterioare*				
Varianta	Nr. respondenți	% respondenți	2021	2016	2012	2010	2008
			%	%	%	%	%
Da, mi s-a explicat bine și pe înțeles	1499	74.9	70.2	64.5	73.1	73.6	68.7
Da, dar fără să înțeleg prea multe	258	12.9	16.7	20.1	10.2	16	15.4
Nu, nu am primit explicații suficiente	159	7.9	8.8	11.3	9.4	7.3	13.3
Nu îmi amintesc, greu de răspuns	85	4.2	4.3	4.1	7.3	3.1	2.6
Total	2001	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Accesul populației la serviciile de sănătate: Rezultatele studiului de sănătate: Sintează. Chișinău 2022. ISBN 978-9975-53-418-5

72.7% dintre respondenți consideră că au petrecut suficient timp cu medicul la ultima consultație, în timp ce 11.8% sunt de acord într-o oarecare măsură cu această afirmație (Tabel 4.2).

Tabel 4.2. Percepția privind timpul petrecut cu medicul la ultima vizită medicală

Considerați că medicul a petrecut suficient timp cu Dvs. la ultima consultație la care ați fost?

Varianta	Nr. respondenți	% respondenți
Da, sigur	1455	72.7
Da, într-o oarecare măsură	237	11.8
Nu, mi-aș fi dorit mai mult timp	259	12.9
Nu știu	50	2.5
Total	2001	100.0

Este de menționat faptul că cei doi parametri urmăriți în percepția pacienților privind comunicarea cu medicul sunt mai reduși pentru Republica Moldova, față de mediile OCDE rezultate din studiile privind experiențele raportate de pacienți în 20 de state, cu precizarea că există limite de comparabilitate. Astfel, în Moldova avem 70.2% dintre pacienți care consideră că medicul le-a explicat pe înțelesul lor problemele legate de boală, față de 91% media OCDE 20; de asemenea, avem 72.7% dintre pacienți care consideră că medicul a petrecut suficient timp cu ei la ultima vizită medicală, față de 82% media OCDE 20. Deși există limite de comparabilitate, chiar și între statele OCDE care colectează date despre experiența pacienților fie pe eșantioane din populația generală, fie din rândul utilizatorilor de servicii medicale, putem presupune cu ușurință că situația din Republica Moldova trebuie îmbunătățită (OCDE, 2023). Totodată, 68% dintre respondenții din Republica Moldova percep că au avut un dialog activ și clar cu medicul la ultima consultație și alți 15.1% au considerat că nu au avut nevoie să pună întrebări, deoarece explicațiile primite au fost clare (Tabel 4.3).

Tabel 4.3. Discuția activă cu medicul la ultima vizită medicală

Când medicul v-a explicat despre actul medical (diagnostic, investigații, tratament) ați pus întrebări sau ați cerut detalii?

Varianta	Nr. respondenți	% respondenți
Da, am pus întrebări și am primit răspunsuri clare	1360	68.0
Da, am întrebat, dar răspunsurile au fost neclare sau greu de înțeles	212	10.6
Am vrut să întreb, dar nu am avut posibilitatea, deoarece medicul se grăbea	61	3.0
Nu, pentru că am înțeles totul din explicația medicului	302	15.1
Nu, pentru că nu am înțeles și îmi era frică să întreb	66	3.3
Total	2001	100.0

Tabel 4.4. Percepții privind centrarea pe pacient a medicului la ultima vizită medicală

Care dintre afirmațiile de mai jos reflectă cel mai bine discuția Dvs. cu medicul atunci când v-a explicat actul medical (diagnostic, investigații, tratament)?

Varianta	Nr. respondenți	% respondenți
Medicul era foarte preocupat doar de mine și de problema mea de sănătate	1433	71.6
Medicul părea preocupat de mine și de problema mea, dar se ocupa și de alte lucruri care nu se refereau la mine	362	18.1
Medicul se ocupa în principal de alte lucruri, dar a discutat și cu mine	153	7.6
Nu îmi amintesc	53	2.6
Total	2001	100.0

71.6% dintre respondenți au perceput că medicul se preocupa doar de ei în timp ce le explica actul medical, în timp ce 18.1% au perceput că medicul se ocupa și de alte lucruri, iar 7.6% au spus că se ocupa mai ales de alte lucruri (Tabel 4.4).

Tabel 4.5. Percepții privind respectul acordat

Ați simțit vreodată că personalul medical v-a tratat cu superioritate sau lipsă de respect cât v-ați aflat în instituția medicală?

Varianta	Nr. respondenți	% respondenți
Da, de mai multe ori	301	15.0
Au fost câteva situații	558	27.9
Nu, niciodată	1070	53.5
Nu îmi amintesc	72	3.6
Total	2001	100.0

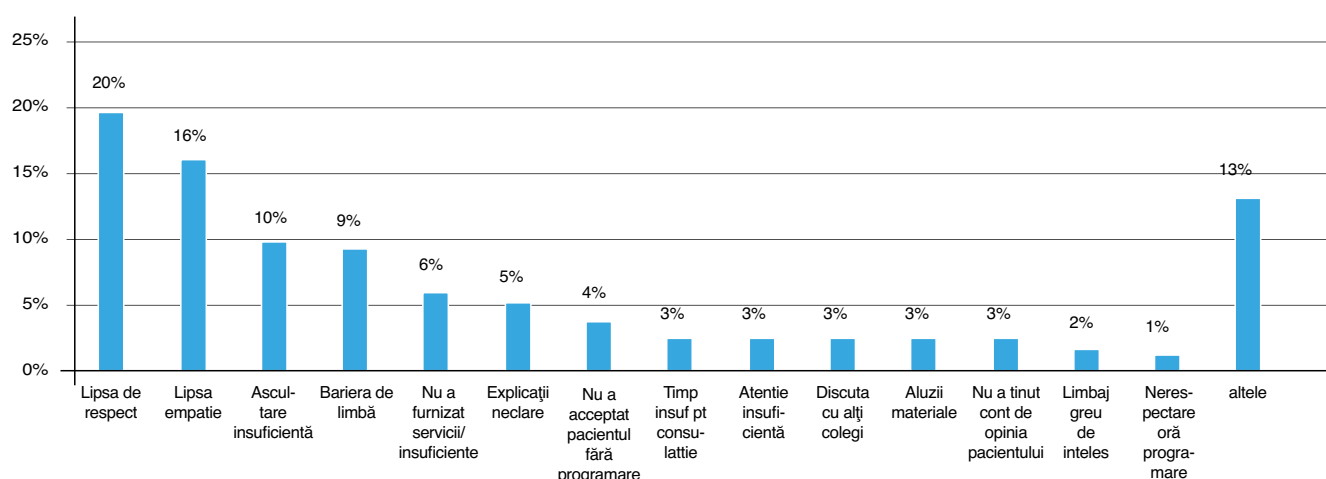
53.5% dintre respondenți nu au perceput niciodată că personalul medical i-a tratat cu superioritate sau lipsă de respect, în timp ce le explica actul medical, în timp ce 27.9% au perceput acest lucru în câteva situații, iar 15% de mai multe ori (Tabel 4.5).

4.2. Percepții privind bariere de comunicare cu personalul medical

Marea majoritate a respondenților (84.3%) au afirmat că nu au perceput bariere de comunicare, în timp ce 13% au perceput unele bariere, iar 2.7% nu își amintesc.

Dintre respondenții care au menționat bariere de comunicare, cei mai mulți au invocat lipsa de respect, lipsa empatiei, ascultare insuficientă sau barieră de limbă (Fig. 4.1).

Fig. 4.1. Tipuri de bariere de comunicare



Comunicarea medic-pacient trebuie privită ca parte a calității și siguranței actului medical, nu doar ca abilitate interpersonală. Atunci când pacientul nu primește explicații suficiente, nu înțelege diagnosticul sau nu are posibilitatea să pună întrebări, consimțământul informat devine fragil, iar participarea la luarea deciziilor este limitată.

Datele arată că există trei probleme care trebuie abordate împreună: informația medicală nu este întotdeauna explicată suficient de clar; pacienții nu se simt întotdeauna confortabil să întrebe sau să insiste; sistemul nu oferă mereu timpul și condițiile necesare pentru un dialog real. Din acest motiv, intervențiile nu trebuie să se limiteze la instruirii generale de comunicare, ci să includă proceduri clare, materiale pentru pacienți, timp adecvat pentru explicații și monitorizarea experienței pacientului, ca parte a managementului calității.

5

Participarea activă a pacienților la decizii legate de propria sănătate

5.1. Percepții și atitudini privind deciziile legate de propria sănătate

Puțin peste jumătate dintre respondenți sunt conștienți de faptul că pot contribui ei înșiși la îmbunătățirea serviciilor medicale, în timp ce 28.5% consideră că nu pot contribui, iar 15.4% nu sunt siguri că pot avea vreun rol în acest sens (Tabel 5.1).

Tabel 5.1. Percepții privind rolul în îmbunătățirea calității serviciilor medicale

Credeți că dvs. în calitate de pacient(ă), puteți contribui la îmbunătățirea calității serviciilor medicale?

Varianta	Nr. respondenți	% respondenți
Da	1123	56.1
Nu	570	28.5
Nu știu	308	15.4
Total	2001	100.0

Femeile par convinse într-o proporție mai mare decât bărbații că pot avea un rol în îmbunătățirea calității serviciilor medicale, de asemenea, persoanele din generațiile mai tinere față de cele din generațiile mai vârstnice, dar nu există diferențe semnificative statistic pe medii de rezidență, pe regiuni sau în funcție de asigurarea de sănătate (Tabel 5.1a).

Tabel 5.1a. Structura respondenților în funcție de caracteristicile studiate și de percepția privind rolul în îmbunătățirea calității serviciilor medicale

Variabila	Nr. / %	DA	NU	Nu știu	p-value (*)
Gen					
Femei	Nr.	687	311	213	p<0.001*
	%	57%	26%	18%	
Bărbați	Nr.	436	259	95	
	%	55%	33%	12%	
Vârsta					

Variabila	Nr. / %	DA	NU	Nu știu	p-value (*)
18-29 ani	Nr.	173	79	42	p<0.001*
	%	59%	27%	14%	
30-44 ani	Nr.	338	117	83	
	%	63%	22%	15%	
45-59 ani	Nr.	237	171	69	
	%	50%	36%	14%	
60+ ani	Nr.	375	203	114	
	%	54%	29%	16%	
Mediu					
Urban	Nr.	542	285	133	p=0.149
	%	56%	30%	14%	
Rural	Nr.	581	285	175	
	%	56%	27%	17%	
Regiune					
Nord	Nr.	296	172	96	p=0.423
	%	52%	30%	17%	
Centru	Nr.	347	164	87	
	%	58%	27%	15%	
Chișinău	Nr.	289	130	76	
	%	58%	26%	15%	
Sud	Nr.	191	104	49	
	%	56%	30%	14%	
Mediu					
DA	Nr.	976	488	257	p=0.177
	%	57%	28%	15%	
NU	Nr.	135	80	46	
	%	52%	31%	18%	

* Test Chi², semnificație statistică a diferenței

În același sens, peste jumătate dintre respondenți (54.6%) sunt total de acord sau de acord că pacientul ar trebui să lase deciziile medicale doar pe seama medicului și doar unul din 5 pacienți (20%) nu aderă la această afirmație (Tabel 5.2).

Tabel 5.2. Percepții privind rolul medicului în luarea deciziei medicale

Care este părerea dvs. cu referire la afirmația: „Pacientul ar trebui să lase deciziile medicale exclusiv pe seama medicului”.

Varianta	Nr. respondenți	% respondenți
Total de acord	431	21.5
De acord	662	33.1
Nici acord, nici dezacord	512	25.6
Dezacord	318	15.9
Dezacord total	78	3.9
Total	2001	100.0

Cu toate că peste jumătate dintre respondenți acordă medicului un rol exclusiv în luarea deciziei medicale, de asemenea, 52.7% admit că se implică activ în luarea deciziei, împreună cu medicul și alți 20.1% că își caută independent soluții alternative (Tabel 5.3).

Tabel 5.3. Atitudinea în îngrijirea propriei sănătăți

Cum vă implicați de obicei în propria îngrijire medicală?

Varianta	Nr. respondenți	% respondenți
Activ – particip la discuții și iau decizii împreună cu medicul	1055	52.7
Independent – chiar dacă consult medicul, îmi asum deciziile, inclusiv căutarea de soluții alternative pentru problema mea	402	20.1
Pasiv – urmez indicațiile medicului fără să intervin cu idei/clarificări	544	27.2
Total	2001	100.0

Tabel 5.4. Percepția privind rolul pacientului în parteneriatul medic-pacient

Cât de corect vi se pare ca un pacient(ă) să întrebe sau să contrazică opinia medicului/personalului medical?

Varianta	Nr. respondenți	% respondenți
Este absolut normal și corect	577	28.8
Este acceptabil, în anumite limite	814	40.7
Nu este recomandabil – medicul știe mai bine	610	30.5
Total	2001	100.0

Aproape 70% dintre respondenți consideră că este fie normal, fie acceptabil să întrebe sau să contrazică personalul medical în deciziile care îi privesc (Tabel 5.4). În același sens, 71.4% dintre respondenți afirmă că se simt întotdeauna confortabil să adreseze medicului întrebări despre starea de sănătate și alți 20.7% dintre respondenți se simt confortabil uneori (Tabel 5.5).

Tabel 5.5. Nivelul propriu de confort în dialogul cu medicul

Dvs. personal vă simțiți confortabil să adresați întrebări medicului despre starea dvs. de sănătate (diagnoză), tratamentul propus, riscuri?

Varianta	Nr. respondenți	% respondenți
Da, întotdeauna	1429	71.4
Uneori, depinde de situație	414	20.7
Rareori, depinde de situație	97	4.8
Nu	61	3.0
Total	2001	100.0

Există un sublot de 7.8% din respondenți (N=158) care se simt confortabil rareori (4.8%), sau niciodată (3%) în dialogul cu medicul (Tabel 5.5).

Pentru aceștia din urmă, principalele bariere în asumarea dialogului cu medicul sunt reprezentate de: credința că medicul știe mai bine; teama de a nu deranja /supăra medicul; credința că medicul este prea ocupat; experiențe anterioare negative; nesiguranța privind capacitatea proprie de a discuta despre subiecte medicale sau teama de a nu da sentimentul că nu au încredere în medic (Tabel. 5.5a).

Tabel 5.5a. Principalele bariere în asumarea dialogului cu medicul

Varianta	Nr. respondenți	% din respondenții din sublot	% din eșantionul total de respondenți
Cred că medicul știe mai bine și nu trebuie să-l întreb	41	25.9	2.0
Mi-e teamă să nu deranjez /să nu supăr medicul	21	13.3	1.0
Cred că medicul este prea ocupat și nu are timp pentru explicații	19	12.0	0.9
Am avut experiențe anterioare negative când am pus întrebări	23	14.6	1.1
Nu mă simt competent(ă) să discut despre subiecte medicale	28	17.7	1.4
Nu vreau să pară că nu am încredere în medic	19	12.0	0.9
Nu am încredere în competența medicilor	2	1.3	0.1
Alta / NR	5	3.2	0.2
Total sublot	158	100.0	7.8
Persoane care nu fac parte din sublot	1843	NA	92.2
Total respondenți	2001	NA	100

5.2. Implicarea în luarea deciziei la ultima vizită într-o instituție medicală

Aproape trei sferturi dintre respondenți consideră că au participat la luarea deciziei medicale la ultima vizită într-o instituție medicală, iar alți 13.5% consideră că, deși au fost informați corect și complet, medicul a luat singur decizia medicală (Tabel 5.6). Din nou proporția pacienților din Republica Moldova care percep că au fost implicați în luarea deciziilor privind îngrijirea și tratamentul la ultima vizită medicală este mai redusă comparativ cu media statelor OCDE (73.7% în Moldova, față de 84% OCDE 20) (OCDE, 2023).

De asemenea, aproape 13% dintre respondenți consideră că medicul nu le-a explicat opțiunile terapeutice, nu știu sau nu își amintesc despre acest aspect.

Tabel 5.6. Percepția privind implicarea în decizia medicală la ultima vizită

Referindu-vă la ultima dvs. vizită în instituția medicală, credeți că medicul v-a implicat în luarea deciziilor legate de problema Dvs. de sănătate / tratamentul prescris?

Varianta	Nr. respondenți	% respondenți
Da, medicul mi-a explicat diagnoza și ce opțiuni de tratament am, și am luat decizia în comun.	1474	73.7
Da, medicul mi-a explicat diagnoza și tratamentul, dar decizia a fost luată de medic fără să mă întrebe.	270	13.5
Nu, medicul nu mi-a explicat opțiunile și a decis singur(ă) pentru mine.	241	12.1
Nu știu / Nu îmi aduc aminte / Alt răspuns	16	0.7
Total	2001	100.0

În același sens, 66.4% dintre respondenți consideră că medicul le-a oferit oportunitatea de a pune întrebări și de a-și exprima îngrijorările legate de diagnostic sau de tratament (la ultima vizită medicală) și alți 13.7% acceptă că au avut această oportunitate, dar pentru că au inițiat ei discuția. Rămân problematici 6.7% dintre respondenți, care consideră că au avut parțial oportunitatea de a-și exprima îngrijorările și alți 6.5%, care consideră că medicul nu le-a oferit ocazia să își exprime îngrijorările. 4.6% dintre respondenți consideră că nu a fost cazul să își exprime îngrijorările, deoarece au fost la o consultație de rutină, iar 2% nu își amintesc acest aspect (Tabel 5.7).

Rezultatele indică o tensiune importantă între participarea declarată și modelul cultural al relației medic-pacient. Pe de o parte, o parte mare dintre respondenți afirmă că au fost implicați în decizia medicală la ultima vizită. Pe de altă parte, peste jumătate consideră că pacientul ar trebui să lase deciziile medicale exclusiv pe seama medicului.

Această aparentă contradicție arată că participarea pacientului este adesea înțeleasă ca primire de explicații sau acceptare a recomandării medicale, nu neapărat ca deliberare reală între pacient și medic. Pentru ca decizia să fie cu adevărat partajată, pacientul trebuie să poată pune întrebări, să înțeleagă alternativele, să discute riscurile și să simtă că opinia lui este respectată. În lipsa acestor condiții, participarea rămâne mai mult formală decât efectivă.

Tabel 5.7. Percepția privind oportunitatea de a-și exprima îngrijorările la ultima vizită

Referindu-vă la ultima dvs. vizită în instituția medicală, considerați că medicul v-a dat oportunitatea de a pune întrebări, de a vă exprima îngrijorările legate de diagnoza sau tratamentul prescris?

Varianta	Nr. respondenți	% respondenți
Da, întotdeauna – am fost încurajat(ă) să pun întrebări și să vorbesc deschis	1328	66.4
Da, dar doar dacă am inițiat eu discuția	275	13.7
Parțial – am simțit că nu este suficient timp sau deschidere	135	6.7
Nu, medicul nu mi-a oferit ocazia să mă exprim	130	6.5
Nu a fost cazul (ex. am fost la consultație de rutină, fără recomandări)	93	4.6
Nu-mi amintesc	40	2.0
Total	2001	100.0

5.3. Factori favorizanți și bariere în exprimarea opiniei privind serviciile medicale

44.4% dintre respondenți afirmă că nu și-au exprimat niciodată opinia cu privire la serviciile medicale de care au beneficiat, iar 1.2% preferă să nu răspundă la această întrebare (Tabel 7.8). Faptul că doar puțin peste jumătate dintre respondenți și-au exprimat vreodată opinia privind serviciile medicale primite indică necesitatea de a dezvolta mecanismele de colectare de feedback din partea pacienților, concomitent cu acțiuni de conștientizare privind aceste mecanisme atât la nivelul populației, cât și al personalului medical. Este necesar a se crea o cultură a calității, în care colectarea de date privind satisfacția pacientului și evaluarea acestora trebuie să fie o rutină.

Femeile par să se fi exprimat într-o proporție semnificativ mai mare decât bărbații, De asemenea, diferențe semnificative s-au înregistrat și pe grupe de vârstă și pe regiuni, dar nu s-au evidențiat diferențe statistice semnificative pe medii de rezidență sau în funcție de asigurarea de sănătate (Tabel 5.8a).

Tabel 5.8. Exprimarea opiniei cu privire la serviciile medicale primite

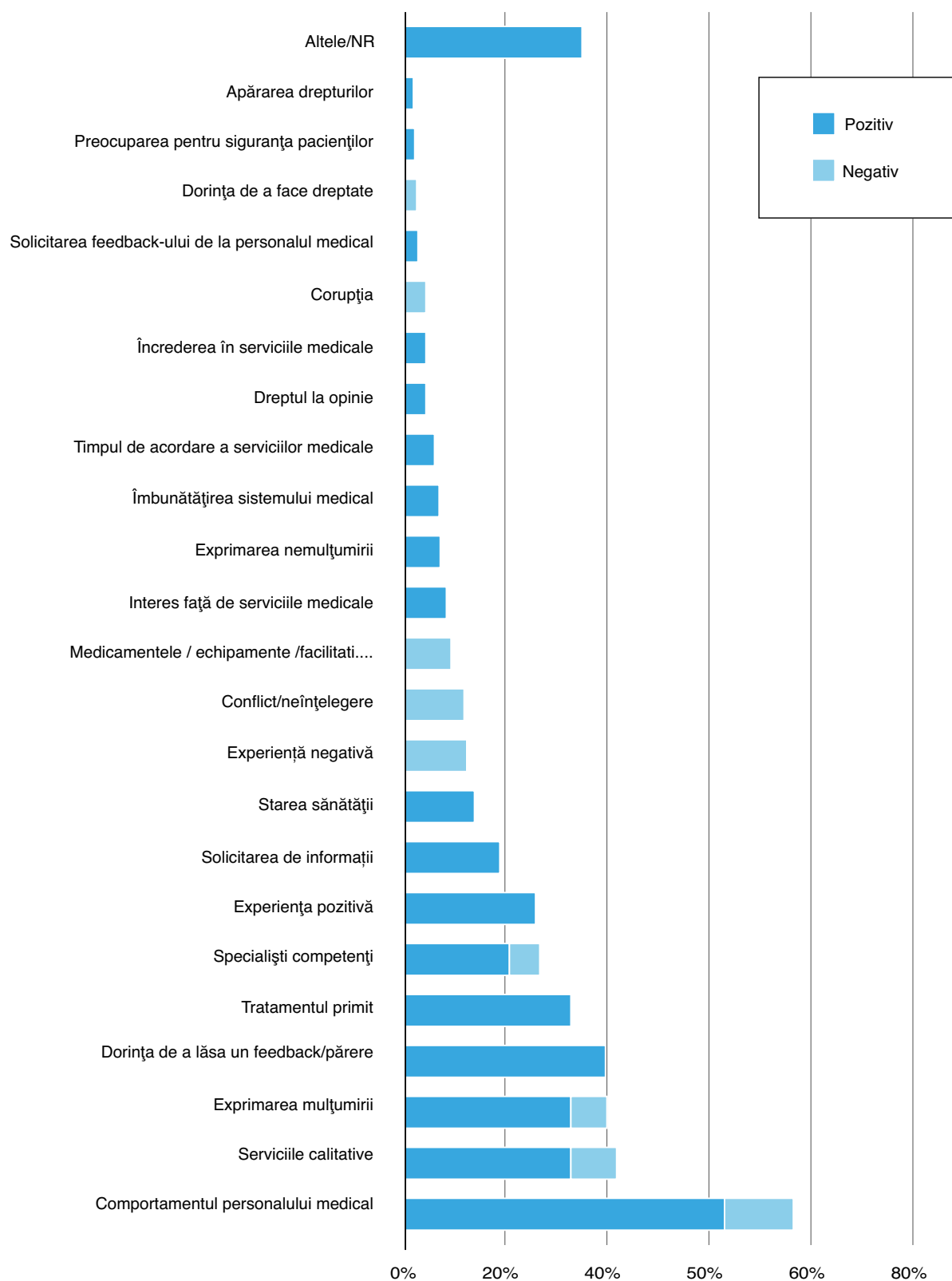
V-ați expus vreodată opinia (pozitivă / negativă) cu privire la serviciile medicale primite?		
Varianta	Nr. respondenți	% respondenți
Da	1088	54.4
Nu	889	44.4
Prefer să nu răspund	24	1.2
Total	2001	100.0

Tabel 5.8a. Structura respondenților în funcție de caracteristicile studiate și de exprimarea opiniei cu privire la serviciile medicale primite

Variabila	Nr. / %	DA	NU	Nu știu	Total	p-value
Gen						
Femei	Nr.	689	508	14	1211	p=0.019
	%	57%	42%	1%	100%	
Bărbați	Nr.	399	381	10	790	
	%	51%	48%	1%	100%	
Vârsta						
18-29 ani	Nr.	161	128	5	294	p=0.046
	%	55%	44%	2%	100%	
30-44 ani	Nr.	314	211	13	538	
	%	58%	39%	2%	100%	
45-59 ani	Nr.	256	218	3	477	
	%	54%	46%	1%	100%	
60+ ani	Nr.	357	332	3	692	
	%	52%	48%	0%	100%	
Mediu						
Urban	Nr.	530	417	13	960	p=0.603
	%	55%	43%	1%	100%	
Rural	Nr.	558	472	11	1041	
	%	54%	45%	1%	100%	
Regiune						
Nord	Nr.	287	266	11	564	p=0.031
	%	51%	47%	2%	100%	
Centru	Nr.	319	274	5	598	
	%	53%	46%	1%	100%	
Chișinău	Nr.	272	219	4	495	
	%	55%	44%	1%	100%	
Sud	Nr.	210	130	4	344	
	%	61%	38%	1%	100%	
Asigurare de sănătate						
DA	Nr.	942	764	15	1721	p=0.750
	%	55%	44%	1%	100%	
NU	Nr.	137	116	8	261	
	%	52%	44%	3%	100%	

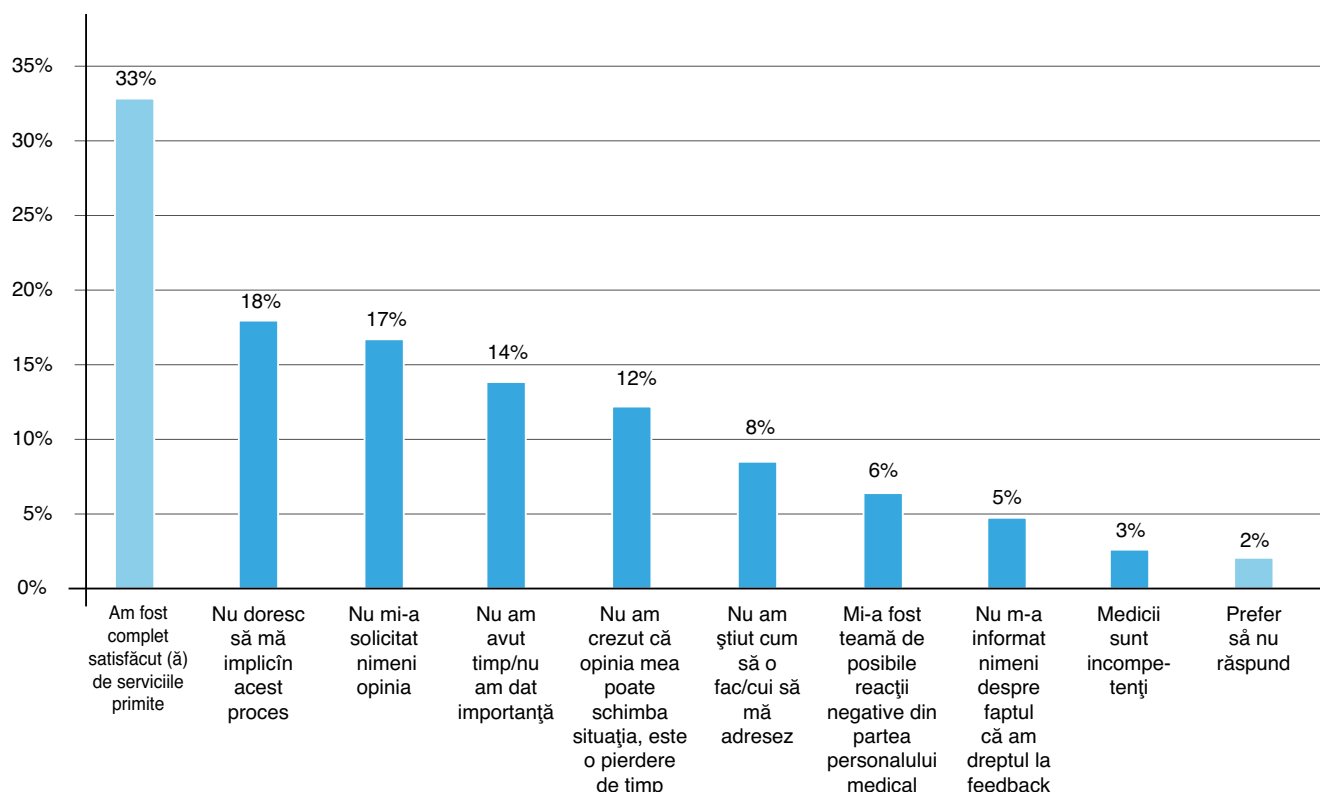
Respondenții care și-au exprimat opinia cu privire la serviciile medicale: principalii factori care i-au determinat să își exprime opinia cu privire la serviciile medicale de care au beneficiat sunt: comportamentul personalului medical (favorabil sau nefavorabil, ultimul într-o măsură mai redusă), serviciile calitative, nevoia de exprimare a mulțumirii, dorința de a lăsa un feedback și tratamentul primit (Fig. 5.1). În general se observă că pacienții se exprimă mai ales în legătură cu o experiență pozitivă.

Fig. 5.1. Motive declarate de respondenții care și-au exprimat opinia privind serviciile medicale



Respondenții care nu și-au exprimat niciodată opinia cu privire la serviciile medicale: acest comportament a fost adoptat fie pentru că persoanele în cauză au fost complet satisfăcute de serviciile medicale (33%), fie pentru că nu au dorit, nu au știut, nu au avut timp, sau nu au crezut că pot schimba situația (Fig. 5.2).

Fig. 5.2. Bariere declarate de respondenții care nu și-au exprimat opinia privind serviciile medicale



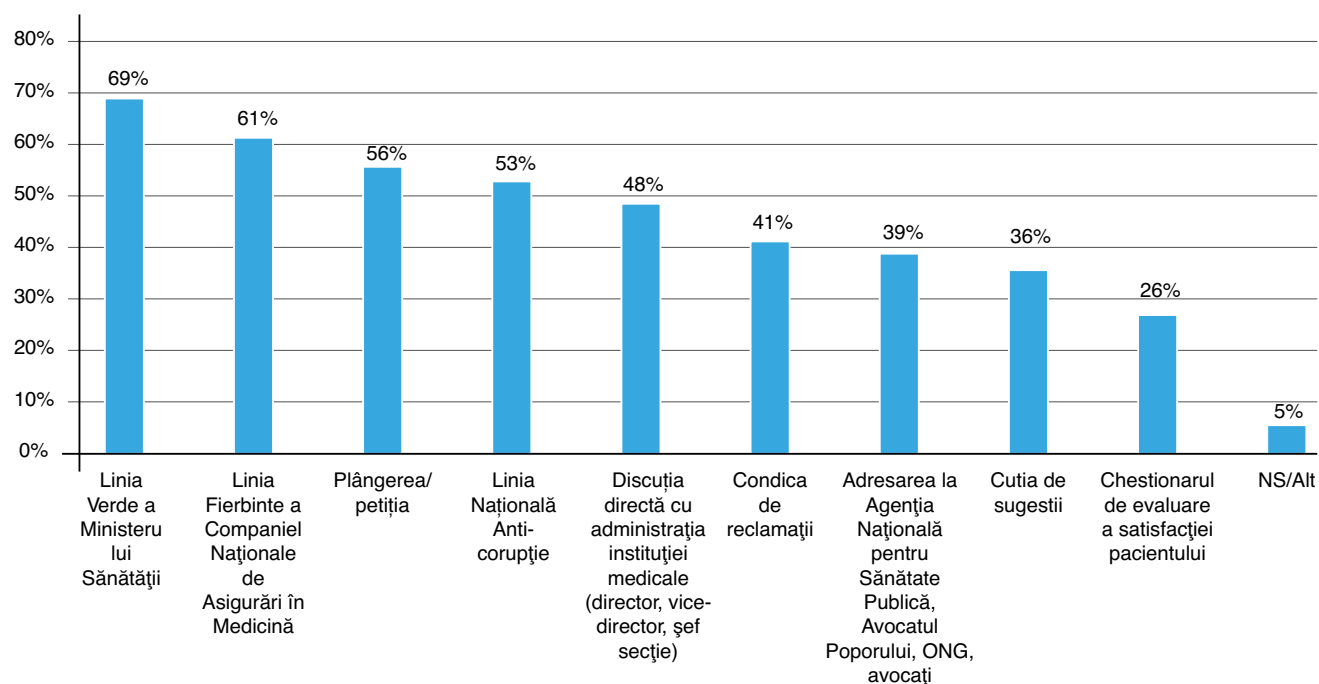
5.4. Cunoașterea și utilizarea instrumentelor de opinie privind serviciile medicale

În continuare a fost analizat gradul de cunoaștere a instrumentelor de opinie privind serviciile medicale. **S-a constatat că 94.6% dintre respondenți cunosc cel puțin un instrument de opinie privind serviciile medicale.**

Instrumentele de opinie cele mai cunoscute au fost reprezentate de Linia Verde a Ministerului Sănătății (cunoscută de 69% dintre respondenți), Linia Fierbinte a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (61%), plângerea sau petiția (56%) sau Linia Națională Anticorupție (53%) (Fig. 5.3).

Instrumentul cel mai puțin cunoscut de respondenții din studiu a fost chestionarul de evaluare a satisfacției pacientului, marcat de 26% dintre respondenți. Această întrebare a avut răspunsuri preformulate, iar respondenții au putut alege mai multe variante de răspuns.

Fig. 5.3. Instrumente de opinie cunoscute



Deși cvasitotalitatea respondenților afirmă că au cunoștință de cel puțin un instrument de opinie privind serviciile medicale, numai 23.3% dintre respondenți afirmă că au utilizat vreodată un instrument de opinie privind serviciile medicale, în timp ce 76.7% declară că nu au utilizat niciodată un asemenea instrument. Instrumentele cel mai frecvent utilizate sunt redate în Tabelul 5.9 (mai multe variante posibile).

Tabel 5.9. Frecvența instrumentelor de opinie utilizate

Varianta	Nr. respondenți	% din respondenții din sublot	% din eșantionul total de respondenți
Discuția directă cu administrația instituției medicale (director, vice-director, șef secție)	159	34%	8%
Linia Verde a Ministerului Sănătății	147	32%	7%
Linia Fierbinte a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină	72	15%	4%
Plângerea/petiția	61	13%	3%
Condica de reclamații	60	13%	3%
Chestionarul de evaluare a satisfacției pacientului	52	11%	3%
Cutia de sugestii	37	8%	2%
Linia Națională Anticorupție	24	5%	1%

Varianta	Nr. respondenți	% din respondenții din sublot	% din eșantionul total de respondenți
Adresarea la Agenția Națională pentru Sănătate Publică, Avocatul Poporului, ONG, avocați	24	5%	1%
Altele	4	1%	0%
Total respondenți care au utilizat instrumente de opinie	466	100%	23.3%
Total respondenți	2001	NA	100%

În condițiile în care mai puțin de un sfert dintre respondenți afirmă că au utilizat vreodată un instrument de opinie privind serviciile medicale este deosebit de important să aflăm care sunt factorii care ar favoriza implicarea mai activă a pacienților în deciziile privind sănătatea proprie. Potrivit opiniei respondenților din studiu, acești factori sunt redați în Tabelul 5.10.

Tabel 5.10. Factori favorizanți ai implicării mai active a pacienților în deciziile privind sănătatea proprie

Factor	Nr. respondenți	% respondenți
Informații clare și accesibile despre diagnostic și opțiunile de tratament	1424	71.2%
Timp mai mult pentru consultațiile medicale/discuții cu medicul	1323	66.1%
Acces la diferite materiale educative, întâlniri cu specialiști pe subiecte de sănătate	1183	59.1%
Posibilitatea de a discuta cu alți pacienți care au trecut prin experiențe similare	1180	59.0%
Deschidere din partea instituțiilor medicale de a-mi cere opinia și de a o valorifica	1144	57.2%
Participarea la instruiți, activități pe subiecte medicale alături de alți pacienți	957	47.8%
Altele	61	3.0%
Total	2001	100.0%

Diferența dintre cunoașterea instrumentelor de opinie și utilizarea lor efectivă arată că simpla existență a canalelor de feedback nu este suficientă. Pacienții trebuie să știe unde se pot adresa, dar și să creadă că opinia lor va fi analizată, că nu vor suporta consecințe negative și că feedbackul lor poate contribui la schimbări concrete.

Mecanismele de feedback trebuie să includă o legătură vizibilă între opinia transmisă și acțiunea instituțională. Pacientul transmite feedback; instituția îl analizează, identifică probleme recurente și comunică periodic ce măsuri au fost luate. Fără această legătură, instrumentele de feedback riscă să fie percepute ca formale, iar pacienții vor continua să le evite utilizarea.

Dezvoltarea unor instrumente simple, standardizate și accesibile pentru colectarea experienței pacientului, inclusiv în format digital sau prin chestionare disponibile în instituțiile medicale, poate contribui la creșterea participării. Totuși, valoarea acestor instrumente va depinde de modul în care datele sunt folosite în managementul calității și în luarea deciziilor instituționale.

5.5. Interesul pentru aderarea la asociațiile de pacienți

Cunoștințe și atitudini privind asociațiile de pacienți

Grupurile și/sau asociațiile de pacienți sunt puțin cunoscute de populația generală în Republica Moldova. În studiul nostru, numai 13% dintre respondenți au auzit de existența unor grupuri sau asociații de pacienți (Fig. 5.4a) și numai 4% au interacționat în calitate de membru (1.7%) sau de beneficiar (2.5%) (Fig. 5.4b).

Fig. 5.4a. Respondenți care au auzit despre asociații de pacienți

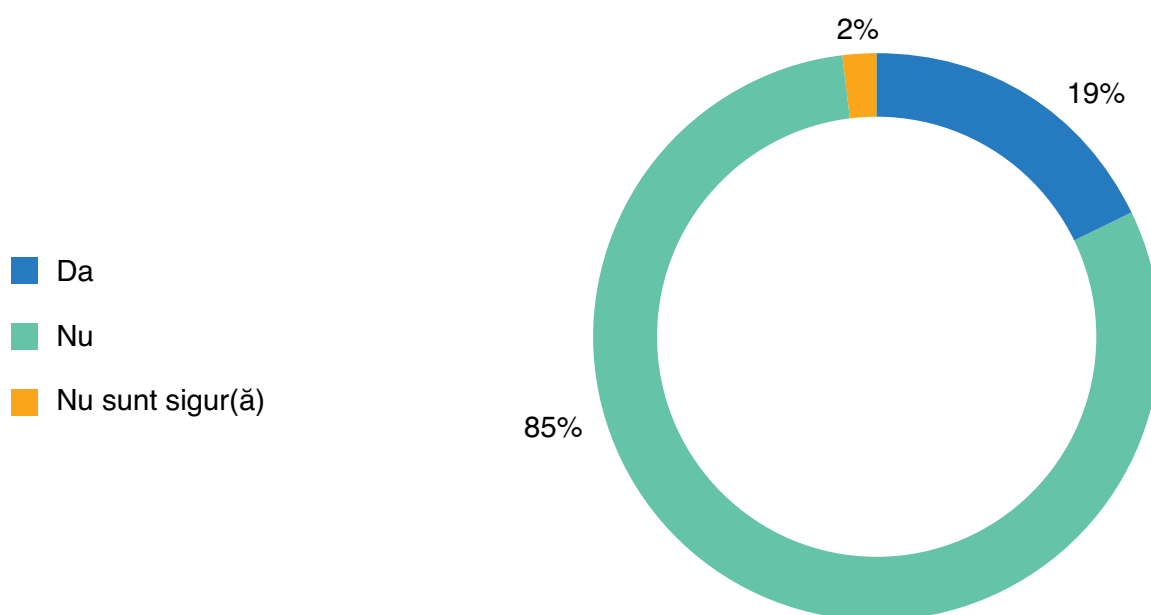
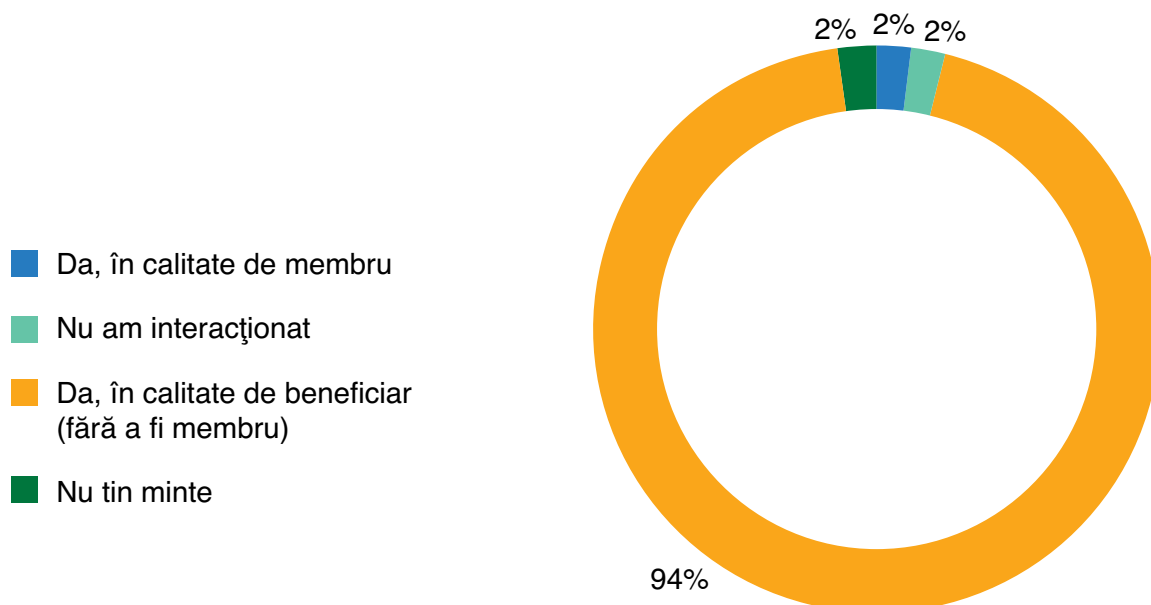


Fig. 5.4b. Respondenți care au interacționat cu asociații de pacienți



Deși a fost de așteptat ca persoanele tinere, sau cele din regiunea Chișinău să fie mai bine informate privind existența de asociații de pacienți, nu s-au evidențiat diferențe semnificative statistic în funcție de gen, mediu, regiune sau existența asigurării de sănătate, cu excepția unei tendințe discrete ca persoanele tinere să fie informate într-o proporție ceva mai ridicată – la limita semnificației statistice (Tabel 5.11).

Tabel 5.11. Structura respondenților în funcție de caracteristicile studiate și de informarea privind existența asociațiilor de pacienți

Variabila	Nr. / %	DA	NU	Nu știu	Total	p-value
Gen						
Femei	Nr.	159	1027	25	1211	p=0.889
	%	13%	85%	2%	100%	
Bărbați	Nr.	98	675	17	790	
	%	12%	85%	2%	100%	
Vârsta						
18-29 ani	Nr.	41	240	13	294	p=0.049
	%	14%	82%	4%	100%	
30-44 ani	Nr.	82	444	12	538	
	%	15%	83%	2%	100%	
45-59 ani	Nr.	63	406	8	477	
	%	13%	85%	2%	100%	
60+ ani	Nr.	71	612	9	692	
	%	10%	88%	1%	100%	
Mediu						
Urban	Nr.	120	814	16	960	p=0.178
	%	13%	85%	2%	100%	
Rural	Nr.	137	888	26	1041	
	%	13%	85%	2%	100%	
Regiune						
Nord	Nr.	63	495	6	564	p=0.108
	%	11%	88%	1%	100%	
Centru	Nr.	69	513	16	598	
	%	12%	86%	3%	100%	
Chișinău	Nr.	75	407	13	495	
	%	15%	82%	3%	100%	
Sud	Nr.	50	287	7	344	
	%	15%	83%	2%	100%	
Asigurare de sănătate						
DA	Nr.	223	1466	32	1721	p=0.081
	%	13%	85%	2%	100%	
NU/ NU știu	Nr.	34	236	10	280	
	%	12%	84%	4%	100%	

Acest rezultat sugerează că sunt necesare acțiuni ample de conștientizare privind existența și rolul asociațiilor de pacienți, adresate populației generale, pentru ambele genuri, pentru toate vârstele și pe întreg teritoriul Republicii Moldova, atât în rural, cât și în urban și în toate regiunile țării. Aceste acțiuni ar trebui să aibă continuitate, să fie sistematice și să se bazeze pe nivelul actual de cunoștințe, atitudini și percepții ale populației. Din această perspectivă, poate fi proiectată o campanie amplă de informare a populației, iar studiul de față poate servi drept bază pentru indicatorii de monitorizare și evaluare a impactului acestei campanii.

Pentru respondenții care au auzit despre existența asociațiilor de pacienți, principala sursă de informare a fost reprezentată de paginile web sau rețele sociale (Facebook, Instagram etc.) ale grupurilor sau asociațiilor de pacienți, de la alți pacienți / cunoscuți, de la televizor / radio, sau de pe site-uri web sau platforme online de sănătate (Tabel 5.12). Din nou, rezultatele studiului nostru pot servi pentru orientarea în selectarea canalelor de comunicare care sunt cele mai potrivite pentru viitoarea campanie națională.

Tabel 5.12. Surse de informare privind asociațiile de pacienți

Sursa	Nr. respondenți	% din respondenți care au auzit	% din total respondenți
De pe paginile web sau rețele sociale (Facebook, Instagram etc.) ale grupurilor sau asociațiilor de pacienți	72	28%	4%
De la alți pacienți / cunoscuți	70	27%	3%
De la televizor / radio	58	23%	3%
De pe site-uri web sau platforme online de sănătate	55	21%	3%
De la medicul de familie / medicul specialist/ personalul medical	43	17%	2%
Din broșuri, pliante sau afișe în instituții medicale/alte locații	27	11%	1%
De la Ministerul Sănătății (pagina oficială, rețele de socializare)	16	6%	1%
De la un eveniment / instruire / campanie de informare	14	5%	1%
De la organizații non-guvernamentale (ONG-uri)	13	5%	1%
Alta/NS	10	4%	0%
Total respondenți care au auzit	257	100%	13%
Total respondenți	2001	NA	100%

Întrebați cu ce consideră că se ocupă asociațiile de pacienți, peste jumătate dintre respondenți au identificat în mod corect rolurile acestora între variantele de răspuns, în timp ce 22% au declarat că nu știu cu ce se ocupă aceste asociații (Tabel 5.13).

În continuarea explorării cunoștințelor și atitudinilor privind asociațiile de pacienți, respondenții au fost întrebați despre principalele bariere care împiedică cetățenii/pacienții să se alăture sau să participe activ în activitățile grupurilor/asociațiilor de pacienți. La această întrebare s-au oferit 10 variante de răspuns, cu indicația de a alege până la 5 variante. Toți respondenții au ales cel puțin o variantă de răspuns, iar 16% dintre ei au ales 5 variante de răspuns. Principalele bariere percepute de respondenți în alăturarea și participarea activă în asociațiile de pacienți sunt prezentate în tabelul 7.14. Astfel, peste o treime dintre respondenți au considerat că fie nu au suficient timp/disponibilitate, fie nu au informații clare despre activitatea și rolul grupurilor/asociațiilor de pacienți, un sfert dintre ei nu au încredere în asemenea asociații, iar unul din cinci respondenți nu înțelege beneficiile potențiale. Remarcăm și că 15% dintre respondenți au invocat frica de reacții negative din partea membrilor comunității sau a instituțiilor medicale.

Tabel 5.13. Roluri ale asociațiilor de pacienți – cunoștințele respondenților

Rol	Nr. respondenți	% respondenți
Informează pacienții despre drepturile și responsabilitățile lor	1266	63%
Ajută pacienții să înțeleagă și să acceseze serviciile medicale	1251	63%
Oferă sprijin emoțional și informațional pacienților	1248	62%
Colectează opiniile pacienților despre calitatea serviciilor medicale	1147	57%
Sușține pacienții în procesul de plângere sau revendicare a drepturilor	1135	57%
Organizează evenimente, instruirii și campanii de sensibilizare pe teme de sănătate	1089	54%
Reprezintă interesele pacienților în fața autorităților și instituțiilor medicale	1066	53%
Alt rol	99	5%
Nu știu exact cu ce se ocupă	450	22%

Tabel 5.14. Bariere în participarea activă în activitățile grupurilor/asociațiilor de pacienți

Barieră	Nr. respondenți	% respondenți
Nu au suficient timp/disponibilitate	742	37%
Nu au destule informații clare despre activitatea și rolul grupurilor/asociațiilor de pacienți	740	37%
Nu au încredere în astfel de grupuri/ asociații	508	25%
Nu înțeleg ce beneficii le-ar aduce	413	21%
Au constrângeri financiare	383	19%
Interes scăzut pentru implicare non-remunerată	365	18%
Cred că implicarea lor nu ar aduce rezultate/schimbări reale	317	16%

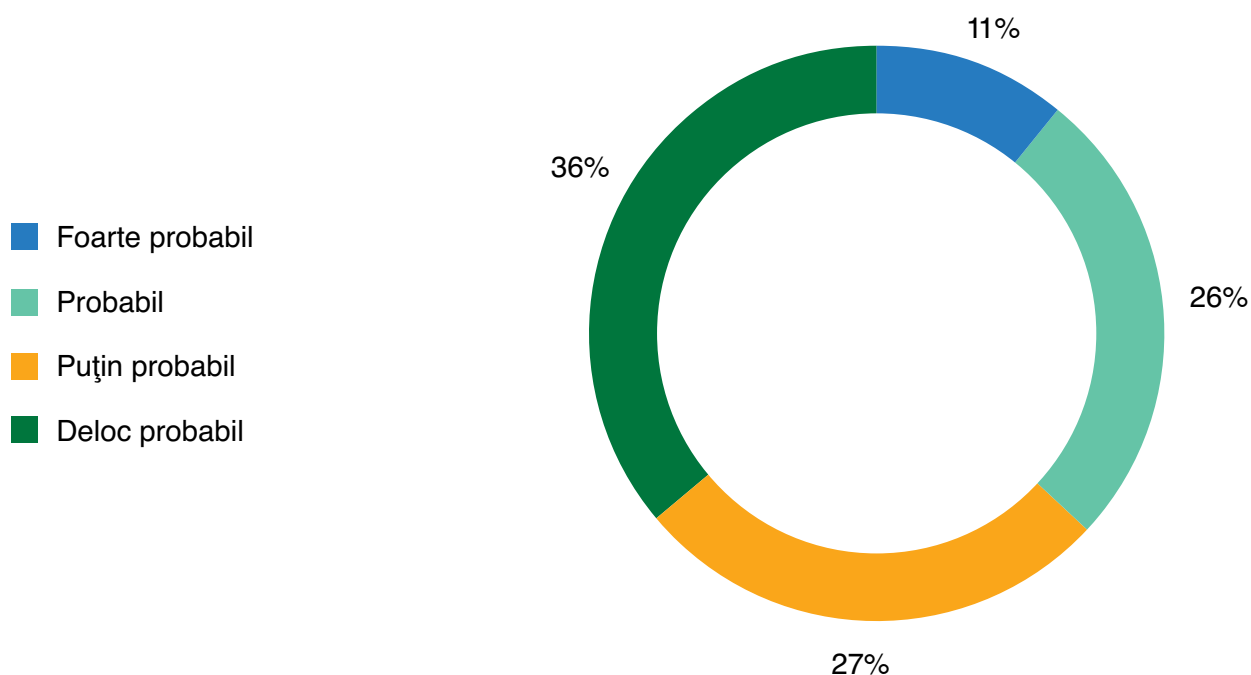
Există bariere legate de distanță sau acces (ex: transport, locație)	315	16%
Frica de reacții negative din partea membrilor comunității sau a instituțiilor medicale	293	15%
Au probleme de sănătate care le-ar limita participarea	292	15%
Alta	136	7%

Toate barierele identificate de respondenți trebuie avute în vedere în pregătirea campaniei naționale de informare privind asociațiile de pacienți, iar pentru evaluarea impactului acestei campanii se pot utiliza indicatorii din prezentul studiu, considerând evoluția lor la sfârșitul campaniei, comparativ cu situația prezentă.

Factori favorizanți, bariere și rolul autorităților

Numai 37% dintre participanții la studiu ar fi interesați (foarte probabil sau probabil) să se alăture unei asociații de pacienți (Fig. 5.5). Pentru restul de aproape două treimi este puțin sau deloc probabil să se alăture unei asociații de pacienți. Această stare de fapt din societate poate fi modificată prin acțiuni ample de conștientizare privind rolul și importanța asociațiilor de pacienți.

Fig. 5.5. Structura respondenților în funcție de interesul de a adera la o asociație de pacienți



Respondenții care s-ar alătura (foarte probabil sau probabil) unei asociații de pacienți (N=730) ar fi motivați de factorii din tabelul 5.15.

Tabel 5.15. Factori favorizanți pentru aderarea la asociațiile de pacienți

Factor favorizant	Nr. respondenți	% respondenți
Să am acces la informații/materiale/specialiști despre problema mea de sănătate	623	85.3%
Să pot împărtăși experiența mea și să ajut alți pacienți	589	80.7%
Să pot afla mai multe despre drepturile mele ca pacient	588	80.5%
Să pot primi ajutor/ghidare în accesarea serviciilor de sănătate	582	79.7%
Să pot contribui la îmbunătățirea serviciilor medicale din comunitatea mea	579	79.3%
Să pot învăța cum să interacționez cu instituțiile medicale	573	78.5%
Să am un loc unde pot exprima nemulțumirile și propunerile mele	548	75.1%
Să pot primi sprijin emoțional sau consiliere din partea altor pacienți	527	72.2%
Să pot participa la evenimente sau activități educative	506	69.3%

Respondenții care nu s-ar alătura (puțin sau deloc probabil) unei asociații de pacienți (N=1271) ar fi reținuți mai ales de faptul că nu au timp (51%), sau că nu sunt interesați (27%), sau, în mai mică măsură, de faptul că nu au informații suficiente (19%), nu știu cum pot contribui (16%), nu cred că pot schimba ceva (11%), sau nu se simt confortabil să vorbească despre problemele lor medicale (11%) (Tabelul 5.16).

Tabel 5.16. Factori frenatori pentru aderarea la asociațiile de pacienți

Factor frenator	Nr. respondenți	% respondenți
Nu am timp să mă implic în astfel de activități	645	51%
Nu mă interesează acest tip de implicare	344	27%
Nu mă simt suficient informat(ă) ca să particip activ	242	19%
Nu știu cum aș putea contribui	207	16%
Nu am încredere în astfel de inițiative sau în cei care le organizează	140	11%
Nu cred că astfel de grupuri/asociații pot produce schimbări reale	138	11%
Nu mă simt confortabil să vorbesc despre problemele medicale în grup	131	10%
Alt motiv	78	6%

În pregătirea campaniei naționale trebuie luați în considerare atât factorii favorizanți, cât și cei frenatori, pe deoparte pentru a motiva suplimentar persoanele care ar adera la asociații de pacienți, iar pe de altă parte, pentru a convinge persoanele care consideră că este puțin sau deloc probabil să adere la aceste asociații să își modifice opțiunea.

Un element important în dezvoltarea asociațiilor de pacienți este reprezentat de rolul autorităților (stimulator, pasiv sau, posibil, frenator). Opinia respondenților din studiu, pare să vizeze în special autoritățile din sănătate, care ar putea să acorde sprijin financiar (57%), să încheie parteneriate (36%), să ofere formare (33%), recunoaștere legală (31%), suport pentru creșterea vizibilității (28%) etc. (Tabel 5.17). Această întrebare a avut mai multe răspunsuri posibile.

Tabel 5.17. Percepția privind rolul posibil al autorităților în dezvoltarea asociațiilor de pacienți

Tip sprijin	Nr. respondenți	% respondenți
Sprijin financiar din partea autorităților	1148	57%
Sprijin/parteneriat cu instituțiile medicale	713	36%
Formare/instruire pentru membrii activi din partea personalului medical	661	33%
Recunoaștere legală sau sprijin din partea autorităților în sănătate	622	31%
Suport pentru creșterea vizibilității prin participare la evenimente publice (conferințe, forumuri), grupuri de lucru	567	28%
Ajustări la cadrul legislativ și normativ/facilități privind activitatea asociațiilor de pacienți	440	22%
Reuniunea în platforme/rețele naționale și internaționale	415	21%
Alt tip	291	15%

Din nou subliniem utilitatea practică a studiului de față, deoarece opiniile respondenților din studiu privind rolul autorităților în dezvoltarea asociațiilor de pacienți pot servi ca punct de pornire în conturarea unei abordări strategice privind dezvoltarea asociațiilor de pacienți în republica Moldova, în linie cu Rezoluția WHA77.2 (2024) „Participarea socială pentru acoperire universală cu sănătate, asigurarea sănătății și a stării de bine”, prin care statele sunt îndemnați să își consolideze capacitățile din sectorul public pentru conceperea și implementarea unei participări sociale semnificative, echitabile, diverse și inclusive, rezoluție pentru care OMS și-a asumat responsabilitatea raportării în anii 2026, 2028 și 2030.

Rezultatele privind cunoștințele, atitudinile și practicile populației au fost explorate în detaliu și printr-un demers de cercetare calitativă, care a vizat perspectiva combinată a pacienților (indivizi și asociații), a profesioniștilor și a autorităților și ale cărui rezultate sunt expuse în secțiunea următoare.

Rezultatele evidențiază faptul că asociațiile de pacienți sunt încă puțin cunoscute și au o prezență limitată în experiența directă a populației. Interesul pentru asociere există, dar nu se transformă automat în participare. Lipsa de timp, lipsa de informații, neîncrederea și neclaritatea privind beneficiile implicării reduc disponibilitatea oamenilor de a participa activ.

Din acest motiv, dezvoltarea reprezentării colective a pacienților trebuie abordată treptat. Înainte de a aștepta o participare largă în asociații, este necesară informarea populației despre rolul acestor structuri, crearea unor forme simple de implicare comunitară, sprijinirea grupurilor locale și conectarea acestora la instituțiile medicale și autorități. Reprezentarea pacientului nu trebuie redusă doar la asociații formale. Ea poate include grupuri comunitare, rețele de sprijin, observatori comunitari și consultări publice adaptate diferitelor categorii de pacienți.

Factori culturali asociați participării la procesul decizional în sănătate

6.1. Perspectiva pacienților privind participarea la procesul decizional în sănătate

Nivelul actual de participare a pacienților în deciziile privind sănătatea

În nordul Republicii Moldova, pacienții resimt acut diferențele dintre sistemul public și cel privat. Accesul la medici de stat este dificil, timpii de așteptare sunt foarte mari, iar acest lucru îi împinge pe mulți să caute soluții în clinicile private. Un participant recunoaște deschis: „foarte mult trebuie așteptată consultația la specialist, și cel mai des mă adresez la clinicile private”. În plus, pentru pacienții cu deficiențe de auz sau vorbire, barierele de comunicare fac ca experiența la stat să fie și mai complicată. De exemplu, unii medici au refuzat prezența traducătorilor sau s-au arătat iritați de întârzierile provocate de adaptarea comunicării, ceea ce a dus la pierderea programărilor. Astfel de situații nu doar că frustrează pacienții, dar îi determină să considere că sistemul public este inadecvat pentru nevoile lor. Polița de asigurare, deși obligatorie, este privită ca inutilă, pentru că, în ciuda plăților efectuate, tratamentele trebuie adesea achitate separat. Un participant chiar a afirmat că „mai bine să ne întoarcă banii pe poliță”. Această lipsă de încredere este amplificată de o informare inegală: unii pacienți află de drepturi sau de medicamente compensate doar „din auzite”, iar aplicarea acestor drepturi diferă de la un sat la altul. În ciuda unor investiții punctuale în infrastructura spitalicească din Bălți, percepția generală este că sistemul public rămâne precar, ceea ce orientează oamenii spre privat, atunci când își permit.

În centru, contrastul dintre public și privat este și mai pregnant, însă motivat de alte cauze. Pacienții sunt mult mai conștienți de drepturile lor și menționează chiar prevederi legale, dar se confruntă cu o realitate paradoxală: medicii care lucrează atât la stat, cât și la privat. Această „dublă practică” este percepută ca o cauză directă a blocajelor la stat. Dimineața, medicii sunt indisponibili sau grăbiți, iar după-amiaza îi primesc pe pacienți în clinicile private, unde „au timp cât dorești”. Un participant descrie plastic această situație: „la stat dimineața nu prea sunt, după masă toți pacienții pleacă la privat”. De aici și cererea, explicit formulată, de a interzice cumulul de funcții pentru a proteja calitatea serviciilor de stat. Diferența de atitudine este la fel de vizibilă: la privat pacienții se simt tratați cu mai multă amabilitate, însă costurile ridicate — precum un RMN care ajunge la 2500 de lei — fac serviciile greu accesibile pentru majoritatea. În ceea ce privește informarea, spitalele de stat afișează panouri și site-uri moderne, dar limbajul tehnic și absența unor explicații clare fac ca mulți pacienți să nu înțeleagă pe deplin drepturile sau serviciile disponibile. Prin urmare, chiar și atunci când există transparență formală, pacienții simt nevoia de a apela la privat pentru „a cumpăra” nu doar servicii, ci și claritate. Totuși, nici mediul privat nu este lipsit de critici: unii pacienți afirmă că personalul medical face evaluări subtile pe baza statutului social, ceea ce relativizează ideea că privatul oferă întotdeauna respect egal.

În sud, dinamica este diferită. Aici, alegerea între stat și privat este dictată mai ales de dimensiunea emoțională a relației pacient–medic. Participanții afirmă că atunci când au cerut o a doua opinie în sistemul public, medicii au reacționat cu supărare sau refuz, ceea ce i-a determinat să meargă în privat, unde au simțit mai multă empatie și deschidere. Costurile, însă, rămân o povară: pentru a accesa specialiști din Chișinău sau prin consultații online, pacienții plătesc analize de peste 2000 de lei, în ciuda faptului că au poliță medicală. Mulți resimt că „plătim și la stat, și din buzunar”, ceea ce alimentează frustrarea față de sistemul public. Spre deosebire de centru, unde pacienții revendică drepturi legale, în sud discuția este dominată de responsabilitățile pacientului: să respecte programările, să se comporte civilizată, să păstreze igiena. Această raportare arată o cultură medicală mai conformistă, în care accentul cade pe comportamentul pacientului, nu pe revendicarea unor drepturi. De altfel, chiar și în domenii precum

stomatologia, participanții afirmă că nici la stat, nici la privat nu li se explică în mod clar drepturile, ceea ce confirmă lipsa unei culturi a consimțământului informat. Mai mult, încrederea în mecanismele publice de feedback este foarte scăzută: plângerile sau petițiile nu primesc răspuns, iar pacienții simt că nu există interes real din partea instituțiilor. În consecință, mulți caută sprijin în soluții alternative, spre exemplu prin ONG-uri.

Privind comparativ cele trei regiuni, putem spune că sistemul public este perceput în general ca lent, rigid și ineficient, deși teoretic gratuit prin polița medicală. Nordul evidențiază barierele de acces și discriminarea, centrul critică practicile care împing pacienții spre privat, iar sudul se concentrează pe lipsa de empatie și de claritate. Sistemul privat, în schimb, oferă, din perspectiva lor, timp, predictibilitate și o atitudine mai bună, dar la costuri ridicate, inaccesibile pentru mulți. Firul roșu care traversează toate regiunile este tensiunea dintre promisiunea „gratuității” în sistemul public și realitatea plăților suplimentare, care împinge pacienții către privat chiar și atunci când acest lucru înseamnă sacrificii financiare considerabile.

Cercetarea calitativă conturează în fapt patru tipuri principale de pacienți. **Pacientul tradițional**, întâlnit mai ales în rândul vârstnicilor și al populației rurale, rămâne ancorat în modelul paternalist: nu pune întrebări și lasă decizia integral medicului. **Pacientul cooperant**, predominant în rândul adulților activi, vrea să participe, dar implicarea lui depinde de deschiderea medicului — dacă este încurajat, devine activ; dacă nu, se retrage rapid într-o poziție pasivă. La polul modern se află **pacientul participativ**, mai frecvent în urban, care caută informații, solicită clarificări și se așteaptă la o relație de parteneriat. Complet diferit este **pacientul sceptic**, care, pe fondul experiențelor negative, evită sistemul medical, se auto tratează și nu are încredere în mecanismele instituționale. Aceste patru profiluri explică diferențele mari de participare și nevoia ca intervențiile — de comunicare, educație și reformă a medicinei de familie — să fie adaptate acestor realități foarte diferite.

Cunoașterea drepturilor și responsabilităților

În nord, pacienții par să aibă o cunoaștere fragmentară și adesea indirectă a drepturilor lor. Unii recunosc explicit că nu cunosc legislația și se bazează pe ceea ce le spune medicul de familie sau pe informații afișate în instituții. Există totuși persoane mai informate (un student la drept menționează dreptul la confidențialitate, acces la diagnostic, egalitate în acces), dar acestea sunt excepții. Pentru mulți, drepturile sunt percepute doar atunci când sunt încălcate: o mamă povestește că pediaterul i-a reproșat vizita de seară, ceea ce ea a simțit drept violarea dreptului la asistență de urgență. În plus, în nord apare un aspect specific: pentru persoanele cu deficiențe de auz, dreptul la un traducător este crucial, dar puțin respectat, ceea ce îi face să se simtă discriminați. În ceea ce privește responsabilitățile, pacienții vorbesc despre respect, conduită și comunicare deschisă cu medicul, dar și despre obligația de a urma tratamentul prescris și de a fi responsabili pentru propria sănătate. Raportul drepturi–responsabilități este văzut mai degrabă ca o relație dezechilibrată: drepturile există pe hârtie, dar nu se aplică uniform, în timp ce responsabilitățile pacienților sunt clare și inevitabile.

În centru, pacienții demonstrează un nivel mai bun de cunoaștere a cadrului legal. Legea 263/2005 este menționată explicit, iar participanții numesc drepturi concrete: dreptul de a refuza un tratament, dreptul de a cere a doua opinie, dreptul de a schimba medicul, accesul la analize și vaccinuri. Această familiaritate nu înseamnă însă și aplicare practică: pacienții se tem că dacă cer a doua opinie „ofensează” medicul și riscă să fie tratați mai puțin favorabil. Raportul dintre drepturi și responsabilități este perceput mai echilibrat decât în nord, dar cu un accent pe faptul că drepturile nu sunt respectate de către sistem, pe când responsabilitățile pacientului (informare corectă, respect față de medic, plata asigurării) sunt oricum impuse. Aici apare mai clar și o critică a responsabilităților medicilor: aceștia ar trebui să ofere informații clare și să practice consimțământul informat, dar în realitate deseori doar mimează acest proces.

În sud, nivelul de cunoaștere este cel mai scăzut și mai superficial. Pacienții asociază drepturile medicale cu drepturi generale ale omului sau cu prevederi constituționale („dreptul la ocrotirea sănătății”). Foarte puțini pot numi drepturi concrete, și atunci când o fac, le amestecă cu valori morale (empatie, respect). Mai degrabă se insistă pe responsabilitățile pacientului: respectarea programărilor, conduită civilizată, respect față de medici, igienă personală, evitarea automedicației. În logica participanților din sud, responsabilitățile pacienților sunt nu doar clare, ci și esențiale pentru buna funcționare a relației cu medicul, în timp ce drepturile apar doar ca o completare vagă. Raportul dintre drepturi și responsabilități este astfel inversat: accentul cade pe „ce datorăm noi sistemului”, nu pe „ce ni se cuvine să primim de la sistem”.

Implicarea pacienților în deciziile de sănătate

În nord, implicarea în decizii este percepută ca un lux greu accesibil. Pentru majoritatea, a cere o a doua opinie sau a refuza un tratament înseamnă să riști deteriorarea relației cu medicul. Medicii se simt „ofensați” de lipsa de încredere, ceea ce inhibă pacienții. În plus, timpii mari de așteptare, lipsa traducătorilor și barierele lingvistice fac ca pacienții vulnerabili (surdo-muți, minorități etnice) să fie de facto excluși din procesul decizional. Implicarea, acolo unde există, se limitează la a accepta sau a refuza tacit recomandările medicului, dar nu la o participare activă prin întrebări și dialog. Piedicile sunt multiple: bariere instituționale (acces greu), culturale (frica de autoritatea medicului), și structurale (lipsa de resurse pentru a apela la privat). Factorii care promovează implicarea sunt mai ales medici de familie deschiși, care le spun pacienților că pot merge și la alți specialiști.

În centru, implicarea are o semnificație diferită. Pacienții știu că ar putea participa activ la decizii, dar se lovesc de reticența medicilor și de un sistem care îi penalizează, subtil, pe cei care revendică drepturi. Pentru ei, implicarea înseamnă să ai un cuvânt de spus în tratament, să ceri explicații, să alegi între opțiuni. Piedicile sunt de mai multe tipuri: economice (costurile mari pentru analize și servicii private), culturale (teama de a nu „supăra” medicul), instituționale (direcționarea pacienților către privat). Factorii care încurajează participarea includ accesul la informație (panouri, site-uri, legislație), dar și experiențele din afară, care le oferă pacienților un termen de comparație și îi fac mai critici. Spre deosebire de nord, pacienții din centru au mai mult capital de cunoaștere și voce, dar încă nu dispun de mecanisme de aplicare practică a drepturilor.

În sud, implicarea în decizii este cea mai slabă. Pacienții nu văd acest proces ca pe un drept, ci ca pe o chestiune morală de respect reciproc. Implicarea înseamnă pentru ei să fie ascultați, tratați cu empatie și să aibă o relație bună cu medicul. În practică, însă, când pacienții refuză un tratament sau cer o a doua opinie, medicii reacționează negativ, ceea ce descurajează orice participare activă. Piedicile sunt atât culturale (respectul excesiv față de autoritate, auto-învinovățirea pacientului), cât și economice (costurile ridicate pentru a apela la privat, singura zonă unde simt că sunt ascultați). Factorii care ar putea promova implicarea sunt de natură relațională: empatia medicului, comunicarea clară, disponibilitatea de a explica opțiunile. În lipsa acestora, pacienții preferă să accepte pasiv deciziile, asumându-și mai degrabă responsabilitatea de a respecta instrucțiunile decât dreptul de a le contesta.

Privind comparativ cele trei regiuni, se observă că nordul este marcat de excludere (bariere instituționale și discriminare), centrul de cunoaștere și frustrare (drepturi cunoscute, dar greu aplicabile), iar sudul de conformism (accent pe responsabilități, participare pasivă). În toate cazurile, drepturile pacientului sunt mai puțin internalizate decât responsabilitățile, iar implicarea reală în decizii depinde mai mult de atitudinea medicului și de resursele economice decât de lege.

Factori care sprijină sau împiedică participarea activă a pacienților

Legislația și aplicarea ei

În nord, legea este aproape absentă din discursul participanților. Cei mai mulți nu pot numi niciun act normativ și, atunci când vorbesc despre drepturi, o fac prin prisma experienței personale sau a informațiilor transmise de medicul de familie. De exemplu, cineva știe că are dreptul la o a doua opinie doar pentru că medicul i-a spus explicit: *„Dacă ceva nu vă place, puteți merge și în altă parte”*. În lipsa unor mecanisme de informare coerente și adaptate, mai ales pentru persoane vulnerabile (surdo-mute, cu nivel scăzut de alfabetizare), legea rămâne un cadru formal, necunoscut și neaplicat.

În centru, pacienții menționează explicit Legea 263/2005 și articolele care le permit să refuze un tratament, să schimbe medicul sau să solicite o a doua opinie. Această cunoaștere sugerează o circulație mai bună a informației și o mai mare expunere la campanii sau surse oficiale. Totuși, legea este percepută mai mult ca un text „pe hârtie”, greu de pus în practică: *„știm că avem dreptul, dar dacă cerem o altă opinie, medicul se supăra”*. Cu alte cuvinte, legislația oferă cadrul, dar cultura medicală și raportul de putere dintre medic și pacient limitează exercitarea efectivă a acestor drepturi.

În sud, legea aproape că nu apare. Pacienții își definesc drepturile în termeni vagi, uneori raportându-le la Constituție („dreptul la ocrotirea sănătății”) sau la convenții internaționale, dar fără să facă referire la legislația specifică din sănătate. În schimb, responsabilitățile lor sunt percepute ca foarte clare și obligatorii. Astfel, lipsa cunoașterii legale face ca pacienții să fie mai degrabă docili decât revendicativi, ceea ce le reduce șansele de participare activă.

Factorii economici

Din punct de vedere economic, toate regiunile au în comun aceeași problemă: serviciile medicale de calitate sunt percepute ca fiind scumpe și greu accesibile. Diferențele apar însă în felul în care pacienții resimt povara financiară.

În nord, frustrarea principală este legată de polița de asigurare. Mulți consideră că, deși plătesc regulat, tot ajung să achite din buzunar tratamente sau investigații. Un participant, spre exemplu, afirmă că ar prefera să i se restituie banii, pentru că oricum se tratează pe cont propriu. Această percepție subminează nu doar încrederea în stat, ci și motivația de a revendica drepturi.

În centru, accentul cade pe discrepanța dintre costuri și salarii. Un RMN de 2500 de lei este menționat ca un exemplu de investigație inaccesibilă, raportat la venitul mediu. În plus, fenomenul dual practice (medici care lucrează la stat și la privat) creează impresia că pacienții sunt direcționați spre mediul privat tocmai pentru a plăti în plus. Astfel, economia participării este distorsionată: chiar dacă ai poliță, pentru a avea un serviciu prompt și de calitate trebuie să scoți bani din buzunar.

În sud, problema principală este lipsa specialiștilor în localitățile mici. Pacienții povestesc că sunt nevoiți să apeleze la medici din Chișinău sau la consultații online, ceea ce implică nu doar costuri pentru investigații (peste 2000 de lei), dar și cheltuieli de transport și timp. Astfel, să fii implicat în deciziile privind sănătatea înseamnă, în realitate, să ai resurse financiare să accesezi servicii alternative. Cei fără bani rămân captivi în sistemul local, cu puține opțiuni reale.

Factorii sociali și culturali

În nord, problema majoră este discriminarea. Persoanele cu dizabilități, în special cele cu deficiențe de auz, se confruntă cu bariere sistematice: lipsa traducătorilor, lipsa adaptării comunicării, refuzul medicilor de a colabora. În aceste condiții, participarea lor în decizii nu este doar dificilă, ci aproape imposibilă. Mai mult, terminologia medicală complicată și lipsa explicațiilor simple fac ca pacienții cu un nivel de alfabetizare scăzut să fie marginalizați.

În centru, cultura medicală este mai deschisă, dar marcată de tensiuni. Pacienții compară constant situația din Moldova cu experiențe externe, mai ales din Italia și România, unde serviciile sunt mai bine compensate sau mai accesibile. Această comparație îi face să devină mai critici și să ceară mai mult. Totuși, autoritatea medicului rămâne puternică, iar frica de a nu-l „supăra” reduce exprimarea liberă a opiniilor. Cultura participării este deci ambivalentă: pacienții știu ce ar trebui să primească, dar nu simt că au instrumentele de a revendica aceste drepturi fără riscuri.

În sud, cultura locală pune accent pe respectul față de autoritate și pe responsabilitățile pacientului. Participarea este definită mai mult prin comportament moral (să fii respectuos, să respecti programările, să nu te automedichezi) decât prin exercitarea unor drepturi. De asemenea, pacienții interiorizează ideea că medicul „știe mai bine”, iar rolul lor este să urmeze indicațiile. Această atitudine conformistă reduce motivația de a cere explicații sau de a negocia alternative de tratament.

Privind cele trei regiuni, observăm că legislația este cunoscută și invocată doar în centru, dar aplicată insuficient. În nord și sud, pacienții funcționează mai degrabă pe baza experiențelor proprii și a unor reguli generale, fără repere legale clare. Din punct de vedere economic, participarea este condiționată de capacitatea de a plăti servicii private: nordul suferă de neîncredere în polița medicală, centrul critică costurile disproporționate, iar sudul resimte lipsa specialiștilor și povara cheltuielilor suplimentare. La nivel social și cultural, nordul este marcat de discriminare și bariere de comunicare, centrul de spirit critic dar temător, iar sudul de conformism și supunere față de autoritatea medicului.

În toate cele trei cazuri, participarea pacienților în decizii este limitată nu doar de resursele financiare și de bariere instituționale, ci și de cultura medicală și de felul în care sunt interiorizate drepturile și responsabilitățile.

Interesul pentru grupuri și asociații de pacienți

Nord

În nord, interesul pentru grupuri și asociații de pacienți este cel mai vizibil și concret. Aici apar exemple directe de implicare: persoanele cu deficiențe de auz menționează sprijinul Asociației Surzilor, care le asigură acces la traducători și informații medicale. Pentru aceste persoane, apartenența la o organizație nu este doar un beneficiu opțional, ci o condiție de bază pentru a putea comunica cu medicul și a primi tratament. Astfel, interesul pentru asociații este determinat de nevoi imediate de acces și protecție împotriva discriminării.

Atitudinea generală față de grupuri este pozitivă: pacienții percep asociațiile ca un mijloc de a-și face vocea auzită și de a compensa lipsurile sistemului public. Există și o conștiință a inegalităților: fără aceste organizații, mulți pacienți vulnerabili ar fi complet excluși din sistem. Totuși, interesul este mai degrabă funcțional (traducere, acces, sprijin concret), nu neapărat orientat spre advocacy sau schimbare de politici.

Centru

În centru, discuția despre asociații apare mai mult la nivel declarativ. Participanții recunosc importanța organizațiilor de pacienți și par să accepte ideea că astfel de structuri sunt necesare pentru a influența legislația sau pentru a oferi sprijin colectiv. Totuși, implicarea personală este redusă: pacienții nu povestesc experiențe directe de apartenență sau activitate în grupuri.

Factorii care influențează interesul sunt mai ales nivelul de informare și expunerea la discursul civic. O parte dintre participanți, fiind mai bine informați asupra legii și comparând situația din Moldova cu experiențe din Italia sau România, par mai conștienți de rolul pe care îl pot juca ONG-urile. Totuși, lipsa de încredere în instituțiile publice și experiențele negative cu medicii par să frâneze implicarea directă.

Atitudinea față de grupuri este așadar ambivalentă: există respect și recunoaștere, dar nu și participare activă. Grupurile sunt văzute ca utile, dar la nivel abstract, fără o legătură directă cu experiența cotidiană a pacienților.

Sud

În sud, interesul pentru grupuri și asociații este cel mai slab. Discuțiile se axează aproape exclusiv pe relația individuală dintre pacient și medic, pe responsabilitățile personale și pe nevoia de empatie. Grupurile de pacienți nu sunt menționate explicit, iar ideea de asociere colectivă nu pare să fie internalizată ca soluție.

Factorii care influențează această lipsă de interes sunt în principal culturali. În sud predomină o mentalitate conformistă, bazată pe respectul față de autoritate și pe rezolvarea problemelor în cadru individual, nu colectiv. În plus, nivelul redus de cunoaștere a drepturilor face ca pacienții să nu vadă utilitatea asociațiilor ca mijloc de revendicare. Din perspectiva lor, participarea activă nu înseamnă a se organiza în grupuri, ci a menține o relație corectă și respectuoasă cu medicul.

Privind comparativ cele trei regiuni, se observă diferențe clare. În nord, interesul pentru grupuri este concret și motivat de nevoi practice: fără sprijinul unor asociații, pacienții vulnerabili nu ar putea accesa sistemul de sănătate. În centru, interesul există mai mult la nivel declarativ: pacienții recunosc rolul organizațiilor, dar nu se implică activ și nu le asociază cu experiențe directe. În sud, interesul este aproape absent, iar accentul cade pe responsabilitatea individuală și pe relația personală cu medicul.

Ca similaritate, în toate regiunile se observă un deficit de implicare personală în asociații, chiar și acolo unde acestea sunt recunoscute ca utile. Ceea ce diferă este gradul de conștientizare a importanței lor: ridicat și pragmatic în nord, mediu și abstract în centru, scăzut și aproape inexistent în sud.

În concluzie, interesul pentru grupuri și asociații de pacienți este modelat de contextul local: în nord, nevoia de acces stimulează asocierea; în centru, nivelul de informare aduce recunoaștere dar nu implicare; în sud, cultura conformistă și lipsa de informare reduc aproape la zero preocuparea pentru organizare colectivă.

Concluzii

Cercetarea calitativă scoate la iveală un tablou complex al participării pacienților în deciziile legate de sănătate, marcat de asemănări, dar și de diferențe semnificative între regiuni.

În ceea ce privește **nivelul actual de participare**, pacienții din toate regiunile confirmă o participare limitată și dependentă de atitudinea medicului. În nord, implicarea este grav afectată de bariere de acces și discriminare, în special pentru persoanele cu dizabilități sau cu deficiențe de auz, ceea ce transformă participarea într-o chestiune de acces minim, nu de alegere reală. În centru, pacienții sunt mai informați despre drepturile lor și au un spirit critic mai pronunțat, alimentat și de comparații cu experiențe externe, însă aplicarea acestor drepturi este blocată de frica de a nu „supăra” medicul și de fenomenul dual practice, care mută pacienții din public spre privat. În sud, implicarea este înțeleasă mai degrabă ca o chestiune de respect și empatie, nu ca exercitare a unor drepturi legale. Aici, pacienții preferă să rămână conformiști și să se concentreze pe responsabilitățile proprii, chiar dacă asta înseamnă să accepte deciziile medicilor fără a le contesta.

Privind **factorii care influențează participarea**, legislația este cunoscută și invocată aproape exclusiv în centru, unde pacienții amintesc explicit Legea 263/2005 și drepturi precum schimbarea medicului sau refuzul tratamentului. În nord și sud, legea lipsește din discurs, iar pacienții se bazează pe informații informale sau pe autoritatea medicilor. Factorii economici sunt o barieră majoră peste tot: în nord, polița de asigurare este percepută ca inutilă; în centru, costurile disproporționate ale investigațiilor și dual practice forțează pacienții să plătească suplimentar; în sud, lipsa specialiștilor locali îi obligă pe pacienți să se adreseze clinicilor din Chișinău sau online, cu cheltuieli mari. La nivel social și cultural, nordul se confruntă cu discriminare structurală, centrul cu tensiunea dintre cunoaștere și frică, iar sudul cu conformism și accent pe autoritate. În toate cazurile, barierele culturale și economice se împletesc, reducând șansele de participare efectivă.

Când vine vorba de **interesul pentru grupuri și asociații de pacienți**, diferențele regionale sunt și mai vizibile. În nord, pacienții manifestă un interes concret și funcțional pentru asociere, mai ales prin intermediul Asociației Surzilor, care le facilitează accesul la servicii și informații. Aici, apartenența la un grup este percepută ca o condiție de bază pentru a supraviețui într-un sistem discriminatoriu. În centru, atitudinea este mai degrabă declarativă: pacienții recunosc rolul organizațiilor și le privesc cu respect, însă nu povestesc experiențe directe de implicare. În sud, interesul este aproape inexistent, iar pacienții se concentrează pe relația individuală cu medicul, fără a vedea valoarea organizării colective.

Comparativ, putem spune că nordul este caracterizat prin excludere și nevoia de sprijin colectiv, centrul prin cunoaștere și frustrare față de aplicarea deficitară a legii, iar sudul prin conformism și orientare spre responsabilități personale. În toate cele trei regiuni, drepturile pacienților sunt mai puțin interiorizate decât responsabilitățile, iar participarea reală depinde mai mult de resursele economice și de atitudinea medicilor decât de cadrul legal existent.

Această analiză arată că, pentru a crește participarea pacienților în Republica Moldova, nu este suficientă doar consolidarea legislației. Este nevoie de o strategie integrată care să includă informarea populației, formarea medicilor în comunicare empatică, reducerea costurilor pentru serviciile esențiale și susținerea organizațiilor de pacienți, în special pentru grupurile vulnerabile. Doar astfel se poate trece de la o participare formală și timidă la una reală, activă și echilibrată între pacienți și sistemul medical.

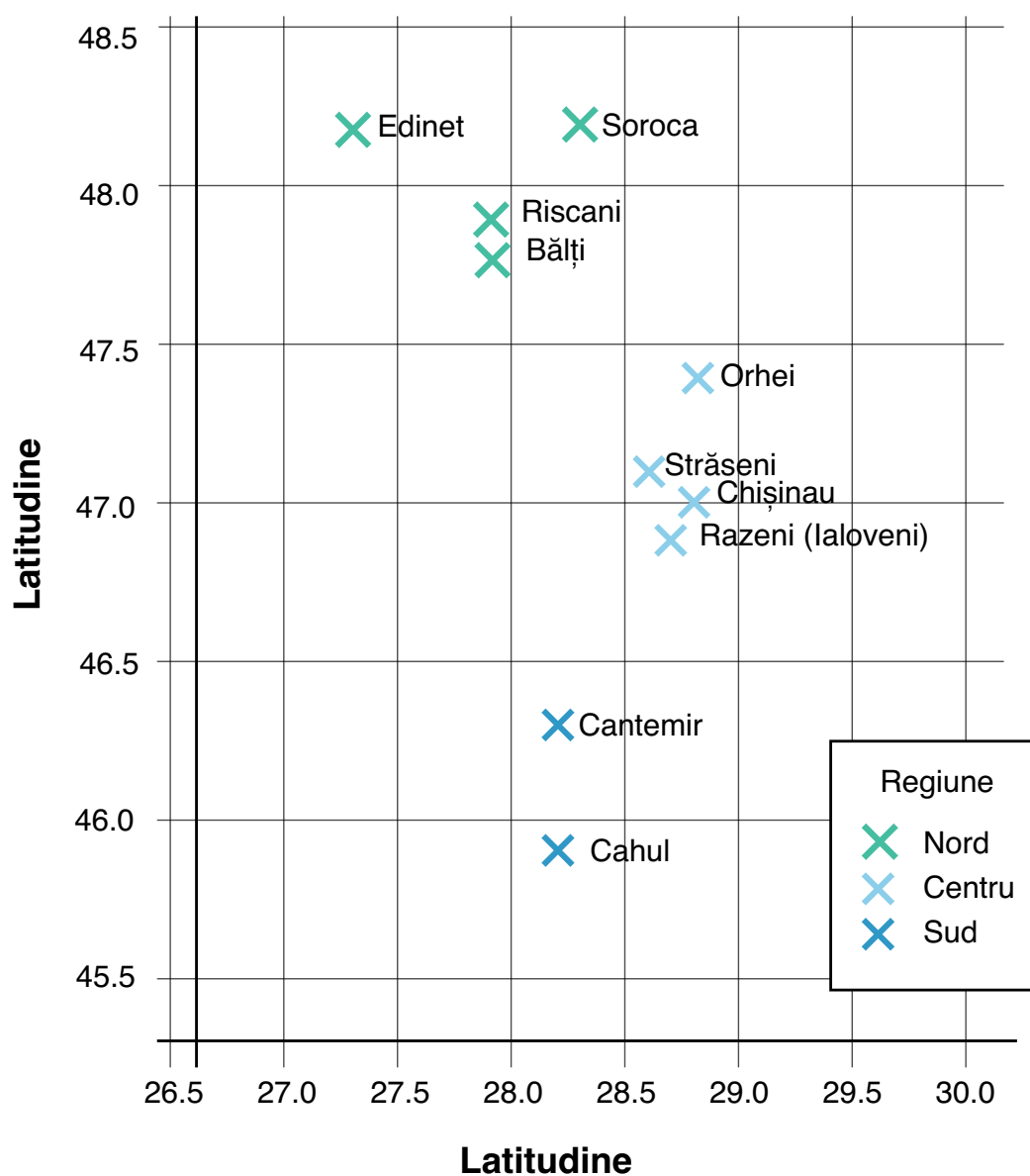
6.2. Perspectiva reprezentanților unor organizații neguvernamentale/asociații de pacienți privind participarea la procesul decizional în sănătate

Cercetarea calitativă a relevat participarea scăzută a pacienților în luarea deciziilor (mai ridicată în mediul urban, mai scăzută în cel rural), percepția pasivă a pacienților, situarea centrală a medicului (de altfel cel mai repetat cuvânt în focus-grupuri, de 587 de ori). Distribuția zonală a ONG-urilor și asociațiilor de pacienți participante poate fi consultată în Fig. 6.1.

O altă observație prin perspectiva reprezentanților ONG-urilor care se repetă este atitudinea pasivă a autorităților, care discută și se implică atunci când le sunt propuse proiecte sau subiecte, nu fac proactiv acest lucru.

Fig. 6.1. Distribuția zonală a ONG-urilor participante la focus-grupuri (FG1, FG3, FG5) pe harta Republicii Moldova

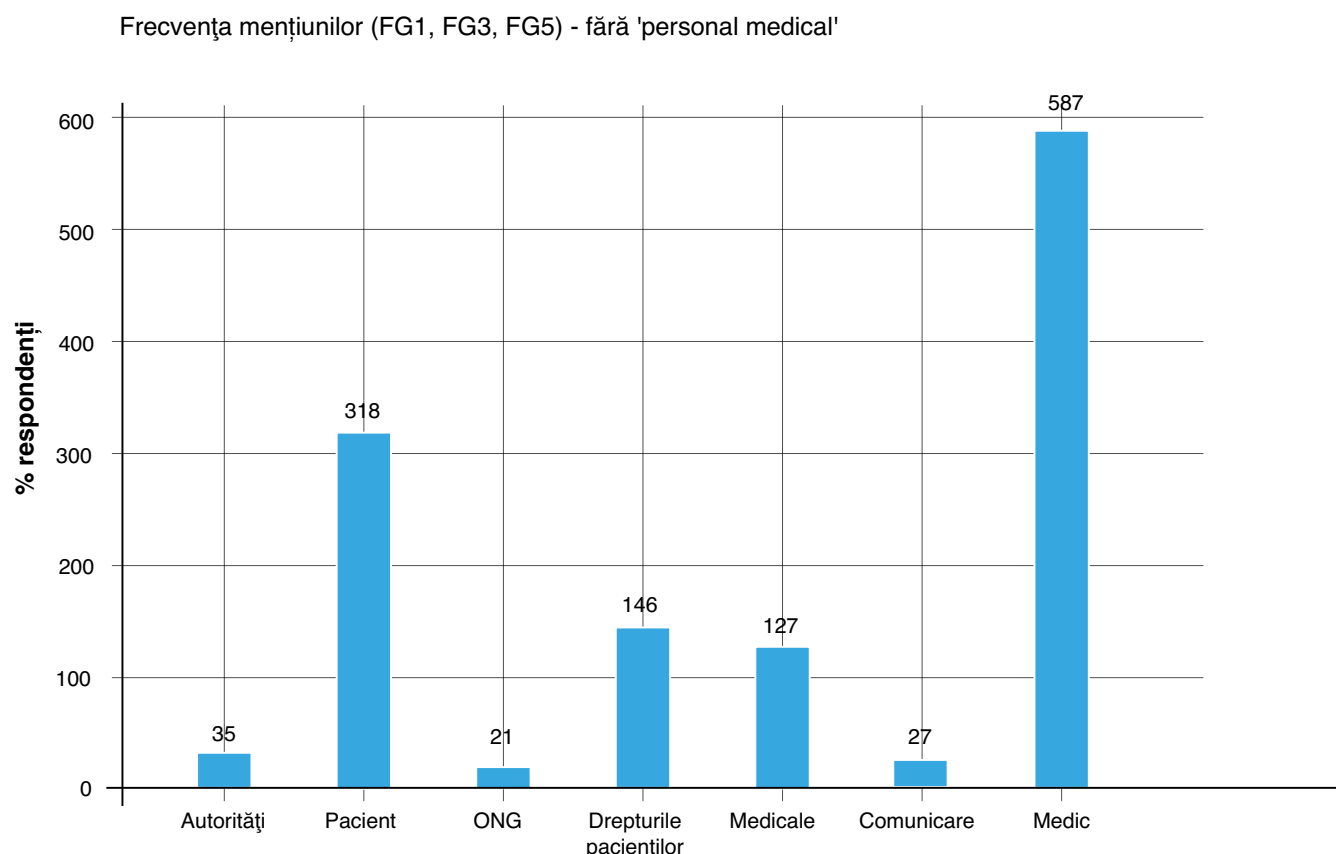
ONG-urile participante (FG1, FG3, FG5) pe harta Republicii Moldova



Primul aspect care iese în evidență este vârsta destul de ridicată a reprezentanților ONG (68 ani, 73 ani, etc.). „Am 68 de ani, sunt activist civic, îmi place ceia ce fac și fac cu mult suflet și drag”. Reprezentanții ONG reprezintă o paletă largă, servicii paliative, îngrijire la domiciliu, kinetoterapie, părinți ai copiilor cu afecțiuni din spectrul autist, pacienți cu tuberculoză, persoane cu dizabilitate, etc. Elementul central al preocupărilor tuturor este cea medicală, abordată din mai multe perspective.

Cel mai des folosite cuvinte sunt medic (587 ori), pacient (318 ori), drepturile pacienților (146 ori). Acest lucru relevă că medicul este figura centrală a sistemului de sănătate, pacientul aflându-se într-o poziție mai pasivă. De altfel, formulările participanților întăresc acest lucru (Fig. 6.2).

Fig. 6.2. Frecvența utilizării cuvintelor cheie în cadrul focus-grupurilor (FG1, FG3, FG5) cu reprezentanți ai ONG-urilor



Deși fac proiecte și merg către autorități, din afirmațiile acestora nu reiese că ar considera că schimbarea poate veni și de la ONG-uri. Reprezentanții societății civile vorbesc despre nevoia unui acces mai bun sau a unei strategii de comunicare în sănătate, ori alte acțiuni similare, care nu stau, aparent, în puterea lor.

Inegalitățile între mediul rural și cel urban sunt și ele abordate de participanții la focus-grupuri, aceștia fiind de părere că în mediul rural sunt mai multe persoane care nu își cunosc drepturile: „Nivelul la sat este cu mult mai scăzut decât la oraș, deoarece la oraș persoanele sunt poate că mai informate în privința accesului poate că centrele de sănătate sunt în majoritatea aproape de ei și mai ușor accesează aceste servicii, dar la sate am observat că oamenii chiar diferite categorii nu își prea cunosc drepturile”. Un alt reprezentant întărește această observație: „În mediul urban, da, dau mai multe, adică pacientul este cointerestat, mai adânc studiază problema, dar în mediul rural noi știm care e situația, poate e de la caz la caz, dar sunt rețele de socializare sau comunicarea de la vecin la vecin”. Un altul, adaugă: „La sate informația ajunge mai greu și uneori nu este percepută așa cum trebuie”.

Conform discuțiilor, pare că participarea pacienților este mai degrabă una pasivă, întrucât pacientul este deseori ca un fel de receptor de servicii fără să-și cunoască sau să-și pună în aplicare drepturile. Acest fenomen apare îndeosebi în zonele rurale, din cauza diferențelor între gradul de informare între persoanele din mediul rural și cele din mediul urban. În plus, se întâmplă deseori ca pacienții să apeleze la centrele medicale, însă sunt întâmpinați de răspunsuri formale și incomplete.

Nivelul actual de participare a pacienților în deciziile privind sănătatea

Per ansamblu, participarea pacienților este percepută de reprezentanții ONG-urilor ca fiind scăzută în toate regiunile, cu un nivel mai bun în orașe (Chișinău, Bălți), unde există mai multe informație și mai multe centre de sănătate.

În nord (Soroca, Edineț, Râșcani), pacienții sunt descriși drept foarte pasivi, mai ales în mediul rural, unde depind aproape complet de ce spune medicul. În centru (Orhei, Criuleni), pacienții au un nivel mai bun de implicare, dar în continuare ONG-urile joacă rolul de mediatori între pacient și medic. La Chișinău și în organizațiile naționale, există o minoritate activă (părinți, tineri, lideri ONG), dar participarea directă a pacienților rămâne modestă. Doar în rețelele tematice (fibroză chistică, tuberculoză, leucemie) se observă o implicare mai concretă pentru obținerea unor obiective concrete, precum tratamentul în ambulator pentru tuberculoză.

Se întâlnesc des termenii: „pasivi”, „nu-și cunosc drepturile”, „nivel scăzut de cunoștințe”, „decide medicul”. Revine mereu în discuție contrastul dintre mediul urban și rural.

Factori care sprijină sau împiedică participarea activă a pacienților

Printre barierele care se repetă în discuție se regăsesc următoarele:

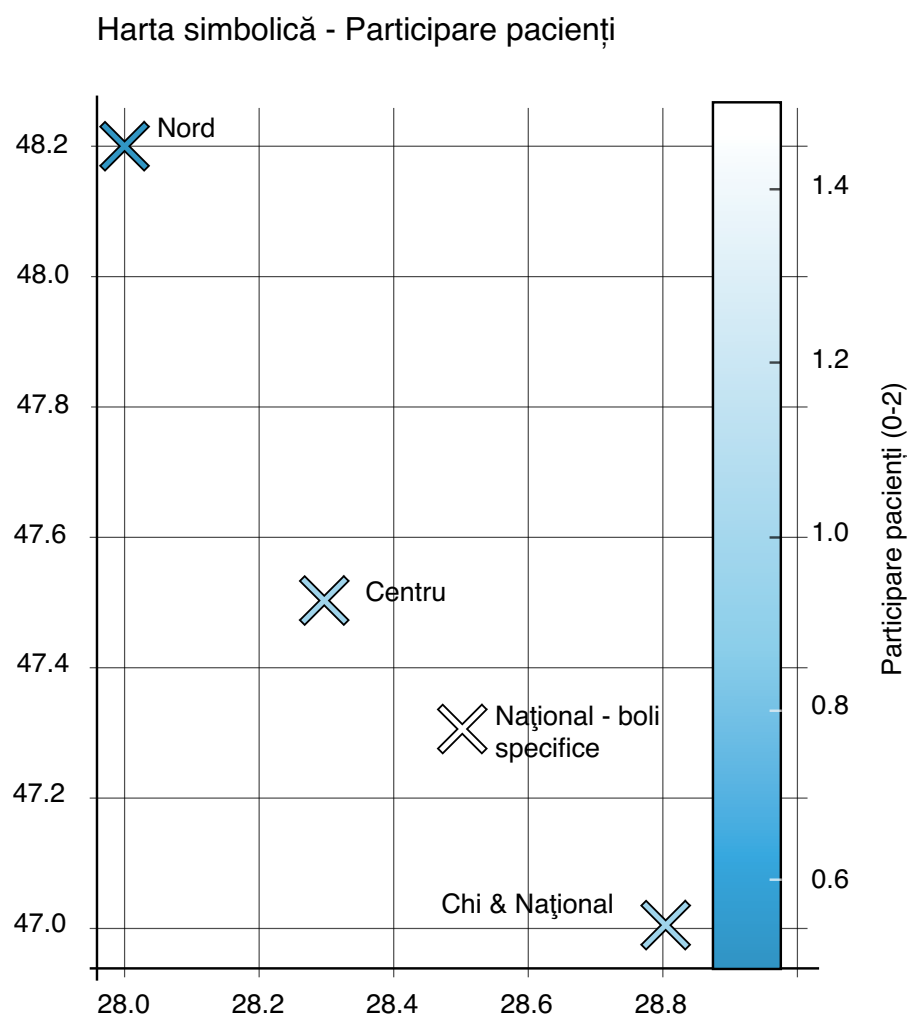
- Lipsa informării și necunoașterea drepturilor pacienților.
- Stigmatizare și discriminare – deosebit de vizibile pentru pacienții cu TB și pentru persoanele cu dizabilități.
- Acces dificil la servicii medicale – drumuri lungi la specialiști, mai ales din anumite specialități, precum oncologie, liste de așteptare la medici, dar și la analize de precizie (ex. RMN), lipsa medicilor în sate.
- Se aduc în discuție lipsa unei strategii naționale de comunicare. În fapt, există legislație care reglementează comunicarea, dar probabil, participanții care au menționat această problemă nu cunosc acest aspect.
- Neclaritatea mecanismelor de a reclama – pacienții nu știu unde să raporteze abuzuri sau experiențe negative.
- Un aspect interesant este percepția veche – pacienții așteaptă ca statul sau medicul să decidă pentru ei.
- Un rol important îl are comunicarea și tonul, modul de a-i explica informațiile pacientului: „Dacă îl lămurești și îi explici, să știți că ajunge să înțeleagă și se clarifică conflictul”.

Interesul pentru grupuri și asociații de pacienți

Interesul pacienților pentru aderarea la grupuri sau asociații este încă redus, dar în creștere. Se menționează că, în special atunci când întâmpină ei înșiși o problemă de sănătate, sunt mai dornici să se alăture unei asociații. De asemenea, acest interes este mai ridicat în cazul copiilor cu dizabilități sau autism.

Un aspect subliniat al interesului este și acela că ONG-urile sunt tot mai recunoscute de autorități pentru ceea ce fac, deci ca interlocutori. Pe de altă parte, așteaptă de la ONG-uri să suplinească și activitatea statului.

Fig. 6.3. Hartă simbolică – Participare pacienți



Concluzii

Medicul este figura centrală pentru reprezentanții ONG-urilor care au participat la focus-grupuri. Paradoxal, medicii sunt percepuți și ca o resursă esențială, dar și ca o barieră majoră. De asemenea, discuția este centrată mult mai mult pe medic, pe profesionist și nu pe individ – pacient.

O altă concluzie importantă este că discuția despre implicarea pacientului are în centru tot medicul. În multe cazuri, pacienții sunt dependenți complet de ce spune medicul: „pacienții ascultă și execută, nu pun întrebări”, conform reprezentanților societății civile. Există însă diferențe între medici, afirmă aceștia. Unii sunt parteneri deschiși, care recomandă pacienților să apeleze la ONG-uri sau explică drepturile, alții sunt percepuți ca formalisti, grăbiți sau lipsiți de empatie. Participanții susțin că este nevoie de formarea medicilor în comunicare, de importanța empatiei, de susținerea grupurilor vulnerabile și de menținerea confidențialității.

Pacientul apare cel mai des ca fiind pasiv: „nu știe drepturile”, „nu știe unde să meargă”, „nu are curaj să ceară explicații”. Se menționează repetat că o parte dintre pacienți au fost descurajați din cauza unor experiențe negative și ajung să evite să apeleze la medici atunci când au nevoie.

În mediul rural, pacienții sunt și mai dependenți de medic, din lipsă de alternative (caz pacient cu cancer de plămâni nedeplasabil, care trebuie să meargă la Chișinău). În mediul rural și în cazul unor patologii cronice, în schimb, pacienții sunt mai informați și doresc să se implice pentru a schimba lucrurile. Per ansamblul rolul pacientului este încă unul pasiv. Pacienții nu sunt informați suficient despre tratamente, drepturi sau pași de urmat.

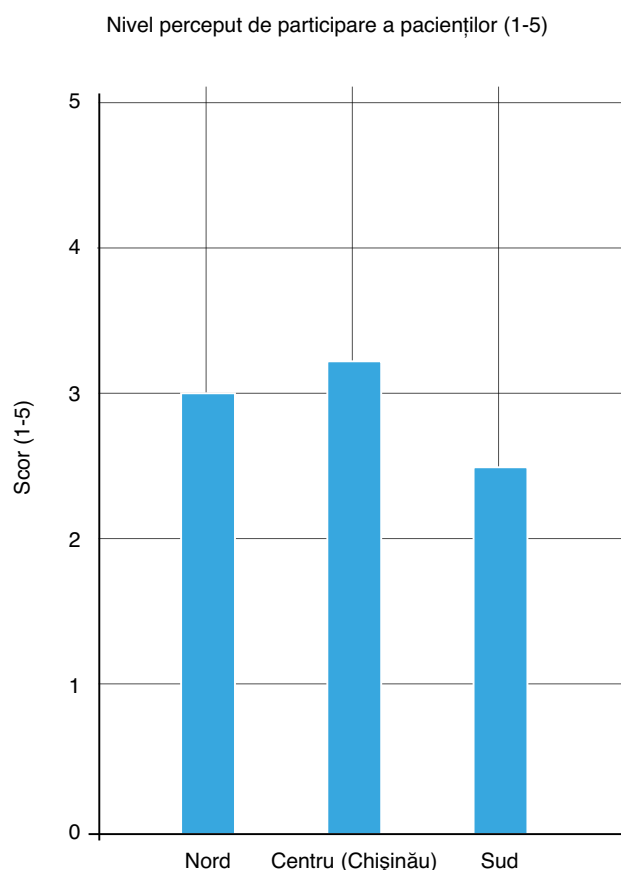
6.3. Perspectiva instituțională privind participarea la procesul decizional în sănătate

La cele trei focus-grupuri dedicate acestei categorii, au participat următoarele categorii de reprezentanți ai instituțiilor medicale: directori de spitale raionale, șefi de secție, medici coordonatori, manageri ai calității și asistenți principali. Metoda utilizată este analiza comparativă a transcrierilor focus-grupurilor, cu accent pe diferențele regionale (nord, centru, sud), pe dimensiunile urban/rural, pe vârstă, statut socio-economic și alte variabile culturale. Au fost extrase citate relevante pentru a reflecta fidel vocea reprezentanților instituțiilor medicale.

Nivelul actual de participare a pacienților în deciziile privind sănătatea

Reprezentanții instituțiilor medicale descriu nivelul actual de participare a pacienților ca fiind mediu, cu unele îmbunătățiri vizibile în ultimii ani. În cuvintele unei directoare de centru medical, „dacă aș merge pe un calificativ de 1–5, aș încerca să punctez nota 3”, subliniind că progresul este real, dar insuficient. Alți participanți din nord (Soroca, Rezina, Glodeni) confirmă aceeași tendință: pacienții sunt mai informați decât în trecut, dar implicarea efectivă în deciziile terapeutice rămâne limitată (Fig. 6.4.).

Fig. 6.4. Nivelul de participare a pacienților (1–5) conform reprezentanților instituțiilor medicale



Un leitmotiv al discuțiilor este decalajul dintre cunoașterea drepturilor și a responsabilităților. „Pacienții își cunosc mai mult drepturile decât obligațiile”, afirmă un vice-director de spital, ceea ce duce la conflicte sau la așteptări nerealiste. Personalul medical constată că pacienții știu să revendice drepturi precum informarea, accesul la tratament și condiții hoteliere, dar ignoră adesea obligații precum respectarea regulilor interne ale secției sau colaborarea corectă cu echipa medicală. O altă observație este că „pacienții care spun că își cunosc drepturile, de fapt nu și le cunosc”. Uneori nu s-a lămurit unde se termină drepturile și unde începe responsabilitatea.

Discuțiile din cadrul focus-grupurilor relevă următoarele:

- Mentalitatea „medicul decide” persistă. Un șef de secție din centrul țării explică: „Mulți pacienți, mai ales vârstnici, nu întreabă nimic. Consideră că doctorul știe tot”.
- În nord se remarcă o schimbare la tineri: „Pacienții sub 35 de ani vin cu lista de întrebări de pe internet. Vor să știe de ce e nevoie de analize, ce riscuri sunt”.
- În sud, diferențele urban–rural sunt evidente: „În oraș pacienții sunt mai activi. La sate, oamenii spun doar ‘faceți cum credeți’”.
- Încrederea în instituțiile medicale contează: „Dacă pacientul nu are încredere, nici nu mai întreabă, chiar dacă ar vrea” subliniază o asistentă din Chișinău.
- Apar abordări complexe ale participării pacientului, un astfel de exemplu fiind următoarea afirmație: „Noi trebuie să implicăm pacientul ca împreună să fie luată decizia, ca pe urmă să nu fie vinovat numai medicul”.
- O altă apreciere este că în 95% din cazuri informația este primită și acceptată atunci când este explicată clar și liniștit.

Nordul țării (Fălești, Soroca, Rezina, Drochia, Glodeni)

Participanții din această regiune oferă o imagine detaliată: pacienții cunosc bine drepturi precum accesul la informație, tratament și condiții de spitalizare, dar mai puțin dreptul la consiliere psihologică sau la tratament personalizat. Nivelul de implicare este considerat „nota 3 din 5”. Ei observă că pacienții din mediul urban sunt mai informați, în timp ce persoanele vârstnice sau din sate rămân la un nivel scăzut de cunoaștere.

Un model de bună practică se înregistrează la Drochia, unde s-au format grupuri de pacienți, care sunt chemați la discuții de conducerea spitalului.

Centrul – Chișinău

Instituțiile terțiare dispun de panouri informative, ecrane TV și pliante, dar reprezentanții semnalează dezinteresul pacienților pentru materialele afișate. Deși există mai multe instrumente de informare decât în alte regiuni, gradul de implicare activă nu este semnificativ mai mare. În schimb, se observă tot mai des pacienți care vin cu informații obținute din rețele sociale sau instrumente AI, ceea ce impune personalului medical o muncă suplimentară de clarificare.

Sudul (Cantemir, Anenii Noi, Căușeni, Criuleni, Sîngerei)

Participanții din sud evaluează nivelul de cunoaștere ca fiind scăzut, chiar dacă drepturile sunt afișate vizibil. „Pacienții nu citesc afișele”, remarcă un director de spital. Totuși, tinerii și persoanele cu statut social mai înalt se informează mai bine, inclusiv consultând direct legislația.

Informarea depinde și de factori individuali, precum vârstă, educație și limba vorbită.

În toate regiunile, tinerii și pacienții cu studii superioare demonstrează o participare mai activă, folosind internetul și rețelele sociale pentru a se informa. Persoanele în vârstă sunt mai puțin implicate și se bazează aproape exclusiv pe explicațiile medicului. Interesant, participanții au remarcat că vorbitorii de limbă rusă și pacienții din Transnistria par mai conștienți de drepturile lor, probabil datorită expunerii la medii urbane sau la alte sisteme de sănătate.

Medicii au identificat mai multe surse prin care pacienții își obțin informațiile: Rețele sociale (Facebook, TikTok) – larg utilizate, dar adesea neveridice. „Pe TikTok este foarte fals”, spune un director interimar din Glodeni, Site-uri oficiale și legislație – accesate mai ales de pacienții tineri sau cu studii, Linii fierbinți (hotlines) și audiențe la administrație – folosite pentru clarificări sau reclamații.

Percepția reprezentanților instituțiilor medicale este că informarea prin canale digitale în cadrul unităților medicale nu este eficientă. Un manager din nord menționează: „Avem afișate drepturile pacienților în toate secțiile, dar puțini le citesc”. În Chișinău, infrastructura informativă este mai dezvoltată: „Am instalat ecrane video cu informații despre Cartea Europeană a Drepturilor Pacientului. Oamenii se uită primele zile, apoi

trec pe lângă ele”. În sud, un director de spital observă: „Drepturile sunt afișate, însă pacienții nu le citesc, iar unii nici nu știu că pot cere explicații”.

Totuși, cea mai bună metodă rămâne comunicarea lucrătorului de sănătate cu medicul. „Dacă spune medicul, informația rămâne în mintea pacientului”, afirmă un medic din Drochia. În toate regiunile, comunicarea directă cu personalul medical este percepută ca sursa cea mai de încredere. Panourile informative și pliantele sunt utile, dar eficiența lor depinde de disponibilitatea pacienților de a le citi.

Factori care sprijină sau împiedică participarea activă a pacienților

Participanții din toate regiunile au subliniat că implicarea pacienților depinde de un complex de condiții. În timp ce legislația și inițiativele locale pot susține participarea, barierele economice, sociale și culturale rămân puternice.

Factori legislativi și instituționali

Reprezentanții unităților medicale recunosc că legislația oferă un cadru clar. Deși există acorduri de consimțământ, participanții spun că pacienții le semnează mecanic. Mai multe voci cer „campanii naționale cu materiale standardizate, pentru ca informația să fie aceeași în toată țara”.

Factori economici

Condițiile economice influențează direct implicarea. Un medic din nord afirmă: „Cei cu venituri mici se concentrează pe rezolvarea bolii, nu pe drepturi. Le e greu să piardă o zi pentru întâlniri sau să caute acte normative”. În sud, participanții observă diferențe între pacienții cu resurse: „Cei care au internet acasă sau au lucrat peste hotare vin cu întrebări și își cer drepturile; ceilalți acceptă ce li se oferă”.

Factori sociali

Atitudinea tradițională față de autoritatea medicului rămâne puternic înrădăcinată, mai ales în rândul pacienților vârstnici, care evită să pună întrebări și acceptă pasiv deciziile medicale. În contrast, tinerii, în special cei din mediul urban, manifestă un comportament proactiv, vin pregătiți la consultații și solicită explicații. De asemenea, diferențele între orașe și sate sunt marcante, în rural predominând atitudinea de supunere față de personalul medical.

Factori culturali

Cultura, limba și expunerea anterioară la alte sisteme de sănătate joacă un rol important. Pacienții vorbitori de limbă rusă și cei din Transnistria sunt percepuți ca fiind mai bine informați și mai înclinați să își revendice drepturile. Totodată, nivelul de educație este direct proporțional cu dorința de implicare: persoanele cu studii superioare accesează documente oficiale, întreabă despre tratamente și compară opțiuni.

Soluții și recomandări propuse

Pentru a depăși aceste bariere, reprezentanții instituțiilor medicale recomandă:

- Derularea unor campanii publice de informare adaptate și accesibile (inclusiv pe TV și rețele sociale);
- Materiale bilingve și standardizate, ușor de citit, distribuite în toate instituțiile;
- Formarea continuă a personalului medical în comunicare empatică, pentru a încuraja pacienții să pună întrebări;
- Colaborare cu autorități locale și ONG-uri, mai ales pentru comunități rurale și defavorizate.

Aderarea la grupuri sau asociații de pacienți

Reprezentanții instituțiilor medicale constată că interesul pacienților pentru grupuri sau asociații este, în ansamblu, moderat și fragmentat, cu diferențe clare între regiuni și categorii sociale. În multe situații, pacienții pur și simplu nu știu că astfel de organizații există. Cei care au colaborat cu asociații pentru transportul sau altă susținere a pacienților susțin că este utilă. Ceilalți sunt mai reticenți.

Un director de spital rezumă: „Cea mai mare problemă este că pacienții nu știu că există asociații de pacienți. Nici noi, ca instituții, nu avem mereu o listă actualizată”. Această lipsă de informare se reflectă și în nord, unde un medic declară: „Întrebăm pacienții dacă ar dori să se alăture unei asociații și cei mai mulți ridică din umeri, nu au auzit de așa ceva”. În centrul țării, situația este similară, deși rețelele sociale și mediul urban facilitează

oarecum accesul la informații: „La Chișinău pacienții mai tineri caută pe internet, dar și aici e nevoie să știe ce să caute și unde”.

Atunci când pacienții află de aceste grupuri, motivațiile lor se leagă de schimbul de experiențe și de sprijin emoțional. Un participant din nord afirmă: „Cei care au intrat într-un grup de pacienți spun că îi ajută să înțeleagă mai bine boala și să nu se simtă singuri”. În sud, un medic adaugă: „Pacienții oncologici care se sprijină unii pe alții trec mai ușor prin tratament”. Reprezentanții subliniază că aceste grupuri pot fi o resursă educațională importantă: „În asociații se transmit informații medicale corecte, ceea ce scade riscul de fake news”.

Participanții au identificat mai multe bariere la aderarea pacienților, dintre care lipsa de informare este cea mai frecventă: „Pacienții nu primesc la externare o listă cu asociații de pacienți. Dacă nu le spunem noi, nu află”, afirmă un reprezentant. Resurse limitate, precum costurile de transport, timpul, dificultățile de deplasare pentru pacienții din mediul rural, constituie alte bariere identificate. Reticență culturală ar fi un alt motiv pentru care pacienții nu aderă la asociații, după cum afirmă un participant: „Unii se tem să-și împărtășească boala cu alții. Consideră că e o chestiune strict personală”. Neîncrederea în eficiența asociațiilor este și ea menționată: „Unii cred că asociațiile cer bani sau nu aduc beneficii reale”.

Diferențe regionale

Nord: Participanții observă că pacienții folosesc cutii de sugestii și registre de reclamații, dar mai puțin grupuri organizate: „Cei nemulțumiți își găsesc căile, dar nu neapărat prin asociații”. Totuși, pacienții tineri sau cei care au lucrat în străinătate se arată interesați de grupuri de suport, în special în domeniul bolilor cronice.

Centru (Chișinău): Mediul urban oferă mai multe oportunități. „Aici există ONG-uri care organizează sesiuni pentru pacienți cronici, dar participarea depinde mult de promovare. Dacă nu apare pe rețele, nu vin”, afirmă un participant. Pacienții mai tineri accesează informații online, dar au nevoie de ghidaj pentru a ajunge la surse credibile.

Sud: Diferențele sunt evidente între oraș și sat. „În oraș pacienții se adună mai ușor, în sate e greu. Oamenii se tem să fie văzuți că discută despre boală”, susține un reprezentant al unităților medicale. Totuși, când există proiecte sprijinite de autorități sau de ONG-uri, interesul crește: „Când am avut campanie cu un ONG de diabet, sala a fost plină. Dar după ce proiectul s-a terminat, oamenii nu s-au mai întâlnit”, spune un altul.

Reprezentanții sunt de acord că instituțiile medicale au un rol-cheie în informarea pacienților privitor la existența și utilitatea asociațiilor. „Ar fi bine să avem o listă oficială de asociații și să o oferim la externare”, propune unul dintre aceștia. În Chișinău, un director de spital aduce în discuție comunicarea online: „Putem pune pe site-ul spitalului linkuri către aceste asociații. Pacientul să știe unde să caute”.

De asemenea, se sugerează colaborarea cu ONG-uri și autorități locale: „Dacă am lucra împreună cu centrele comunitare și cu primăriile, am putea aduce informația direct la oameni”.

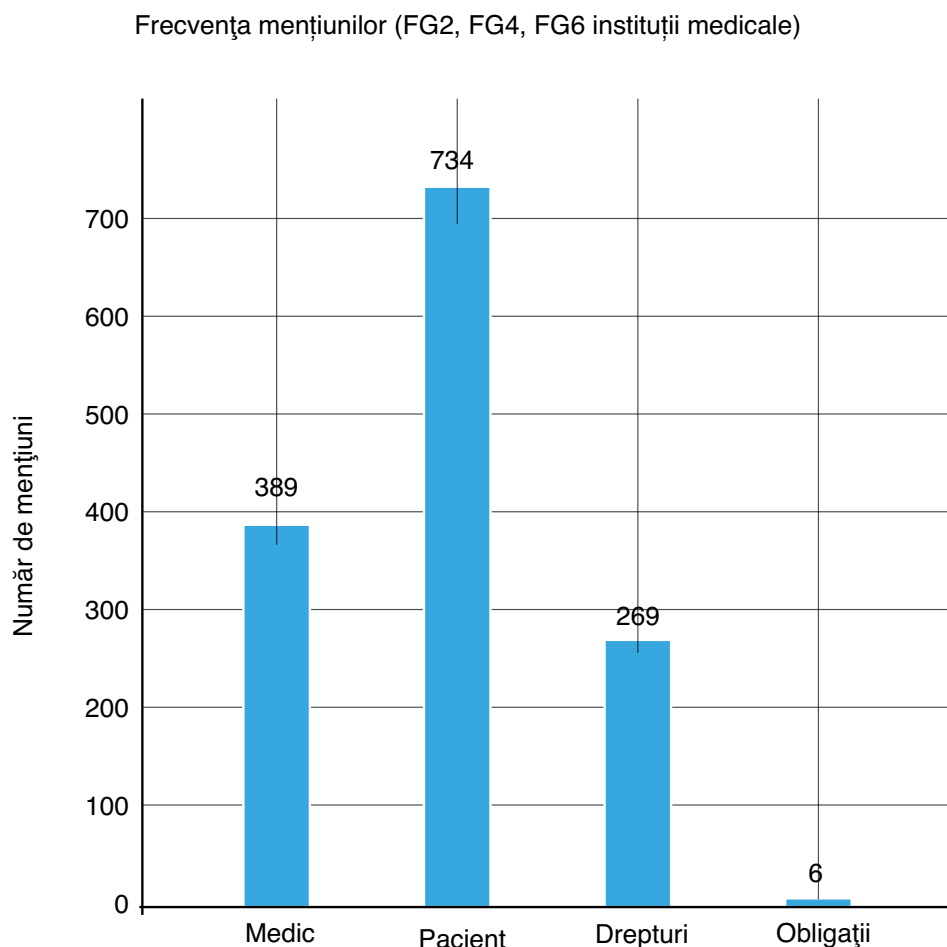
Reprezentanții instituțiilor medicale încurajează feedbackul pacienților, punând la dispoziție chestionare online anonime.

Concluzii

Analiza comparativă a celor trei focus-grupuri, desfășurate cu reprezentanți ai instituțiilor medicale din nord, centru și sud, arată că implicarea pacienților în deciziile privind sănătatea este în creștere, dar rămâne neuniformă și dependentă de factori regionali, economici și culturali. Medicii consideră că pacienții sunt mai informați decât în trecut.

Cunoașterea drepturilor este mai avansată decât a responsabilităților, iar accesul la informație și la rețele de sprijin diferă semnificativ între regiuni. Reprezentanții instituțiilor menționează pacient/pacienți de 734 de ori, față de medic doar 389 ori (Fig. 6.5.). Acest fapt este un indicator al unei perspective diferite în rândul acestora, comparativ cu reprezentanții societății civile. În schimb, folosesc cuvântul „trebuie” de 171 de ori în legătură cu comunicarea medic-pacient, ceea ce subliniază o anumită aplecare spre reguli/norme, mai degrabă inflexibile. De asemenea, se remarcă lipsa de instrumente pentru a transforma în mod real implicarea pacientului. Unul dintre participanți menționează că 40% dintre pacienți ar participa în deciziile legate de propria sănătate.

Fig. 6.5. Frecvența cuvintelor cheie în focus-grupurile (FG2, FG4, FG6) cu reprezentanți ai instituțiilor medicale



La polul opus, se remarcă în mai multe rânduri că lucrătorii medicali ar trebui să fie mai bine pregătiți. Implicarea pacientului este considerată a fi un beneficiu și pentru medic, pentru a nu fi singurul tras la răspundere pentru o decizie.

Reprezentanții instituțiilor estimează că există un dezechilibru între cunoașterea drepturilor și a responsabilităților. Există diferențe regionale și sociale marcate, în această privință: urban > rural, tineri > vârstnici, vorbitori de rusă > vorbitori de română în anumite zone.

Percepțiile instituțiilor cheie privind participarea pacienților și bariere

Intervievarea reprezentanților instituțiilor cheie din Republica Moldova a relevat următoarele aspecte principale:

- Pacienții se află la un nivel scăzut de cunoaștere, iar „80% din pacienți sunt pasivi, 20% sunt activi”. Totuși, există și excepții: „pacienți care își cunosc drepturile, diagnoza, vin citiți”. Această lipsă de întrebări și implicare este explicată prin teama pacienților „să nu fie urmăriți după” sau „să nu se înrăiască medical” prin lipsa timpului de comunicare a medicului, ceea ce „duce la neînțelegeri și, uneori, chiar la conflict”. „Populația nu cunoaște legislația per ansamblu, nici drepturile pacienților”, iar cei mai mulți pacienți „se informează de pe internet” sau chiar din surse neveridice. Există însă un paradox: „majoritatea populației cunoaște că are acces gratuit la asistență medicală”, dar nu știe în profunzime ce înseamnă acest drept.
- Dreptul de acces la îngrijiri medicale este cel mai cunoscut. Cu toate acestea au fost semnalate probleme de acces la serviciile medicale, generate în special de factori economici și socio-culturali. În mediul rural, problemele de acces sunt acute: „sunt mai puțini informați mai ales acolo unde există sate neacoperite cu asistență medicală sau farmaceutică”, pacienții „se adresează tardiv la medic” și ajung doar „când au o durere mare cu care nu mai pot trăi”.
- A fost recunoscută importanța încrederii reciproce: „dacă există încredere în medici, există și în instituție”, dar și faptul că „asociațiile au un acces limitat în luarea deciziilor”, deși au dreptul să analizeze propuneri legislative. Se subliniază rolul crucial al comunicării și al empatiei: „orice serviciu prestat de o instituție medicală trebuie comunicat” și „importanța informării detaliate a pacientului”.
- Implicarea ONG-urilor și a campaniilor educaționale este văzută ca necesară. „Caravana de prevenție care merge în mediul rural pentru examene de screening” sau proiecte precum „farmacistul familiei” sunt considerate soluții. ONG-urile pe HIV/SIDA, tuberculoză și diabet „sunt importante pentru că sprijină pacienții”. Totodată, există o critică privind modul în care statul prioritizează colaborarea: „ministerul trebuie să aleagă cărei asociații dă prioritate”.
- De asemenea, se consideră că rolul ONG-urilor este foarte puternic: „ONG-urile sunt vocea lor, pot afla problemele pe care le invocă și soluții”. Participarea la Forumul Pacientului și la „Caravana Drepturilor Omului” arată că societatea civilă completează golurile lăsate de autorități. Totuși, „nu tot timpul asociațiile sunt acceptate, pentru că pot crea probleme prin conștientizare”.
- Unele instituții descriu pacienții ca fiind, în general, pasivi: „populația mai puțin cunoaște drepturile pacientului și de aceea nici nu le solicită”. Mulți pacienți cred că „medicul are dreptate și e bine să tacă, să nu îl supere”, iar această atitudine duce la lipsa reclamațiilor. „Dreptul la asistență medicală gratuită” este cel mai cunoscut, dar restul sunt superficiale.
- Se consideră că nemulțumirile pacienților se leagă de „informare insuficientă, programări, atitudine, așteptarea”, iar contextul de lipsă de intimitate („aglomerația din cabinete”) agravează situația.
- Alte instituții sunt mai optimiste „nota 7 la nivelul de cunoaștere a drepturilor”, explicată prin informarea prin mass-media și social media. Totuși, atitudinea pasivă persistă: „cred că însă persistă atitudinea pasivă la pacienți”, iar mulți nu înțeleg diferența între servicii urgente și programate.

- Un fenomen problematic este nerespectarea programărilor: „15–20% din programări nu se respectă”, ceea ce generează pierderi de resurse. Bariera digitalizării afectează mai ales vârstnicii, motiv pentru care „la linia verde de la Casa de asigurări se fac și programări pentru populația vârstnică care nu se descurcă cu tehnologia”. Instituția are un call-center care face programări pacienților care nu reușesc să se programeze online, mai ales cei vârstnici.
- Alte instituții cred că „organizațiile obștești au un cuvânt de spus”. Colaborarea este văzută ca o bucurie: „bucuria colaborării cu o organizație, care poate să ne ajute, să dea propuneri, să promoveze idei”.
- Altă instituție atrage atenția că „pacientul își cunoaște cât de cât drepturile dar nu vrea să își cunoască și responsabilitățile”. Nivelul de cunoștințe depinde de educație și de comunitate: „pacienții mai reticenți cu un nivel de educație mai scăzut” și „comunitatea romă mai reticentă și nepăsătoare”.
- Se observă o polarizare: unii pacienți sunt „loiali și își ascultă medicul de familie”, în timp ce alții sunt „încăpățânați și trebuie să-i demonstrez și conving”. Totuși, „pacienții școliți își cunosc drepturile”, iar în urban „cei mai informați sunt vorbitorii de limba rusă”.
- O altă instituție oferă o altă perspectivă, în care ONG-urile sunt apreciate: „ONG-uri brave, care ne ajută, pe HIV/SIDA. Eu cred că multe lucruri se fac în sistemul de sănătate datorită lor”. Colaborarea cu asociația diabeticilor sau a persoanelor cu autism este menționată ca exemplu pozitiv.
- În alte instituții, reprezentanții sunt conștienți că „nivelul de cunoștințe al pacienților este limitat”, „8% din pacienți își cunosc bine drepturile”. Mulți pacienți „nu reușesc să înțeleagă și se duc pe partea mitologică a medicinei”.
- Barierele majore sunt legate de comunicare: „80% din conflicte provin din deficit de comunicare” și „cele mai multe petiții legate de atenția redusă, discuții pe tonuri ridicate, răspunsuri scurte, evazive”. În plus, „în instituțiile medicale nu există mecanisme de plângeri”, iar întrebările pacienților sunt „privite de medici cu suspiciune”.
- Implicarea ONG-urilor este considerată importantă: „Asociația de Tuberculoză, Asociația Viață fără Leucemie, Asociația Tinerilor cu Diabet Zaharat” au rol în politici. Totuși, există și opinii critice: „Statul nu trebuie să susțină cu fonduri ONG-urile”. Se subliniază și aspecte mai rare: „dreptul la inovație este rar menționat. Foarte puțină lume îl știe, inclusiv din personalul medical”.
- Reprezentanții altei instituții consideră că pacienții urbani au un nivel mediu de cunoștințe, cei din rural – scăzut. Cei mai informați sunt „pacienții cu studii superioare”, în special din domeniile juridice și medicale. Bariera limbii apare constant: pacienții vorbitori de rusă se informează mai activ.
- Altă instituție, altă perspectivă: nivelul de cunoaștere este descris ca redus: consimțământul informat este semnat formal, fără înțelegere reală. Chiar și pacienți cu educație înaltă, precum avocații, cunosc doar parțial drepturile. Barierele majore țin de educație, vârstă și limbă. Pensionarii „au mai mult timp să studieze”, dar întâmpină dificultăți cognitive. Limbajul medical este greu de înțeles: „propoziții cu patru etaje, cu 26 de virgule”. Lipsesc traduceri accesibile în mai multe limbi.
- ONG-urile sunt implicate în cazuri de discriminare (ex. HIV), iar Consiliul a emis recomandări ca instrucțiunile medicale să fie cel puțin în română și rusă. Pacienții individuali nu se implică însă direct în politici.

Concluzii

Nivelul de cunoștințe al pacienților este în general scăzut sau mediu, mai ridicat în urban și la cei cu educație superioară. Totuși trendul este evaluat ca unul în creștere, comparativ cu acum 10 sau 20 de ani. Barierele cele mai frecvente sunt lipsa timpului și comunicării, limbajul dificil, stigmatizarea, accesul redus în rural și digitalizarea, instrumentele digitale fiind mai greu de utilizat de vârstnici. ONG-urile apar constant ca actori-cheie: fie vocea pacienților, fie parteneri în politici publice, însă unele instituții sunt reticente în a le implica, iar altele le cred utile și parteneri.

Concluzii și recomandări generale

8.1. Sumarul rezultatelor studiului cantitativ

Profilul respondenților

Cercetarea a fost realizată pe un eșantion de 2001 persoane adulte, dintre care 60,5% femei și 39,5% bărbați, cu o vârstă medie de 49,4 ani. Femeile reprezintă o ușoară majoritate, ceea ce corespunde tendinței regionale conform căreia femeile accesează mai frecvent servicii medicale. Din punct de vedere al vârstei, grupul predominant este 36–55 ani, urmat de 18–35 ani. Majoritatea respondenților provin din mediul rural (52%), iar 56% declară că locuiesc în zone rurale. Distribuția regională: Chișinău – 30%, Centru – 28%, Nord – 25%, Sud – 17%. În ceea ce privește mediul de reședință, respondenții din urban sunt ușor mai numeroși decât cei din rural; acest aspect trebuie avut în vedere, întrucât accesul la servicii și percepțiile asupra sistemului diferă semnificativ între cele două medii. Din punct de vedere profesional, 42% sunt angajați, 32% pensionari, restul fiind șomeri, studenți sau alte categorii. Venitul lunar personal cel mai frecvent se situează între 2001–5000 MDL (31%). Structura eșantionului reflectă bine populația adultă activă a Republicii Moldova. Femeile și persoanele din rural sunt ușor supra-reprezentate, ceea ce poate explica sensibilitatea crescută față de serviciile medicale de bază. De remarcat și că un procent de 86% au răspuns în limba română.

Starea de sănătate

Potrivit datelor, 42.0% dintre respondenți suferă de boli cronice, iar 12.7% declară un grad de dizabilitate. Proporția persoanelor cu afecțiuni cronice este mai ridicată decât în studiul din 2022 (42.0% față de 31.1%), diferență explicabilă prin faptul că cercetarea actuală a inclus exclusiv persoane adulte. În consecință, și numărul persoanelor cu dizabilități este mai mare – 12.7% comparativ cu 6.1% în studiul din 2022. Creșterea numărului celor care suferă de boli cronice sugerează o presiune tot mai mare asupra sistemului medical și subliniază nevoia de servicii integrate, centrate pe îngrijirea pe termen lung.

În ceea ce privește percepția generală asupra stării de sănătate, 44.0% dintre respondenți o consideră bună, iar 10.0% o apreciază ca fiind foarte rea. Se observă diferențe semnificative între categorii: bărbații tind să aibă o percepție mai pozitivă decât femeile (51.0% față de 41.0%), iar percepția sănătății bune scade drastic odată cu vârsta – de la 82.0% în rândul tinerilor de 19–26 de ani la doar 21.0% în rândul persoanelor de peste 60 de ani. La nivel regional, cea mai favorabilă percepție se înregistrează în Chișinău (55.0%), urmat de Sud (44.0%), Nord (41.0%) și Centru (39.0%). În ansamblu, numărul persoanelor care își evaluează starea de sănătate ca fiind bună este în scădere, în timp ce numărul pacienților cronici și al persoanelor cu dizabilități continuă să crească.

Asigurarea medicală și utilizarea serviciilor

Un procent de 86.0% dintre respondenți declară că dețin asigurare obligatorie de sănătate. Totuși, 26.3% consideră că polița de asigurare medicală nu le oferă un nivel adecvat de acces la serviciile medicale, iar proporția acestora este în creștere față de 2016, când era de doar 9.3%. Întrebați ce fac de obicei atunci când se confruntă cu o problemă de sănătate, 54.6% au menționat că se adresează unui specialist – medic de familie sau medic de profil –, medicul de familie rămânând prima linie de adresare. Cu toate acestea, comparativ cu cercetarea anterioară realizată de PAS, proporția s-a redus cu 10.0%. Ultima dată când au avut nevoie de servicii medicale, aproape 70.0% dintre respondenți s-au adresat unui centru de sănătate sau unui spital public, însă 42.5% afirmă că, în ultimul an, au avut nevoie de servicii medicale pe care nu

le-au putut accesa, în pofida faptului că 86.0% sunt asigurați. În ceea ce privește frecvența controalelor medicale, 66.0% merg cel puțin o dată pe an, 19.7% mai rar, iar 13.6% nu efectuează deloc controale de rutină. Deși accesul formal la servicii este considerat bun, eficiența sistemului rămâne scăzută, iar nevoile medicale nesatisfăcute indică probleme legate de costuri, timpi de așteptare și calitatea actului medical. Se observă, de asemenea, diferențe între mediul urban și cel rural: persoanele din mediul urban și cele tinere manifestă mai multă autonomie și informare, în timp ce în rural predomină dependența de rețele informale și contactul limitat cu specialiștii. Per ansamblu, majoritatea respondenților (66.0%) prezintă un comportament preventiv în ceea ce privește sănătatea.

Comunicarea medic-pacient

Doar 18.7% dintre respondenți afirmă că medicul sau asistenta medicală i-a informat în detaliu, în timp ce 13.5% spun că au primit informații doar pe scurt, 21.1% nu au fost informați deloc, iar 17.1% nu au observat materiale informative. Totuși, 75.0% declară că au înțeles explicațiile medicului, 72.7% consideră că au avut suficient timp la consultație, 68.0% au beneficiat de un dialog activ și clar, iar 71.6% apreciază că medicul s-a concentrat exclusiv asupra lor; cu toate acestea, 27.9% au resimțit lipsă de respect în unele situații. Deși situația este mai bună comparativ cu anii precedenți, un sfert dintre pacienți continuă fie să nu înțeleagă, fie să nu primească explicații adecvate privind actul medical. În privința barierelor de comunicare, 84.3% nu le-au perceput, 13.0% au menționat existența unor bariere, iar 2.7% nu își amintesc. Dintre cei care au semnalat dificultăți de comunicare, cele mai frecvente cauze invocate sunt lipsa de respect, lipsa de empatie, ascultarea insuficientă și bariera de limbă. Mai mult de jumătate dintre respondenți (54.6%) consideră că pacientul ar trebui să lase deciziile medicale exclusiv în seama medicului, iar doar 20.0% nu sunt de acord cu această perspectivă, fapt ce confirmă că în Republica Moldova predomină încă un sistem medical paternalist. Deși comunicarea s-a îmbunătățit față de anii anteriori, o treime dintre pacienți continuă să perceapă lipsă de claritate, atenție sau respect, ceea ce arată că empatia rămâne o competență insuficient cultivată în relația medic-pacient.

Participarea și feedbackul

Cu toate că peste jumătate dintre respondenți acordă medicului un rol exclusiv în luarea deciziei medicale, de asemenea, 52.7% admit că se implică activ în luarea deciziei, împreună cu medicul și alți 20.1% că își caută independent soluții alternative. Aproape 70% dintre respondenți consideră că este fie normal, fie acceptabil să întrebe sau să contrazică personalul medical în deciziile care îi privesc.

Aproape trei sferturi dintre respondenți consideră că au participat la luarea deciziei medicale la ultima vizită într-o instituție medicală, iar alți 13.5% consideră că, deși au fost informați corect și complet, medicul a luat singur decizia medicală. Totuși, aproape 13% dintre respondenți consideră că medicul nu le-a explicat secțiunile, nu știu sau nu își amintesc despre acest aspect.

44.4% dintre respondenți afirmă că nu și-au exprimat niciodată opinia cu privire la serviciile medicale de care au beneficiat, iar 1.2% preferă să nu răspundă la această întrebare. Faptul că doar puțin peste jumătate dintre respondenți și-au exprimat vreodată opinia privind serviciile medicale primite indică necesitatea de a dezvolta mecanismele de colectare de feedback din partea pacienților, concomitent cu acțiuni de conștientizare privind aceste mecanisme atât la nivelul populației, cât și al personalului medical. Este necesar a se crea o cultură a calității, în care colectarea de date privind satisfacția pacientului și evaluarea acestora trebuie să reprezinte rutina,

Femeile par să se fi exprimat într-o proporție semnificativ mai mare decât bărbații. De asemenea, diferențe semnificative s-au înregistrat și pe grupe de vârstă și pe regiuni, dar nu s-au evidențiat diferențe statistice semnificative pe medii de rezidență sau în funcție de asigurarea de sănătate.

Deși se conturează o tendință spre participare activă, jumătate dintre pacienți nu oferă feedback. Participarea este încă formală, lipsind mecanismele de colectare și reacție instituțională.

Drepturi și responsabilități

Doar 16.8% dintre respondenți declară că își cunosc foarte bine drepturile în relație cu sănătatea și sistemul de sănătate, iar circa 40.0% afirmă că le cunosc doar în linii mari. Restul au auzit de existența acestor drepturi, dar nu știu ce conțin sau nu au auzit deloc despre ele. Percepția privind gradul de cunoaștere a drepturilor pacienților variază semnificativ în funcție de gen, vârstă și mediu de rezidență – femeile și persoanele tinere, precum și cele din mediul urban, manifestând un nivel mai ridicat de informare. În schimb, diferențele regionale și cele legate de deținerea asigurării medicale sunt nesemnificative.

Principalele surse de informare despre drepturile pacienților sunt medicii de familie și specialiștii (41.0%), urmați de internet și rețelele sociale (36.0%) și materialele informative din instituțiile medicale (25.0%). În proporții mai reduse, respondenții menționează rudele, prietenii și mass-media (TV/Radio). Aceste rezultate indică necesitatea ca viitoarele campanii de informare privind drepturile pacienților să fie derulate prin canalele cele mai accesate de populație, în special prin personalul medical și mediul online.

Cele mai cunoscute drepturi sunt cele privind asigurarea medicală (74.0%), asistența medicală gratuită (74.0%) și dreptul la examinare și tratament în condiții igienice (71.0%). La polul opus, cele mai puțin cunoscute drepturi sunt dreptul de a accepta sau refuza ritualuri religioase în perioada spitalizării (43.0%), dreptul la îngrijire demnă la sfârșitul vieții (46.0%) și dreptul la asistență juridică sau reprezentare pentru protejarea intereselor pacientului (47.0%).

În privința responsabilităților, doar 17.9% dintre respondenți afirmă că le cunosc foarte bine, iar 39.0% declară că le cunosc în linii mari. Nivelul scăzut de cunoaștere atât a drepturilor, cât și a responsabilităților explică gradul redus de implicare civică al pacienților. Medicii rămân principala sursă de informare, dar de multe ori nu oferă detalii suficiente, iar campaniile publice de informare sunt aproape inexistente.

Întrebați cum reacționează atunci când consideră că le-a fost încălcat un drept, 37.0% dintre respondenți afirmă că nu fac nimic, deoarece nu au încredere că situația se va rezolva, iar 6.0% spun că nu știau că pot depune o plângere. Totuși, 56.7% au ales una sau mai multe alternative de reacție: cea mai frecventă fiind „discut cu administrația” (30.0%), urmată de „scriu o plângere la directorul general” (16.0%) și „sun la Linia verde a Ministerului Sănătății” (16.0%). Cea mai rară opțiune este „postez cazul meu pe rețelele de socializare” (2.0%).

Puțin peste jumătate dintre respondenți (52.1%) consideră că dreptul la sănătate este asigurat cetățenilor „în foarte mare măsură” sau „în mare măsură”, în timp ce 44.8% susțin contrariul. Toate aceste rezultate conturează imaginea unui sistem în care participarea pacienților este mai degrabă formală decât efectivă. Lipsa unei culturi a informării și a comunicării medicale, absența campaniilor publice și a materialelor explicative fac ca drepturile pacienților să existe, în mare parte, doar „pe hârtie”. Corelate cu datele calitative, aceste constatări evidențiază faptul că deficitul de informare limitează capacitatea pacienților de a participa activ la procesele decizionale medicale.

Bariere

Un procent de 37.0% dintre respondenți afirmă că nu fac nimic atunci când li se încalcă un drept, deoarece nu cred că situația s-ar putea rezolva, iar 6.0% spun că nu știau că au dreptul să depună plângeri. Dintre cei care aleg totuși să acționeze, 30.0% discută cu administrația instituției, 16.0% formulează o plângere către directorul general, 16.0% apelează la linia verde a Ministerului Sănătății, iar doar 2.0% recurg la rețelele de socializare pentru a-și face public cazul. Lipsa de informații concrete privind mecanismele de acțiune și teama de posibile consecințe împiedică exercitarea efectivă a drepturilor. Doar un segment restrâns al populației știe cum să utilizeze procedurile existente.

Concluziile studiului calitativ confirmă aceste rezultate cantitative: deși cadrul normativ este, în mare parte, adecvat și aliniat principiilor europene privind autonomia pacientului, implementarea practică este deficitară. Cele mai mari lacune se manifestă în sfera comunicării medic-pacient și a accesului real la informații. În timp ce cadrul legal este solid, aplicarea lui este slabă, procedurile de implementare sunt neclare, iar lipsa sancțiunilor pentru nerespectarea prevederilor contribuie la menținerea unui sistem ineficient.

Totodată, lipsesc mecanisme funcționale de monitorizare a modului în care medicii informează pacienții, iar barierele de natură financiară, educațională, culturală și sistemică, la care se adaugă lipsa de timp a personalului medical, amplifică problema. În ansamblu, Republica Moldova dispune de un cadru legislativ bun, dar de mecanisme instituționale slabe și o cultură participativă insuficient consolidată. Se constată astfel un decalaj semnificativ între cadrul normativ existent și aplicarea sa efectivă în practica medicală.

Cunoașterea și utilizarea instrumentelor de opinie privind serviciile medicale

Majoritatea covârșitoare a respondenților (94.6%) declară că sunt familiarizați cu cel puțin un instrument de opinie privind serviciile medicale. Cele mai cunoscute sunt Linia Verde a Ministerului Sănătății (69%), Linia Fierbinte a CNAM (61%), plângerea/petiția (56%) și Linia Națională Anticorupție (53%). La polul opus, doar 26% dintre respondenți cunosc chestionarul de evaluare a satisfacției pacientului, ceea ce indică o vizibilitate redusă a acestui instrument formalizat.

În ciuda nivelului ridicat de cunoaștere, doar 23.3% dintre respondenți au utilizat vreodată un astfel de instrument. Cele mai frecvent folosite sunt discuțiile directe cu administrația instituției medicale (8% din total respondenți), Linia Verde a Ministerului Sănătății (7%) și Linia Fierbinte a CNAM (4%). Instrumentele scrise, cum ar fi condica de reclamații, plângerile sau chestionarele, sunt utilizate într-o măsură mult mai redusă (fiecare sub 3%).

Această discrepanță între nivelul de cunoaștere și utilizare activă sugerează existența unor bariere de acces sau încredere în eficiența acestor canale. Factorii principali care ar putea favoriza implicarea mai activă a pacienților includ: informații clare despre diagnostic și opțiuni de tratament (71.2%), timp suplimentar pentru consultații (66.1%) și acces la materiale educative și întâlniri cu specialiști (59%). De asemenea, peste jumătate dintre respondenți subliniază importanța deschiderii instituțiilor medicale pentru a cere și valorifica opinia pacientului (57.2%).

Mecanisme ale participării pacienților și utilizarea lor – rezultatele studiului calitativ

Participarea pacienților la procesul decizional în sănătate în Republica Moldova se sprijină, teoretic, pe o serie de mecanisme formale: consimțământul informat, afișarea drepturilor pacienților în instituții medicale, linii telefonice dedicate (hotlines), posibilitatea de a adresa petiții sau sesizări, precum și existența unor grupuri sau asociații de pacienți. Cu toate acestea, utilizarea acestor instrumente este redusă și profund inegală, în special între mediul urban și rural. Deși pacienții sunt tot mai informați, în practică mecanismele rămân fie necunoscute, fie percepute ca ineficiente.

Consimțământul informat, de exemplu, este frecvent semnat formal, fără o înțelegere reală a conținutului, iar plângerile nu sunt percepute ca un instrument funcțional, astfel că mulți pacienți nu știu cui să se adreseze și nici nu se așteaptă la un răspuns. În unele spitale există panouri informative, ecrane video sau pliante, însă impactul lor este limitat din cauza lipsei de claritate, a limbajului tehnic și a dezinteresului pacienților. În schimb, comunicarea directă cu personalul medical rămâne cea mai de încredere sursă de informare, iar atitudinea medicului devine un factor determinant al participării.

În ceea ce privește participarea prin asociații de pacienți, nivelul de cunoaștere este scăzut, iar interesul variază semnificativ. În nord, asociațiile sunt privite ca sprijin concret (ex. traducere, acces la tratament), în centru sunt recunoscute, dar slab frecventate, iar în sud aproape absente din conștiința publică. Printre bariere se numără lipsa de informare, reticența culturală față de asociere, neîncrederea în eficiența grupurilor, dar și dificultăți logistice (transport, timp, acces la informație). Reprezentanții instituțiilor medicale recunosc importanța acestor mecanisme, însă subliniază lipsa de standardizare, absența unei strategii coerente de comunicare și necesitatea colaborării cu autoritățile și ONG-urile pentru a crește implicarea pacienților.

Așadar, există un potențial semnificativ de creștere a implicării pacienților, însă este necesară dezvoltarea unor mecanisme eficiente, accesibile și prietenoase de exprimare a opiniei, precum și promovarea unei culturi a participării în sistemul medical.

8.2. Concluzii

Cercetarea a fost realizată pe un eșantion de 2001 persoane adulte, cu o vârstă medie de 49.4 ani, ceea ce ne arată un mediu socio-medical complex cu o populație care îmbătrânește, suprasolicitând sistemul medical.

Participarea pacientului în luarea deciziilor medicale în Republica Moldova a cunoscut o evoluție semnificativă în ultimele decenii, însă rămâne marcată de dezechilibre, limitări instituționale și bariere culturale. De la o poziție pasivă, specifică moștenirii sistemului sovietic, pacienții au început să capete un rol mai activ prin reformele de tip per capita, prin încurajarea implicării societății civile și prin garantarea legală a unor drepturi fundamentale (OMS, 1996).

Totuși, participarea efectivă, atât la nivel individual cât și colectiv, depinde de factori precum echitatea în acces, nivelul educațional, relația de încredere cu sistemul, precum și de existența unor mecanisme participative bine definite. Inițiativele internaționale, precum PaRIS (OCDE), oferă modele utile pentru măsurarea și integrarea vocii pacientului în guvernanta sistemelor de sănătate.

Copiii, ca grup distinct, trebuie incluși prin abordări adaptate, transparente și etice, conform recomandărilor Consiliului Europei și ale Comitetului UNCRC. Integrarea acestora în procesele decizionale reflectă o maturizare a sistemului și o înțelegere mai profundă a conceptului de sănătate centrată pe persoană.

Participarea pacientului în Republica Moldova trebuie consolidată printr-o abordare sistemică, legislativă și culturală. Este nevoie de investiții în mecanisme, educație pentru sănătate, transparență instituțională și cooperare între autorități și societatea civilă. Doar astfel participarea va deveni un element esențial, funcțional și sustenabil al unui sistem de sănătate modern, echitabil și responsabil.

Momentul surprins de cercetarea noastră este unul de tranziție între sistemul medical paternalist moștenit istoric și abordarea activă tot mai consistentă din partea pacienților și aparținătorilor. În acest context, medicul începe să își piardă din rolul său ca autoritate și coordonare a pacientului.

Moldova se confruntă cu o criză tăcută: bolile cronice cresc, medicii de familie îmbătrânesc, iar aproape jumătate dintre pacienți nu au acces real la servicii, deși sunt asigurați.

Rezultatele și concluziile trebuie privite și înțelese în funcție de profilul participanților.

Femeile reprezintă 60.5% din eșantion, ceea ce este normal și explicabil prin faptul că ele merg mai mult la medic și, uneori își determină și familia să facă acest lucru. Grupul de vârstă predominant este 36-55 ani, urmat de 18-35 ani.

Participanți la cercetare au fost 1040 persoane (52) din mediul rural, ceea ce este în concordanță cu cifrele generale, care arată că 56% din populație trăiește la țară. Pe de altă parte, această proporție explică și de ce vulnerabilitățile sunt accentuate, având în vedere că în mediul rural accesul la specialiști este mai redus, dependența de medicul de familie este mai mică (unele localități nu au medic de familie), resursele informaționale sunt mai limitate, iar cultura medicală rămâne mai tradițională.

Distribuția regională este echilibrată, cu Chișinăul reprezentând 30% dintre respondenți, ceea ce permite analizarea diferențelor regionale reale: Chișinăul are cel mai bun acces și cea mai bună percepție a sănătății, în timp ce Centru și Nord sunt semnificativ mai dezavantajate atât la acces, cât și la comunicare și percepție a sănătății.

Populația îmbătrânește, numărul bolilor cronice în creștere

Datele privind starea de sănătate sunt îngrijorătoare și indică un deceniu viitor dificil pentru sistemul medical: 42% dintre respondenți suferă de boli cronice (în creștere cu 11 puncte procentuale față de 2022), iar 12.7% afirmă că au un grad de dizabilitate (față de 6.7% în 2022). Această creștere se explică în contextul îmbătrânirii populației, cu mulți tineri plecați din țară.

Creșterea masivă a bolilor cronice – afecțiuni care necesită coordonare, monitorizare și continuitate – pune presiune directă pe medicina de familie și explică percepția tot mai negativă a populației asupra capacității sistemului de a răspunde nevoilor reale.

Percepția propriei stări de sănătate confirmă polarizarea: 44% o consideră bună, însă 10% o consideră foarte rea. Diferențele sunt mari între categorii: bărbații tind să fie mai optimiști deși femeile merg la mult la medic (51% vs. 41% la femei), iar odată cu vârsta percepția sănătății bune scade abrupt – de la peste 80% sănătate bună la tinerii sub 26 ani la doar 21% în rândul persoanelor de peste 60 de ani.

Diferențele regionale sunt consistente: Chișinăul stă cel mai bine, apoi Sudul, Nordul și Centrul. Această ierarhie arată implicit și diferențele de acces la specialiști, timp de așteptare, nivel de educație și venituri.

Venituri scăzute, acces limitat

În ceea ce privește veniturile, 31% din respondenți au venituri modeste – cel mai frecvent între 2001–5000 MDL (100-250 euro), ceea ce arată și că este dificil să acceseze servicii care nu sunt incluse în asigurare.

Deși 86% declară că au asigurare obligatorie de sănătate, 26.3% spun că nu le oferă acces adecvat. Îngrijorător este că față de 2016, procentul s-a dublat (42.5% afirmă atunci că în ultimul an au avut nevoie de servicii medicale pe care nu le-au putut accesa). Aici înregistrăm un paradox, majoritatea au asigurare medicală, însă accesul real rămâne limitat, din mai multe motive, mai ales pentru cei cu venituri mici, persoane în vârstă și locuitorii din mediul rural.

Diferențele dintre aceste grupuri sunt evidente: cei din mediul urban și tinerii caută soluții alternative în special la unități medicale private, plătind consultațiile, în vreme ce în rural persistă dependența de rețele informale și de medicul de familie.

În strânsă legătură este și bariera educațională – mulți pacienți nu pot fi implicați din cauza nivelului scăzut de cunoștințe medicale. Se adaugă persoanele din minorități vulnerabile, dar și persoane cu HIV/SIDA, consumatori de droguri și persoane cu probleme de sănătate mintală, care au fost discriminate de multe ori și au o încredere scăzută în medici și sistemul medical și o dorință minimă de a se implica.

Legislația are multe mențiuni despre tratamentul personalizat, adaptat fiecărui pacient, însă, în practică, medicii și-au menținut în mare măsură atitudinea paternalistă în care au fost educați și nu abordează personalizat fiecare caz.

Comunicarea medic – pacient se menține sumară

Comunicarea medic-pacient este elementul transversal care explică o mare parte din tensiunile identificate. Doar 18.7% dintre respondenți afirmă că au fost informați în detaliu la consultație, 13.5% spun că au primit informații sumare, iar 21.1% nu au fost informați deloc.

Cu toate acestea, un procent 75% afirmă că „au înțeles” ce li s-a explicat. Studiul calitativ arată însă cauza acestui decalaj: pacienții spun că „au înțeles”, nu pentru că explicațiile au fost clare, ci pentru că nu vor să pară dificili, le este rușine, nu știu ce ar trebui să întrebe sau se tem să contrazică medicul. Când sunt întrebați direct despre barierele de comunicare, respondenții menționează lipsa de respect, lipsa de empatie, ascultarea superficială și bariere lingvistice – aproape 28% afirmă că au simțit lipsă de respect. Din păcate, acest aspect arată clar că raportul de putere rămâne medic-pacient, iar parteneriatul nu s-a impus pe scară largă.

Acelasi lucru reiese din studiul calitativ: cea mai importantă barieră în implicarea pacienților în luarea deciziilor nu ține de buget, ci de timpul limitat al medicului, care nu poate aloca suficient timp pentru explicarea diagnosticului și opțiunilor. Lipsa unui mecanism integrat de feedback este o barieră pentru a vedea la scară largă opinia pacienților și a avea intervenții în punctele cele mai critice.

Medicul rămâne cel care ia decizia

Acest raport de putere este confirmat și de percepțiile privind luarea deciziilor medicale. Mai mult de jumătate dintre respondenți consideră că medicul trebuie să ia decizia singur. Totuși, peste 50% afirmă că se implică activ, iar 20% caută independent informații și soluții alternative. Diferențele apar din nou: tinerii, cei din mediul urban și persoanele cu educație ridicată sunt mai implicați și mai critici; vârstnicii, persoanele din rural și persoanele cu educație redusă lasă decizia medicului. Acest tipar este identic cu cel observat în România și în alte țări post-sovietice, unde moștenirea paternalistă persistă chiar și în condițiile modernizării legislative.

Medicina de familie rămâne prima linie, dar în scădere

Rolul medicului de familie, teoretic actori cheie într-un sistem centrat pe pacient, se erodează vizibil. Deși acesta rămâne prima linie de adresare, **proportia celor care apelează la medicul de familie a scăzut cu aproximativ 10% față de studiile anterioare**. În prezent, în Republica Moldova sunt 1589 de medici de familie, la o populație de aproximativ 2.400.000 persoane. Un calcul simplu arată că ar fi aproximativ 1500 de pacienți la un medic de familie, o cifră rezonabilă. Din păcate, însă raportul nu este echilibrat, pentru că în orașe numărul pacienților/medic este mai scăzut, iar în mediul rural poate exista varianta de a merge o singură dată într-un sat, iar alte localități nu au deloc medic.

Medicina de familie este percepută ca fiind o specialitate administrativă, bazată pe eliberarea de rețete, trimiteri și acte administrative. Pacienții observă un deficit de timp, presiune birocratică și disponibilitate scăzută la dialog.

Situația este similară cu România, unde ani la rând medicina de familie a fost sub-finanțată, medicii au emigrat masiv, iar rolul de coordonator/manager de caz/integrator al pacientului s-a diluat. În țările OCDE, reformele actuale pun accent pe întărirea medicinei de familie, echipe extinse, mai mult timp pentru consultații, digitalizare și integrarea feedback-ului pacientului în evaluarea medicului.

Un alt pericol major este vârsta de peste 50 de ani a majorității medicilor de familie, ceea ce înseamnă un risc major de deșertificare în maxim 15 ani.

Moldova se află într-un punct critic în care poate repeta erorile României sau poate implementa reformele OCDE înainte ca deteriorarea să devină ireversibilă. De asemenea, ideal ar fi să nu repete greșelile României și în ceea ce privește stimularea studenților să meargă spre medicina de familie, inclusiv prin măsuri financiare și administrative (de exemplu alocarea unei locuințe pentru medicii de familie care merg în zona neacoperite).

Dacă autoritățile din Republica Moldova nu acționează acum, în 10 ani sistemul va deveni nefuncțional: foarte mulți medici de familie vor ajunge la vârsta de pensionare, în contextul în care bolile cronice vor domina o populație îmbătrânită, iar pacienții vulnerabili socio-economic sau din mediul rural vor rămâne fără sprijin.

Știm că avem drepturi, dar nu știm exact care sunt

Cunoașterea drepturilor și responsabilităților pacienților este alarmant de redusă: doar 16.8% își cunosc foarte bine drepturile; 40% le cunosc doar în linii mari. Majoritatea au auzit vag despre drepturile pacienților, dar nu știu ce conțin acestea. Medicii rămân principala sursă de informare – ceea ce este paradoxal, pentru că medicii nu sunt formați sau stimulați să ofere aceste informații în mod structurat. Diferențele pe educație, venit și mediu urban rural sunt enorme: locuitorii din mediul urban și persoanele cu educație superioară cunosc mai bine drepturile; vârstnicii și locuitorii din rural aproape deloc. Situația este similară cu România, unde studiile arată că pacienții cunosc superficial Legea drepturilor pacientului, iar mecanismele de consimțământ informat sunt preponderent formale.

Când drepturile sunt încălcate, reacția pacienților este un indicator dur al încrederii în sistem: 37% nu fac nimic, convinși că situația nu se va rezolva; 6% nici nu știau că pot depune o plângere. Cealaltă apelează la mecanisme formale, dar într-o pondere redusă. Folosirea pentru acest lucru a rețelelor sociale, în alte țări acestea reprezentând un canal de presiune publică, sunt aproape inexistente în Moldova (2%). Aceasta arată o combinație de neîncredere în instituții, lipsă de informații și bariere culturale, confirmate și de studiul calitativ.

Dacă în prima parte a raportului, am concluzionat că în Republica Moldova legislația este modernă, aliniată convențiilor europene, pe alocuri mai actualizată decât în România, totuși, rămân problemele lipsei mecanismelor de implementare, evaluare și sancțiune. În legea drepturilor pacienților, există prevederi unice în regiune precum participarea la luarea deciziilor. În acest aspect, legislația Moldovei este mai modernă și mai actuală ca a României.

Potrivit studiului calitativ, chiar dacă legea este cuprinzătoare și adaptată legislației UE, respectarea unor drepturi precum accesul la tratament rămâne condiționată de buget, iar acesta este încă insuficient. Se păstrează diferența clară între mediul rural și urban, populația din afara Chișinăului având un acces mult mai limitat și la servicii, și la informație, fiind implicit mai greu de implicat în luarea deciziilor.

Din cauza bugetului limitat, asigurarea de sănătate nu poate acoperi toate serviciile necesare, ceea ce creează inegalitate și discriminare, care nu poate fi combătută, chiar dacă există legislație în vigoare în acest sens.

Deși există o legislație modernă, actualizată, inspirată din țările Uniunii Europene, care pune pacientul în centrul ei, mecanismele de aplicare rămân neclare pe alocuri, ca și sancțiunile în cadrul neaplicării prevederilor legislative. Legislația este vastă, fragmentată, cu multe prevederi care se regăsesc în mai multe locuri și multe actualizări, fiind și dificil de urmărit. Chiar dacă legea îi apără, pacienții cunosc într-o prea mică măsură care sunt mecanismele de reacție și ce pot face dacă nu le sunt respectate drepturile și care sunt resursele, inclusiv organizațiile neguvernamentale la care pot apela pentru ajutor. Deși legislația creează o bază solidă de implicare a ONG-urilor în politicile de sănătate, nu există o monitorizare constantă a implementării acestor prevederi.

Pe de altă parte, legislația este fragmentată, cu actualizări dese și necorelate pe alocuri. Nu există un mecanism unic de monitorizare a aplicării legii și nici o entitate independentă care să protejeze drepturile pacientului. Modelul polonez, unde Oficiul pentru Drepturile Pacientului, aflat în subordinea directă a Guvernului, are autoritate reală, sau modelul țărilor nordice, unde Ombudsmanul pacienților poate emite recomandări obligatorii, sunt exemple relevante pentru Moldova.

Per ansamblu: Moldova are un cadru normativ bun, profesioniști dedicați, dar supraîncărcați și îmbătrâniți, pacienți tot mai dornici să participe (mai ales tineri, din mediul urban, educați) dar și un număr de pacienți cronici și persoane cu dizabilități în creștere vizibilă și un sistem instituțional încă nepregătit să îi asculte. Participarea există mai mult pe hârtie decât în practică. Nu se pune încă accent pe comunicare, medicina de familie este fragilă din mai multe perspective, iar barierele culturale și de încredere blochează activismul pacienților. În acest context, promovarea participării pacienților la luarea deciziilor ar ajuta la reducerea costurilor, scăderea presiunii pe spitale, crește aderența la tratament și satisfacția pacienților. Dezvoltarea participării reale a pacienților nu este doar o chestiune de etică sau drepturi, ci o investiție în funcționarea sistemului de sănătate.

8.3. Recomandări

Cel mai important aspect în care autoritățile pot să ia măsuri reale, este în a reduce decalajul profund dintre legislație și realitate.

Analizarea oportunității instituirii unui mecanism independent de consiliere, protecție și monitorizare a drepturilor pacientului, care să sprijine pacienții în înțelegerea drepturilor, formularea sesizărilor și monitorizarea modului în care instituțiile răspund la acestea.

Autoritățile pot să introducă un sistem național de feedback – inclusiv prin instrumente digitale, chestionare simple după fiecare vizită medicală, prin SMS sau email integrate într-o bază de date unificată. Aceste rezultate publicate periodic vor crește încrederea populației în autorități și în sistemul de sănătate și pot fi utilizate ca date pentru alocări bugetare. Sistemul de feedback trebuie introdus în lege ca obligativitate, după fiecare contact (internare, consultație la medicul de familie, servicii de urgență). Feedbackul trebuie inclus în evaluarea atât a instituțiilor medicale, cât și a profesioniștilor.

Este esențial ca experiența pacientului să devină un indicator central de performanță în țările OCDE; Moldova are nevoie să adopte această paradigmă. Un raport anual cu date centralizate precum „Experiența pacienților în Republica Moldova” ar fi extrem de util.

Recomandăm inițierea unui dialog structurat cu Divizia de Sănătate a OCDE, chiar dacă Republica Moldova nu este stat membru. OCDE are o experiență foarte mare în măsurarea experienței pacienților (PaRIS) și în consolidarea medicinei de familie ca pilon central al sistemului. Un astfel de dialog – sub formă de misiuni de evaluare, schimburi de expertiză și participare la proiecte pilot – ar putea ajuta Moldova să-și modernizeze cadrul de indicatori, să introducă măsurarea sistematică a feedbackului pacientului și să își calibreze reformele în linie cu bunele practici internaționale.

Deschiderea unei căi de discuție cu OCDE nu este un gest simbolic, ci o metodă rapidă de a evita greșelile altora și de a importa direct soluții deja testate pentru participarea pacientului și întărirea medicinei de familie

Actualizarea Legii drepturilor pacienților, care este din 2005: Este nevoie în special de introducerea conceptului de parteneriat medic-pacient. Legea recunoaște pacientul ca fiind ”participant” la decizia medicală, însă nu există o formulare care să stabilească modelul modern de ”shared decision making”. De asemenea, în cazul consimțământului informat, este nevoie de clarificări, precum explicarea verbală adaptată nivelului de educație al pacientului.

O altă direcție este operaționalizarea reglementărilor, în sensul în care să fie instituită protecția drepturilor pacientului prin mecanisme clare.

Suținerea ONG-urilor ca parteneri, inclusiv prin parteneriate și accesarea împreună a unor fonduri europene pentru proiecte de prevenție, screening sau susținere emoțională a pacienților sau formarea de navigatori de pacienți sunt direcții pragmatice de utilizat în anii următori.

Pentru instituțiile medicale

Reprezentanții instituțiilor medicale trebuie să își asume că relația medic-pacient nu este un element secundar, ci fundamentul calității îngrijirii. Consimțământul informat trebuie scos din zona formală și transformat într-un dialog real.

Managerii trebuie să promoveze programe de formare a personalului medical în comunicare empatică, lucrul cu pacienții vulnerabili și respectarea drepturilor.

De această dată, spitalele pot folosi modelul României de comitete etice, care înglobează și un reprezentant al organizațiilor de pacienți.

Pentru ONG-uri

Organizațiile non-guvernamentale se dezvoltă încet – încet, însă deocamdată sunt mai mult în zona de sprijin al pacienților și mai puțin în zona de educație a pacienților astfel încât vocea lor să fie ascultată. Utile ar fi colaborările între ONG-uri, poate chiar o coaliție națională, cu rol de monitorizare a încălcării drepturilor, un watchdog.

Organizarea unor sesiuni comunitare privind drepturile cetățenești, colaborarea cu Avocatul Poporului, atunci când organizează Caravana Drepturilor. De asemenea, prezentarea unui raport anual cu numărul de încălcări de drepturi, precum și instituțiile și temele ar fi util și ar ajuta la consolidarea mentalului colectiv cu privire la drepturile pacienților/populației și la direcțiile de atac, atunci când sunt încălcate.

Pe de altă parte, ONG-urile pot monitoriza încălcările instituțiilor în procesul de transparență și consultări al unor acte normative și pot prezenta public aceste date.

Pentru a face aceste lucruri, ONG-urile la rândul lor au nevoie de sprijin și finanțări multianuale pentru acest tip de activități, programe de capacity building finanțate public, includerea formală a ONG-urilor în comisii de acreditare, evaluarea serviciilor și grupuri de lucru pentru politici (să nu fie doar „invitați la consultare” ca să validați procesul de consultare, ci membri recunoscuți).

Pentru populație

Participarea nu este posibilă fără pacienți informați și activi. Organizarea unei campanii naționale de informare a drepturilor, cu aplicație practică (cum se depune o plângere, unde, cum se recunoaște un abuz etc.). Pacienții trebuie să înțeleagă că au dreptul de a pune întrebări, de a cere explicații și de a refuza intervenții neclare. Responsabilitatea este atât individuală, cât și comunitară. Popularizarea Codului Deontologic al organizației profesionale a medicilor, care stabilește că relația medic–pacient se întemeiază pe respect și încredere reciprocă, precum și pe „dreptul la opțiune al pacientului”.

Realizarea „Ghidului drepturilor pacienților”, distribuit în format tipărit în unități sanitare, centre medicale și online pe site-urile tuturor instituțiilor medicale și autorităților de sănătate este o altă măsură pe care o recomandăm.

Republica Moldova are o legislație care, pe hârtie, recunoaște pacientul drept participant principal la decizie, însă în realitate nu este ușor să fii pacient și să ai un circuit lin și informat în sistemul de sănătate. Actualizarea unor acte normative, includerea unor mecanisme de monitorizare și feedback, întărirea rolului medicului de familie, crearea unui Oficiu pentru Drepturile Pacientului, profesionalizarea ONG-urilor și alfabetizarea în sănătate a populației, realizarea unui Ghid al drepturilor pacienților sunt cele piesele ale acelui puzzle. Fără ele, participarea rămâne un vis.

Referințe bibliografice

Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. (2022). *Accesul populației la serviciile de sănătate: Rezultatele studiului în gospodării: Sintează*. https://statistica.gov.md/ro/accesul-populatiei-la-serviciile-de-sanatate-63_3755.html

Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923-1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>

Centrul PAS. (2023). *Analiza realizării angajamentelor asumate în domeniul sănătății și respectarea procedurilor de consultare publică cu societatea civilă în procesul decizional*. <https://pas.md>

Comitetul UNCRC. (2009). *Comentariul General nr. 12: Dreptul copilului de a fi ascultat*. <https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/advanceversions/crc-c-gc-12.pdf>

Consiliul Europei. (2024). *Ghid pentru participarea copiilor la decizii referitoare la sănătatea lor*. <https://www.coe.int/en/web/human-rights-and-biomedicine/guide-to-good-practice-concerning-the-participation-of-children>

Mocreac, M., & Paladi, A. (2022). Cunoștințe și practici ale medicului de familie privind procedura de comunicare și consiliere a pacientului. *Management in Health*, 26(2), 3-3.

OCDE. (2019). *Putting people at the center of healthcare: PaRIS survey of patients with chronic conditions*.

OCDE. (2023). *Health at a Glance 2023: OCDE Indicators*. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

OCDE. (2024). *Healthcare through patients' eyes: The next generation of health performance indicators: Preliminary results from the Patient-Reported Indicator Survey (PaRIS)*. <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/about/programmes/patient-reported-indicator-surveys/healthcare-through-patients-eyes-the-next-generation-of-healthcare-performance-indicators.pdf>

Organizația Mondială a Sănătății. (1996). *Healthcare systems in transition: Republic of Moldova*. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-107507>

Organizația Mondială a Sănătății. (2023). *Social participation for universal health coverage: Technical paper*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240085923>

Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare (PNUD). (2023). *Respectarea drepturilor omului în prestarea serviciilor de asistență medicală urgentă prespitalicească din Republica Moldova*. <https://www.undp.org/ro/moldova/publications/respectarea-drepturilor-omului-prestarea-serviciilor-de-asistenta-medicala-urgenta-prespitaliceasca-din-republica-moldova>

Hotărârea Guvernului Nr. 192 din 24.03.2017 privind aprobarea Codului deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului. <https://www.legis.md>

Strategia Națională de Sănătate „Sănătatea 2030”. Aprobata prin Hotărârea Guvernului Nr. 387, din 14.06.2023. <https://www.legis.md>

Legea Nr. 411 din 28.03.1995 privind ocrotirea sănătății. Publicat în Monitorul Oficial Nr. 34, art. 343, din 22.06.1995. <https://www.legis.md>

Legea Nr. 263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. <https://www.legis.md>

Legea Nr. 264 din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic. <https://www.legis.md>

Ordinul Ministerului Sănătății Nr. 425 din 20.03.2018 privind aprobarea Ghidului privind aplicarea procedurii de comunicare și consiliere a pacienților. <https://msmps.gov.md>

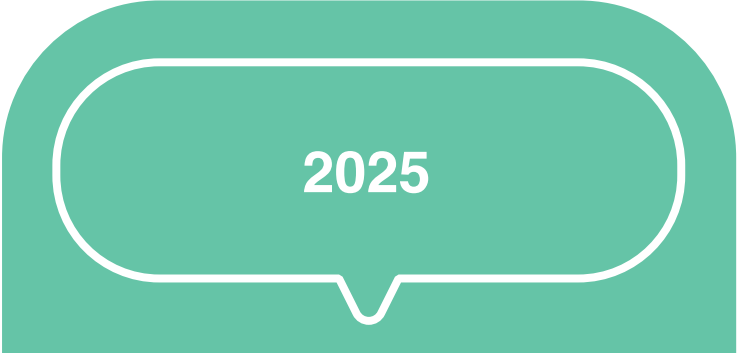
Ordinul Ministerului Sănătății Nr. 96 din 15.12.2007 privind aprobarea Regulamentului privind participarea pacienților. <https://msmps.gov.md>

Pluut B. (2016). Differences that matter: Developing critical insights into discourses of patient-centeredness. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 19(4), 501–515. <https://doi.org/10.1007/s11019-016-9712-7>

UNCRC. (1989). Convenția ONU privind Drepturile Copilului. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

Oficiul Avocatului Poporului. (2016). *Raport privind respectarea drepturilor pacientului*. <https://ombudsman.md>

Oficiul Avocatului Poporului. (2023). Studiu „Percepții asupra drepturilor omului în Republica Moldova” (sondaj de opinie publică 2023). <https://ombudsman.md/studiu-perceptii-asupra-drepturilor-omului-in-republica-moldova-in-2023/>



2025