

**Evaluarea barierelor privind accesul
la serviciile de sănătate cu care se
confruntă persoanele din grupurile-cheie
afectate refugiate din Ucraina**



Chișinău, 2025

**Evaluarea barierelor privind accesul
la serviciile de sănătate cu care se
confruntă persoanele din grupurile-cheie
afectate refugiate din Ucraina**

Chișinău, 2025

CUPRINS

Abrevieri	4
Mulțumiri	7
Echipa de autori	7
Sumar executiv	8
Informație de context	9
Metodologie	10
Denumirea studiului	10
Scopul studiului	10
Obiectivele studiului	10
Studiu cantitativ	10
Studiu calitativ	11
Analiza datelor	11
Studiu cantitativ: Rezultate	12
Caracteristici generale	12
Socio-demografice	12
Grupuri și comunități	14
Proceduri de transfer	14
Proceduri de intrare în Moldova	14
Protecția temporară	3
Violența	4
Asistență și facilități	6
Asistența financiară	6
Asistență și facilități oferite din partea ONG-urilor și a voluntarilor	7
Servicii de sănătate	9
Starea de sănătate	9
Surse de informare	10
Înscrierea în registrul medicului de familie	11
Comunicarea cu prestatorii de servicii medicale	13
Calitatea și siguranța serviciilor de sănătate	18
Calitatea și siguranța îngrijirilor de sănătate	24
Reducerea riscurilor	27
Infecția HIV	31
Testarea la infecția HIV	32
Tratamentul ARV	33
Hepatite virale B și C	34
Infecții cu transmitere sexuală	37
Dependența de droguri	39
Tuberculoza	42
Infecții respiratorii virale acute	45
Urgențe medicale	46
Boli cronice	48
Alte motive de sănătate	50
Sănătatea mintală	52
Stigma, discriminarea, dreptul la sănătate	54

Percepția stigmatizării.....	54
Percepția discriminării.....	55
Dreptul la sănătate	56
Bariere în accesarea serviciilor de sănătate	57
Bariere legate de distanță.....	58
Bariere legate de timpul de așteptare	58
Bariere legate de accesarea tratamentului.....	60
Bariere privind accesarea serviciilor	60
Bariere privind solicitarea documentelor adiționale	61
Bariere lingvistice.....	62
Factori de risc privind barierele în accesarea serviciilor.....	62
Factorii socio-demografici	62
Proceduri de transfer drept factori de risc	63
Violența drept factor de risc.....	64
Înscrierea în registrul medicului de familie drept factor de risc	65
Grupuri și comunități.....	66
Tipuri de servicii de sănătate accesate și barierele	66
Stigma și discriminarea drept factori de risc.....	67
Studiu calitativ: Rezultate	69
Discuții.....	71
Limitările Studiului.....	78
Concluzii	78
Recomandări.....	81
Bibliografie	83

ABREVIERI

ARV	Tratament antiretroviral
ITS	Infecții cu transmitere sexuală
IEC	Informare, educare și comunicare
HIV	Virusul Imunodeficienței Umane
TB	Tuberculoza
LS	Lucrătoare a sexului
LGBTQI+	Acronim care se referă la lesbiene, gay, bisexuali și trans gen
ONG	Organizație neguvernamentală
PCD	Persoană consumatoare de droguri (orice formă)
PrEP	Profilaxia pre-expunere
PEP	Profilaxia post-expunere
PTH	Persoană care trăiește cu HIV
UNAIDS	Agenția Organizațiilor Națiunilor Unite pentru HIV/SIDA
UNHCR	Înaltul Comisariat al Organizațiilor Națiunilor Unite pentru Refugiați

Lista figurilor

Figura 1. Instrument Google Docs utilizat pentru monitorizarea înrolării respondenților în studiu	11
Figura 2. Venitul mediu lunar al respondenților în Ucraina și Republica Moldova	13
Figura 3. Grupuri și comunități	14
Figura 4. Perioada de ședere și numărul de intrări în Republica Moldova	1
Figura 5. Repartizarea respondenților în funcție de regiunile din Republica Moldova unde locuiesc și regiunile din Ucraina de unde provin	2
Figura 6. Locul de cazare inițial la momentul în care participanții la studiu au ajuns în Republica Moldova și la momentul actual.....	3
Figura 7. Protecția temporară și motivele de ce nu dispun de protecție temporară	4
Figura 8. Protecția temporară în dezagregare după grupuri și comunități	4
Figura 9. Grupuri și comunități în funcție de tipul de violență la care au fost supuse	5
Figura 10. Asistența financiară, inclusiv în repartizare per grupuri și comunități	7
Figura 11. Asistență și facilități oferite din partea ONG-urilor și a voluntarilor	8
Figura 12. Asistență și facilități oferite din partea ONG-urilor și a voluntarilor, per grupuri și comunități	8
Figura 13. Starea de sănătate percepută de respondenți în ultimele patru săptămâni până la interviu	9
Figura 14. Surse de informare referitoare la accesarea serviciilor de sănătate.....	10
Figura 15. Înregistrarea la medicul de familie.....	11
Figura 16. Motivele neînregistrării la medicul de familie	12
Figura 17. Informarea din partea prestatorilor de servicii medicale privind opțiunile de tratament și îngrijire.....	13
Figura 18. Informarea din partea prestatorilor de servicii medicale privind siguranța tratamentului	14
Figura 19. Adaptarea îngrijirilor medicale de către prestatorii de servicii în funcție de nevoile respondenților	14
Figura 20. Captarea feedback-ului din partea prestatorilor de servicii medicale.....	15
Figura 21. Timpul acordat pentru consultul medical din partea prestatorilor de servicii medicale	16
Figura 22. Opinii privind confidențialitatea în timpul consultului medical	16
Figura 23. Opinii privind confidențialitatea stării de sănătate	17
Figura 24. Opinii privind încrederea în prestatorii de servicii medicale	18
Figura 25. Opinii privind eficiența sistemului de referire și cooperare între serviciile medicale	18

Figura 26. Opinii privind eficiența sistemului de referire și cooperare între serviciile medicale și centrele de plasament.....	19
Figura 27. Opinii privind eficiența sistemului de referire și cooperare între serviciile medicale și serviciile sociale ..	20
Figura 28. Percepții privind eficiența sistemului de referire și cooperare între serviciile de sănătate și ONG-uri în contextul tuberculozei	20
Figura 29. Percepții privind eficiența sistemului de referire și cooperare între serviciile de sănătate și ONG-uri în contextul prevenirii și controlului infecției HIV	21
Figura 30. Percepții privind eficiența sistemului de referire și cooperare între serviciile de sănătate și ONG- privind tratamentul cu antagoniști de opioide.....	22
Figura 31. Consimțământ pentru serviciile de sănătate disponibil doar în limba română.....	23
Figura 32. Consimțământ pentru serviciile de sănătate disponibil în limbile română și ucraineană.....	23
Figura 33. Opinii privind cererea de îngrijiri medicale în raport cu capacitatea asistenței medicale primare	24
Figura 34. Opinii cu referire dacă îngrijirile de sănătate oferite au fost de înaltă calitate	25
Figura 35. Percepții asupra siguranței îngrijirilor de sănătate oferite.....	25
Figura 36. Opinii privind continuitatea îngrijirilor de sănătate.....	26
Figura 37. Sistem bun de referire și cooperare între serviciile de sănătate și ONG-uri privind serviciile de suport ..	26
Figura 38. Satisfacția și percepția respondenților privind PrEP	27
Figura 39. Servicii de reducerea a riscurilor accesare	28
Figura 40. Servicii de reducere a riscurilor, per grupuri și comunități	29
Figura 41. Surse de informare privind serviciile de reducere a riscurilor	30
Figura 42. Percepții privind utilizarea serviciilor de reducere a riscurilor	30
Figura 43. Accesarea serviciilor HIV, inclusiv în dezagregare după grupuri și comunități	31
Figura 44. Surse de informare privind serviciile HIV	32
Figura 45. Satisfacția respondenților privind serviciile accesate privind HIV și încrederea în medicul infecționist ..	33
Figura 46. Accesarea serviciilor privind Hepatitele virale B, C, inclusiv în dezagregare după grupuri și comunități	34
Figura 47. Surse de informare privind serviciile pentru Hepatitele virale B, C	35
Figura 48. Satisfacția și percepția respondenților privind serviciile accesate în legătură cu Hepatitele virale B, C..	36
Figura 49. Accesarea serviciilor privind infecțiile cu transmitere sexuală, în dezagregare după grupuri și comunități	37
Figura 50. Surse de informare privind serviciile pentru infecțiile cu transmitere sexuală	37
Figura 51. Satisfacția și percepția respondenților privind serviciile de sănătate accesate în legătură cu infecțiile cu transmitere sexuală	38
Figura 52. Satisfacția și percepția respondenților privind serviciile accesate în legătură cu dependența de droguri	42
Figura 53. Accesarea serviciilor de sănătate privind tuberculoza, în dezagregare după grupuri și comunități	42
Figura 54. Surse de informare privind serviciile de sănătate pentru tuberculoză	43
Figura 55. Simptome privind tuberculoza	43
Figura 56. Satisfacția și percepția respondenților privind serviciile de sănătate accesate în legătură cu tuberculoza	45
Figura 57. Accesarea serviciilor privind infecțiile respiratorii acute, în dezagregare după grupuri și comunități	45
Figura 58. Satisfacția și percepția respondenților privind serviciile de sănătate accesate în legătură cu infecțiile virale respiratorii acute.....	46
Figura 59. Accesarea serviciilor de asistență medicală urgentă, în dezagregare după grupuri și comunități	47
Figura 60. Satisfacția și percepția respondenților privind serviciile medicale de urgență.....	48
Figura 61. Accesarea serviciilor de sănătate, boli cronice, în dezagregare după grupuri și comunități	48
Figura 62. Adresabilitatea după servicii de sănătate în funcție de boli	49
Figura 63. Satisfacția și percepția respondenților privind serviciile de sănătate accesate în legătură cu bolile cronice	50
Figura 64. Accesarea serviciilor de sănătate, alte motive, în dezagregare după grupuri și comunități	51
Figura 65. Satisfacția și percepția respondenților privind alte servicii de sănătate accesate	51
Figura 66. Accesarea serviciilor de sănătate, alte patologii, în dezagregare după grupuri și comunități	52
Figura 67. Surse de informare privind serviciile de sănătate mintală	53
Figura 68. Satisfacția și percepția respondenților privind serviciile de sănătate mintală	54

Figura 69. Percepția stigmatizării, inclusiv în dezagregare după grupuri și comunități.....	54
Figura 70. Motivele care au cauzat perceperea stigmatizării.....	55
Figura 71. Percepția discriminării, inclusiv în dezagregare după grupuri și comunități.....	55
Figura 72. Tipurile de discriminare experimentate de către participanții la studiu	56
Figura 73. Opinii privind respectarea dreptului la sănătate, inclusiv în dezagregare după grupuri și comunități.....	57
Figura 74. Bariere în accesarea serviciilor de sănătate, inclusiv în dezagregare după grupuri și comunități	57
Figura 75. Bariere legate de distanță, inclusiv în dezagregare după grupuri și comunități	58
Figura 76. Bariere legate de timpul de așteptare la medicul specialist, în dezagregare după grupuri și comunități	59
Figura 77. Bariere legate de timpul de așteptare la medicul specialist, în dezagregare după grupuri și comunități	59
Figura 78. Bariere legate de accesarea tratamentului, în dezagregare după grupuri și comunități	60
Figura 79. Bariere legate de accesarea serviciilor, în dezagregare după grupuri și comunități	61
Figura 80. Bariere legate de solicitarea documentelor adiționale, în dezagregare după grupuri și comunități.....	61
Figura 81. Bariere lingvistice, inclusiv în dezagregare după grupuri și comunități	62

Lista tabelelor

Tabelul 1. Caracteristicile socio-demografice ale respondenților	12
Tabelul 2. Consumul de substanțe injectabile și non-injectabile consumate în ultimele șase luni de către respondenți	39
Tabelul 3. Factori socio-demografici care ar putea influența accesarea serviciilor de sănătate	62
Tabelul 4. Factori ocupaționali și economici care ar putea influența accesarea serviciilor de sănătate	63
Tabelul 5. Proceduri de transfer drept factori de risc care ar putea influența accesarea serviciilor de sănătate	64
Tabelul 6. Violența drept factor de risc care ar putea influența accesarea serviciilor de sănătate	65
Tabelul 7. Înregistrarea și încrederea în medicul de familie drept factori de risc care ar putea influența accesarea serviciilor de sănătate	65
Tabelul 8. Grupuri și comunități în raport cu barierele în accesarea serviciilor de sănătate	66
Tabelul 9. Tipuri de servicii accesate în raport cu barierele în accesarea serviciilor de sănătate	67
Tabelul 10. Stigma și discriminarea drept bariere în accesarea serviciilor de sănătate.....	68

MULȚUMIRI

Studiul privind Evaluarea barierelor privind accesul la serviciile de sănătate cu care se confruntă persoanele din grupurile-cheie afectate refugiate din Ucraina în Republica Moldova este realizat de către consultanți independenți, în cooperare cu organizațiile societății civile din domeniul sănătății și cu suportul tehnic și financiar al UNAIDS și UNHCR.

Raportul de cercetare reflectă opinia autorilor și nu prezintă neapărat punctul de vedere al donatorului sau al oricărei alte organizații afiliate.

Aducem mulțumiri tuturor instituțiilor, organizațiilor și persoanelor care au contribuit la realizarea acestei cercetări, în special reprezentanților populațiilor-cheie vulnerabile, persoanelor afectate de HIV și tuberculoză. Colectarea datelor a fost efectuată cu suportul organizațiilor non-guvernamentale „Inițiativa Pozitivă”, Uniunea pentru echitate în sănătate, Genderdoc-M, „Pas cu Pas” regiunea Sud și Asociația Obștească AFI.

Sincere mulțumiri aducem tuturor respondenților care au participat în cadrul studiului și le mulțumim tuturor pentru timpul acordat, pentru implicare, deschidere, încredere, precum și pentru informațiile valoroase oferite în cadrul discuțiilor de grup și interviurilor aprofundate.

Ne exprimăm recunoștința față de experții care au revizuit raportul și au contribuit la definitivarea acestuia.

ECHIPA DE AUTORI

Ana Ciobanu	Expert independent, Master în Sănătatea Publică
Svetlana Doltu	Master în Sănătatea Publică, Președintă, Asociația Obștească AFI
Svetlana Plămădeală	Master în Sănătatea Publică
Daniela Prisacaru	Consultant

SUMAR EXECUTIV

Pe fondul crizei umanitare generate de conflictul din Ucraina, s-a impus necesitatea unei cercetări pentru a înțelege și a aborda provocările specifice cu care se confruntă refugiații din Ucraina în Republica Moldova (în continuare Moldova) în accesarea serviciilor de sănătate.

Prezentul raport oferă o analiză detaliată a situației refugiaților din Ucraina în Moldova, cu un accent deosebit pe accesul acestora la serviciile de sănătate și barierele întâmpinate. Cercetarea se concentrează pe grupurile vulnerabile, inclusiv persoanele consumatoare de droguri (PCD), persoanele care trăiesc cu HIV (PTH), comunitatea LGBTQI+ și persoanele cu tuberculoză (TB). Această cercetare este una complexă, care cuprinde inclusiv opinii și percepții oferite în cadrul focus-grupurilor și interviurilor cu reprezentanții organizațiilor guvernamentale și neguvernamentale.

Refugiații din Ucraina se confruntă cu bariere în accesarea serviciilor de sănătate în Moldova. Printre cele mai frecvente obstacole se numără distanța mare până la unitățile de sănătate, care afectează în special refugiații din zonele rurale, și timpul îndelungat de așteptare pentru consultații, atât la medicii specialiști, cât și la medicii de familie. De asemenea, necesitatea documentelor adiționale, cum ar fi protecția temporară și pașaportul ucrainean, complică accesul la servicii. Costurile ridicate pentru tratamente esențiale și servicii specializate, precum consultațiile medicale plătite și investigațiile în clinici private, reprezintă o altă barieră semnificativă. Stigmatizarea și discriminarea, în special pentru grupurile vulnerabile, cum ar fi PCD și PTH, adaugă un strat suplimentar de dificultate. Barierele lingvistice complică și mai mult accesul la servicii, în special pentru cei care nu cunosc limba română. Aceste obstacole nu doar fac mai anevoios accesul la îngrijiri medicale, dar afectează și calitatea îngrijirii de care beneficiază refugiații.

Factorii de risc în accesarea serviciilor de sănătate includ disparitatea regională și rurală, situația financiară precară, lipsa protecției temporare, neînregistrarea la medicul de familie, apartenența la grupuri vulnerabile, accesarea serviciilor specifice (terapiile ARV și tratamentul dependenței de droguri), expunerea la violență și experiența de stigmatizare și discriminare. Refugiații din regiunile de Nord și Sud ale Moldovei au întâmpinat mai puține bariere comparativ cu cei din regiunea Centru. De asemenea, locuitorii din centrele raionale și din sate au avut șanse mai mari de a întâmpina dificultăți comparativ cu cei din municipii.

Studiul evidențiază că grupurile PCD și PTH se confruntă cu cele mai mari dificultăți în accesarea serviciilor de sănătate, fiind adesea stigmatizate și marginalizate. Comunitatea LGBTQI+ întâmpină mai puține bariere, în principal datorită accesului la servicii prin intermediul ONG-urilor sau clinicilor private.

Recomandările prezentei cercetări includ dezvoltarea soluțiilor inovatoare pentru a aduce serviciile de sănătate mai aproape de comunitățile de refugiați, simplificarea procedurilor administrative și birocratice, reducerea stigmatizării și discriminării, dar și asigurarea suportului financiar și psihosocial adecvat. Aceste măsuri sunt esențiale pentru a răspunde nevoilor complexe ale refugiaților și pentru a le oferi o șansă reală la o viață sănătoasă și stabilă în Moldova.

INFORMAȚIE DE CONTEXT

Războiul din Ucraina a declanșat cea mai mare criză umanitară din regiunea europeană de la sfârșitul celui de-al Doilea Război Mondial. Către finele anului 2024, circa opt milioane de refugiați au fugit de războiul din Ucraina, iar circa un milion dintre aceștia au ajuns în Moldova. În prezent, peste 130 de mii de refugiați ucraineni se află în Moldova [1].

În Moldova, străinii pot beneficia de mai multe forme de protecție prevăzute de Legea privind azilul în Moldova, iar una dintre acestea este protecția temporară [2]. Protecția temporară este un statut legal acordat de către țările-membre ale Uniunii Europene, inclusiv de către Moldova, persoanelor nevoite să fugă de războiul din Ucraina către țările învecinate. Avantajul de bază al protecției temporare, față de solicitarea azilului, este rapiditatea, adică oferirea imediată a unui statut legal refugiaților veniți dintr-o zonă de conflict prin care li se recunosc mai multe drepturi, inclusiv de a beneficia de asistență medicală de urgență, asistență medicală primară și de examenul medical gratuit, din motive de sănătate publică, în cadrul instituțiilor medico-sanitare, conform listei serviciilor medicale stabilite de către Ministerul Sănătății. Persoanele aflate sub protecție temporară, de asemenea, pot accesa măsuri de asistență socială, finanțate de către organizațiile internaționale, în baza procedurilor și condițiilor aprobate în comun cu Ministerul Muncii și Protecției Sociale și autoritatea competentă pentru străini [3].

Cercetările realizate la nivel internațional subliniază că accesul la asistență medicală și cea socială devine o provocare pentru multe persoane strămutate din alte țări. Printre barierele și dificultățile în accesarea asistenței medicale au fost enumerate: (1) bariere lingvistice, (2) număr excesiv de documente solicitate, (3) lacune în informare privind modul de accesare a serviciilor și (4) tipurile de servicii disponibile, (5) competența culturală, (6) frica de persecuție, (7) probleme sistemice asociate cu „statutul mai mic” (procesul de tranziție de la un solicitant de azil la un statut de refugiat). Drept un risc înalt în rândul refugiaților au fost menționate infecțiile respiratorii acute, bolile cronice precum diabetul, cancerul, traumele și bolile infecțioase (tuberculoza (TB), infecția HIV, hepatite virale). De altfel, Ucraina se numără printre țările cu o povară înaltă a bolilor infecțioase cronice, cum ar fi infecția HIV și TB, în special cea cu rezistență la medicamentele de bază, înregistrând aproximativ 30 de mii de cazuri noi de TB anual [4].

Încă din primele zile ale războiului, Moldova s-a confruntat cu un flux mare de refugiați, inclusiv persoane din populațiile de risc, dar și cu risc de infectare cu HIV și TB [5]. Având în vedere prioritățile de sănătate publică privind accesul neîntrerupt la prevenirea, depistarea, diagnosticarea, tratamentul și îngrijirea bolilor infecțioase, inclusiv HIV și TB, a fost luată decizia de a oferi servicii de prevenire, servicii medicale, psihosociale și de suport pentru refugiați, precum și includerea celor cu risc în programele existente de prevenire, tratament și suport atât pentru HIV, cât și pentru TB. Peste opt mii de refugiați au beneficiat de suport din partea ONG-urilor de la sosirea acestora în Moldova [5].

În acest context, UNAIDS a propus realizarea unui studiu operațional bazat pe comunitate pentru a oferi o înțelegere cuprinzătoare, bazată pe dovezi, a nevoilor prioritare și a barierelor cu care se confruntă refugiații, în special cei aflați în situații de risc, în accesarea serviciilor de sănătate, de la sosirea acestora în Moldova. Rezultatele studiului oferă o imagine mai clară privind dificultățile cu care se confruntă persoanele strămutate din Ucraina în accesarea serviciilor de sănătate.

Rezultatele pot ghida politicile publice și strategiile de intervenții, ajutând la dezvoltarea unor programe și servicii mai eficiente și accesibile pentru refugiați și, în același timp, subliniază importanța cooperării între diverse entități medicale și sociale pentru a asigura o protecție mai bună a sănătății refugiaților și o integrare mai eficientă în sistemul de sănătate din Moldova. În plus, rezultatele studiului pot adăuga cunoștințe valoroase la literatura de specialitate privind accesul la servicii de sănătate pentru refugiați din grupurile de risc, oferind date și analize utile.

METODOLOGIE

Denumirea studiului

Evaluarea barierelor cu care se confruntă persoanele din rândul populațiilor-cheie refugiate din Ucraina în accesarea serviciilor de sănătate din Republica Moldova

Scopul studiului

Analiza barierelor cu care se confruntă persoanele refugiate din Ucraina din populațiile de risc în accesarea serviciilor de sănătate din Republica Moldova.

Obiectivele studiului

În rândul refugiaților din grupurile de risc PCD, PTH, LS, LGBTQ+, HIV, TB, alte categorii de:

1. A descrie caracteristicile socio-demografice
2. A descrie procedurile de transfer
3. A descrie serviciile de sănătate accesate
4. A analiza barierele în accesarea serviciilor de sănătate
5. A evalua factorii de risc ce ar putea influența accesibilitatea la serviciile de sănătate.

Studiu cantitativ

Tip studiu: descriptiv, prospectiv, transversal.

Volumul eșantionului. Studiul a recrutat toate persoanele care au corespuns criteriilor de eligibilitate. Volumul eșantionului a constituit 300 de respondenți chestionați. Populația-țintă a inclus persoane refugiate din Ucraina care se află temporar în Moldova.

Criterii de includere: persoană refugiată din Ucraina care:

- se află temporar în Moldova (și a accesat serviciile de sănătate de pe malul drept al râului Nistru)
- a accesat cel puțin unul dintre serviciile de sănătate și/sau sociale conexe TB, HIV, hepatite virale
- este abilitată psihic pentru a oferi un interviu structurat în baza chestionarului
- are vârsta mai mare de 18 ani
- a oferit consimțământ informat pentru participare în cadrul studiului semnat.

Criterii de excludere: au cuprins vice-versa criteriilor de includere.

Recrutarea respondenților

Recrutarea respondenților s-a efectuat în baza listelor formate la nivelul ONG-urilor implicate în acordarea suportului persoanelor refugiate din Ucraina din populațiile de risc. În cadrul recrutării s-a ținut cont de criteriile de includere și de pasul eșantionării care a inclus: reprezentanța teritorială a câte 25% per regiune Nord și Sud și 50% pentru regiunea Centru, inclusiv a fost urmărită proporția în funcție de gen. Persoana care a refuzat participarea la studiu a fost înlocuită cu următoarea persoană din listă. La înrolare, persoanei chestionate i s-a atribuit un identificator unic anonim, care nu a permis identificarea directă sau indirectă a persoanei.

Monitorizarea recrutării a avut loc în regim on-line, în baza unui instrument elaborat în format Google Docs, unde în timpi reali au fost introduse informații privind înrolarea respondenților în studiu. Instrumentul de monitorizare a permis urmărirea proporțiilor în bază de grup, gen, regiune geografică, dar inclusiv și a procentului înrolării (Figura 1).

Figura 1. Instrument Google Docs utilizat pentru monitorizarea înrolării respondenților în studiu

		A Inițiativa Pozitivă	B Uniunea Echitate Sănătate	C Pas cu Pas Cahul	D GENDERDO C-M	E AFI	Nr Total studiu efectuat	Nr Total studiu estimat	Nr. restant	% îndeplinire
Grup	LGBT								0	#DIV/0!
	LS								0	#DIV/0!
	PTH								0	#DIV/0!
	PCD								0	#DIV/0!
	Alte/TB								0	#DIV/0!
	Alte/Hepatite								0	#DIV/0!
	Alte/Sanătate mintală								0	#DIV/0!
Gen	M								0	#DIV/0!
	F								0	#DIV/0!
	Transgen								0	#DIV/0!
Regiune	Nord								0	#DIV/0!
	Centru								0	#DIV/0!
	Sud								0	#DIV/0!
Total		0	0	0	0	0	0			
REFUZ										

Chestionarea respondenților

Chestionarea s-a efectuat prin intermediul interviului bazat pe chestionar, elaborat în temeiul literaturii de profil [5-14]. Instrumentul de colectare a datelor a fost disponibil în limba rusă. După pre-testare, chestionarul a fost ajustat. Chestionarea respondenților s-a desfășurat în consecutivitate, după cum urmează: contactul cu respondentul, informarea și completarea chestionarului. Schimbarea secvenței evenimentelor nu a fost admisă. Chestionarea a fost confidențială, în lipsa persoanei terțe.

Studiu calitativ

Focus-grupuri și interviuri individualizate. Au fost organizate două focus-grupuri. Participanții la focus-grupuri au fost reprezentanți ai ONG-urilor care s-au implicat sau au desfășurat activități tangențiale acordării suportului refugiaților din Ucraina, dar și reprezentanți ai comunităților populațiilor de risc. Interviurile semi-structurate individualizate s-au desfășurat cu persoanele din instituțiile guvernamentale și neguvernamentale. Ambele, interviurile și focus-grupurile, au fost realizate în conformitate cu ghidul elaborat în baza literaturii de profil [5-14].

Analiza datelor

Studiu cantitativ. Datele obținute au fost supuse următoarelor metode de analiza: de sinteză; de comparație; de prognozare; de determinare a veridicității. Datele extrase în rezultatul chestionării au fost importate în programul statistic IBM SPSS Statistics 20 pentru analiză. Analiza datelor a fost efectuată prin generarea de frecvențe simple și tabele încrucișate. De asemenea, au fost aplicate teste statistice adiționale pentru identificarea unor corelații între variabile. Variabilele continui au fost sumate drept medie (deviație standard). Pentru evaluarea factorilor de risc a fost utilizată Rata Șanselor (*Odd Ratio*). Valoarea $P < 0.05$ a fost considerată drept pragul semnificației statistice. Testul Fisher a fost aplicat în cazul calculelor din numere mai mici de 30. **Studiu calitativ.** Informațiile colectate în baza interviurilor individualizate și focus-grupurilor au fost transpuse sub formă de text: descifrarea, transcripția și triangularea informațiilor obținute.

STUDIU CANTITATIV: REZULTATE

CARACTERISIRICI GENERALE

Socio-demografice

Profilului demografic al eșantionului studiat relevă că majoritatea dintre respondenți au fost bărbați (56%). Vârsta medie a fost de 39.3±12 ani, în timp ce media vârstei a constituit 37 de ani. Grupul de vârstă predominant a fost cel între 25 și 44 de ani (65%). Grupul tinerilor cu vârstă cuprinsă între 18 și 24 de ani a reprezentat 8.7%, iar al celor cu vârstă de peste 65 de ani – 4.3%. Cel mai tânăr respondent a avut 18 ani, iar cel mai în vârstă – 75 de ani. În 39% de cazuri participanții la studiu au indicat că sunt căsătoriți sau se află în concubinaj, în timp ce în 18% de cazuri aceștia au menționat că sunt divorțați sau văduvi, iar în 43% de cazuri – celibatari (Tabelul 1).

Statutul de angajare al participanților și participantelor a variat semnificativ între perioada în care se aflau în Ucraina și perioada de ședere în Moldova: angajați (61% vs. 15%, $P<0.001$), auto-angajați (16% vs. 23%, $P=0.246$), neangajați (10% vs. 58%, $P<0.001$) și alte categorii (21% vs. 13%, $P=0.158$), respectiv (Tabelul 1).

În puțin peste jumătate de cazuri (51%), respondenții au avut studii medii complete, iar în circa o cincime de cazuri aceștia au avut studii superioare (23%) sau studii medii incomplete (19%). Un număr mic de respondenți nu au avut studii sau au avut doar studii primare (2.7% și 3.3%, respectiv, Tabelul 1).

Au menționat că, pe durata șederii în Moldova, au avut persoane în întreținere 26% din respondenți. Dintre ei, au afirmat că aceștia au fost copii sub 18 ani (87%, 69 din 79), persoane în vârstă de peste 65 de ani (16%, 13 din 79), dar și persoane cu dizabilități (9%, 7 din 79) (Tabelul 1).

În ceea ce privește cunoașterea limbilor, aproape toți respondenții au indicat că vorbesc limba rusă (99%) și limba ucraineană (88%). Un sfert dintre respondenți au specificat că știu limba engleză (25%) și limba română (10%). În 7% de cazuri, respondenții au dezvăluit și cunoașterea altor limbi (Tabelul 1).

Tabelul 1. Caracteristicile socio-demografice ale respondenților

Caracteristici	N (%)
Gen	
Bărbați	168 (56.0)
Femei	123 (41.0)
Trans gen	9 (3.0)
Grup de vârstă	
18-24 de ani	26 (8.7)
25-44 de ani	195 (65.0)
45-64 de ani	66 (22.0)
≥ 65 de ani	13 (4.3)
Nivel de studii	
Fără studii	8 (2.7)
Primare	10 (3.3)
Medii incomplete	56 (18.7)
Medii complete	153 (51.0)
Superioare	69 (23.0)
Statut de angajare în câmpul muncii (în Ucraina)	
Angajat	184 (61.3)

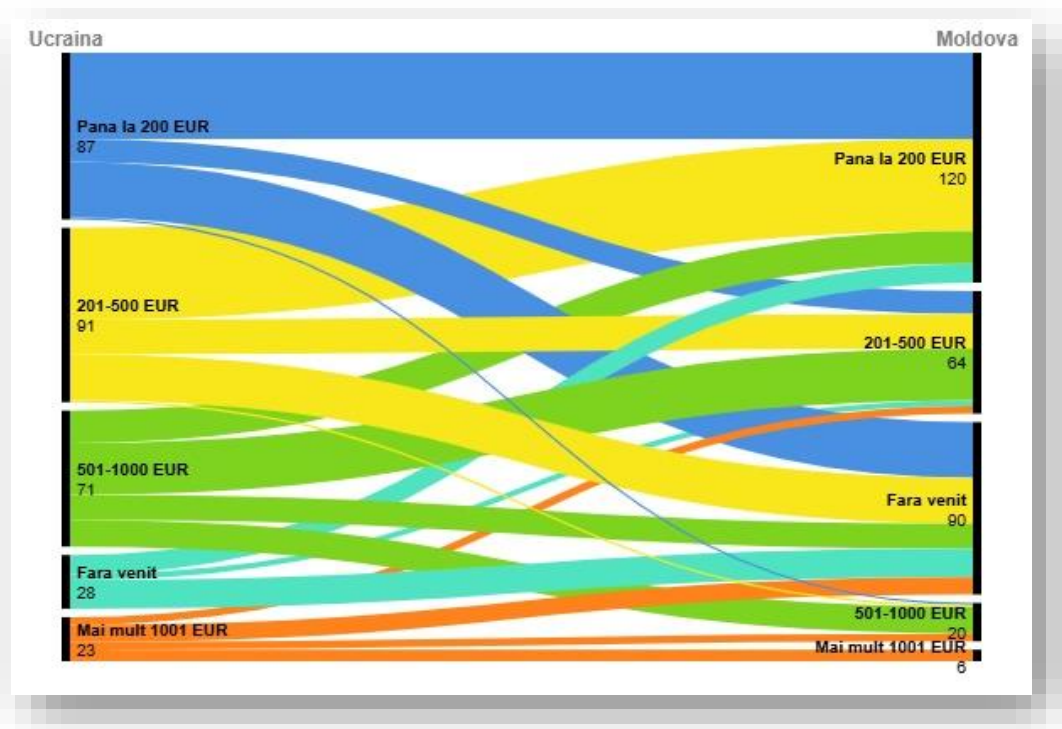
Caracteristici	N (%)
Auto-angajat	48 (16.0)
Neangajat	30 (10.0)
Altele	62 (20.7)
Statut de angajare în câmpul muncii (Moldova)	
Angajat	44 (14.7)
Auto-angajat	70 (23.3)
Neangajat	174 (58.0)
Altele	40 (13.3)
Statut marital	
Căsătorit sau concubinaj	117 (39.0)
Divorțat sau văduv	53 (17.7)
Celibatar	130 (43.3)
Persoane aflate în întreținere (Moldova)	
Da	79 (26.3)
Nu	221 (73.7)
Cunoașterea limbilor	
Ucraineană	265 (88.3)
Rusă	296 (98.7)
Engleză	75 (25.0)
Română	31 (10.3)
Alte limbi	21 (7.0)

Non-răspuns: nivel de studii (4).

Statut de angajare în câmpul muncii (Altele: elev, student, pensionar, persoană cu dizabilități, concediu de maternitate/paternitate).

Respondenții au raportat o scădere semnificativă, pe parcursul șederii în Moldova, a venitului mediu lunar comparativ cu perioada în care se aflau în Ucraina (Figura 2).

Figura 2. Venitul mediu lunar al respondenților în Ucraina și Moldova



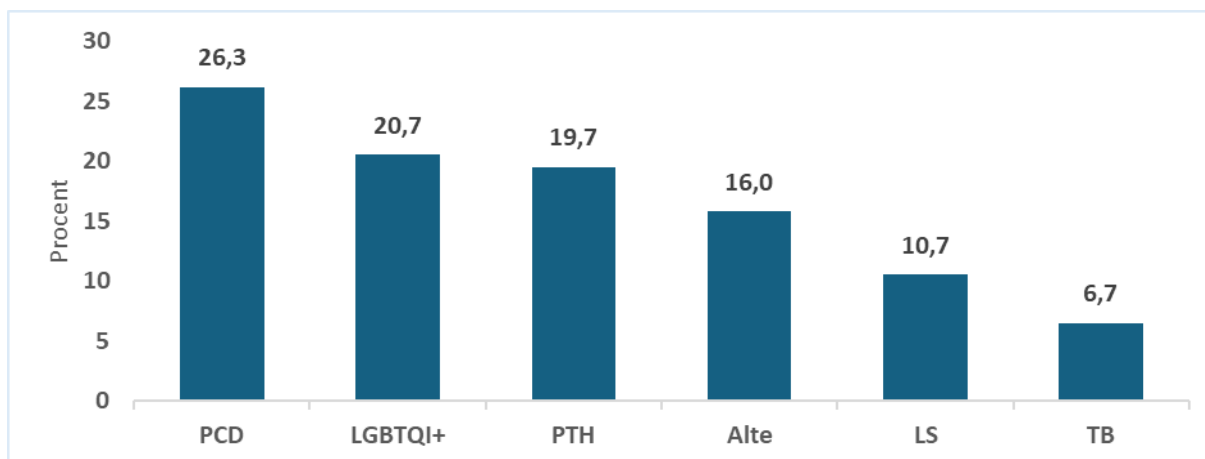
În Ucraina, 9.3% dintre respondenți nu aveau niciun venit, în timp ce în Moldova acest procent a crescut la 30%. De asemenea, procentul celor cu venituri de până la 200€ s-a majorat de la 29% în Ucraina la 40% în Moldova. O treime dintre respondenți (30.3%) au indicat venituri între 201 și 500€ în Ucraina, iar în Moldova acest procent a scăzut la 21.3%. Similar, procentul celor cu venituri între 501 și 1000€ s-a redus de la 23.7% în Ucraina la 6.7% în Moldova. Veniturile mai mari, de peste 1000€, au fost raportate de 7.7% dintre respondenți în perioada aflării în Ucraina și de doar 2% în perioada aflării în Moldova (Figura 2).

Grupuri și comunități

Grupul cel mai numeros a fost cel al persoanelor consumatoare de droguri (PCD), reprezentând 26.3% (79) din totalul respondenților. Următorul grup ca mărime a fost cel al persoanelor care trăiesc cu HIV (PTH), cu 19.7% (59), urmat de comunitatea LGBTQI+, care a constituit 20.7% (62) dintre respondenți. Lucrătoarele sexului (LS) au constituit 10.7% (32) din total, indicând o prezență notabilă, deși mai mică, în rândul populațiilor studiate. Grupul cu cea mai mică reprezentare a fost cel al persoanelor cu tuberculoză (TB), cu doar 6.7% (20), dar acest lucru nu a diminuat importanța acestora în contextul vulnerabilității (Figura 3).

De menționat că grupul PTH a cuprins inclusiv 12 din grupul PCD, o persoană din grupul LS și 11 persoane din comunitatea LGBTQI+. De asemenea, în grupul PTH, două persoane au fost identificate și ca LGBTQI+. Categoria „Alte” a inclus 16% dintre respondenți, aceștia fiind persoanele care nu s-au identificat cu un anumit grup sau comunitate, dar care au beneficiat de serviciile de sănătate, inclusiv cele de reducere a riscurilor (Figura 3).

Figura 3. Grupuri și comunități



PROCEDURI DE TRANSFER

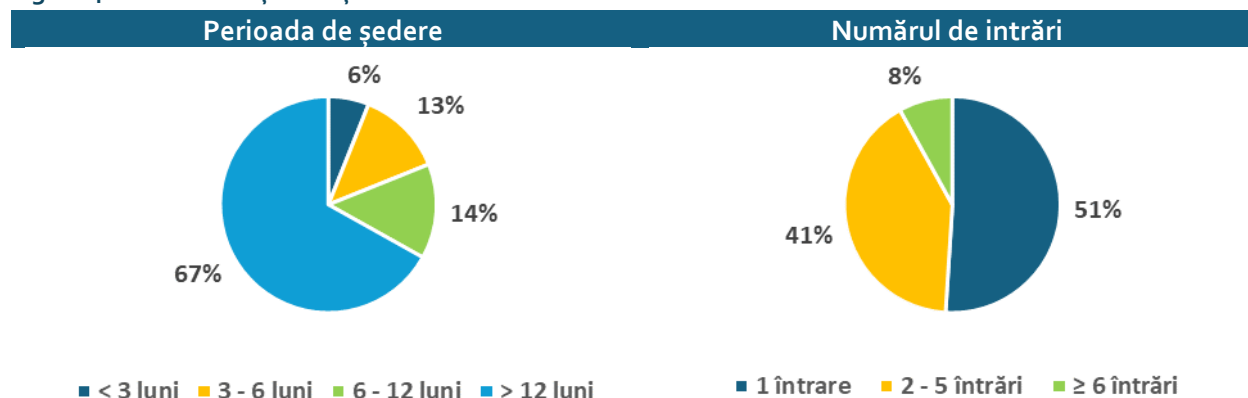
Proceduri de intrare în Moldova

Majoritatea respondenților au folosit la intrare în Moldova pașaportul biometric, aceștia reprezentând 77.7% (233) din total. Următorul document cel mai frecvent utilizat a fost buletinul de identitate al Ucrainei, cu 13.0% (39), urmat de pașaportul nebiometric, prezentat de 6.0% (18). Utilizarea altor documente a fost marginală: permisul de conducere a fost folosit în 0.7% din cazuri (2) și certificatul de

naștere în 0.3% din cazuri (1). De asemenea, 2.3% (7) dintre respondenți au intrat în țară fără documente legale.

Persoanele participante la studiu au raportat diverse durate de ședere și frecvențe de intrare în Moldova. Majoritatea respondenților (67%, 198) au declarat că se află în Moldova de peste un an, în timp ce 14% (42) au o ședere cuprinsă între 6 și 12 luni, iar 13% (38) – între trei și șase luni. Doar 6.0% (18) au avut o ședere de mai puțin de trei luni. În ceea ce privește frecvența intrărilor, 51% (152) dintre respondenți au avut o singură intrare, 41% (122) au avut între două și cinci intrări, iar 9% (24) au intrat de mai mult de șase ori (Figura 4).

Figura 4. Perioada de ședere și numărul de intrări în Moldova



Non-răspuns: perioada de ședere (4), număr de intrări (2).

Participanții la studiu provin dintr-o varietate de regiuni ale Ucrainei, cu o prezență notabilă din Odessa, Mykolaiv și Kiev. Cei mai mulți respondenți, 45.3% (136), au fost din regiunea Odessa, iar Mykolaiv este a doua cea mai frecventă regiune de proveniență, cu 10.7% (32). Aproximativ 8.3% (25) sunt din Kiev, capitala Ucrainei. În plus, 6.7% (20) provin din Harkov și 6.3% (19) din Herson. Alte regiuni de proveniență au fost Dnipropetrovsk (4.0%), Donetsk (3.0%) și Chernihiv (2.0%). Regiunile cu o prezență sub 2% au fost Cherkasy, Chernivtsi, Crimeea, Khmelnytskyi, Zhytomyr, Kirovohrad, Luhansk, Lviv, Mohyliv, Ternopil, Vinnytsia și Zaporizhzhia. Unii respondenți (7) nu au specificat regiunea de proveniență.

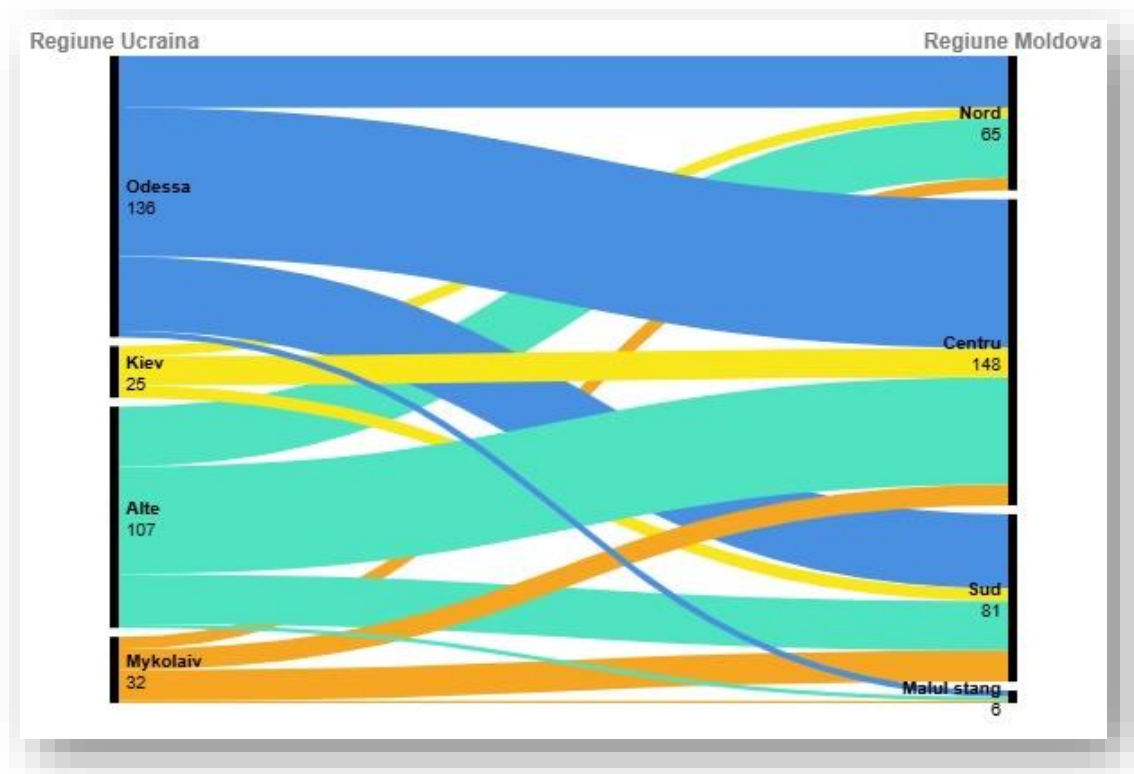
În Moldova, locul de trai menționat al participanților la studiu a fost unul divers, aceștia alegând să locuiască în municipii (64.3%, 193), centre raionale (26.7%, 80) și sate (9.0%, 27). Municipiul Chișinău a fost cel mai reprezentat, cu 46.0% (138). Al doilea cel mai frecvent oraș de trai a fost municipiul Bălți, cu 17.7% (53). Raioanele Cahul și Comrat au avut, de asemenea, o prezență notabilă, cu 12.3% (37) și, respectiv, 3.0% (9). Alte raioane cu prezență mai mică au inclus Ceadâr-Lunga (1.7%), Taraclia (3.0%) și orașul Bender (1.3%). Raioanele în care respondenții s-au stabilit cu traiul, constituind un procent sub 1% au inclus Anenii Noi, Călărași, Cantemir, Căușeni, Criuleni, Dondușeni, Drochia, Dubăsari, Fălești, Glodeni, Ocnița, Râșcani, Rezina, Sângerei, Slobozia, Soroca, Ștefan Vodă, Strășeni, Telenești, Tiraspol și Vulcănești.

Privind distribuția geografică a respondenților, observăm că aproape jumătate dintre aceștia (49.3%, 148) au ales să locuiască în zona centrală a Moldovei. Sudul a găzduit 27.0% (81) dintre participanții la cercetare, în timp ce 21.7% (65) și-au stabilit locul de trai în regiunea de Nord a țării, iar 2.0% (6) – în regiunea de Est a țării.

Figura prezentată în continuare ilustrează regiunile din Moldova în care s-au stabilit respondenții, precum și regiunile din Ucraina de unde aceștia au provenit. Alegerea regiunii de trai în Moldova nu a fost

influențată de regiunea de proveniență din Ucraina, valoarea $P=0.252$ indicând că nu există o asocieri statistic semnificativă (Figura 5).

Figura 5. Repartizarea respondenților în funcție de regiunile din Moldova unde locuiesc și regiunile din Ucraina de unde provin



În momentul în care participanții la studiu au ajuns în Moldova, aceștia s-au cazat în diverse locuri, precum centrele pentru refugiați (93) sau în familii care i-au găzduit gratuit (42). Alții au închiriat apartament, casă (80) sau o odaie (27), iar unii au ales alte tipuri de locuință (58): la rude, prieteni, centre de reabilitare ale ONG-urilor sau chirie achitată din partea ONG-urilor (Figura 6).

În 37.6% din cazuri (35 din 93), cei care s-au cazat inițial în centrele pentru refugiați au rămas acolo, în timp ce alții 39.8% (37 din 93) au închiriat apartament sau casă. Au rămas în apartamentele sau în casele închiriate inițial marea majoritate dintre aceștia (95.0%, 76 din 80). De asemenea, au rămas în aceleași condiții 63% (17 din 27) dintre acei care au închiriat o odaie și 64.3% (27 din 42) dintre cei care au locuit inițial în familiile care i-au găzduit gratuit. În ceea ce privește alte tipuri de locuințe (la rude, prieteni, centre de reabilitare ale ONG-urilor sau chirie achitată din partea ONG-urilor), 62.1% (36 din 58) dintre aceștia au rămas în aceste condiții, în timp ce 20.7% (12 din 58) au închiriat apartament sau casă (Figura 6).

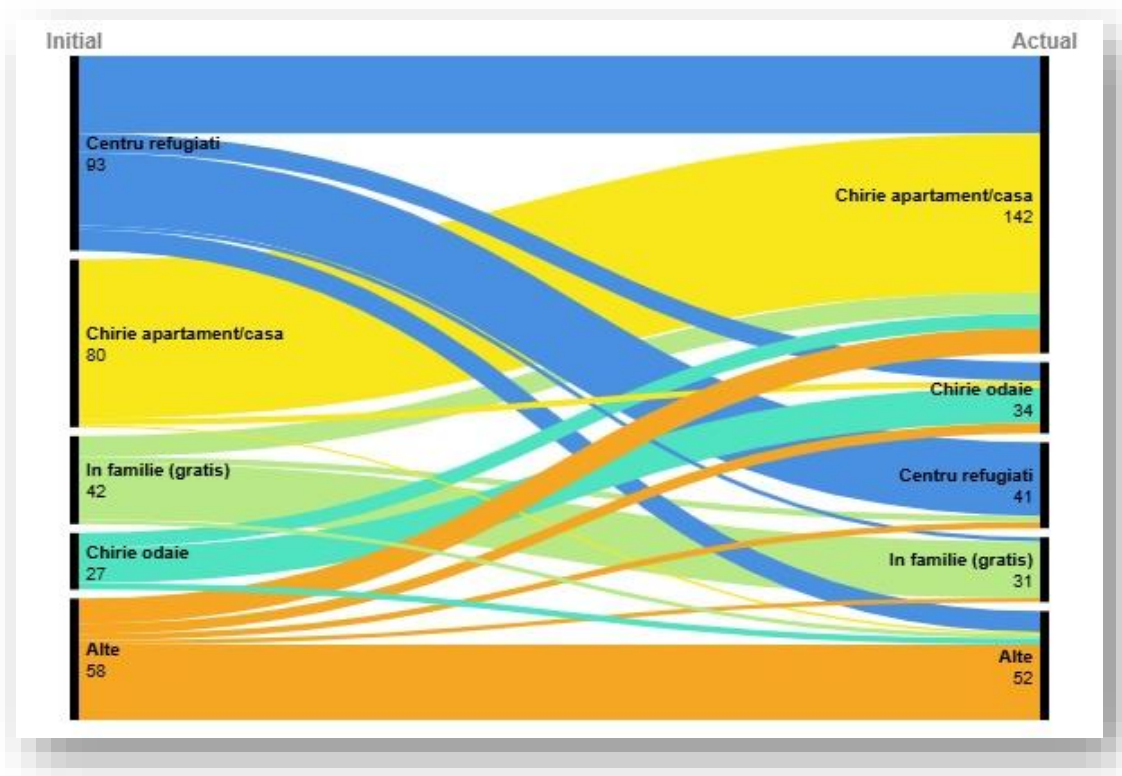
Testele statistice indică o asocieri semnificativă între locul inițial de cazare și locul actual de locuire, sugerând că experiențele inițiale de cazare în Moldova au avut un impact semnificativ asupra situației lor actuale de locuire ($P<0.05$).

Întrebați dacă intenționează să plece, în viitorul apropiat, de la locul de trai din Moldova, o treime dintre respondenți (30.6%, 89 din 291¹) au menționat că au astfel de planuri. Analizând intențiile de relocare ale respondenților, majoritatea (51.7%, 46 din 89) celor care doresc să părăsească Moldova preferă să plece

¹ Non-răspuns (9).

într-o altă țară. În circa o pătrime din cazuri (22.5%, 20 din 89), aceștia doresc să se întoarcă în regiunea lor natală din Ucraina, iar alții (3.4%, 3 din 89) intenționează să plece într-o altă regiune din Ucraina, diferită de cea natală. Fiecare al zecelea (10.1%, 9 din 89) are în plan să-și schimbe locul de trai într-o altă localitate din Moldova, iar 12.4% (11 din 89) dintre respondenți nu sunt siguri dacă doresc să plece din locul în care locuiesc.

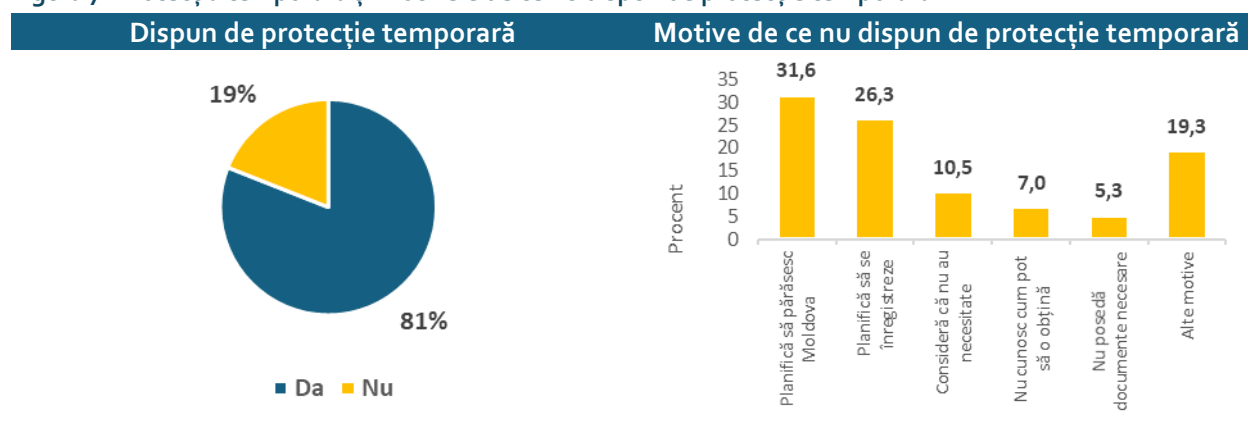
Figura 6. Locul de cazare inițial la momentul în care participanții la studiu au ajuns în Moldova și la momentul actual



Protecția temporară

Conform datelor colectate, majoritatea semnificativă (81%, 243) dintre respondenți au beneficiat de protecție temporară. În plus, 19% (57) dintre respondenți nu au această protecție din diverse motive: planifică să părăsească Moldova în timpul apropiat (18), planifică să se înregistreze (15), consideră că nu au nevoie (6), nu cunosc cum o pot obține (4), nu posedă documentele necesare (3), alte motive nespecificate (11) (Figura 7).

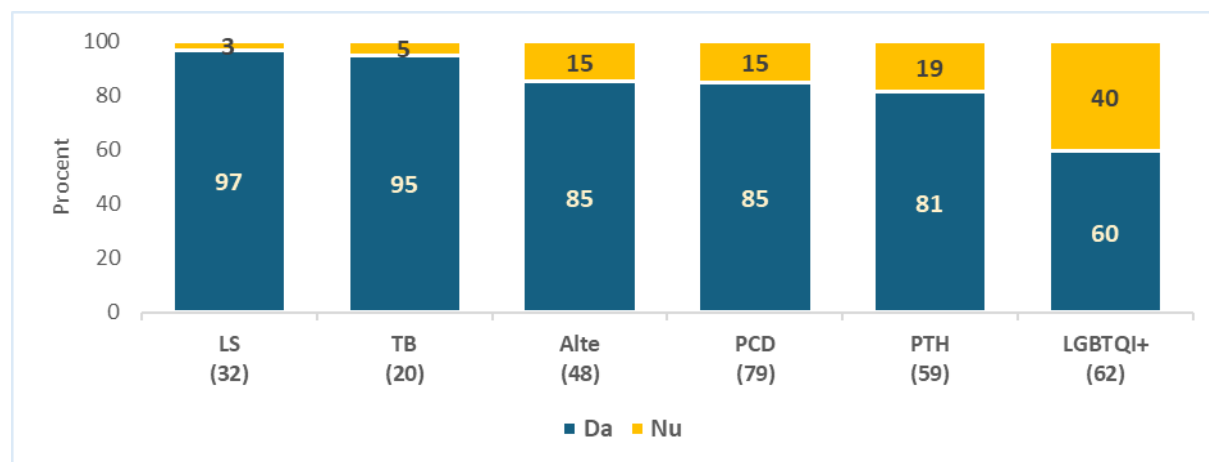
Figura 7. Protecția temporară și motivele de ce nu dispun de protecție temporară



În funcție de faptul dacă posedă sau nu protecție temporară și de apartenența la grup (sau comunitate), s-a observat că grupurile LS și TB au reprezentat cea mai mare proporție de persoane cu acest statut, respectiv 96.9% și 95.0%. Grupurile PCD și PTH au raportat protecție temporară în proporție de 84.8% și, respectiv, 81.8%. În grupul LGBTQI+, doar 59.7% dintre respondenți dispun de protecție temporară (Figura 8).

Valoarea $P < 0.001$ indică o asocieră semnificativă statistic între apartenența la un anumit grup (sau comunitate) și deținerea statutului de protecție temporară, sugerând că apartenența influențează considerabil probabilitatea de a obține protecția temporară în Moldova (Figura 8).

Figura 8. Protecția temporară în dezagregare după grupuri și comunități



Violența

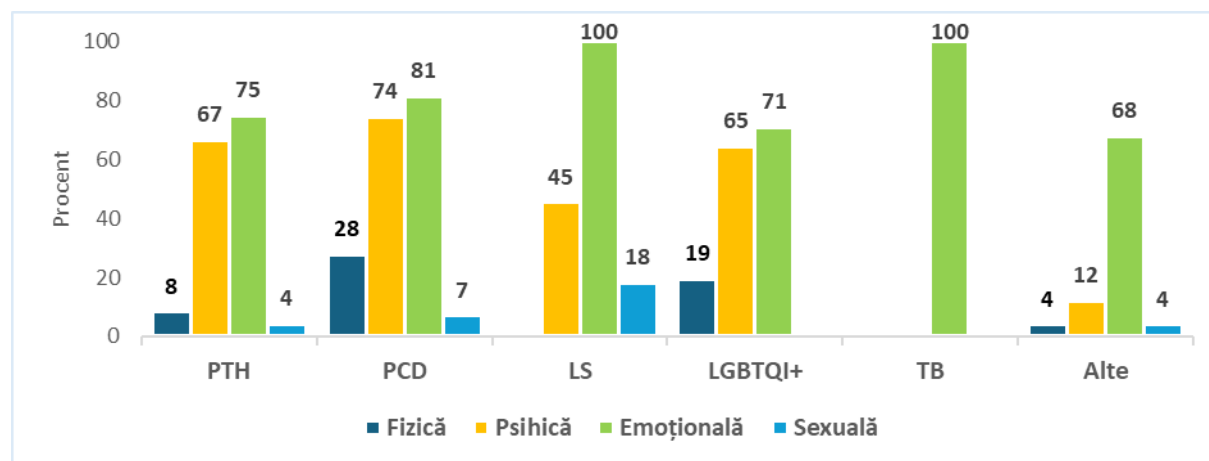
Studiul a analizat experiențele de violență asupra populației studiate după invazia Rusiei în Ucraina. Astfel, circa jumătate (49%, 147) din populația chestionată a fost expusă la diverse forme de violență. În 78.9% de cazuri (116 din 147), respondenții expuși violenței au declarat că au suferit abuzuri emoționale, ceea ce reprezintă cea mai mare proporție dintre toate formele de violență raportate. Abuzurile psihice au fost menționate de 51.7% (76 din 147) dintre respondenți, indicând o prevalență ridicată a stresului și traumei mentale. În ceea ce privește violența fizică, 14.3% (21 din 147) dintre respondenți au declarat că au fost victime ale acestui tip de abuz. Abuzurile sexuale au fost indicate în 4.8% (7 din 147) din cazuri.

Rezultatele studiului arată că 55.8% (82/147) dintre bărbați, 40.1% (59/147) dintre femei și 4.1% (6/147) dintre respondenții trans gen au raportat experiențe de violență. Testele statistice ($P=0.555$) relevă că nu există o asociere semnificativă între gen și violență.

Datele analizate dezvăluie că persoanele cu TB au fost cele mai vulnerabile la violență (13 din 20). În mod similar, PCD și cele din grupul „Alte” au înregistrat rate ridicate de violență de care au suferit, de 54.4% (43/79) și, respectiv, 52.1% (25 din 48). Comunitatea LGBTQI+ a indicat o expunere la violență în 50.0% (31 din 62) de cazuri, subliniind o vulnerabilitate semnificativă. În cazul PTH și LS, acestea au menționat că au fost victime ale violenței în 40.7% (24 din 59) și, respectiv, 34.4% (11 din 32) de cazuri.

Dintre persoanele cu TB care au semnalat expunerea la violență (13), toate au fost victime ale violenței emoționale. În rândul PTH dintre participanții supuși violenței (24), 18 au suferit violență emoțională, 16 au fost victime ale abuzurilor psihice, doi au fost expuși la violență fizică și unul – la abuz sexual. Dintre PCD care au menționat despre expunerea la violență (43), majoritatea au fost supuși violenței emoționale (35) și psihice (32), urmați de cazurile de violență fizică (12) și sexuală (3). Toate LS care au indicat expunerea la violență (11) au fost supuse la violență emoțională, iar cinci au suferit abuzuri psihice și două au fost victime ale abuzurilor sexuale. Din comunitatea persoanelor LGBTQI+ supuse violenței (31), 22 au fost expuse la violență emoțională și 20 – la abuzuri psihice, în timp ce șase au fost victime ale violenței fizice. În grupul „Alte” dintre cei supuși violenței (25), 17 au fost expuși la violență emoțională, trei – la abuzuri psihice, câte unul – la violență fizică și abuzuri sexuale (Figura 9).

Figura 9. Grupuri și comunități în funcție de tipul de violență la care au fost supuse



Dintre cei 21 de respondenți care au menționat violența fizică, 14 au indicat că au fost victime ale violenței fizice pe teritoriul Moldovei, 10 au specificat că abuzurile au avut loc în Ucraina, trei au mărturisit că violența s-a produs la traversarea hotarului cu Moldova, iar unul a declarat că a fost victima violenței pe teritoriul unei alte țări. În ceea ce privește agresorii, datele arată că 13 dintre respondenți au fost victime ale violenței fizice din partea unor persoane necunoscute. Poliția a fost menționată ca agresor de către șapte respondenți, iar membrii familiei și angajații serviciilor de frontieră au fost indicați fiecare de câte doi dintre respondenți.

În ceea ce privește violența psihică (76), 58 dintre respondenți au afirmat că au fost victime ale violenței psihice în Ucraina, iar 29 au declarat că abuzurile au avut loc pe teritoriul Moldovei. De asemenea, 14 respondenți au indicat că violența psihică a avut loc la traversarea graniței cu Moldova, iar unul dintre respondenți a spus că abuzul s-a produs pe teritoriul unei alte țări. Agresorii au fost persoane necunoscute pentru 38 dintre respondenți. Angajații serviciilor de frontieră au fost menționați ca agresori

de către 32 de respondenți, iar poliția – de către 23 de respondenți. Membrii familiei au fost indicați ca agresori de către 25 de respondenți, în timp ce alții cinci au preferat să nu răspundă.

Violența emoțională a fost citată de 116 dintre participanții la studiu care au fost supuși abuzului în diverse contexte. Majoritatea (86) dintre aceștia au raportat că au fost victime ale violenței emoționale în Ucraina, iar 61 că au suferit abuzuri emoționale în timpul traversării hotarului cu Ucraina. Totodată, 34 dintre respondenți au declarat că aceste abuzuri au avut loc pe teritoriul Moldovei. Un număr mai mic de respondenți au indicat supunerea la violența emoțională în timpul traversării hotarului cu Moldova (10) sau pe teritoriul unei alte țări (2). În ceea ce privește agresorii, datele arată că 57 dintre respondenți au fost victime ale violenței emoționale din partea unor persoane necunoscute, iar 52 au menționat angajații serviciilor de frontieră ca agresori. Membrii familiei au fost indicați ca agresori de către 29 de respondenți, iar poliția – de către 17 respondenți.

Analiza datelor privind violența sexuală dezvăluie că șapte dintre participanții la studiu au raportat experiențe de abuz. Majoritatea acestor incidente au avut loc în Moldova, unde cinci respondenți au mărturisit că au fost victime ale violenței sexuale. Un alt respondent a dezvăluit că abuzul a avut loc în Ucraina, iar unul a ales să nu răspundă. Cu referire la agresori, datele arată că doi respondenți au fost victime ale violenței sexuale din partea membrilor familiei sau partenerilor acestora, iar unul a indicat persoane necunoscute drept agresori. Ceilalți patru respondenți au preferat să nu răspundă la această întrebare.

Pe durata șederii în Moldova, respondenții care au fost supuși violenței (147) au fost întrebați dacă au solicitat ajutor pentru a raporta cazuri de violență în perioada aflării acestora în Moldova. Astfel, majoritatea (55.1%, 81) au recunoscut că au fost victime ale violenței, dar nu au solicitat ajutor. În peste o treime cazuri (34.0%, 50) au apelat la ONG-uri pentru sprijin. Au contactat poliția pentru a raporta incidentele și au solicitat asistență medicală în câte 2.0% cazuri (câte 3). În plus, 6.8% (10) au ales să nu răspundă la această întrebare.

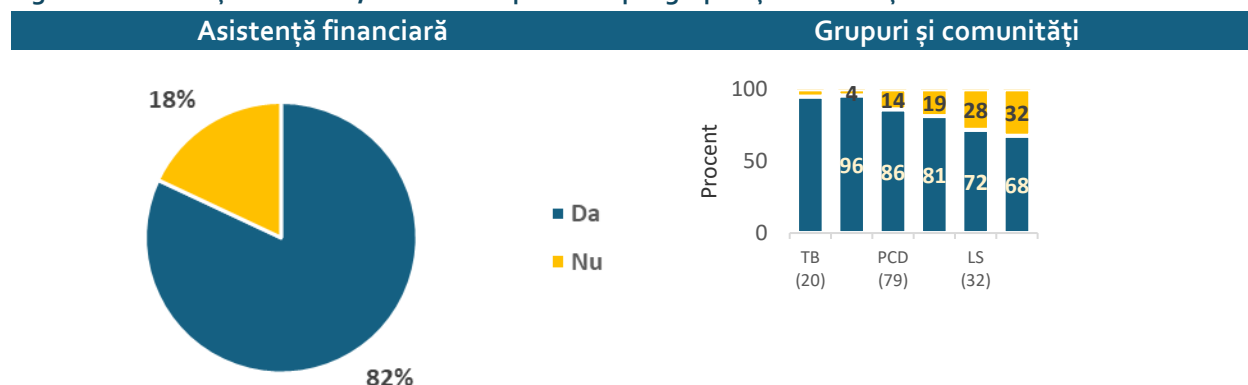
Unii respondenți (79) au avut în întreținere persoane, precum copiii sub 18 ani, adulții peste 65 de ani și persoane cu dizabilități. Despre experiențele de violență ale persoanelor aflate în îngrijire au menționat 23 dintre respondenți. Un respondent a indicat că una dintre persoanele aflate în îngrijirea sa a fost victima violenței fizice, 10 respondenți au raportat că persoanele aflate în îngrijirea lor au fost supuse abuzului psihic, iar 12 au specificat că acestea au suferit violență emoțională.

ASISTENȚĂ ȘI FACILITĂȚI

Asistența financiară

Persoanele participante la studiu au fost întrebat dacă au primit suport financiar destinat refugiaților pe durata șederii în Moldova. Din totalul de 300 de respondenți, o majoritate covârșitoare, de 82% (246), au confirmat că au beneficiat de acest tip de sprijin financiar. În contrast, circa o cincime (18%, 54) au declarat că nu au primit niciun fel de ajutor financiar. Motivele invocate de ce nu au beneficiat de ajutorul financiar au fost diverse: nu sunt înregistrați pentru a primi acest tip de ajutor (57.4%, 31 din 54), nu își doresc să își dezvăluie datele personale (5.6%, 3 din 54) și nu știau că pot beneficia de un asemenea ajutor financiar (3.7%, 2 din 54). Unul dintre respondenți (1.9%) a afirmat că intenționează să se înregistreze pentru a primi ajutor financiar. În plus, în 25.9% (17 din 54) de cazuri, aceștia nu au specificat motivele (Figura 10).

Figura 10. Asistența financiară, inclusiv în repartizare per grupuri și comunități



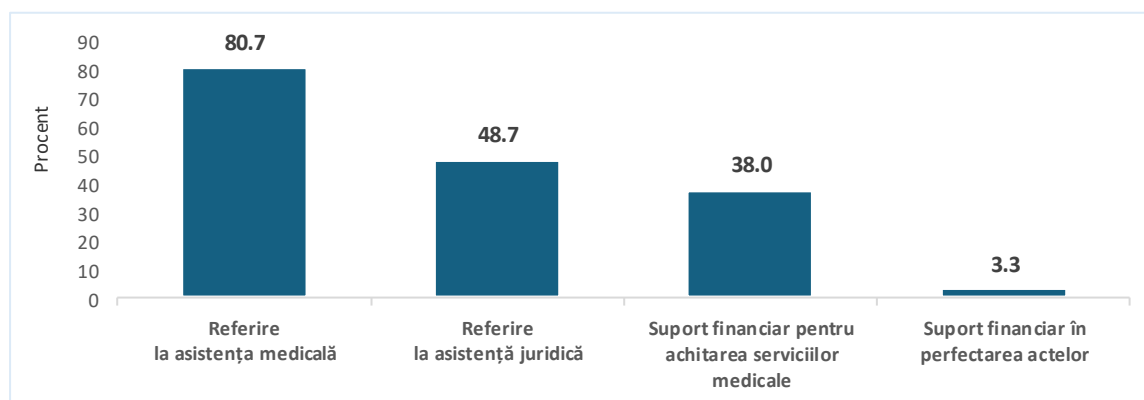
În cadrul grupurilor și comunităților, ponderea celor care au beneficiat de suport financiar a variat semnificativ: persoane cu TB (19 din 20), PTH (81.4%), PCD (86.1%), LS (71.9%), comunitatea LGBTQI+ (67.7%). Grupul „Alte” a înregistrat un procent de 95.8% de respondenți care au confirmat că au primit asistență financiară. Testele statistice au relevat o asocierie semnificativă între grupuri și asistența financiară, indicând faptul că apartenența la un anumit grup sau comunitate poate influența probabilitatea de a beneficia de sprijin financiar ($P=0.001$, Figura 10).

De la momentul sosirii în Moldova, participanții la studiu au beneficiat gratuit de diverse bunuri și produse esențiale. Printre acestea, alimentele au fost cele mai frecvent distribuite, ajungând la 22.7% (68) dintre respondenți. De produse de igienă au beneficiat circa o cincime (20.7%, 62) dintre respondenți, iar alți 11.3% (34) au beneficiat de îmbrăcăminte, lenjerie de pat și alte articole similare. În 18.7% (56) de cazuri, aceștia au recepționat medicamente, iar în 0.7% (2) de cazuri au primit echipamente medicale (scaune cu rotile, cârje, aparate auditive etc.). Familiile cu copii (5.0%, 15) au beneficiat de produse specifice, cum ar fi alimente pentru copii și scutece. În plus, 9.7% (29) dintre respondenți au recepționat alte tipuri de ajutoare.

Asistență și facilități oferite din partea ONG-urilor și a voluntarilor

Participanții la studiu au beneficiat de o gamă variată de servicii oferite de ONG-uri și voluntari. Cele mai frecvente servicii utilizate au fost referirea și/sau acompanierea către instituții medicale, de care au beneficiat 80.7% (242) dintre respondenți. De asemenea, în 48.7% (146) de cazuri, respondenții au beneficiat de referire către asistență juridică, în timp ce în 38.0% (114) de cazuri, aceștia au primit suport financiar pentru achitarea serviciilor medicale (Figura 11).

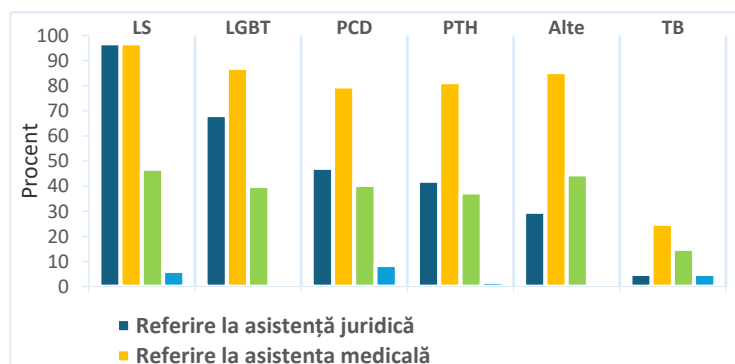
Figura 11. Asistență și facilități oferite din partea ONG-urilor și a voluntarilor



Serviciile oferite de ONG-uri și voluntari, în funcție de grupuri și comunități, ilustrează că referirea către asistența medicală a fost cel mai frecvent utilizată, cu un procent ridicat de beneficiari în toate grupurile (Figura 12):

- PCD au beneficiat în special de referire către instituțiile medicale (79.7%), de referire către asistența juridică (47.3%) și suport financiar pentru achitarea serviciilor medicale (40.5%).
- Grupul LS a beneficiat în mod semnificativ de referire către asistența juridică (96.9%) și de suport financiar pentru achitarea serviciilor medicale (46.9%). În 96.9% de cazuri, aceste persoane au fost referite către instituții medicale.
- Membrii comunității LGBTQI+ au beneficiat în principal de referire către instituții medicale (87.1%) și de suport financiar pentru achitarea serviciilor medicale (40.0%).
- Grupul PTH a beneficiat în mod semnificativ de referire către instituții medicale (81.4%), de referire către asistența juridică (42.1%) și de suport financiar pentru achitarea serviciilor medicale (37.5%).
- Persoanele cu TB au beneficiat în principal de referire către instituții medicale (25.0%), iar în 15.0% de cazuri – de suport financiar pentru achitarea serviciilor medicale.
- Grupul „Alte” a beneficiat de referire către instituții medicale (85.4%), în 29.8% de cazuri dintre aceștia au beneficiat de referire către asistența juridică și în 44.7% de cazuri – de suport financiar pentru achitarea serviciilor medicale.

Figura 12. Asistență și facilități oferite din partea ONG-urilor și a voluntarilor, per grupuri și comunități



SERVICII DE SĂNĂTATE

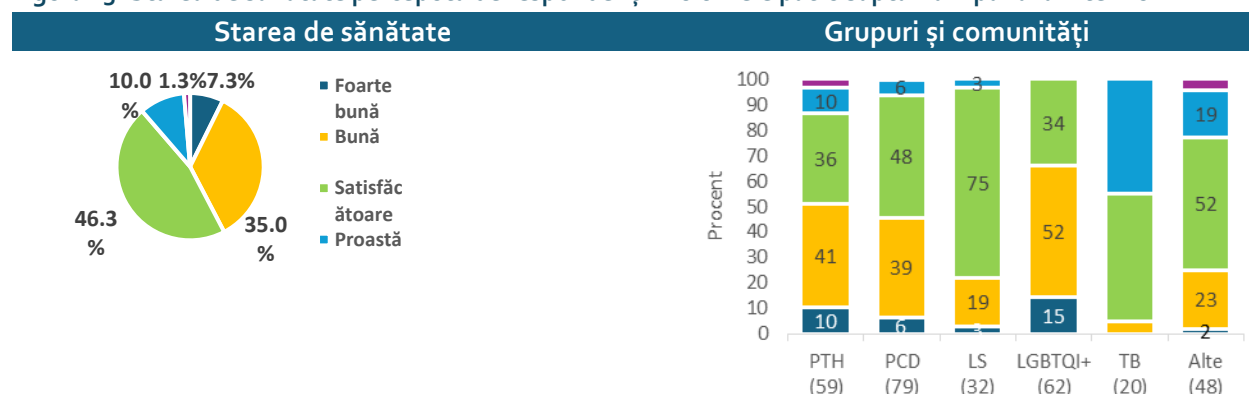
Starea de sănătate

Studiul a evaluat care a fost percepția respondenților privind starea lor sănătate la momentul chestionării. Astfel, aceștia și-au autoevaluat starea de sănătate pentru ultimele patru săptămâni. În 46.3% (139) de cazuri, participanții la studiu și-au considerat starea de sănătate ca fiind una satisfăcătoare. Un procent semnificativ, de 35.0% (105), au apreciat că starea lor de sănătate este bună. În contrast, doar 7.3% (22) dintre respondenți și-au evaluat sănătatea ca fiind una foarte bună. Pe de altă parte, 10.0% (30) dintre respondenți și-au descris sănătatea ca fiind una proastă, iar 1.3% (4) – drept una foarte proastă (Figura 13).

Analiza percepției stării de sănătate în funcție de grupuri și comunități a relevat diferențe semnificative, evidențiind necesitatea unor abordări personalizate. Astfel, grupul LS a înregistrat cel mai mare procent de respondenți care și-au considerat sănătatea satisfăcătoare (75.0%, 24 din 32), ceea ce sugerează o percepție generală pozitivă. În contrast, comunitatea LGBTQI+ a avut cel mai mare procent de respondenți care și-au evaluat sănătatea ca fiind una bună (51.6%, 32 din 62), conturând o percepție mai favorabilă a stării de sănătate în acest grup. Pe de altă parte, cei din grupul TB au înregistrat cel mai mare procent de respondenți care și-au descris sănătatea ca fiind una proastă (9 din 20), evidențiind probleme de sănătate semnificative în acest grup. De asemenea, grupul HIV a avut un procent notabil de respondenți care și-au evaluat sănătatea ca fiind una foarte bună (10.2%, 6 din 59), dar și un procent de 3.4% (2 din 59) care și-au descris sănătatea ca fiind foarte proastă. Grupul PCD a prezentat o percepție moderată a stării de sănătate, cu aproape jumătate dintre respondenți (48.1%, 38 din 79) evaluându-și sănătatea ca fiind una satisfăcătoare. Un procent semnificativ (39.2%, 31 din 79) și-a considerat sănătatea ca fiind bună, iar un mic procent (6.3%, 5 din 79) a raportat o stare de sănătate foarte bună. Totuși, unii respondenți (6.3%, 5 din 79) și-au descris sănătatea ca fiind proastă, iar niciunul nu și-a descris starea de sănătate ca fiind foarte proastă (Figura 13).

Testele statistice ($P < 0.001$) au indicat o asociere semnificativă între grupuri și percepția stării de sănătate, sugerând că apartenența la un anumit grup ar putea influența modul în care respondenții își percep sănătatea.

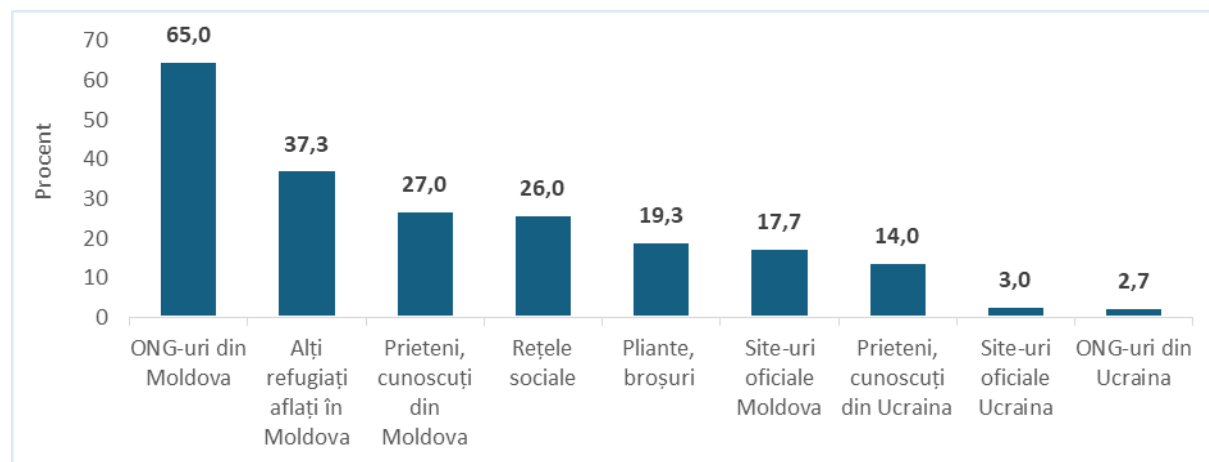
Figura 13. Starea de sănătate percepută de respondenți în ultimele patru săptămâni până la interviu



Surse de informare

În cadrul studiului, respondenții au fost întrebați despre sursele de informare privind accesarea serviciilor de sănătate în Moldova. Cele mai frecvente surse de informare privind accesarea serviciilor de sănătate au fost ONG-urile din Moldova (65.0%, 195), urmate de informațiile obținute de la alți refugiați aflați în Moldova (37.3%, 112) și de la prietenii sau cunoscuții din Moldova (27.0%, 81). Rețelele sociale au fost o sursă importantă de informare pentru 26.0% (78) dintre respondenți, iar pliantele și broșurile au fost utilizate în circa o cincime de cazuri (19.3%, 58). Informațiile de pe site-urile oficiale din Moldova au fost o sursă în 17.7% (53) de cazuri, în timp ce site-urile oficiale din Ucraina au fost utilizate de doar 3.0% (9) dintre respondenți. Prietenii și cunoscuții din Ucraina au servit drept sursă de informare pentru 14.0% (42) dintre respondenți, iar ONG-urile din Ucraina – pentru 2.7% (8) dintre respondenți (Figura 14).

Figura 14. Surse de informare referitoare la accesarea serviciilor de sănătate



Au fost observate variații semnificative în ceea ce privește sursele de informare utilizate pentru accesarea serviciilor de sănătate între grupuri și comunități.

ONG-rile din Moldova au fost cea mai frecventă sursă de informare. Astfel, respondenții din grupul LS s-a bazat pe aceste organizații în proporție de 96.9% (31 din 32), urmați de cei din grupul PCD (67.1%, 53 din 79), din comunitatea LGBTQI+ (79.0%, 49 din 62), din grupul PTH cu (50.8%, 30 din 59) și din grupul „Alte” (56.3%, 27 din 48), dar și din grupul persoanelor TB (5 din 20).

Prietenii și cunoscuții din Moldova au fost de, de asemenea, o altă sursă importantă de obținere a informațiilor. Persoanele TB s-au bazat în special pe aceste surse (14 din 20). Au apelat la această sursă în o treime cazuri cei din grupul PCD (30.4%, 24 din 79) și cei din grupul „Alte” (29.2%, 14 din 48), iar în circa o pătrime cazuri – cei din grupul PTH (25.4%, 15 din 59). Respondenții din comunitatea LGBTQI+ au indicat această sursă în 17.7% (11 din 62) de cazuri, iar cei din grupul LS – în 9.4% (3 din 32) de cazuri.

Rețelele sociale au fost utilizate în special de persoanele TB (12 din 20), urmate de cei din comunitatea LGBTQI+ (48.4%, 30 din 62), grupul PTH (30.5%, 18 din 59), grupul „Alte” (22.9%, 11 din 48) și grupul PCD (8.9%, 7 din 79).

Alți refugiați din Moldova au fost o sursă importantă pentru grupul LS (71.9%, 23 din 32), urmat de grupul PCD (49.4%, 39 din 79), grupul „Alte” (29.2%, 14 din 48) și comunitatea LGBTQI+ (24.2%, 15 din 62).

Informațiile de pe site-urile oficiale din Moldova au fost accesate în special de către persoanele din grupul TB (10 din 20), urmat de grupul LS (28.1%, 9 din 32), grupul PCD (13.9%, 11 din 79), grupul PTH (11.9%, 7 din 59), grupul „Alte” (20.8%, 10 din 48) și comunitatea LGBTQI+ (9.7%, 6 din 62).

Broșurile și pliantele au servit, de asemenea, drept surse de informare importante pentru persoanele din grupul TB (8 din 20), urmat de cei din grupul LS (34.4%, 11 din 32), grupul PCD (26.6%, 21 din 79), grupul „Alte” (20.8%, 10 din 48), grupul LGBTQI+ (8.1%, 5 din 62) și grupul PTH (5.1%, 3 din 59).

Prietenii și cunoșcuții din Ucraina au fost surse de informare pentru grupul „Alte” (35.4%, 17 din 48), pentru cei din grupul PCD (10.1%, 8 din 79), grupul LS (12.5%, 4 din 32), grupul TB (6 din 20), grupul PTH (8.5%, 5 din 59) și comunitatea LGBTQI+ (3.2%, 2 din 62).

Informațiile de pe site-urile oficiale din Ucraina au fost mai puțin utilizate: persoanele din grupul TB (1 din 20), grupul PTH (6.8%, 4 din 59), grupul PCD (3.8%, 3 din 79), grupul „Alte” (2.1%, 1 din 48).

Iar ONG-urile din Ucraina – pentru grupul PTH (3.4%, 2 din 59), grupul PCD (3.8%, 3 din 79) și comunitatea LGBTQI+ (4.8%, 3 din 62).

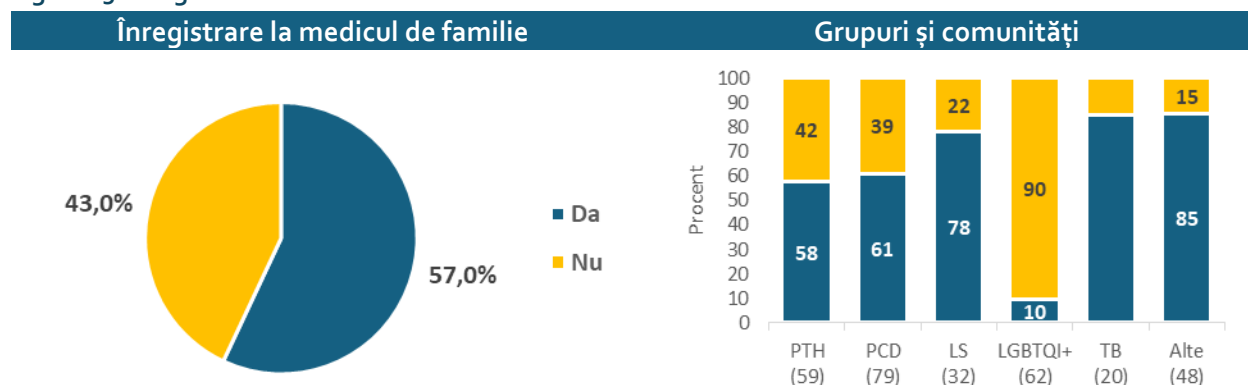
Înscrierea în registrul medicului de familie

În 57.0% (171) de cazuri, respondenții au menționat că sunt înregistrați la un medic de familie din Moldova, însă acest procent a variat considerabil între grupuri și comunități.

Grupurile TB și „Alte” au cele mai mari procente de înregistrare, de 85.0% și, respectiv, 85.4% (41 din 48), indicând o accesibilitate bună la serviciile medicale. De asemenea, un procent ridicat de 78.1% (25 din 32) a fost constatat și în rândul grupului LS. Situația este diferită pentru grupurile PTH și PCD, care au rate de înregistrare moderate, de 57.6% (34 din 59) și, respectiv, 60.8% (48 din 79). În contrast, grupul LGBTQI+ are cel mai mic procent de înregistrare, de doar 9.7% (6 din 62).

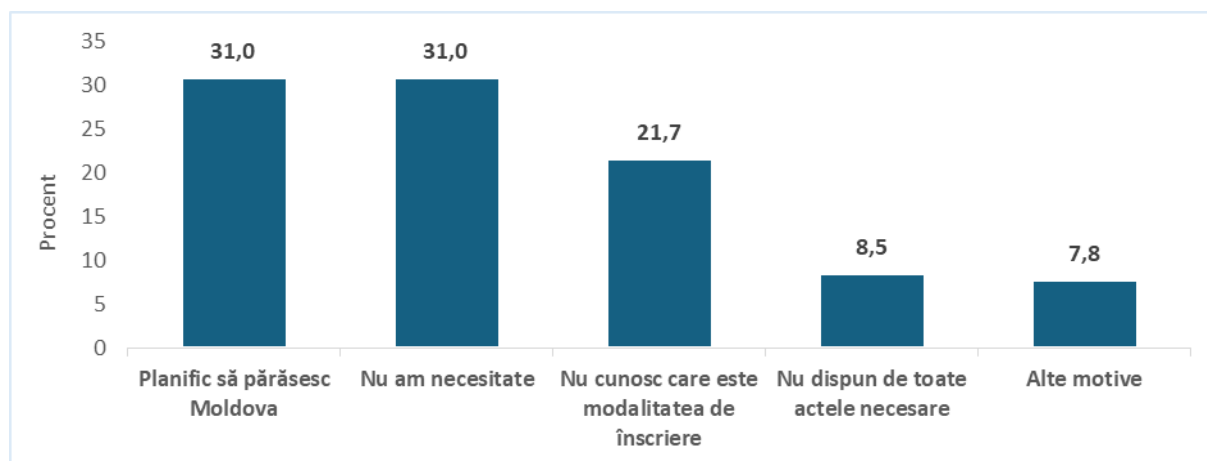
Testele statistice confirmă că există o asocierie semnificativă între apartenența la un anumit grup și probabilitatea de a fi înregistrat la un medic de familie ($P < 0.001$, Figura 15).

Figura 15. Înregistrarea la medicul de familie



Studiul a relevat mai multe motive pentru care participanții nu au fost înregistrați la un medic de familie în Moldova. În aproximativ o treime de cazuri, motivele principale au fost intenția de a părăsi Moldova (31.0%, 40 din 129) și faptul că nu consideră necesară înscrierea la medicul de familie, că oricum achită pentru serviciile medicale (31.0%, 40 din 129). Pe de altă parte, în peste o cincime de cazuri (21.7%, 28 din 129), aceștia au specificat că nu sunt înregistrați, deoarece nu cunosc procedura de înregistrare. Un procent mai mic, de 8.5%, nu dispuneau de actele necesare pentru înregistrare. În final, restul de 7.8% (10 din 129) de respondenți nu au specificat motivele de ce nu sunt înregistrați (Figura 16).

Figura 16. Motivele neînregistrării la medicul de familie



Analiza per grupuri și comunități a relevat o varietate a motivelor neînregistrării la medicul de familie din Moldova. Astfel, nu consideră necesară înregistrarea la medicul de familie 40.0% (10 din 25) dintre respondenții grupului PTH, 39.3% (22 din 56) dintre cei din comunitatea LGBTQI+, 9.7% (3 din 31) dintre cei din grupul PCD. În plus, acest motiv a fost menționat și de unii respondenți din grupul „Alte” (2 din 7), dar și din grupul persoanelor cu TB (2 din 3).

Intenția de a părăsi în timpul apropiat Moldova a fost o altă cauză frecvent întâlnită, în special în rândul respondenților din comunitatea LGBTQI+ (37.5%, 21 din 56), în rândul celor din grupul PTH (28%, 7 din 25) și din grupul PCD (25.8%, 8 din 31). Au indicat acest motiv și unii respondenți din grupul LS (4 din 7).

Un alt motiv – necunoașterea modalității de înregistrare – a fost observat printre respondenți grupului PTH în 28.0% (7 din 25) de cazuri, printre cei ai grupului PCD – în 29.0% (9 din 31) de cazuri, dar și în rândul celor din comunitatea LGBTQI+ – în 21.4% (12 din 56) de cazuri.

Lipsa actelor necesare pentru înregistrare reprezintă o altă cauză evidențiată. Despre acest fapt au menționat circa o pătrime (25.8%, 8 din 31) dintre respondenții grupului PCD, dar și un respondent din grupul PTH (4.0%, 1 din 25), din grupul LS (1 din 7) și din grupul „Alte” (1 din 7).

Încrederea în medicul de familie este un aspect esențial al relației pacient-medic și influențează semnificativ calitatea îngrijirilor medicale. Respondenților, înregistrați pe lista medicului de familie din Moldova (171), li s-a solicitat să își exprime părerea privind nivelul de încredere față de medicul de familie la care sunt înregistrați. În 44.4% (76) de cazuri, aceștia au specificat că au încredere în medicul de familie, iar în 37.4% (64) de cazuri au fost neutri, neavând o opinie clară, pozitivă sau negativă. Pe de altă parte, 8.8% (15) dintre participanți au manifestat o încredere deplină în medicul de familie, în timp ce 8.2% (14) au arătat un nivel scăzut de încredere sau lipsă totală de încredere (1.2%, 2).

Comunicarea cu prestatorii de servicii medicale

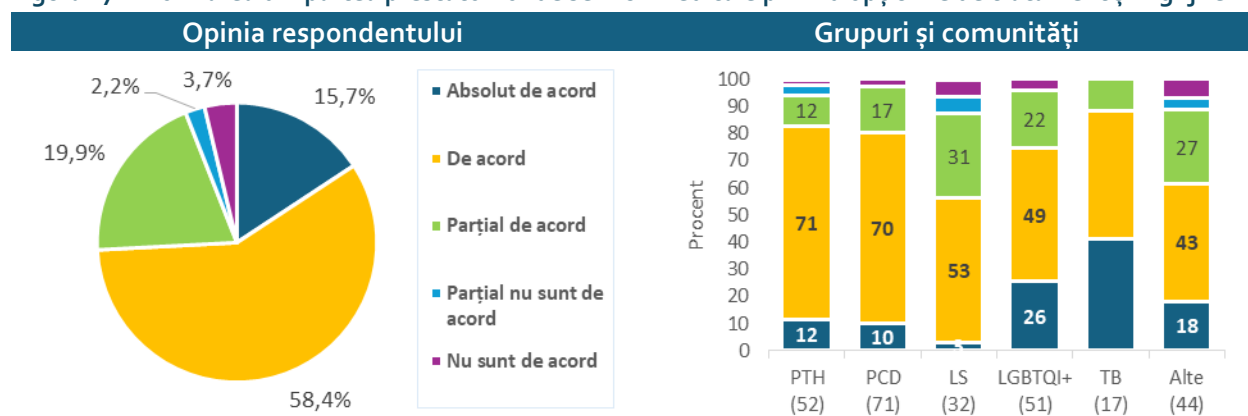
Comunicarea cu prestatorii de servicii medicale este esențială pentru asigurarea unei îngrijiri de calitate.

Informarea privind opțiunile de tratament și îngrijire

Conform datelor, majoritatea dintre respondenți s-au simțit informați adecvat despre opțiunile lor de tratament și îngrijire medicală (74.1% sunt de acord sau absolut de acord, 198 din 267²), fapt ce indică un nivel ridicat de satisfacție în rândul participanților la studiu.

În funcție de grupuri și comunități, respondenții din grupurile PTH și PCD au menționat că sunt cei mai mulțumiți de nivelul de informare din partea prestatorilor de servicii medicale, în 82.7% (43 din 52) și, respectiv, 80.3% (57 din 71) de cazuri. Comunitatea LGBTQ+ s-a simțit adecvat informată în 74.5% (38 din 51) de cazuri, iar cei din grupul LS – în 56.2% (18 din 32) de cazuri. În plus, majoritatea persoanelor din grupul TB (15 din 17) s-au declarat mulțumite de nivelul de informare din partea prestatorilor de servicii medicale. În context, opiniile respondenților cu referire la volumul de informare din partea prestatorilor de servicii medicale privind opțiunile de tratament și îngrijire au variat între grupuri și comunități, confirmat prin testele statistice ($P=0.009$) (Figura 17).

Figura 17. Informarea din partea prestatorilor de servicii medicale privind opțiunile de tratament și îngrijire



Informarea privind siguranța tratamentului

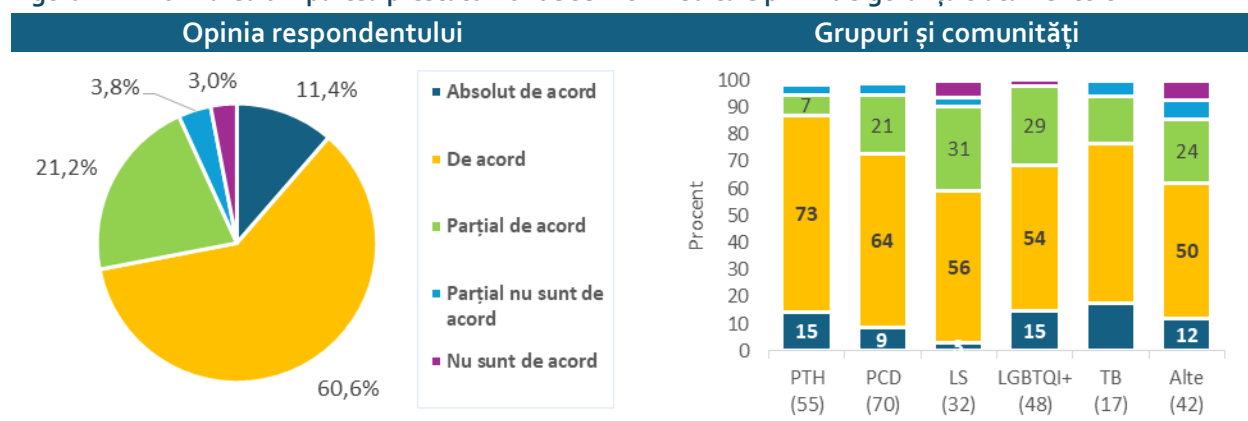
Analiza datelor privind informarea respondenților cu privire la siguranța tratamentului a constatat o atitudine predominant pozitivă. Ponderea celor care au considerat că primesc informațiile necesare (absolut de acord și de acord) a constituit 72% (190 din 264³, Figura 18).

În dezagregare după grupuri și comunități, nu au fost observate variații semnificative ($P=0.281$). În context, s-au simțit cel mai bine informați despre siguranța tratamentului respondenții din grupurile PTH și PCD în 87.2% (48 din 55) și, respectiv, 72.9% (51 din 70) de cazuri. Totodată, majoritatea celor din grupul TB s-au simțit, de asemenea, bine informați (13 din 17). Cei din comunitatea LGBTQI+ s-au simțit adecvat informați în 68.8% (33 din 48) de cazuri, iar cei din grupul „Alte” – în 61.9% (26 din 42) de cazuri. În schimb, grupul LS s-a simțit cel mai puțin informat despre siguranța tratamentului (59.3%, 19 din 32) (Figura 18).

² Non-răspuns (33).

³ Non-răspuns (36).

Figura 18. Informarea din partea prestatorilor de servicii medicale privind siguranța tratamentului



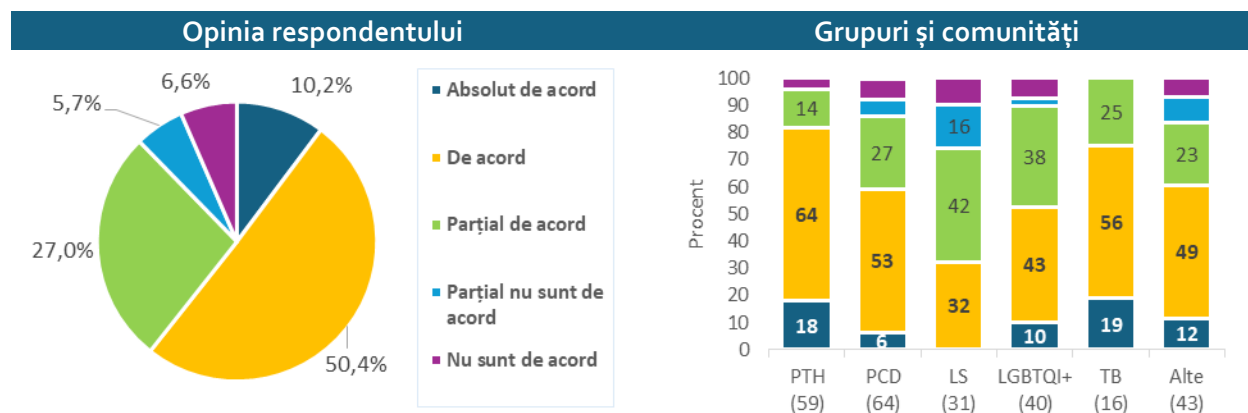
Adaptarea îngrijirilor medicale în funcție de nevoi

Opiniile respondenților cu referire la adaptarea îngrijirilor medicale de către prestatorii serviciilor medicale în funcție de nevoile acestora au scos în evidență o atitudine predominant pozitivă. Procentul celor care sunt absolut de acord și de acord cu această afirmație a fost de 60.6% (148 din 244⁴). Acest fapt indică un nivel ridicat de satisfacție (Figura 19).

În majoritatea cazurilor, cei din grupurile PTH și din grupul „Alte” au fost în mare parte absolut de acord sau de acord, în 82.0% (41 din 50) de cazuri și în 60.4% (26 din 43) de cazuri, respectiv. De asemenea, s-au simțit adecvat îngrijiți majoritatea respondenților din grupul PCD (59.3%, 38 din 64) și majoritatea din comunitatea LGBTQI+ (52.5%, 21 din 40), dar și cei din grupul TB (12 din 16). Grupul LS s-a simțit cel mai puțin îngrijit (32.3%, 10 din 31) (Figura 19).

Prin urmare, opiniile respondenților cu referire la adaptarea îngrijirilor medicale de către prestatorii serviciilor medicale în funcție de nevoile acestora au variat între grupuri și comunități, aspect confirmat prin testele statistice ($p=0.026$, Figura 19).

Figura 19. Adaptarea îngrijirilor medicale de către prestatorii de servicii în funcție de nevoile respondenților



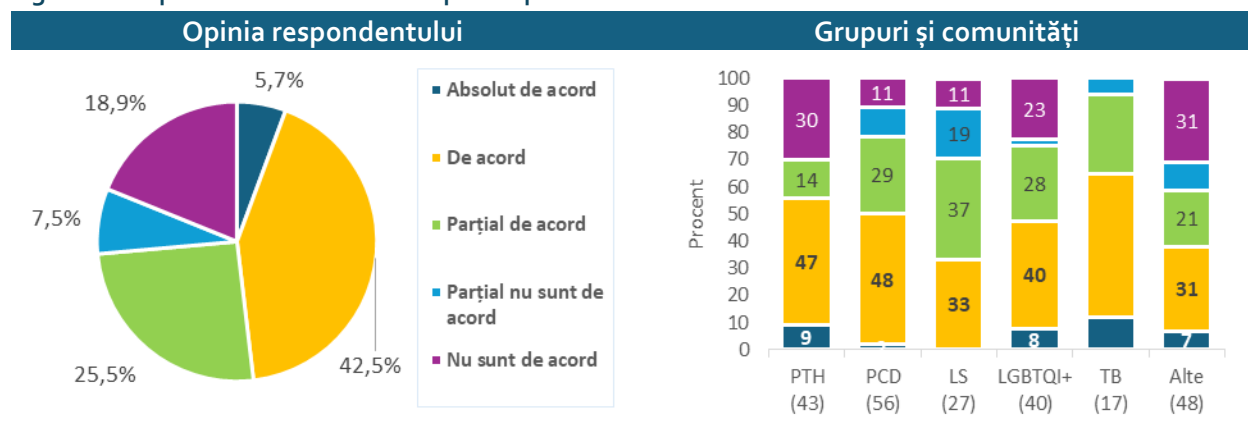
⁴ Non-răspuns (56).

Captarea feedback-ului de către prestatorii de servicii medicale

Datele privind captarea feedback-ului din partea respondenților (prin sondaje de satisfacție sau prin alte mijloace) de către prestatorii de servicii medicale au evidențiat faptul că procentul celor au fost absolut de acord și de acord cu această afirmație a fost de 48.2% (102 din 212), ceea ce indică un nivel moderat de satisfacție în rândul participanților la studiu.

Cercetarea a relevat un nivel înalt de satisfacție privind captarea feedback-ului de către prestatorii de servicii medicale în rândul respondenților din grupul PTH, cu 55.8% (24 din 43), și al celor din grupul persoanelor cu TB (11 din 17). Grupul PCD s-a evidențiat cu un procent de 50.0% (28 din 56), iar comunitatea LGBTQI+ – cu 47.5% (19 din 40). Grupul LS a înregistrat un nivel de satisfacție în doar o treime de cazuri (33.3%, 9 din 27). Astfel, rezultatele analizate denotă variații semnificative între grupuri și comunități în funcție de captarea feedbackului de către prestatorii de servicii medicale ($P=0.027$, Figura 20).

Figura 20. Captarea feedback-ului din partea prestatorilor de servicii medicale



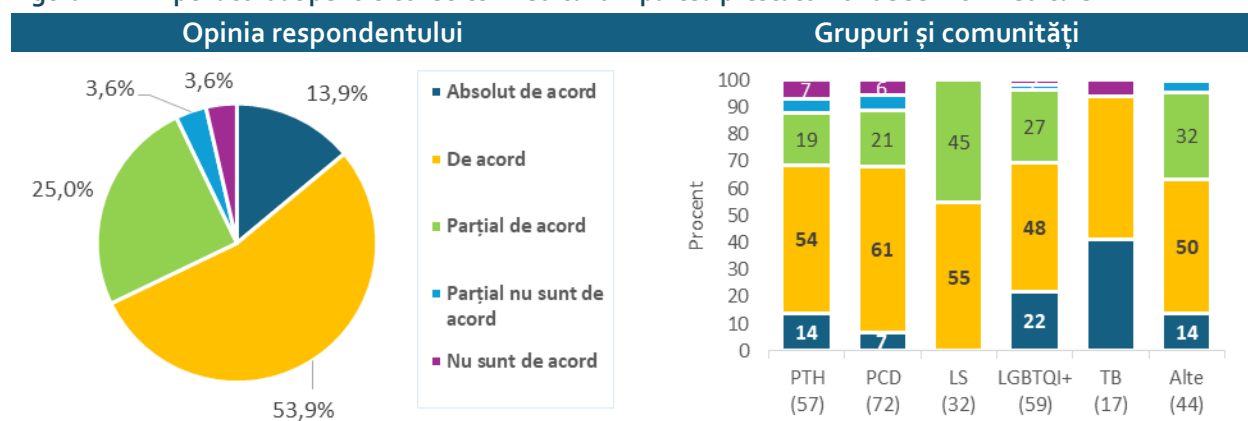
Timp acordat pentru consultul medical

În marea majoritate a cazurilor (67.8%, 190 din 280⁵), participanții la studiu au fost absolut de acord sau de acord cu faptul că timpul acordat pentru consultul medical de către prestatorii de servicii medicale a fost unul suficient (Figura 21).

Au fost absolut de acord sau de acord cu această afirmație marea majoritatea dintre persoanele din grupul TB (16 din 17), dar și cei din comunitatea LGBTQI+ (69.5%, 41 din 59). Aceștia au fost urmați de respondenții din grupul PCD (68.0%, 49 din 72), grupul PTH (68.4%, 39 din 57) și din grupul „Alte” (63.6%, 28 din 44). Respondenții din grupul LS au menționat despre acest fapt în proporție de 54.8% (17 din 31). Astfel, analiza statistică a confirmat diferențe statistic semnificative între grupuri ($P=0.003$, Figura 21).

⁵ Non-răspuns (20).

Figura 21. Timpul acordat pentru consultul medical din partea prestatorilor de servicii medicale

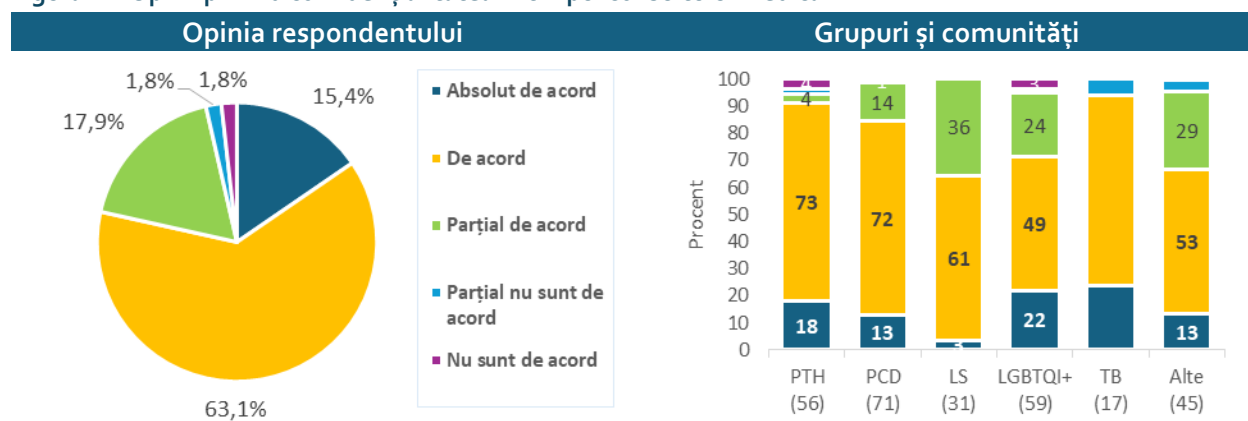


Confidențialitatea în timpul consultului medical

Cu referire la desfășurarea consultului medical în mod privat și confidențial de către prestatorii de servicii medicale, studiul a relevat că 78.5% (219 din 279⁶) dintre respondenți au susținut această afirmație, fiind absolut de acord sau de acord (Figura 22).

În dezagregare după grupuri și comunități, respondenții din grupul PTH au susținut această afirmație în proporție de 91.1% (51 din 56), urmați de cei din grupul PCD (84.5%, 60 din 71) și comunitatea LGBTQI+ (71.2%, 42 din 59). Cei din grupul „Alte” au susținut afirmația în proporție de 66.6% (30 din 45), iar cei din LS – în proporție de 64.5% (20 din 31). În plus, persoanele din grupul TB (16 din 17) au sprijinit, de asemenea, afirmația. Astfel, analiza datelor a evidențiat diferențe semnificative din punct de vedere statistic între grupurile de respondenți în ceea ce privește percepția confidențialității și intimității în timpul consulturilor medicale ($P=0.007$, Figura 22).

Figura 22. Opinii privind confidențialitatea în timpul consultului medical



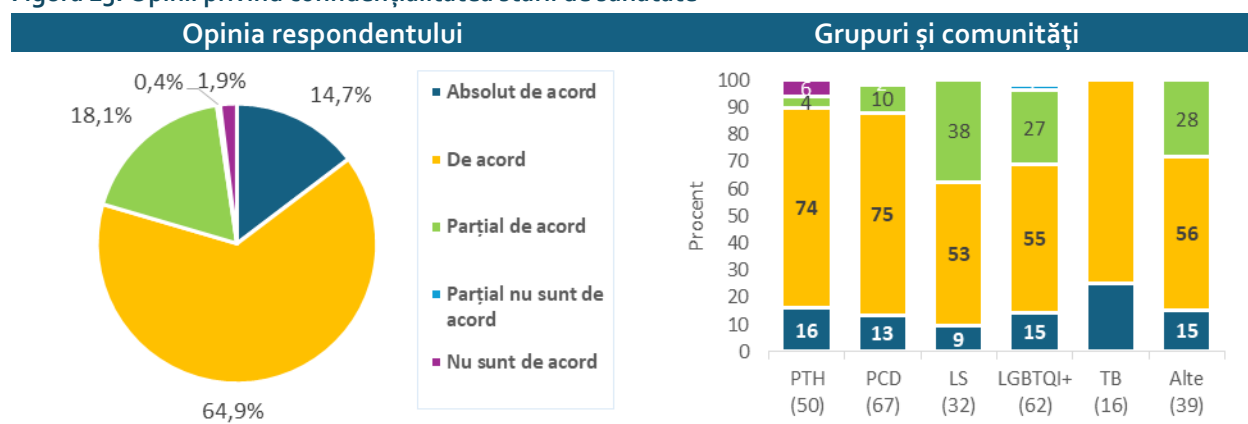
⁶ Non-răspuns (21).

Confidențialitatea privind starea de sănătate

Respectarea confidențialității de către prestatorii de servicii medicale este un aspect esențial în acordarea asistenței medicale. Analizând datele colectate, s-a observat că majoritatea dintre participanții la studiu (79.5%, 206 din 259⁷) au considerat că prestatorii de servicii medicale au respectat confidențialitatea privind starea lor de sănătate (Figura 23).

Cu toate acestea, nivelul de încredere în respectarea confidențialității din partea prestatorilor de servicii medicale față de sănătatea persoanelor a variat între grupuri și comunități ($P=0.010$). Astfel, toate persoanele din grupul TB (16 din 16) și-au exprimat încrederea deplină privind păstrarea confidențialității din partea prestatorilor de servicii medicale. Grupul PTH a urmat îndeaproape, cu 90.0% (45 din 50) dintre respondenți având o atitudine pozitivă. Și cei din grupul PCD au manifestat, de asemenea, un nivel ridicat de încredere, cu 88.0% (59 din 67) dintre respondenți fiind de acord sau absolut de acord. În grupul „Alte”, 71.8% (28 din 39) dintre respondenți și-au exprimat încrederea în respectarea confidențialității, în timp ce în comunitatea LGBTQI+ acest procent a fost de 69.0% (38 din 55). Pe de altă parte, grupul LS a înregistrat cel mai mic nivel de încredere, cu doar 62.5% (20 din 32) dintre respondenți declarându-se de acord sau absolut de acord că prestatorii de servicii medicale le-au respectat confidențialitatea privind starea lor de sănătate (Figura 23).

Figura 23. Opinii privind confidențialitatea stării de sănătate



Încrederea în prestatorii de servicii medicale

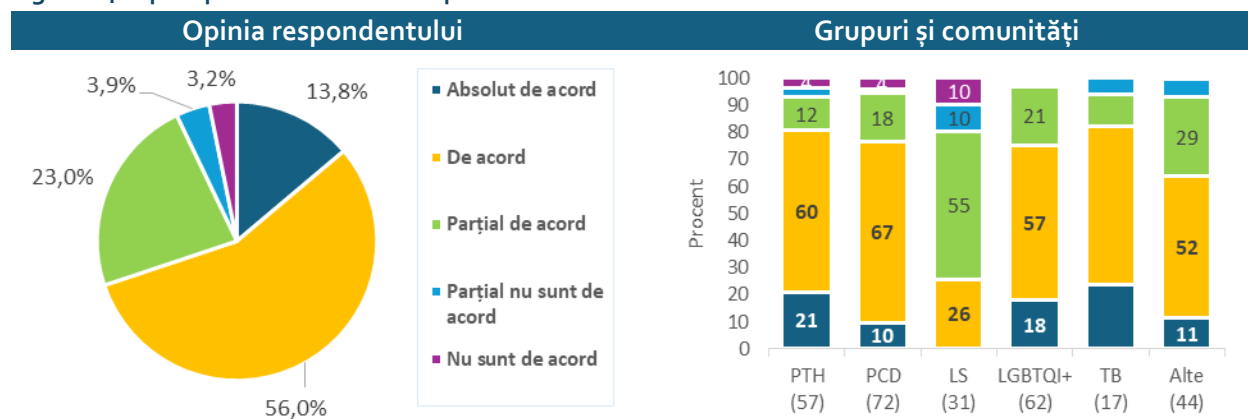
Majoritatea dintre persoanele chestionate (69.9%, 197 din 282⁸) au subliniat o încredere față de prestatorii de servicii medicale cu care au interacționat. Mai exact, 13.8% (39) dintre respondenți au fost absolut de acord, iar 56.0% (158) au fost de acord cu afirmația: „Am încredere în prestatorii de servicii medicale cu care am interacționat” (Figura 24).

Respondenții din grupul PTH (80.7%, 46 din 57) au avut cel mai mare procent de încredere, urmați de cei din grupul PCD (76.4%, 55 din 72). Comunitatea LGBTQI+ a indicat o încredere în personalul medical în 75.4% (46 din 61) de cazuri, iar cei din grupul „Alte” – în 63.7% (28 din 44) de cazuri. Persoanele din grupul TB, la fel, au dat dovadă de încredere în prestatorii de servicii medicale cu care au interacționat (14 din 17). Cei din grupul LS au avut cel mai mic procent de încredere (25.8%, 8 din 31). Analiza statistică a relevat diferențe semnificative între grupuri în ceea ce privește încrederea în prestatorii de servicii medicale cu care au interacționat ($P<0.001$, Figura 24).

⁷ Non-răspuns (41).

⁸ Non-răspuns (18).

Figura 24. Opinii privind încrederea în prestatorii de servicii medicale



Calitatea și siguranța serviciilor de sănătate

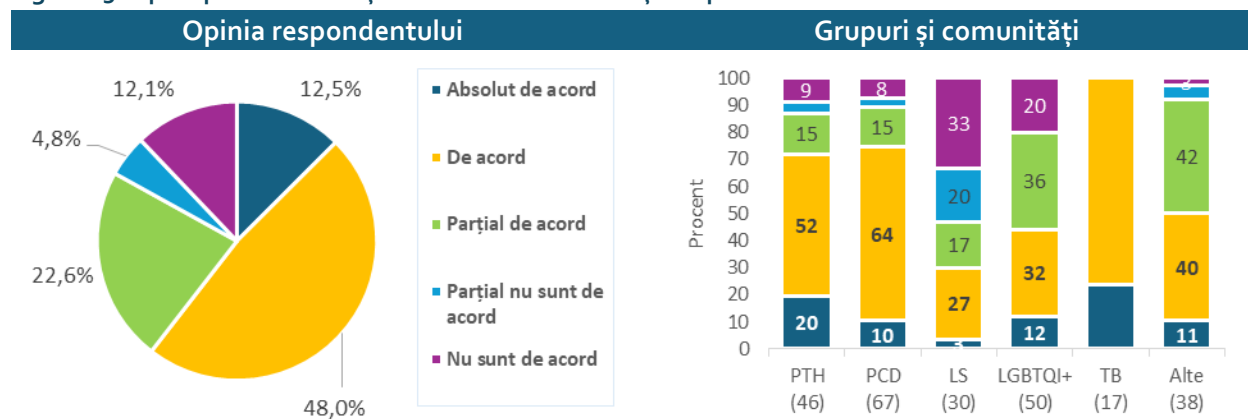
Calitatea și siguranța serviciilor medicale au fost evaluate prin diverse aspecte de cooperare și referire.

Sistem de referire și cooperare între serviciile de sănătate

Sistemul de referire și cooperare între serviciile medicale a fost perceput ca fiind unul eficient de către 60.5% (150 din 248⁹) dintre participanții la studiu. Mai exact, respondenții au fost absolut de acord cu această afirmație în 12.5% (31) de cazuri și de acord – în 48.0% (119) de cazuri (Figura 25).

În dezagregare după grupuri și comunități, toți respondenții din grupul TB (17 din 17) au susținut că există un sistem bun de referire și cooperare între serviciile medicale din Moldova. Aceștia au fost urmați de grupul PCD (74.6%, 50 din 67) și de grupul PTH (71.8%, 33 din 46). Au considerat că sistemul de referire și cooperare între serviciile medicale este unul bun 50.0% (19 din 38) dintre respondenții grupului „Alte”, 44.0% (22 din 50) dintre cei din comunitatea LGBTQI+ și 30.0% (9 din 30) dintre cei din grupul LS. Aceste date sugerează că percepția asupra eficienței sistemului de referire și cooperare între serviciile medicale a variat semnificativ între grupuri. Valoarea $P < 0.001$ indică faptul că aceste diferențe sunt statistic semnificative (Figura 25).

Figura 25. Opinii privind eficiența sistemului de referire și cooperare între serviciile medicale



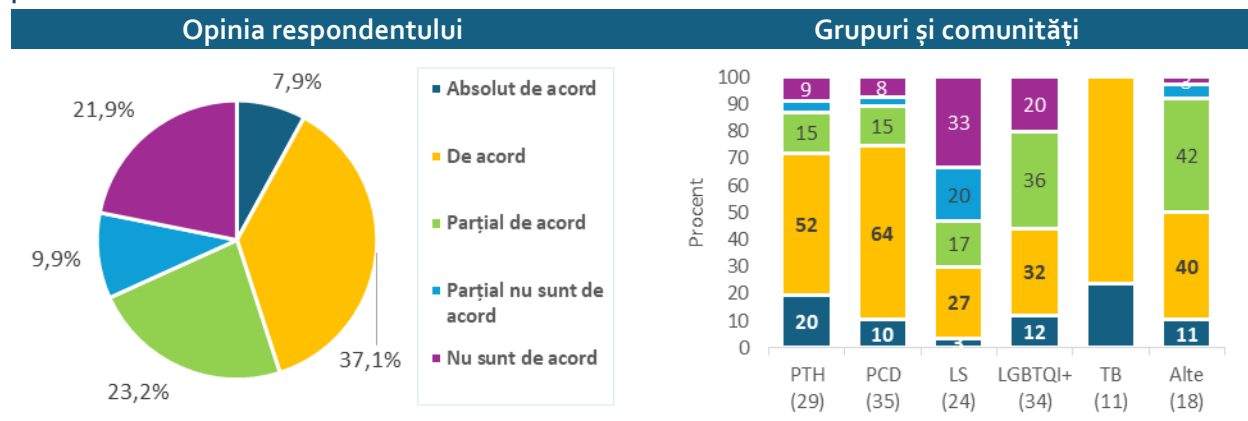
⁹ Răspunsuri valide (52).

Sistem de referire și cooperare între serviciile medicale și centrele de plasament

Din totalul celor 300 de respondenți participanți la studiu, 151 și-au exprimat opinia privind sistemul de referire și cooperare între serviciile medicale și centrele de plasament. Acesta a fost apreciat drept unul bun în 45% (68) de cazuri sau 7.9% (12) dintre respondenți au fost absolut de acord, iar 37.1% (56) au fost de acord cu această afirmație (Figura 26).

Au considerat că există un sistem bun de referire și cooperare între serviciile medicale și centrele de plasament 65.7% (23 din 35) dintre respondenții grupului PCD, 55.1% (16 din 29) dintre cei din grupul PTH și 44.5% (8 din 18) dintre cei din grupul „Alte”. Comunitatea LGBTQI+ a apreciat o cooperare bună în 35.3% (12 din 34) de cazuri, iar grupul LS – în 2 din 24 de cazuri. Doar trei respondenți (3 din 11) din grupul TB și-au exprimat încrederea în acest sistem de referire și cooperare. Astfel, datele sugerează că percepția asupra eficienței sistemului de referire și cooperare între serviciile medicale și centrele de plasament a variat semnificativ între grupuri ($P < 0.001$, Figura 26).

Figura 26. Opinii privind eficiența sistemului de referire și cooperare între serviciile medicale și centrele de plasament



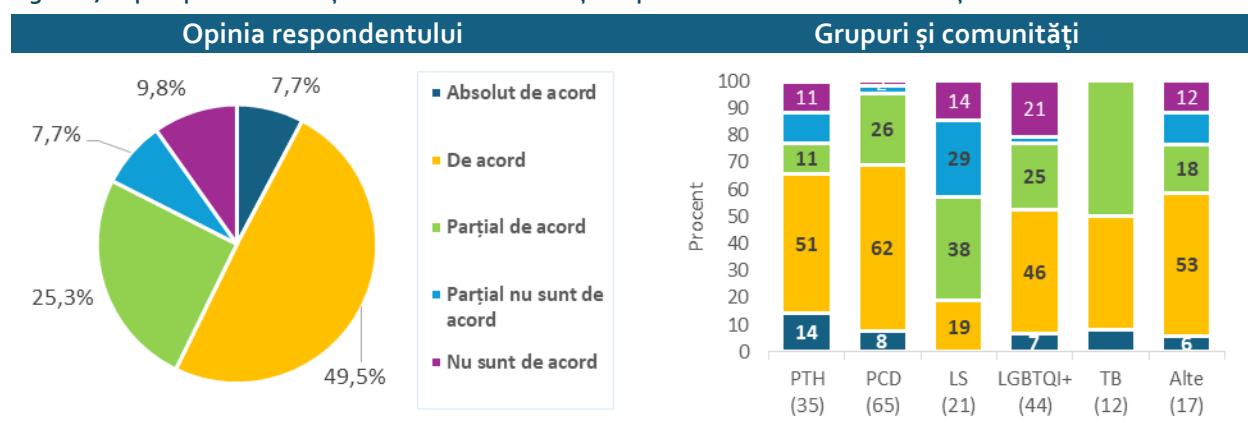
Sistem de referire și cooperare între serviciile medicale și serviciile sociale

Din totalul de 300 de respondenți, 194 au răspuns la întrebarea privind colaborarea între serviciile medicale și cele sociale. Dintre aceștia, 57.2% au susținut faptul că sistemul de referire și cooperare între serviciile medicale și serviciile sociale este unul bun; 7.7% (15) au fost absolut de acord, iar 49.5% (96) au fost de acord cu afirmația.

Analizând percepția asupra colaborării între serviciile medicale și sociale din Moldova per grupuri și comunități, s-a observat că 69.2% (45 din 65) dintre respondenții grupului PCD consideră această colaborare ca fiind bună, iar în mod similar, 65.7% (23 din 35) dintre cei din grupul PTH împărtășesc aceeași opinie. De asemenea, 58.8% (10 din 17) dintre respondenții grupului „Alte” și 52.3% (23 din 44) dintre cei din comunitatea LGBTQI+ consideră că există o bună colaborare, în timp ce doar 19.0% (4 din 21) din grupul LS împărtășesc această părere. În grupul TB șase respondenți (6 din 12) susțin existența unei buni colaborări (Figura 27).

Valoarea P de 0.001 relevă variații statistic semnificative între grupuri privind percepția asupra colaborării între serviciile medicale și cele sociale (Figura 27).

Figura 27. Opinii privind eficiența sistemului de referire și cooperare între serviciile medicale și serviciile sociale

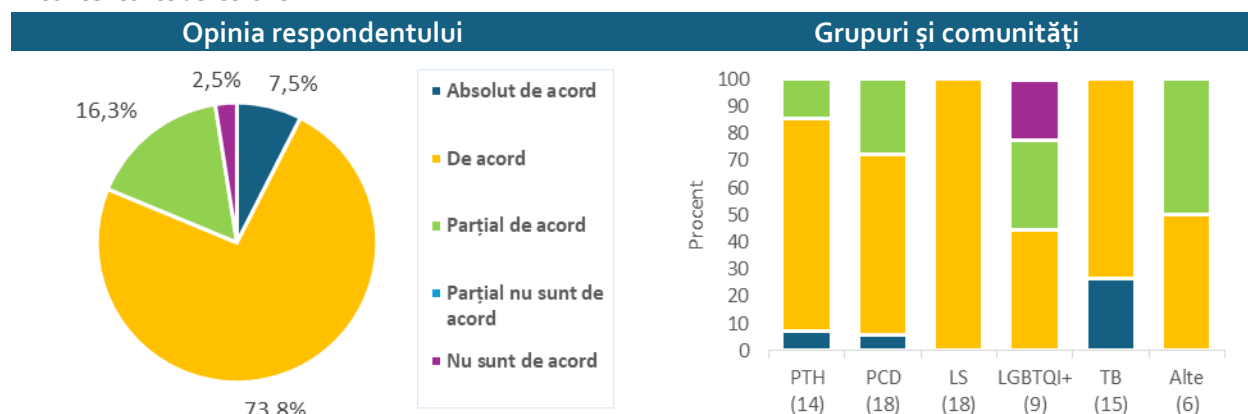


Sistem de referire și cooperare între serviciile de sănătate și ONG-uri în contextul TB

Evaluarea sistemului de referire și cooperare între serviciile de sănătate și ONG-urile din Moldova în contextul serviciilor pentru TB a arătat o percepție predominant pozitivă. Astfel, din totalul de 300 de respondenți, 80 și-au exprimat părerea asupra colaborării între serviciile de sănătate și ONG-uri, aceștia fiind cei care au avut ceva tangență în cunoașterea existenței unei astfel de colaborări. În context, 81.3% (65 din 80) dintre respondenți au avut percepții despre o bună cooperare.

Analiza per grupuri a demonstrat că există diferențe semnificative în aprecierea sistemului de referire și colaborare între serviciile de sănătate și ONG-urile din Moldova active în TB. Grupurile TB și LS s-au remarcat printr-o apreciere bună (15 din 15, respectiv, 18 din 18), ceea ce sugerează o satisfacție completă în aceste categorii. În schimb, grupurile PTH și PCD au indicat o satisfacție majoritară, dar nu totală (12 din 14, respectiv, 13 din 18). Cel mai scăzut nivel de apreciere bună a fost constatat în grupurile „Alte” (3 din 6) și LGBTQI+ (4 din 9). Aceste diferențe sunt susținute de o valoare P semnificativă ($P < 0.001$), indicând o asocieră clară între grupuri și nivelul de apreciere al sistemului de referire și colaborare între serviciile de sănătate și ONG-uri în contextul TB (Figura 28).

Figura 28. Percepții privind eficiența sistemului de referire și cooperare între serviciile de sănătate și ONG-uri în contextul tuberculozei

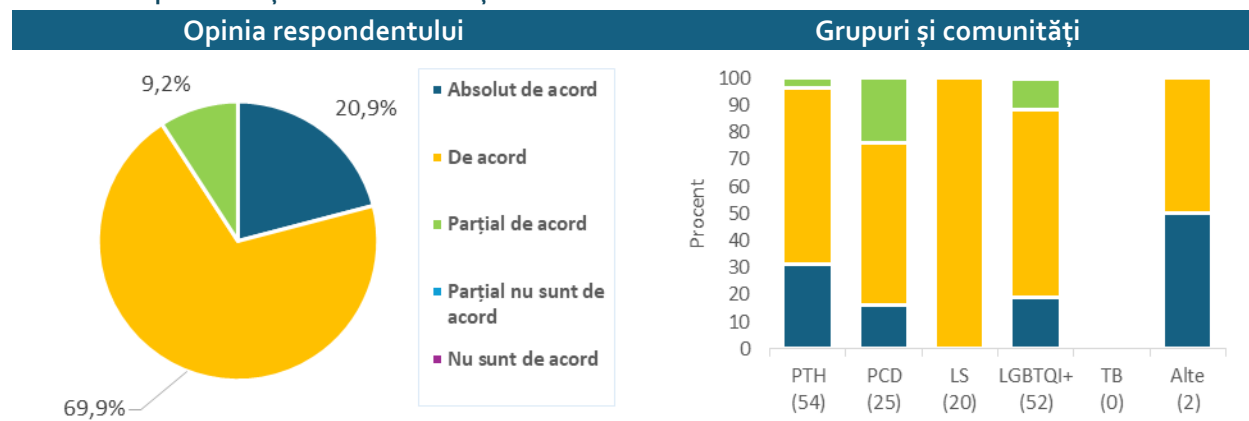


Sistem de referire și cooperare între serviciile de sănătate și ONG-uri în contextul HIV

Studiul a evidențiat o apreciere semnificativă pozitivă a sistemului de referire și colaborare între serviciile de sănătate și ONG-urile din Moldova în domeniul serviciilor HIV. Din totalul de 300 de respondenți, 153 și-au exprimat părerea asupra colaborării între serviciile de sănătate și ONG-uri, aceștia fiind cei care au avut tangență în cunoașterea existenței unei astfel de colaborări. În mod specific, 90.8% (139) dintre respondenți consideră că acest sistem funcționează bine. Dintre aceștia, 20.9% (32) au fost absolut de acord, în timp ce 69.9% (107) au fost de acord. Aceste rezultate sugerează o satisfacție generală ridicată și o percepție pozitivă asupra colaborării în acest domeniu.

Analiza per grupuri a arătat că există diferențe semnificative în aprecierea sistemului de referire și colaborare între serviciile de sănătate și ONG-uri în domeniul serviciilor HIV. Grupul LS s-a remarcat printr-o apreciere bună (20 din 20), ceea ce confirmă o satisfacție completă. Grupul HIV a avut o apreciere bună în 96.3% (52 din 54) de cazuri, indicând o satisfacție majoritară, iar cei din comunitatea LGBTQI+ au prezentat o apreciere bună în 88.5% (46 din 52) de cazuri, arătând o satisfacție semnificativă. Pe de altă parte, respondenții grupului PCD au avut o apreciere bună (19 din 25), ceea ce a scos în relief o satisfacție mai scăzută în comparație cu celelalte grupuri. Aceste diferențe au fost susținute de o valoare P semnificativă ($P=0.06$), indicând o asociere clară între grupuri și nivelul de apreciere al sistemului de referire și cooperare între serviciile de sănătate și ONG-uri în contextul HIV (Figura 29).

Figura 29. Percepții privind eficiența sistemului de referire și cooperare între serviciile de sănătate și ONG-uri în contextul prevenirii și controlului infecției HIV



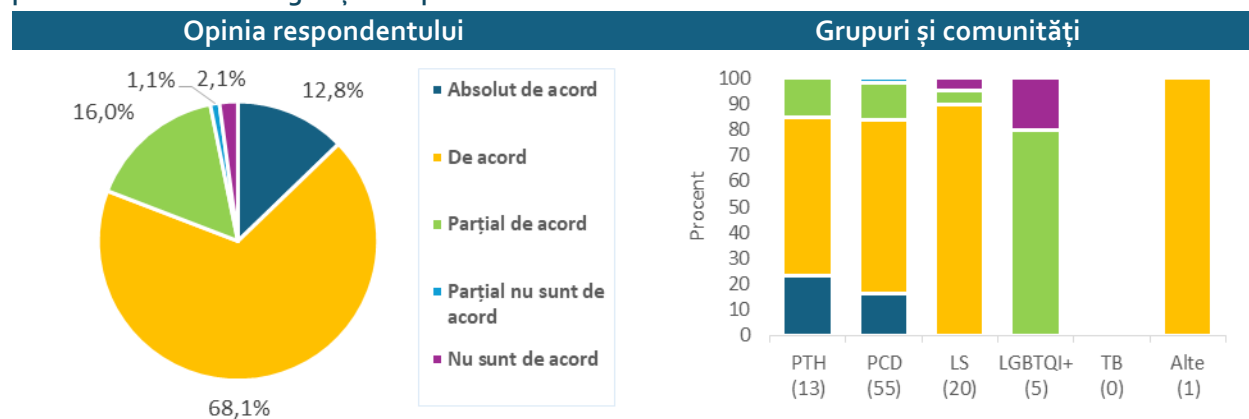
Sistem de referire și cooperare între serviciile de sănătate și ONG-uri privind tratamentul cu agoniști de opioide

Dintre cei 300 de participanți la studiu, 94 și-au împărtășit opiniile despre sistemul de referire și cooperare între serviciile de sănătate și ONG-uri privind tratamentul cu agoniști de opioide. Respondenții care și-au prezentat opiniile au fost cei care au avut tangență în cunoașterea unui astfel de sistem. Astfel, 80.9% dintre respondenți (76 din 94) au considerat că sistemul funcționează bine. În mod specific, 12.8% (12) dintre respondenți au fost absolut de acord, în timp ce 68.1% (64) au fost de acord cu această afirmație. Rezultatele respective sugerează o satisfacție generală ridicată și o percepție pozitivă a colaborării în acest domeniu (Figura 30).

Analiza per grupuri a arătat o satisfacție majoritară în rândul respondenților din grupul LS (18 din 20), din grupul PTH (11 din 13) și a celor din grupul PCD (46 din 55). Pe de altă parte, respondenții din comunitatea LGBTQI+ au manifestat o lipsă totală de satisfacție (0 din 5) (Figura 30).

În context, analiza a evidențiat o asocierie clară între grupuri și nivelul de apreciere al sistemului de redirectionare și colaborare privind tratamentul cu agoniști de opioide ($P=0.004$).

Figura 30. Percepții privind eficiența sistemului de referire și cooperare între serviciile de sănătate și ONG-privind tratamentul cu agoniști de opioide



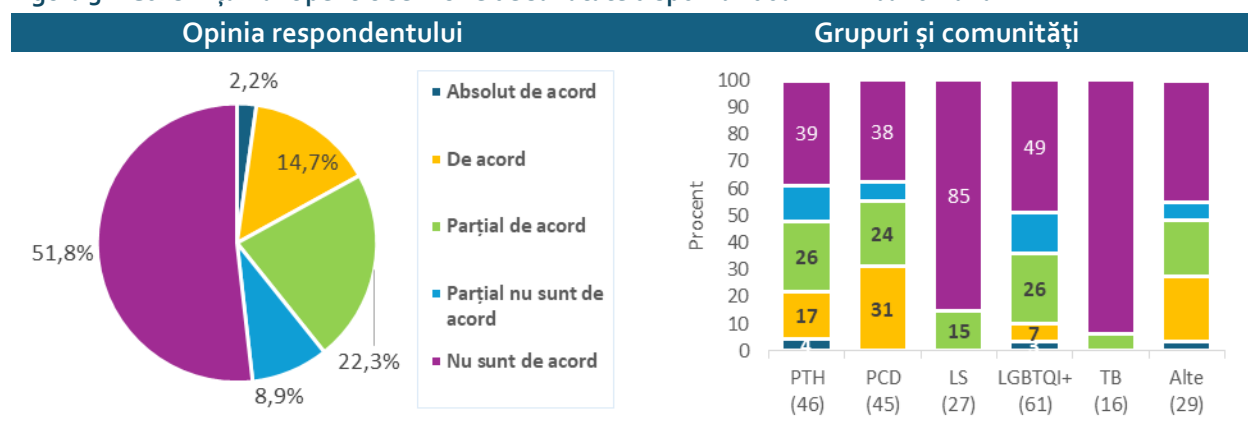
Consimțământ informat pentru serviciile de sănătate disponibil doar în limba română

În cadrul studiului, participanții au fost rugați să își exprime opinia cu privire la disponibilitatea consimțământului informat privind serviciile de sănătate, specificând dacă acesta a fost oferit doar în limba română sau și în alte limbi.

Analiza a relevat opinii variate privind disponibilitatea consimțământului informat exclusiv în limba română. Majoritatea respondenților (60.7%, 136 din 224) au afirmat că acest consimțământ a fost disponibil și în alte limbi. În contrast, 17.0% (38 din 224) au menționat că acesta a fost disponibil doar în limba română, iar 22.3% (50 din 224) au avut o opinie neutră.

Respondenții din grupul TB și cei din grupul LS s-au distins printr-o apreciere pozitivă, indicând disponibilitatea consimțământului și în alte limbi în marea majoritate a cazurilor (15 din 16, respectiv, 23 din 27). În mod similar, respondenții din comunitatea LGBTQI+ au avut o apreciere pozitivă în 63.9% (39 din 61) de cazuri, cei din grupul HIV – în 52.2% (24 din 46) de cazuri, iar cei din grupul „Alte” – în 51.7% (15 din 29) de cazuri. În contrast, grupul PCD a avut o apreciere pozitivă în proporție de 44.4% (20 din 45), iar în circa o treime de cazuri (31.1%, adică 14 din 45) aceștia au menționat faptul existenței consimțământului exclusiv în limba română. Diferențele respective sunt susținute de o valoare P semnificativă ($P<0.001$), indicând o asocierie clară între grupuri și nivelul de apreciere al disponibilității consimțământului informat (Figura 31).

Figura 31. Consimțământ pentru serviciile de sănătate disponibil doar în limba română

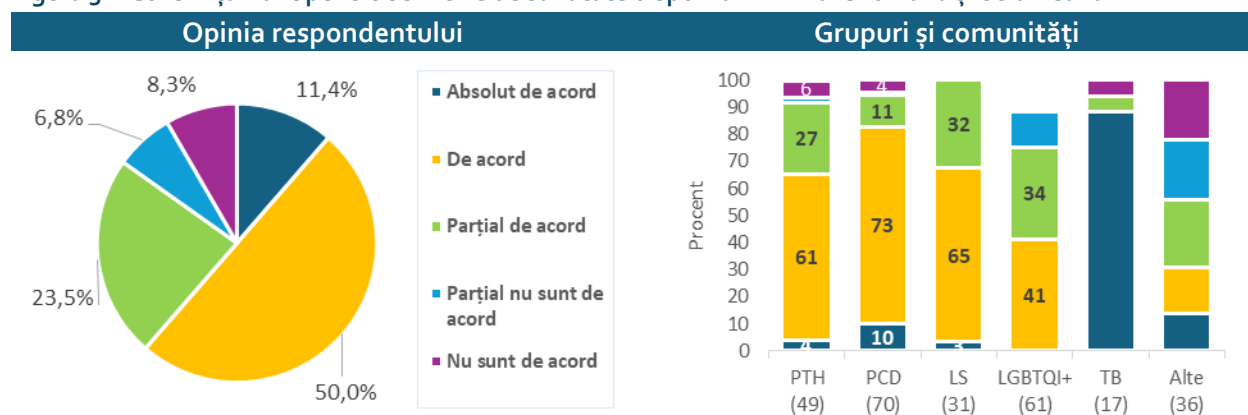


Consimțământ informat pentru serviciile de sănătate disponibil inclusiv în limba ucraineană

Oferirea consimțământului informat, inclusiv în alte limbi, subliniază asigurarea unei comunicări eficiente și accesibile în contextul accesării serviciilor de sănătate. În context, 61.4% (162 din 264¹⁰) dintre participanții la studiu au menționat despre disponibilitatea consimțământului informat, inclusiv în limba ucraineană. 15.2% (40 din 264) au menționat că acest lucru nu a avut loc, iar 23.5% (62 din 264) au avut o poziție neutră la acest subiect.

Analiza per grupuri demonstrează diferențe semnificative. Disponibilitatea consimțământului, inclusiv în limba ucraineană, a fost specificată în marea majoritate a cazurilor de către respondenții din grupul TB (15 din 17) și de cei din grupul PCD (82.9%, 58 din 70). În schimb, ponderea acestora a fost una mai redusă printre respondenții grupului LS (67.7%, 21 din 31) și a celor din grupul PTH (65.3%, 32 din 49). Cei din comunitatea LGBTQI+ au confirmat acest lucru în 41.0% (25 din 61) de cazuri, iar cei din grupul „Alte” – în doar o treime (30.6%, 11 din 36) de cazuri. Aceste diferențe sunt susținute de o valoare P semnificativă ($P < 0.001$), care indică o asocierie clară între grupuri și disponibilitatea consimțământului, inclusiv în limba ucraineană, la momentul accesării serviciilor de sănătate (Figura 32).

Figura 32. Consimțământ pentru serviciile de sănătate disponibil în limbile română și ucraineană



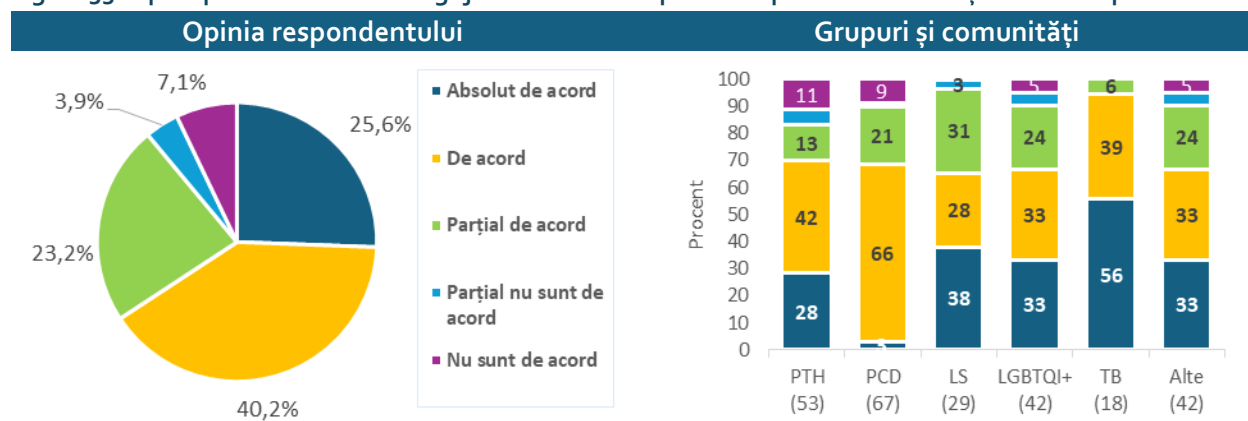
¹⁰ Non-răspuns (36).

Cererea de îngrijiri medicale în raport cu capacitatea asistenței medicale primare

Referitor la solicitările de asistență din partea persoanelor refugiate în raport cu capacitatea asistenței medicale primare de a oferi aceste servicii, și-au exprimat părerile 254 dintre participanții la studiu. Majoritatea respondenților, 65.7% (167 din 254), au susținut că cererile de asistență au fost mai mari decât capacitatea asistenței medicale primare de a oferi aceste servicii. În 23.2% (59 din 254) de cazuri, respondenții au avut o poziție neutră, iar în 11.0% (28 din 254) de cazuri aceștia nu au susținut afirmația.

Rezultatele studiului au scos în evidență faptul că practic toți respondenții din grupul TB (17 din 18), dar și majoritatea celor din grupul PTH (69.8%, 37 din 53), din grupul PCD (68.7%, 46 din 67) și din grupul „Alte” (66.7%, 28 din 42) au susținut ideea că cererea în asistență a fost una mai mare în raport cu capacitatea asistenței medicale primare. Au fost mai puțin convinși de acest fapt respondenții din grupul LS (19 din 29), dar și cei din comunitatea LGBTQI+ (44.4%, 20 din 45). În context, deși percepțiile au variat între grupuri, majoritatea dintre respondenți au considerat că cererea de asistență medicală depășește capacitatea asistenței medicale primare. Valoarea $P > 0.001$ indică o asociere semnificativă statistic între grupuri și răspunsurile oferite (Figura 33).

Figura 33. Opinii privind cererea de îngrijiri medicale în raport cu capacitatea asistenței medicale primare



Calitatea și siguranța îngrijirilor de sănătate

Calitatea și siguranța îngrijirilor de sănătate sunt esențiale pentru asigurarea bunăstării pacienților. Siguranța îngrijirilor presupune prevenirea erorilor medicale și a incidentelor adverse, în timp ce calitatea se referă la accesibilitatea, eficacitatea și satisfacția pacienților față de serviciile primite.

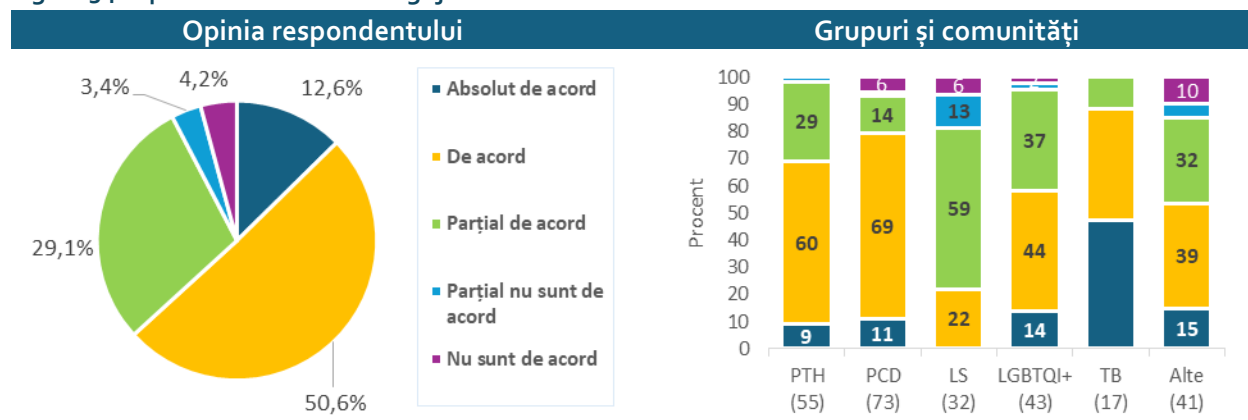
Îngrijiri de sănătate de înaltă calitate

Din totalul de 300 de respondenți, 261 au povestit dacă au primit îngrijiri de bună calitate (în conformitate cu standardele, liniile directe sau bunele practici disponibile). Majoritatea dintre participanții la studiu (63.2%, 165 din 261) au susținut această afirmație, în timp ce aproximativ o treime (29.1%, adică 76 din 261) au avut o opinie neutră, iar 7.7% (20 din 261) nu au susținut-o.

Analiza per grupuri a arătat diferențe semnificative per grupuri și comunități în aprecierea îngrijirilor de bună calitate. Respondenții din grupul TB au prezentat cea mai mare apreciere pozitivă în acest sens (15 din 17), urmați de cei din grupul PCD, cu 79.5% (58 din 73), și cei din grupul HIV, cu 69.1% (38 din 55), indicând o satisfacție majoritară. Participanții la studiu din comunitatea LGBTQI+ au susținut afirmația în proporție de 58.1% (25 din 43), iar grupul „Alte” – în 53.7% (22 din 41) de cazuri. Respondenții din grupul LS au avut cea mai mică apreciere pozitivă, de 21.9% (7 din 32), sugerând o nemulțumire semnificativă în

rândul acestui grup. Aceste diferențe sunt susținute de o valoare P semnificativă ($P < 0.001$), confirmând o asocierie clară între grupuri și nivelul de apreciere al îngrijirilor de sănătate oferite (Figura 34).

Figura 34. Opinii cu referire dacă îngrijirile de sănătate oferite au fost de înaltă calitate

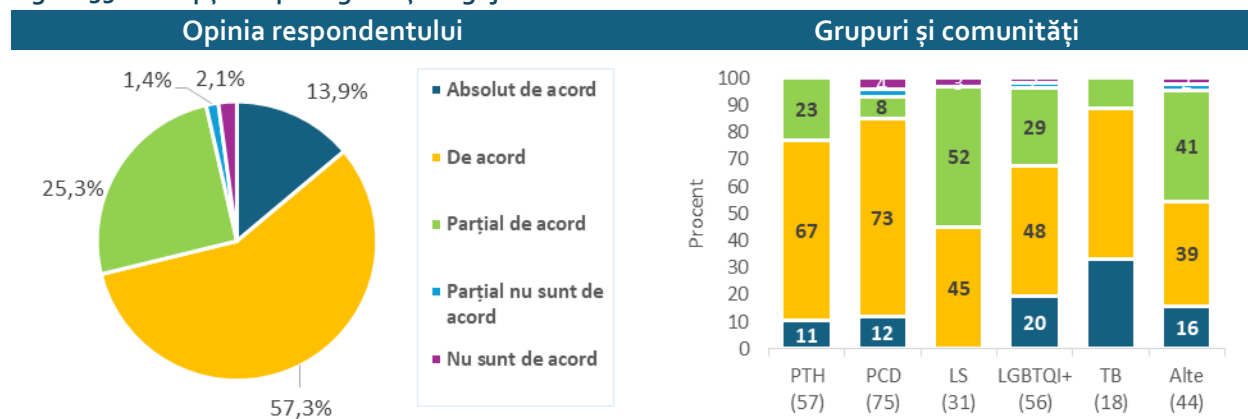


Siguranța îngrijirilor de sănătate

Analiza răspunsurilor a relevat că 71.2% (200 din 281¹¹) dintre respondenți au fost mulțumiți de siguranța îngrijirilor care le-au fost acordate. Aproximativ o pătrime dintre aceștia (25.3%, 71 din 281) au avut o poziție neutră, iar 3.6% (10 din 281) nu au fost mulțumiți.

În dezagregare după grupuri și comunități, privind satisfacția referitoare la siguranța serviciilor de sănătate primite, rezultatele studiului au arătat că respondenții din grupul TB au fost cei mai mulțumiți (16 din 18). A urmat grupul PCD cu 85.3% (64 din 75), iar grupul PTH a fost satisfăcut în proporție de 77.2% (44 din 57). De asemenea, au menționat că sunt mulțumiți 67.9% (38 din 56) dintre participanții la studiu din comunitatea LGBTQI+ și 54.5% (24 din 44) din grupul „Alte”. Respondenții grupului LS au fost cei mai puțin mulțumiți, în proporție de 45.2% (14 din 31). Valoarea $P < 0.001$ indică o semnificație statistică puternică între grupuri și satisfacția privind siguranța serviciilor de sănătate primite (Figura 35).

Figura 35. Percepții asupra siguranței îngrijirilor de sănătate oferite



Continuitatea îngrijirilor de sănătate

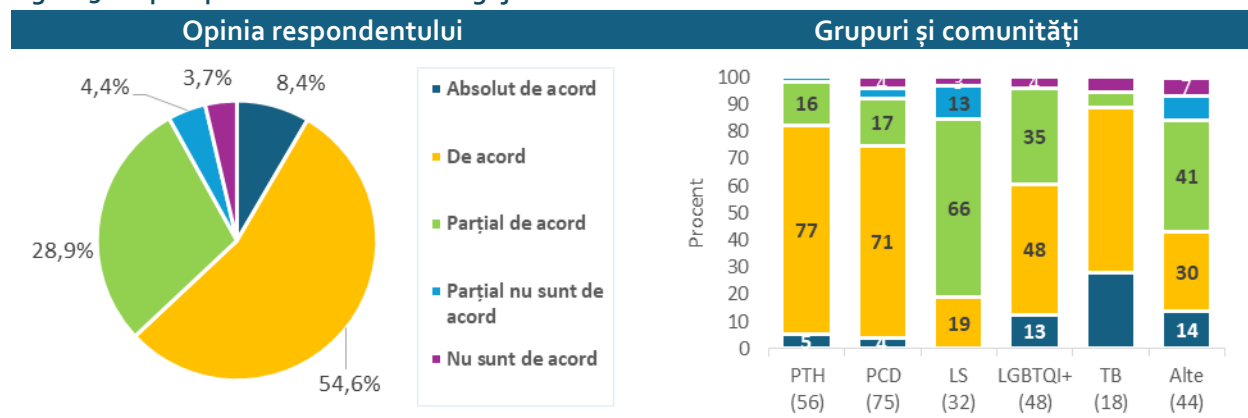
Percepțiile asupra continuității îngrijirilor de sănătate arată că 63.0% (172 din 273¹²) dintre respondenți au susținut afirmația că sunt mulțumiți de continuitatea îngrijirilor de sănătate. În circa o treime (28.9%,

¹¹ Non-răspuns (19).

¹² Non-răspuns (27).

79 din 273) de cazuri, participanții au avut o poziție neutră, iar în 8.1% (22 din 273) de cazuri aceștia nu au susținut afirmația (Figura 36).

Figura 36. Opinii privind continuitatea îngrijirilor de sănătate



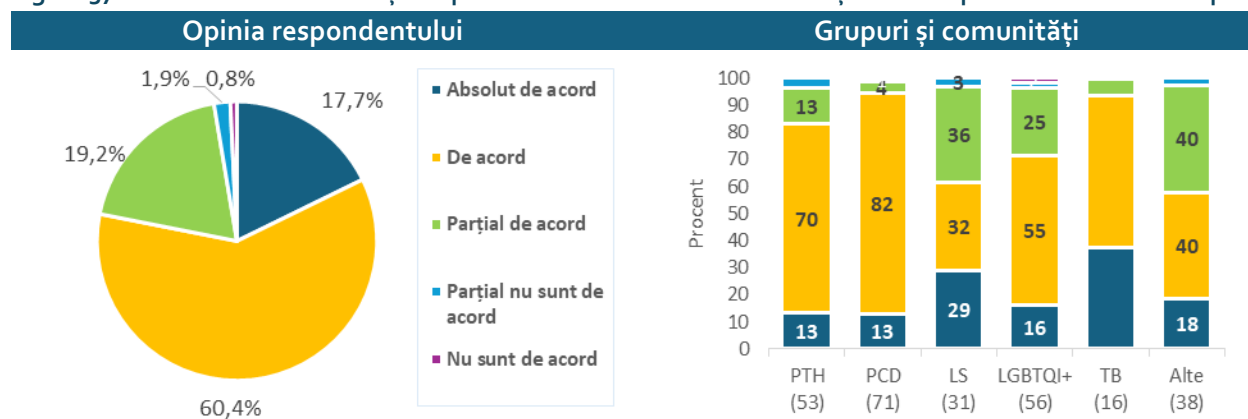
Majoritatea respondenților din grupurile TB (16 din 18), PTH (82.1%, 46 din 56) și PCD (74.7%, 56 din 75) au afirmat că au fost mulțumiți de continuitatea îngrijirilor de sănătate oferite. De asemenea, un procent semnificativ din comunitatea LGBTQI+ (60.4%, 29 din 48) și-au arătat mulțumirea. Participanții la studiu din grupurile „Alte” și LS au fost cel mai puțin satisfăcuți, cu 43.2% (19 din 44) și 18.8% (6 din 32), respectiv. Valoarea $P < 0.001$ indică diferențe semnificative statistic între grupuri în ceea ce privește satisfacția față de continuitatea îngrijirilor de sănătate (Figura 36).

Sistem de referire și cooperare între serviciile de sănătate și ONG-uri privind serviciile de suport

Rezultatele studiului au arătat că majoritatea dintre respondenți au resimțit existența unui sistem eficient de referire și cooperare între serviciile de sănătate și ONG-uri privind serviciile de suport, cu 78.1% (207 din 265). Circa o cincime (19.2%, 51 din 265) dintre participanții la studiu au fost neutri față de această afirmație, în timp ce doar 2.6% (7 din 265) nu au susținut-o (Figura 37).

În mod specific, au sprijinit această afirmație marea majoritate dintre respondenții grupului PCD (94.4%, 67 din 71), dar și a celor din grupul TB (15 din 16). Respondenții grupului PTH și ai comunității LGBTQI+ au considerat existența unui sistem bun în 83.0% (44 din 53) și, respectiv, 71.4% (40 din 56) de cazuri. Pe de altă parte, cei din grupurile LS (61.3%, 19 din 31) și „Alte” (57.9%, 22 din 38) au înregistrat cele mai joase procente în acest sens ($P < 0.001$).

Figura 37. Sistem bun de referire și cooperare între serviciile de sănătate și ONG-uri privind serviciile de suport



REDUCEREA RISCURILOR

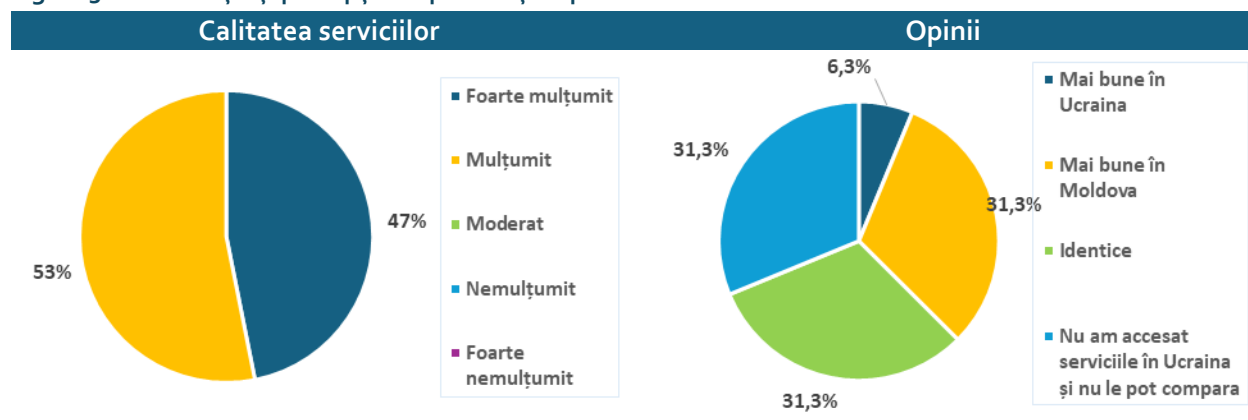
În urma analizei datelor colectate s-a constatat că majoritatea dintre participanții la studiu (55.0%, 164 din 298¹³) au considerat că sunt expuși riscului de infectare cu HIV, ITS sau Hepatite virale B și C. Pe de altă parte, 35.9% (107 din 298) nu se consideră expuși acestui risc. În plus, 9.0% (27 din 298) dintre respondenți și-au exprimat nesiguranța față de aceste riscuri, mărturisind că nu sunt siguri dacă sunt sau nu expuși.

Majoritatea persoanelor care au participat la studiu au beneficiat de informații și suport în prevenirea și gestionarea HIV. Astfel, 91.5% (268 din 293¹⁴) dintre respondenți au declarat că au discutat despre HIV cu un reprezentant al unui ONG, un lucrător *outreach* sau un *consilier de la egal la egal*. În plus, datele analizate demonstrează un nivel înalt de informare privind posibilitățile de testare confidențială pentru HIV, 88.3% (256 din 290¹⁵) dintre respondenți menționând că ei cunosc locurile în care își pot efectua testarea confidențială pentru HIV.

Cu referire la nivelul de conștientizare și utilizare a profilaxiei pre-expunere (PrEP), majoritatea (69.5%, 205 din 295¹⁶) dintre participanți au indicat că sunt familiarizați cu profilaxia PrEP pentru HIV. În ceea ce privește utilizarea PrEP, 15.6% (32 din 205) dintre respondenți au menționat că au folosit vreodată această metodă de prevenire a HIV, inclusiv în perioada de când se află pe teritoriul Moldovei.

Dintre participanții la studiu care au accesat servicii PrEP, în 53.1% (17 din 32) de cazuri aceștia s-au declarat mulțumiți de serviciile oferite în Moldova, în timp ce 46.9% (15 din 32) au recunoscut că sunt foarte mulțumiți. În ceea ce privește comparația dintre aceste servicii și serviciile oferite în Ucraina, câte 31.3% dintre respondenți au considerat că serviciile din Moldova sunt mai bune (10 din 32) sau identice (10 din 32). În 6.3% (2 din 32) de cazuri, participanții au considerat că serviciile din Ucraina sunt mai bune. De asemenea, alți 31.3% (10 din 32) dintre respondenți au indicat că nu au utilizat astfel de servicii în Ucraina și, prin urmare, nu le pot compara cu cele din Moldova (Figura 38).

Figura 38. Satisfacția și percepția respondenților privind PrEP



În același context, de prevenire HIV, a fost evaluat inclusiv nivelul de conștientizare și utilizare a profilaxiei post-expunere (PEP) în rândul populației studiate. Datele colectate indică faptul că majoritatea (73.1%, 215 din 294¹⁷) dintre respondenți au menționat că sunt familiarizați cu PEP pentru HIV. Totuși, există un

¹³ Non-răspuns (2).

¹⁴ Non-răspuns (7).

¹⁵ Non-răspuns (10).

¹⁶ Non-răspuns (5).

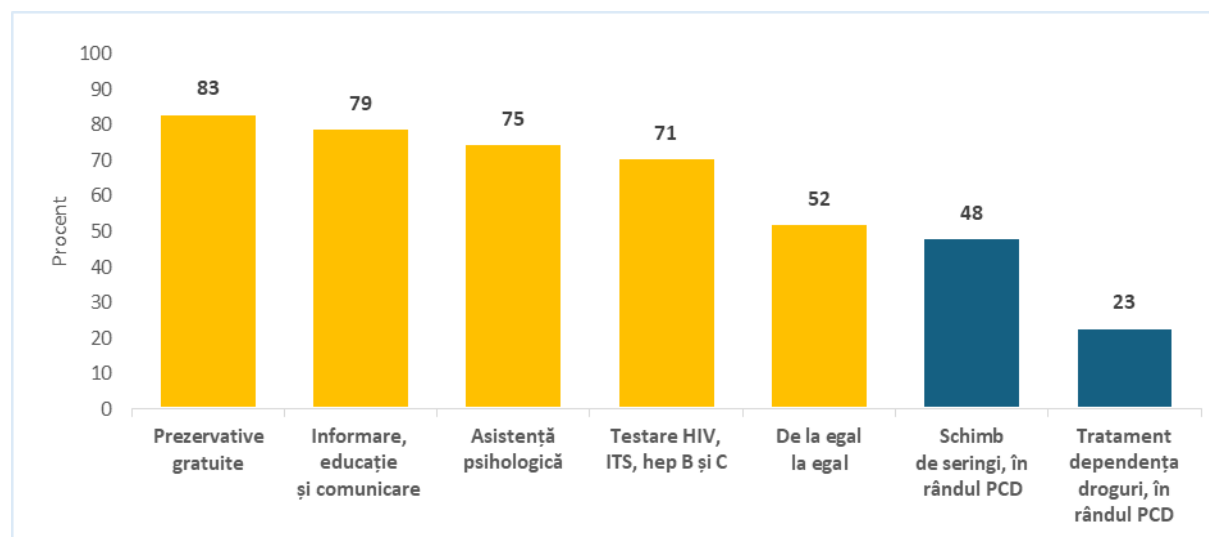
¹⁷ Non-răspuns (6).

segment semnificativ, de 26.9% (79 din 294), care nu cunosc despre această metodă de prevenire. Faptul că au utilizat vreodată PEP au indicat 1.9% (4 din 215) dintre respondenți, inclusiv în perioada de când se află pe teritoriul Moldovei.

Despre cunoașterea existenței serviciilor de reducere a riscurilor în Moldova au menționat marea majoritate (94.7%, 284 din 300) dintre participanții la studiu, iar în 87.7% (249 din 284) de cazuri aceștia le-au accesat. În context, datele studiului au permis de a analiza per serviciu atât cunoașterea existenței serviciului, cât și beneficierea sau utilizarea acestuia (Figura 39):

- Despre cunoașterea serviciului privind testarea anonimă și voluntară pentru HIV, ITS și Hepatita B, C au indicat 96.1% (273 din 284) dintre respondenți. Dintre aceștia, 71.7% (196 din 273) l-au accesat.
- Au specificat că ei cunosc despre existența serviciului schimbului gratuit de seringi 40.1% (114 din 284) dintre respondenți. Au beneficiat de acest serviciu 48.3% (44 din 91) dintre PCD.
- Cunoașterea existenței serviciilor de informare, educație și comunicare (IEC, inclusiv instruire) a fost menționată în 70.8% (201 din 284) de cazuri și în 79.1% (159 din 201) de cazuri acestea au fost utilizate.
- Despre existența serviciului *prezervative gratuite* au indicat 76.1% (216 din 284) dintre respondenți; au utilizat acest tip de serviciu 83.3% (180 din 216) dintre cei care au afirmat că ei cunosc.
- Despre existența serviciului *de la egal la egal* au menționat că știu 56.7% (161 din 284) dintre respondenți, iar 52.2% (84 din 161) dintre aceștia au beneficiat.
- Despre existența serviciului privind tratament cu agoniști de opioidee au specificat 39.4% dintre respondenți (112 din 284); l-au accesat 23.1% (21 din 91) dintre PCD.
- Au specificat că ei cunosc despre existența serviciului privind consultații psihologice 73.9% (210 din 284) dintre respondenți, iar 74.8% dintre aceștia (157 din 210) au beneficiat de acest serviciu.

Figura 39. Servicii de reducerea a riscurilor accesate



Analiza datelor privind utilizarea serviciilor de reducere a riscurilor în Moldova în funcție de grupuri și comunități oferă o perspectivă detaliată asupra preferințelor și nevoilor acestora (Figura 40).

Participanții la studiu din comunitatea LGBTQI+ care au utilizat cel puțin un serviciu de reducere a riscurilor (62) au raportat proporția cea mai mare de utilizare a prezervativelor gratuite, cu 91.9% (57) dintre respondenți beneficiind de acest serviciu. De asemenea, 87.1% (54) dintre aceștia au participat la activități IEC, iar 85.5% (53) au efectuat testări pentru HIV, ITS și Hepatita B sau C. În plus, 59.7% (37) dintre aceștia au accesat consultații psihologice, iar 16.1% (10) au beneficiat de serviciile *de la egal la egal*.

Respondenții grupului PTH care au accesat servicii de reducere a riscurilor (49) au dezvăluit o utilizare semnificativă a testării pentru HIV, ITS și Hepatita B și C (73.5%, 36), precum și a prezervativelor gratuite (59.2%, 29). În 53.1% (26) de cazuri, aceștia au beneficiat de consultații psihologice, iar în 38.8% (19) de cazuri au accesat serviciile *de la egal la egal*. Totodată, 49.0% dintre respondenții acestui grup au participat la activități IEC (24). Serviciile de schimb de seringi au fost accesate în 18.4% (9) de cazuri, iar tratamentul pentru dependența de droguri – în 6.1% (3) de cazuri, aceștia fiind respondenți din grupul mixt PTH și PCD.

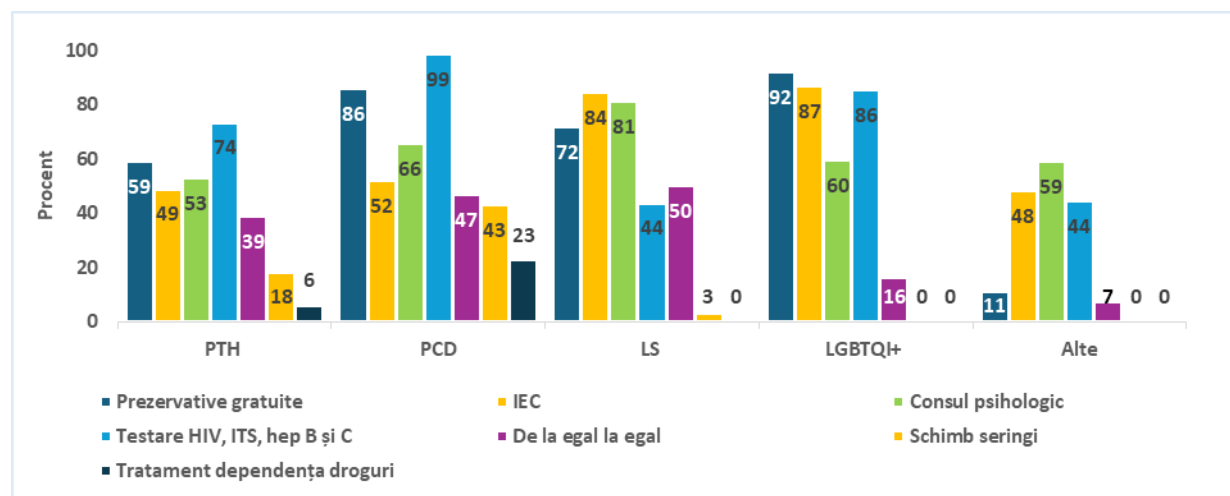
Grupul PCD beneficiare ale serviciilor de reducere a riscurilor (79) a avut cea mai mare rată de utilizare a testării pentru HIV, ITS și Hepatita B și C, cu 98.7% (78) dintre respondenți accesând acest serviciu. De asemenea, 86.1% (68) dintre aceștia au beneficiat de prezervative gratuite, iar 65.8% (52) au accesat consultații psihologice. În plus, 51.9% (41) dintre aceștia au participat la activități IEC, 46.8% (37) au utilizat serviciile de la egal la egal, 44 au utilizat serviciile de schimb de seringi, iar 21 au beneficiat de tratament pentru dependența de droguri.

Respondenții grupului LS care au accesat serviciile de reducere a riscurilor (32) au menționat o accesare înaltă a activităților IEC (84.4%, 27) și a consultațiilor psihologice (81.2%, 26). În 71.9% (23) de cazuri, aceștia au beneficiat de prezervative gratuite, în 50.0% (16) au accesat serviciile de la egal la egal, iar în 43.8% (14) au apelat la serviciul de testare pentru HIV, ITS și Hepatita B și C. În 3.1% (1) de cazuri, aceștia au utilizat serviciile de schimb de seringi (grup mixt LS și PCD).

Grupul „Alte” care a accesat serviciile de reducere a riscurilor (27) a specificat o utilizare mai limitată a serviciilor de reducere a riscurilor: au accesat consultații psihologice (16), testarea pentru HIV, ITS și Hepatite virale B, C (12), au participat la activități IEC (13), au beneficiat de prezervative gratuite (3), au beneficiat de serviciile de la egal la egal (2).

Respondenții grupului TB nu au accesat niciun serviciu de reducere a riscurilor.

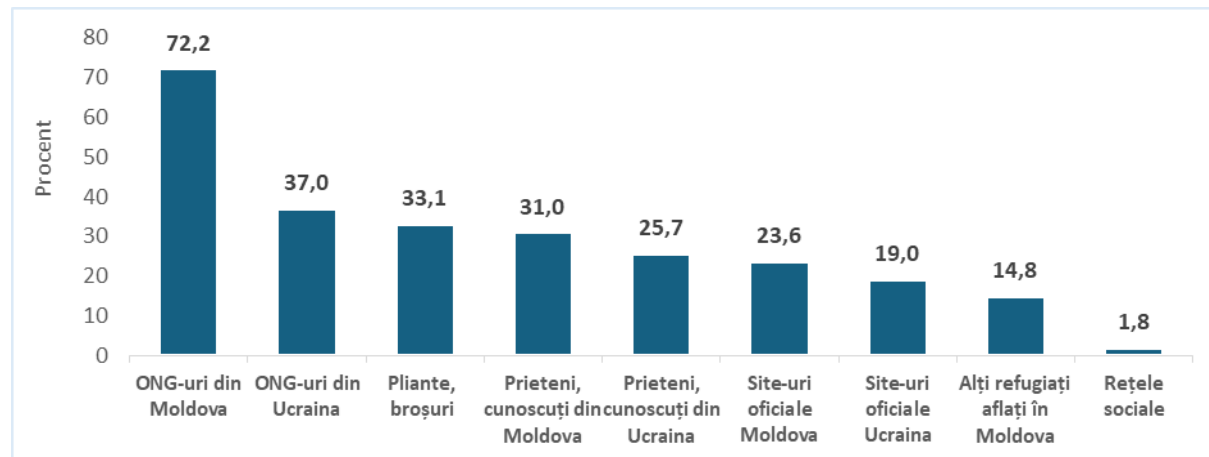
Figura 40. Servicii de reducere a riscurilor, per grupuri și comunități



Respondenților care au specificat că ei cunosc despre existența serviciilor de reducere a riscurilor (284 de persoane) li s-au adresat întrebări referitoare la sursele din care au aflat despre aceste servicii în Moldova. Cea mai frecventă sursă de informare citată a fost reprezentată de ONG-urile din Moldova, cu 72.2% (205) dintre respondenți menționând această sursă. ONG-urile din Ucraina au fost indicate de 37.0% (105) dintre participanți. Prietenii și cunoscuții din Moldova au fost o sursă de informare pentru 31.0% (88) dintre respondenți, în timp ce prietenii și cunoscuții din Ucraina au fost menționați de 25.7% (73). Pliantele și broșurile au fost o sursă de informare pentru 33.1% (94) dintre respondenți. Site-urile oficiale din

Moldova au fost indicate în 23.6% (67) de cazuri, iar site-urile oficiale din Ucraina au fost menționate în 19.0% (54) de cazuri. Alți refugiați aflați în Moldova au fost o sursă de informare pentru 14.8% (42) dintre participanți. Rețelele sociale au fost cea mai puțin frecventă sursă de informare, fiind menționate de doar 1.8% (5) dintre respondenți (Figura 41).

Figura 41. Surse de informare privind serviciile de reducere a riscurilor

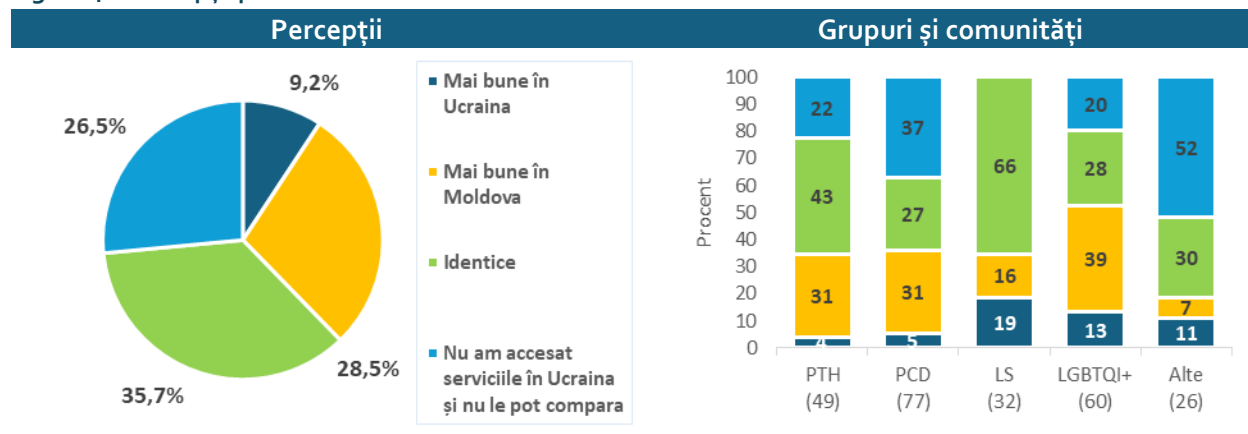


Dintre participanții la studiu care au utilizat cel puțin un serviciu de reducere a riscurilor în Moldova (249), în peste o treime de cazuri (35.7%, 89) aceștia au considerat că serviciile sunt identice în ambele țări. Pe de altă parte, 28.5% (71) au apreciat serviciile din Moldova ca fiind de o calitate mai înaltă față de cele din Ucraina. Un alt segment reprezentat de 26.5% (66) dintre respondenți nu a accesat serviciile în Ucraina și, prin urmare, nu le-au putut compara cu cele din Moldova. În cele din urmă, 9.2% (23) au considerat că serviciile sunt mai bune în Ucraina (Figura 42).

Analiza datelor privind percepțiile asupra serviciilor de reducere a riscurilor în dezagregare după grupuri și comunități a arătat că ponderea celor care au apreciat serviciile din Moldova ca fiind mai bune au variat între 7.4% (grupul „Alte”) și 39.3% (comunitatea LGBTQI+). În plus, cei din grupul PTH și cei din grupul PCD au considerat că serviciile sunt mai bune în Moldova în circa o treime de cazuri (30.6% și 30.8%), iar cei din grupul LS – în 15.6% de cazuri (Figura 42).

Sunt de părere că aceste servicii sunt mai bune în Ucraina 18.8% dintre respondenții grupului LS, 13.1% dintre cei din comunitatea LGBTQI+, 11.1% dintre cei din grupul „Alte”, 5.1% dintre cei din grupul PCD și 4.1% dintre cei din grupul PTH (Figura 42).

Figura 42. Percepții privind utilizarea serviciilor de reducere a riscurilor



Pentru cei care au specificat că serviciile sunt identice în ambele țări, procentele au variat între 26.9% (grupul PCD) și 65.6% (grupul LS). Respondenții grupului PTH au considerat că serviciile sunt identice în 42.9% de cazuri, cei din grupul LGBTQI+ – în 27.9% de cazuri, iar grupul „Alte” – în 29.6% de cazuri.

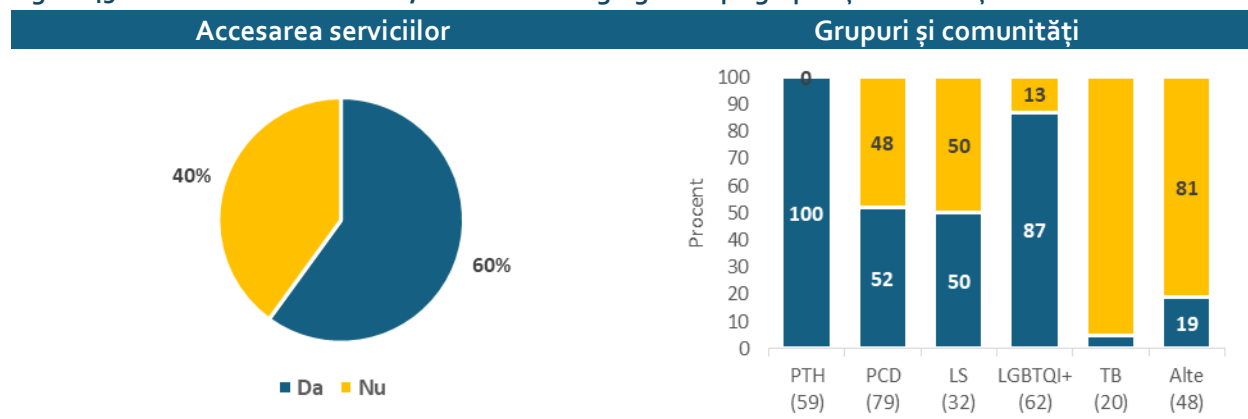
Respondenții care au menționat că nu au accesat serviciile în Ucraina și nu le pot compara cu cele din Moldova reprezintă între 0.0% (grupul LS) și 51.9% (grupul „Alte”). Respondenții grupului PCD au specificat acest fapt în 37.2% de cazuri, cei din grupul PTH – în 22.4% de cazuri, iar cei din comunitatea LGBTQI+ – în de 19.7% (Figura 42).

INFECȚIA HIV

Analiza datelor privind utilizarea serviciilor legate de HIV în Moldova a arătat că majoritatea dintre participanții la studiu au accesat aceste servicii. Astfel, în 60.0% (180 din 300) de cazuri respondenții au menționat că au accesat servicii legate de HIV în perioada aflării acestora în Moldova.

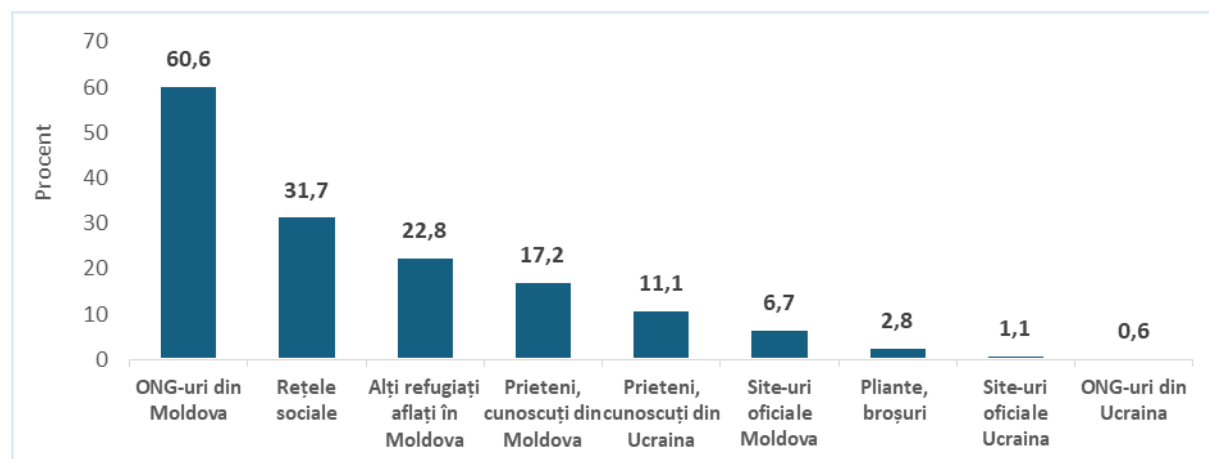
Toți respondenții din grupul PTH (100%, 59 din 59) au afirmat că au accesat serviciile HIV, ceea ce ilustrează o conștientizare și utilizare universală în acest grup. De asemenea, comunitatea LGBTQI+ a raportat o utilizare ridicată a serviciilor HIV, cu 87.1% (54 din 62) dintre respondenți indicând accesarea acestor servicii. În contrast, respondenții din grupul PCD și grupul LS au accesat aceste servicii în 51.9% (41 din 79) și, respectiv, în 50.0% (16 din 32) de cazuri. Respondenții grupului „Alte” au accesat serviciile HIV în 18.8% (9 din 48) de cazuri, iar din grupul TB doar unul dintre respondenți a accesat aceste servicii. Analiza statistică a relevat o valoare P semnificativă ($P < 0.001$), indicând o asociere puternică între grupuri și utilizarea serviciilor legate de HIV (Figura 43).

Figura 43. Accesarea serviciilor HIV, inclusiv în dezagregare după grupuri și comunități



Conform datelor colectate, majoritatea respondenților care au accesat serviciile HIV în Moldova (180) s-au informat despre aceste servicii prin intermediul ONG-urilor din Moldova, aceștia reprezentând 60.6% (109) din total. Rețelele sociale au fost o altă sursă importantă de informare, cu 31.7% (57) dintre respondenți menționându-le. Alte surse au fost alți refugiați aflați în Moldova (22.8%, 41), prietenii și cunoscuții din Moldova (17.2%, 31) și prietenii și cunoscuții din Ucraina (11.1%, 20). Site-urile oficiale din Moldova au fost utilizate de 6.7% (12) dintre respondenți, în timp ce site-urile oficiale din Ucraina au fost o sursă de informare pentru 1.1% (2) dintre respondenți. Pliantele și broșurile au fost menționate în 2.8% (5) cazuri, iar ONG-urile din Ucraina – în 0.6% (1) cazuri (Figura 44).

Figura 44. Surse de informare privind serviciile HIV



În contextul serviciilor accesate, majoritatea respondenților (68.9%, 124 din 180) au apelat la serviciile de testare, în circa o cincime (18.3%, 33 din 180) de cazuri aceștia s-au adresat pentru tratamentul ARV, iar în 12.8% (23 din 180) de cazuri au accesat atât serviciile de testare, cât și de tratament ARV.

Testarea la infecția HIV

Pentru a se testa la infecția HIV, majoritatea covârșitoare dintre participanți (91.2%, 134 din 147) au apelat la serviciile oferite de către ONG-uri. Un procent foarte mic dintre respondenți s-au adresat medicului de familie (2.7%, 4 din 147) sau medicului infecționist (2.7%, 4 din 147). Centrele de confirmare a infecției HIV și inițiere a tratamentului ARV au fost alese în 2.0% (3 din 147) de cazuri, iar clinicile private au fost preferate de 1.4% (2 din 147) dintre participanții la cercetare.

Motivele pentru care respondenții au decis să se testeze pentru HIV au fost diverse. În peste jumătate dintre cazuri (54.5%, 78 din 143¹⁸), respondenții au făcut acest lucru din propria inițiativă. Recomandările medicilor au influențat un procent mic de respondenți (3.5%, 5 din 143), în timp ce recomandările venite din partea angajaților ONG-urilor au fost un factor determinant pentru 42.0% (60 din 143).

Au beneficiat de consiliere înainte de testarea pentru HIV 63.9% (94 din 147) dintre respondenții care au accesat serviciile pentru testare. Cu referire la informațiile oferite la comunicarea rezultatului testului HIV, majoritatea respondenților (95.2%, 140 din 147) au specificat că au fost consiliați și li s-a explicat semnificația rezultatului, pe lângă comunicarea acestuia. Un procent foarte mic (1.4%, 2 din 147) a fost consiliat fără a li se explica semnificația rezultatului, iar 2.7% (4 din 147) au primit doar rezultatul testului fără alte explicații. Doar 0.7% (1 din 147) nu au înțeles semnificația rezultatului primit.

În cadrul studiului, respondenții au fost întrebați despre plățile pentru testarea HIV. Dintre aceștia, patru participanți (2.8%) au menționat că au plătit pentru acest serviciu, sumele variind între 400 și 500 de lei, achitate la casierile clinicilor private.

Dintre respondenții care au fost testați pentru infecția HIV (147), 2.7% (4) au primit recomandarea de a urma PEP, în timp ce alți 5.4% (8) au afirmat că nu au primit asemenea recomandări, deoarece au trecut mai mult de 72 de ore de la expunerea la HIV, în timp ce 91.8% (135) nu au necesitat un astfel de tratament.

¹⁸ Non-răspuns (4).

Toți cei patru respondenți cărora li s-a recomandat PEP au specificat că au fost expuși la HIV în timpul actului sexual. Acestora li s-a recomandat PEP pentru 28 de zile, pe care l-au urmat în Moldova.

Tratamentul ARV

Au accesat servicii privind tratamentul ARV în Moldova 56 dintre respondenți (sau 94.9% din grupul PTH). În 69.6% (39 din 56) de cazuri, tratamentul ART a fost prescris de către medicul infecționist din Ucraina, în 26.8% (15 din 56) de cazuri, acesta a fost prescris de către medicul infecționist din Moldova, iar în 3.6% (2 din 56) tratamentul a fost prescris de un medic din altă țară decât Ucraina sau Moldova. Respondenții au inițiat tratamentul ARV în țara în care le-a fost prescris tratamentul.

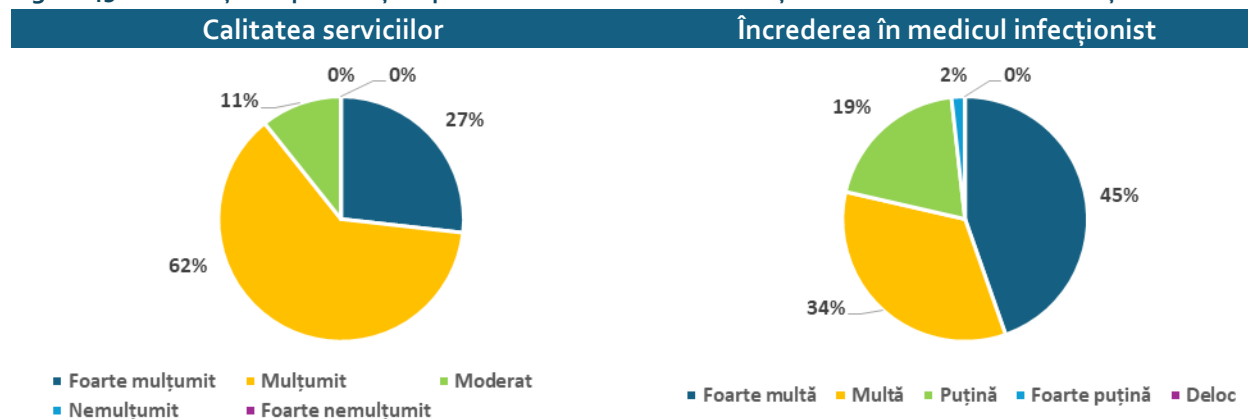
Participanților la studiu care au inițiat tratamentul ARV în afara Moldovei (41) li s-au adresat întrebări cu referire la continuitatea tratamentului în timpul deplasării spre Moldova. Dintre aceștia, opt respondenți au menționat că nu au avut necesarul de pastile pentru a-și asigura terapia pe perioada transferului. Astfel, nu au avut pastile pentru mai puțin de o săptămână unul dintre respondenți, pentru mai mult de două săptămâni – doi dintre respondenți, pentru mai mult de trei săptămâni – unul dintre respondenți și pentru mai mult de o lună – patru dintre respondenți. De asemenea, participanții la studiu care au inițiat tratamentul ARV în afara Moldovei (41) au fost întrebați dacă în Moldova li s-a prescris aceeași schemă de tratament pe care o urmau până la transfer. Au menționat că li s-a oferit aceeași schemă de tratament majoritatea dintre respondenți (78.0%, 32), nu li s-a oferit aceeași schemă în 17.1% (7) de cazuri, iar în 4.9% (2) de cazuri aceștia nu au oferit niciun răspuns.

Metodele de ridicare a pastilelor pentru tratamentul ARV au fost diverse, iar în unele – cazuri mixte. În majoritatea cazurilor, respondenții (92.9%, 52 din 56) au menționat că își ridicau personal pastilele de la Centrul tratamentului ARV, în 5.4% (3 din 56) de cazuri, acestea sunt ridicate de la Centrul tratamentului ARV de către un membru al familiei sau de către un prieten, iar în 19.6% (11 din 56) de cazuri le sunt aduse la domiciliu de reprezentanții ONG-urilor.

Cu referire la efectele adverse în urma administrării medicamentelor ARV în perioada aflării în Moldova, acestea au fost citate de către respondenți în circa o cincime de cazuri (19.6%, 11 din 56). Niciunul dintre respondenții care au experimentat efecte adverse nu a menționat că a primit vreun tratament pentru acestea.

Au povestit că au achitat serviciile medicului infecționist cinci dintre respondenți, suma achitată per serviciu a fost de 100 de lei și a fost plătită din sursele financiare proprii, direct medicului infecționist.

Figura 45. Satisfacția respondenților privind serviciile HIV accesate și încrederea în medicul infecționist

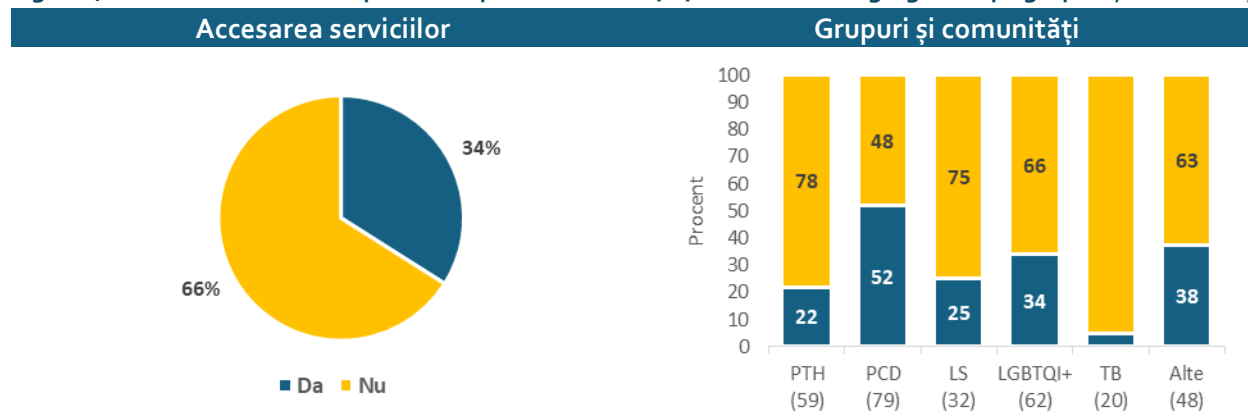


Referitor la satisfacția respondenților față de calitatea serviciilor privind infecția HIV în Moldova, majoritatea (62.5%, 35 din 56) s-au declarat mulțumiți de aceste servicii. Un procent semnificativ (26.8%, 15 din 56) s-a declarat foarte mulțumit, în timp ce 10.7% (6 din 56) au fost moderat mulțumiți. Majoritatea respondenților (44.6%, 25 din 56) și-au exprimat o încredere deplină în medicii infecționiști din Moldova, în timp ce 33.9% (19 din 56) au afirmat că au multă încredere. În plus, 19.6% (11 din 56) au rămas neutri, iar în 1.8% (1 din 56) de cazuri aceștia au spus că au puțină încredere (Figura 45).

HEPATITE VIRALE B ȘI C

Au accesat servicii privind Hepatitele virale (B, C) mai mult de o treime (34.0%, 102 din 300) dintre participanții la studiu. În funcție de grupuri și comunități, rezultatele analizate au arătat că 51.9% (41 din 79) dintre respondenții grupului PCD au indicat că au accesat astfel de servicii. În grupul „Alte”, acest procent a fost de 37.5% (18 din 48), iar în rândul celor din comunitatea LGBTQI+ – de 33.9% (21 din 62). De asemenea, au accesat aceste servicii 25.0% (8 din 32) dintre respondenții grupului LS și 22.0% (13 din 59) dintre cei din grupul PTH. Doar unul dintre respondenții grupului TB a accesat astfel de servicii. Analiza statistică a relevat o diferență semnificativă între grupuri privind accesarea serviciilor privind Hepatitele virale B, C ($P < 0.001$, Figura 46).

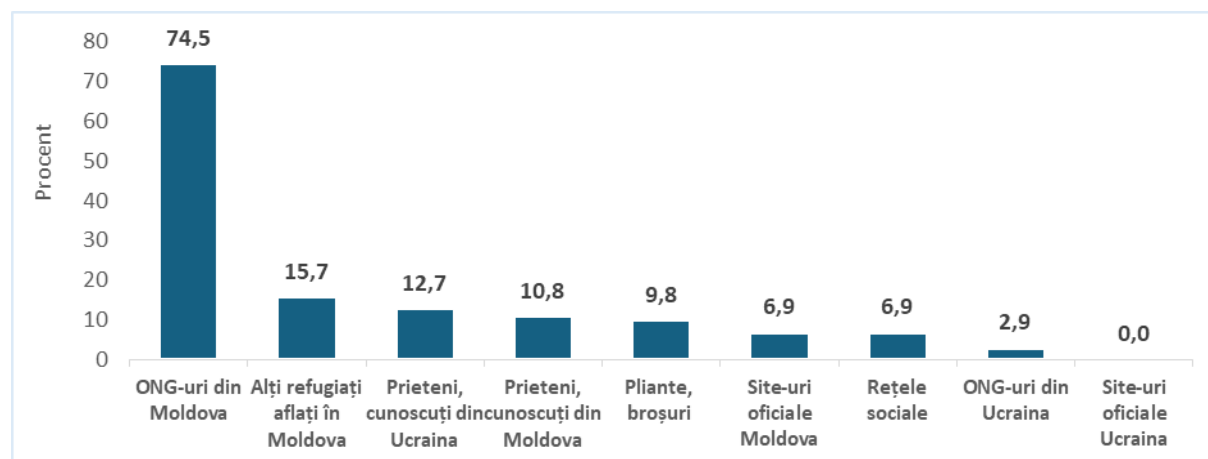
Figura 46. Accesarea serviciilor privind Hepatitele virale B, C, inclusiv în dezagregare după grupuri și comunități



În cadrul studiului, respondenții au fost întrebați de unde au aflat informații despre cum și unde să acceseze serviciile privind Hepatitele virale (B, C). Rezultatele au arătat că majoritatea respondenților, 74.5% (76 din 102), au menționat ONG-urile din Moldova ca sursă principală de informare. Alți refugiați aflați în Moldova au fost citați ca surse de informare de către 15.7% (16 din 102) dintre respondenți, în timp ce prietenii și cunoșcuții din Ucraina au fost o sursă de informare în 12.7% (13 din 102) de cazuri (Figura 47).

Prietenii și cunoșcuții din Moldova au fost amintiți în 10.8% (11 din 102) de cazuri, pliantele și broșurile au fost sursa de informare în 9.8% (10 din 102) de cazuri, iar site-urile oficiale din Moldova și rețelele sociale au fost indicate fiecare de către 6.9% (7 din 102) dintre respondenți. ONG-urile din Ucraina au fost pomenite de 2.9% (3 din 102) dintre respondenți, în timp ce site-urile oficiale din Ucraina nu au fost indicate de niciun respondent (Figura 47).

Figura 47. Surse de informare privind serviciile pentru Hepatitele virale B, C



Cu referire la efectuarea testelor pentru Hepatitele B sau C, în perioada aflării participanților în Moldova, rezultatele au arătat că majoritatea (89.2%, 91 din 102) dintre cei care au accesat astfel de servicii au efectuat ambele teste. În 7.8% (8 din 102) de cazuri, aceștia au efectuat doar testul pentru Hepatita B, iar în 2.9% (3 din 102) de cazuri au efectuat doar testul pentru Hepatita C. În plus, respondenții au menționat că nu au achitat pentru efectuarea testelor, acestea fiindu-le oferite gratuit.

Analizând rezultatele în funcție de grupuri și comunități, s-a constatat că au făcut ambele teste toți dintre respondenții grupului PTH (13 din 13) și 95.1% (39 din 41) dintre cei din grupul PCD. În rândul comunității LGBTQI+ au efectuat ambele teste 18 din 21 de respondenți, în grupul „Alte” – 15 din 18, iar în grupul LS – 6 din 8. Au efectuat doar testul pentru Hepatita B câte doi respondenți din grupul LS și PCD, unul din comunitatea LGBTQI+ și trei din grupul „Alte”. În ceea ce privește testul pentru Hepatita C, acesta a fost efectuat de către doi respondenți din comunitatea LGBTQI+ și unul din grupul TB.

Participanții la studiu au fost întrebați despre statutul lor de vaccinare împotriva Hepatitei B. Astfel, au indicat că sunt vaccinați 9.4% (9 din 96¹⁹) dintre respondenți, 76.0% (73 din 96) au menționat că nu sunt vaccinați, iar 14.6% (14 din 96) au declarat că nu știu dacă au fost vaccinați sau nu.

Studiul a evaluat inclusiv locul unde a fost stabilit diagnosticul Hepatitelor B sau C în rândul participanților la studiu. În acest sens, au indicat că li s-a stabilit diagnosticul în Moldova pentru Hepatita B în 5.9% (6 din 102) de cazuri și pentru Hepatita C – în 7.8% (8 din 102) de cazuri. În plus, unii dintre respondenți au menționat că aveau deja diagnosticul stabilit în Ucraina pentru Hepatita B în 9.8% (10 din 102) de cazuri și în 7.8% (8 din 102) cazuri pentru Hepatita C. De asemenea, unul dintre participanți a declarat că i s-a stabilit diagnosticul pentru Hepatita B într-o altă țară.

Respondenții cu diagnosticul de Hepatită B și/sau C au fost întrebați dacă vreun medic (infecționist sau hepatolog) din Moldova le-a prescris tratament pentru boala respectivă. Rezultatele au arătat că în 12.1% (4 din 33) de cazuri acestora li s-a prescris tratament pentru Hepatita B, în 15.2% (5 din 33) – pentru Hepatita C, iar în 6.1% (2 din 33) – pentru ambele tipuri de Hepatită B și C.

În ceea ce privește tratamentul pentru Hepatita B, șase dintre respondenți au continuat tratamentul început în Ucraina, unul l-a continuat pe cel început într-o altă țară, iar altul l-a inițiat în Moldova. Cei care au început tratamentul în Ucraina sau într-o altă țară au menționat că au avut cu ei necesarul de pastile pe perioada transferului în Moldova, astfel nu au avut întreruperi în tratament.

¹⁹ Non-răspuns (6).

Pentru a-și continua tratamentul pentru Hepatita B, cinci dintre respondenții care l-au inițiat în Ucraina sau în altă țară au avut cu ei setul complet de medicamente. Trei dintre respondenți au primit gratuit medicamentele în Moldova, unul a afirmat că și-a procurat setul de medicamente, iar alții doi nu au inițiat tratamentul.

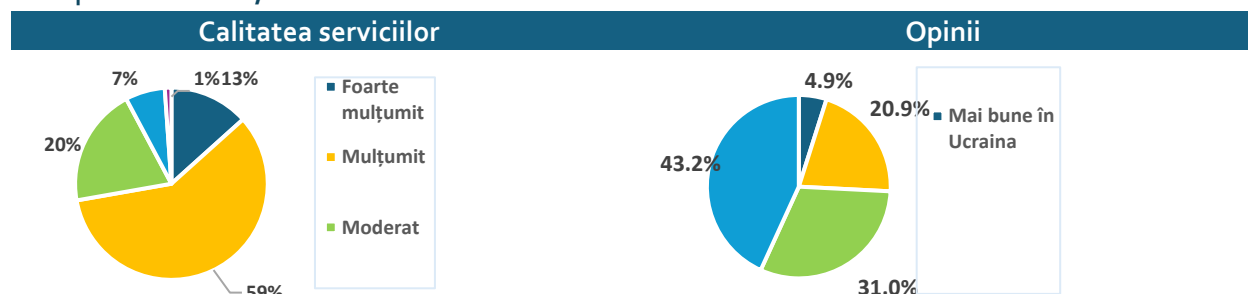
Cât privește tratamentul Hepatitei C, patru dintre respondenți au continuat tratamentul început în Ucraina, iar doi l-au inițiat în Moldova. Un singur respondent dintre cei care au inițiat tratamentul în Ucraina a avut o întrerupere de 21 de zile în perioada transferului către Moldova, din cauza lipsei medicamentelor necesare, iar ulterior acesta le-a procurat din Moldova. Ceilalți trei au avut cu ei toate pastilele necesare pentru întreaga durată a tratamentului. Doi dintre respondenții care au inițiat tratamentul pentru Hepatita C în Moldova și-au procurat setul de medicamente. În plus, cinci dintre respondenții diagnosticați cu Hepatita C în Moldova nu au inițiat tratamentul, doi din cauza lipsei actelor necesare și trei din motive financiare.

Patru dintre respondenții care au declarat că și-au procurat setul de medicamente pentru tratamentul Hepatitelor virale B sau C au indicat diverse surse de finanțare: au folosit bani proprii (4), au recurs la împrumuturi (3) sau au achitat din suportul financiar destinat refugiaților (3).

Dintre cei 102 respondenți care au accesat cel puțin un serviciu pentru tratamentul Hepatitelor virale B sau C, 88.2% (90) și-au exprimat opinia asupra calității acestor servicii. Majoritatea, 59.0% (53 din 90), s-au declarat mulțumiți de calitatea serviciilor, iar 13.1% (12 din 90) au fost foarte mulțumiți. Un procent de 19.7% (18 din 90) au avut o opinie neutră, în timp ce 6.6% (6 din 90) s-au declarat nemulțumiți și 1.6% (1 din 90) – foarte nemulțumiți (Figura 48).

Opiniile asupra calității serviciilor de sănătate privind Hepatitele virale B și C au variat în funcție de experiențele individuale ale respondenților. Aproximativ o cincime dintre respondenți (20.9%, 19 din 90) au evaluat serviciile din Moldova ca fiind mai bune ca în Ucraina, în timp ce 4.9% (4 din 90) au considerat serviciile din Ucraina mai superioare. De asemenea, 43.2% (39 din 90) dintre respondenți au menționat că nu au utilizat serviciile din Ucraina și, prin urmare, nu le pot compara cu cele din Moldova. În plus, 31.0% (28 din 90) au considerat că serviciile sunt identice în ambele țări (Figura 48).

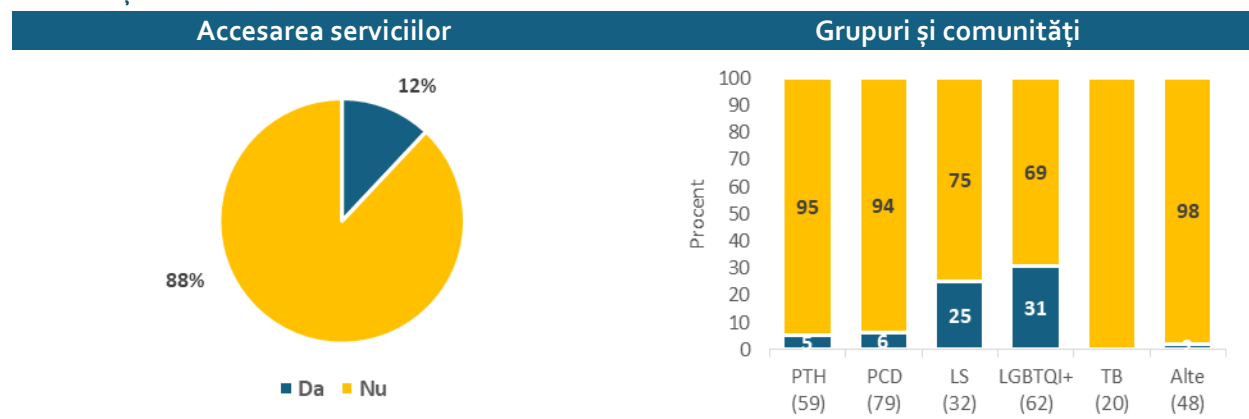
Figura 48. Satisfacția și percepția respondenților privind serviciile accesate în legătură cu Hepatitele virale B, C



INFECȚII CU TRANSMITERE SEXUALĂ

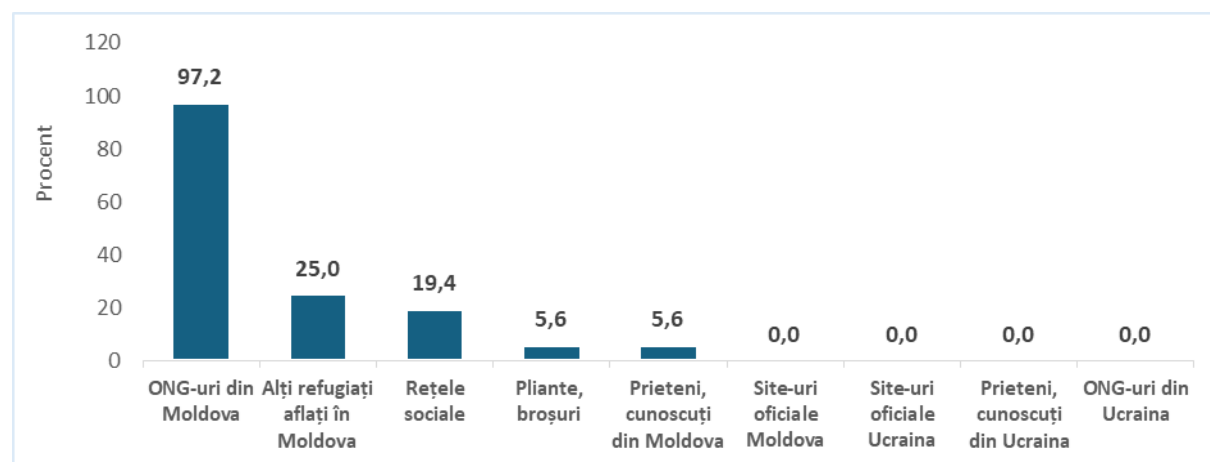
Din cei 300 de participanți la studiu, 12.0% (36) au accesat servicii pentru ITS. Dintre grupurile analizate, cel mai mare procent de respondenți care au accesat serviciile ITS a fost înregistrat în comunitatea LGBTQI+, cu 30.6% (19 din 62). Aceștia au fost urmați de respondenții din grupul LS, cu 25.0% (8 din 32), și din grupul PCD, cu 6.3% (5 din 79). Cei din grupul PTH au accesat serviciile ITS în 5.1% (3 din 59) din cazuri, iar cei din grupul „Alte” – în 2.1% (1 din 48) de cazuri. Niciun respondent din grupul TB nu a accesat aceste servicii. Analiza statistică a relevat o valoare p semnificativă ($P < 0.001$), indicând diferențe însemnate între grupuri în ceea ce privește accesarea serviciilor pentru ITS (Figura 49).

Figura 49. Accesarea serviciilor privind infecțiile cu transmitere sexuală, în dezagregare după grupuri și comunități



În cele mai frecvente cazuri, ONG-urile din Moldova au fost principala sursă de informații privind serviciile ITS, acestea fiind menționate de 97.2% (35 din 36) dintre participanți. Alți refugiați aflați în Moldova au fost o sursă de informații pentru 25.0% (9 din 36) dintre respondenți. Rețelele sociale au fost citate de 19.4% (7 din 36) dintre respondenți. Pliantele și broșurile, precum și prietenii și cunoscuții din Moldova au fost fiecare surse de informații pentru 5.6% (2 din 36) dintre respondenți. În schimb, site-urile oficiale din Moldova și Ucraina, prietenii și cunoscuții din Ucraina și ONG-urile din Ucraina nu au fost menționate de niciunul dintre respondenți (Figura 50).

Figura 50. Surse de informare privind serviciile pentru infecțiile cu transmitere sexuală



Majoritatea participanților la studiu care au accesat servicii de sănătate pentru ITS au apelat la ONG-uri. Conform datelor, 77.8% (28 din 36) dintre respondenți au indicat că au accesat serviciile oferite de ONG-urile din Moldova. Într-o pătrime din cazuri (25.0%, 9 din 36), aceștia s-au adresat și instituțiilor de stat, cum ar fi policlinici sau spitale. În 13.9% (5 din 36) din cazuri, respondenții au accesat astfel de servicii în clinicile private.

Dintre respondenții care au accesat servicii pentru ITS, 66.7% (24 din 36) au menționat că le-a fost prescris tratament pentru ITS, pe care l-au și urmat în Moldova. Un singur respondent care a urmat tratament pentru ITS a fost spitalizat, ceilalți au urmat tratamentul prescris în condiții de ambulatoriu.

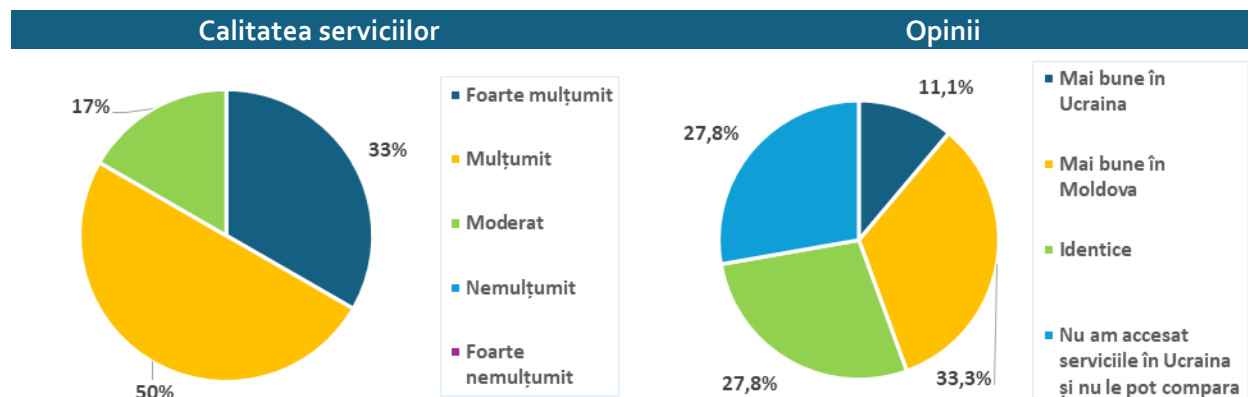
Cinci dintre respondenți au afirmat că au achitat pentru serviciile de sănătate legate de ITS (teste și tratament) sume care au variat între 1000 și 4500 de lei, acestea fiind plătite la casieriele clinicilor private. Unul dintre respondenți a declarat că a achitat 400 de lei direct personalului medical. Pentru 13 dintre respondenții care au urmat tratament pentru ITS în Moldova cheltuielile de tratament au fost suportate de către ONG-uri. Alții șase și-au procurat medicamentele prescrise de farmacii.

În context, cheltuielile suportate pentru serviciile de sănătate legate de ITS au fost acoperite din sursele financiare proprii (5), împrumuturi (3), suport financiar acordat refugiaților (5) sau ajutor din partea prietenilor (1).

Nivelul de satisfacție al participanților la studiu față de calitatea serviciilor de sănătate privind ITS oferite în Moldova a variat. Majoritatea respondenților s-au declarat mulțumiți sau foarte mulțumiți de serviciile primite. Conform datelor, 50.0% (18 din 36) dintre respondenți au declarat că sunt mulțumiți, iar 33.3% (12 din 36) s-au declarat foarte mulțumiți. Un procent de 16.7% (6 din 36) au avut o opinie neutră. Niciun respondent nu s-a declarat nemulțumit sau foarte nemulțumit de calitatea serviciilor de sănătate de care a beneficiat în Moldova (Figura 51).

Participanții la studiu au avut opinii variate privind serviciile de sănătate legate de ITS oferite în Moldova, comparativ cu cele din Ucraina. Conform datelor, 33.3% (12 din 36) dintre respondenți au considerat că serviciile din Moldova sunt mai bune decât cele din Ucraina, iar în 1.1% (4 din 36) de cazuri aceștia au considerat că serviciile din Ucraina sunt mai superioare. Un procent de 27.8% (10 din 36) au evaluat serviciile ca fiind identice în ambele țări, iar în 27.8% (10 din 36) de cazuri, respondenții nu au accesat serviciile din Ucraina și, prin urmare, nu le-au putut compara cu cele din Moldova (Figura 51).

Figura 51. Satisfacția și percepția respondenților privind serviciile de sănătate accesate în legătură cu infecțiile cu transmitere sexuală



DEPENDENȚA DE DROGURI

O treime dintre participanții la studiu (30.3%, 91 din 300) au menționat că au consumat vreodată droguri (injectabile sau non-injectabile). Respondenții care au indicat consumul de droguri au fost reprezentanți ai grupului PCD (86.8%, 79) și ai grupului PTH (13.2%, 12).

O proporție considerabilă a respondenților a avut o perioadă îndelungată de consum de droguri (injectabile sau non-injectabile). Astfel, cea mai mare parte dintre respondenți (44.0%, 40 din 91) au afirmat că au consumat droguri timp de 5-10 ani. De asemenea, un procent semnificativ (26.4%, 24 din 91) a raportat un consum de peste 15 ani, în timp ce 17.6% (16 din 91) au consumat droguri timp de 2-4 ani. În 8.8% (8 din 91) de cazuri, aceștia au indicat o durată de 11-14 ani, iar în 3.3% (3 din 91) au menționat un consum timp de un an.

Cât privește consumul de droguri, 63.7% (58 din 91) dintre respondenți au declarat că au consumat droguri non-injectabile, inclusiv în perioada aflării lor în Moldova. Au menționat că au consumat vreodată droguri injectabile 56.0% (51 din 91) dintre respondenți, iar 49 dintre aceștia au continuat să le consume, inclusiv în perioada aflării în Moldova. În plus, 12 dintre respondenții care au indicat consum de droguri fie injectabile sau non-injectabile au specificat că nu mai consumă droguri din momentul aflării pe teritoriul Moldovei.

Un procent semnificativ dintre consumatorii de droguri injectabile, mai exact 73.5% (36 din 49), au declarat că au utilizat astfel de substanțe în ultimele 30 de zile. De asemenea, 10.2% (5 din 49) au menționat consumul în ultimele șase luni, iar 16.3% (8 din 49) au mărturisit că au folosit droguri injectabile cu mai mult de un an în urmă.

Majoritatea substanțelor consumate non-injectabil în ultimele șase luni au fost canabisul, marijuana și hașișul, cu un procent de 95%. Alte substanțe notabile au inclus amfetaminele (55%), noile substanțe psihoactive sub formă de pulberi, cristale sau tablete (60%) și Ecstasy (26%). În ceea ce privește consumul de droguri injectabile, derivații de mac (șircă) au fost cei mai frecvent utilizați, cu un procent de 59%. Alte substanțe injectabile frecvent consumate au inclus amfetaminele (34%), noile substanțe psihoactive sub formă de lichide (46%) și metamfetaminele (29%) (Tabelul 2).

Tabelul 2. Consumul de substanțe injectabile și non-injectabile consumate în ultimele șase luni de către respondenți

Denumire substanțe	Consum non-injectabil ultimele 6 luni, n (%)	Consum injectabil ultimele 6 luni, n (%)
Total	58	41
Canabis, marijuana, hașiș	55 (94.8)	-
Heroină	3 (5.2)	4 (9.8)
Cocaină	6 (10.3)	2 (4.9)
Amfetamine	32 (55.2)	14 (34.1)
Metamfetamine (VINT)	-	12 (29.3)
Ecstasy (MDMA, MDA)	15 (25.9)	-
Ciuperci halucinogene, mescalina	2 (3.4)	-
Ketamină	-	3 (7.3)
Substanță halucinogenă (Lysergic Acid Diethylamide, LSD)	12 (20.7)	-
Derivați de mac	-	24 (58.5)
Dezomorfina, tropicamid	-	-

Denumire substanțe	Consum non-injectabil ultimele 6 luni, n (%)	Consum injectabil ultimele 6 luni, n (%)
<i>Metadon, Buprenorfină, Fentanil, Subutex (ilicit)</i>	6 (10.3)	10 (24.4)
<i>Promedol, Fenobarbital, Amobarbital, Tramadol, Morfină, Codeină, Efedrină, Omnopon, Dimedrol, Amitriptilină, Tranchilizante</i>	11 (19.0)	2 (4.9)
<i>Diazepam, Alprazolam, Rivotril, Clonazepam, Krestin</i>	13 (22.4)	2 (4.9)
Gamma-Hydroxybutyrate (GHB)	2 (3.4)	-
Gamma-Butyrolactone (GBL)		
NSP sub formă de amestecuri de ierburi pentru fumat cu efecte similare drogurilor (<i>chimari, etnobotanice, spice, mușețel, trandafir</i>)	15 (25.9)	-
NSP sub formă de pulberi, cristale, tablete cu efecte similare drogurilor (<i>mefedron, pentedron, alfa-PVP, săruri</i>)	35 (60.3)	12 (29.3)
NSP sub formă de lichide cu efecte similare drogurilor	8 (13.8)	19 (46.3)
Alte substanțe (nespecificat)	14 (24.1)	-

Toți cei 41 de participanți (100%) care au indicat consumul de substanțe injectabile în ultimele 30 de zile sau în ultimele șase luni au indicat utilizarea de seringi și ace sterile. Cu toate acestea, conform datelor, 48.7% (20 din 41) dintre respondenți au declarat că au folosit ocazional²⁰ și echipamente reutilizate. De asemenea, 43.9% (18 din 41) au menționat că au fost injectați sau s-au injectat singuri cu seringi pre-umplute, fără a vedea cum au fost încărcate aceste seringi. În plus, 39.0% (16 din 41) dintre respondenți au specificat că au oferit altor persoane seringi cu doză, dar fără ac, pentru a se injecta, și că au oferit ocazional²¹ altor persoane seringi sau ace folosite.

Majoritatea respondenților (83.7%, 41 din 49) care au indicat consumul de droguri injectabile au menționat că știu de unde sau de la cine pot obține seringi noi și neutilizate în Moldova. În plus, 83.7% (41 din 49) dintre aceștia au declarat că pot obține seringi noi și neutilizate atunci când au nevoie de ele, iar 81.6% (40 din 49) au afirmat că pot obține seringi noi și neutilizate în cantitatea necesară, atunci când au nevoie. În ceea ce privește accesul gratuit la seringi, 81.6% (40 din 49) dintre respondenți au indicat că au primit seringi gratuit.

Respondenții care sunt consumatori ai drogurilor injectabile au mărturisit că au obținut seringi și ace noi în Moldova prin diverse surse. Majoritatea (79.6%, 39 din 49) au beneficiat de programele de schimb de seringi, în timp ce 65.3% (32 din 49) le-au achiziționat din farmacii. De asemenea, 40.8% (20 din 49) au primit seringi și ace de la prieteni. Un număr mai mic de respondenți a menționat alte surse: 14.3% (7 din 49) au obținut seringi și ace de la lucrători medicali în afara instituțiilor medicale, iar 18.4% (9 din 49) – de la alți consumatori de droguri. Partenerii sexuali au fost menționați de 12.2% (6 din 49) dintre respondenți, în timp ce 4.1% (2 din 49) au obținut seringi și ace noi de la dealeri de droguri sau prin achiziții pe stradă.

Drept sursă principală de obținere a seringilor și acelor noi în Moldova a fost programul de schimb de seringi, utilizat de 68.3% (33 din 49) dintre respondenți. Totodată, 25.0% (12 din 49) dintre respondenți le-au achiziționat în farmacii. Prietenii au fost menționați ca sursă de bază de 3.7% (2 din 49) dintre respondenți, iar partenerii sexuali – de 3.0% (1 din 49) dintre respondenți.

Aflându-se în Moldova, nouă dintre respondenți au specificat că au avut supradoze până la pierderea cunoștinței, iar opt dintre aceștia au menționat că au folosit *Naloxonă* pentru a-și trata supradozele.

²⁰ În 1%–24% de cazuri.

²¹ În 1%–24% de cazuri.

În perioada în care s-au aflat pe teritoriul Moldovei, 19.0% (16 din 84²²) dintre respondenții care au indicat că au consumat vreodată droguri (injectabile sau non-injectabile) au specificat că s-au adresat pentru consultații la un specialist în adicții (medicul narcolog).

Conform datelor, în 18.7% (17 din 91) de cazuri, respondenții au indicat că sunt înregistrați la un specialist în adicții în Ucraina, iar în 6.6% (6 din 91) de cazuri că sunt înregistrați la un astfel de specialist în Moldova. De asemenea, 5.5% (5 din 91) dintre respondenți au menționat că sunt înregistrați la un specialist în adicții atât în Ucraina, cât și în Moldova.

Studiul a evidențiat diversitatea experiențelor respondenților în ceea ce privește tratamentul pentru dependența de droguri. Astfel, conform datelor, 25.6% (21 din 82²³) dintre respondenți au raportat la momentul interviului că urmează în prezent un tratament în Moldova pentru a renunța la consumul de droguri. În plus, în 40.2% (33 din 82) de cazuri aceștia au declarat că au urmat tratament în trecut, dar în prezent nu se mai află în tratament. Pe de altă parte, 37.8% (31 din 82) dintre respondenți au afirmat că nu au urmat niciodată vreun tratament pentru a renunța la consumul de droguri.

În același context, respondenții au specificat că au beneficiat de diverse servicii pentru a renunța la consumul de droguri. Conform datelor, 5.5% (5 din 91) dintre respondenți au indicat urmarea unui tratament în condiții de ambulatoriu, în timp ce 37.4% (34 din 91) au specificat că au primit consultații de la specialiști în adicții (medic terapeut sau narcolog). Grupurile de sprijin au fost menționate de 6.6% (6 din 91) dintre respondenți, iar în 23.1% (21 din 91) de cazuri aceștia au vorbit despre terapie cu Metadonă sau Buprenorfină. De asemenea, 5.5% (5 din 91) dintre respondenți au confirmat că au beneficiat de servicii de reabilitare în centre specializate.

Doi dintre respondenți au indicat plăți pentru tratamentul dependenței de droguri (detoxificare anonimă), în valoare de 10000 și 5000 de lei, pe care aceștia le-au achitat în casieria spitalului unde au urmat tratamentul, au achitat din banii proprii, inclusiv din ajutorul financiar pentru refugiați primit în Moldova.

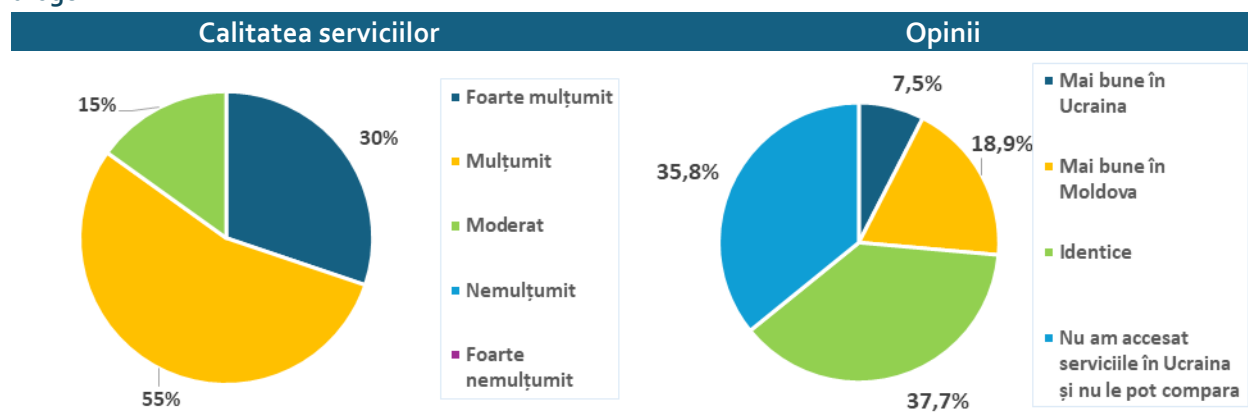
Datele studiului reflectă o percepție general pozitivă asupra calității serviciilor oferite pentru dependența de droguri în Moldova. În acest sens și-au exprimat părerea 53 dintre respondenți. În o treime cazuri (30.3%, 16) respondenții s-au declarat foarte mulțumiți, iar în mai mult de jumătate din cazuri (54.5%, 29) au afirmat că sunt mulțumiți de aceste servicii. Un procent mai mic, de 15.2% (8), au spus că sunt moderat mulțumiți, adică nu sunt nici mulțumiți, nici nemulțumiți (Figura 52).

Referitor la opiniile respondenților privind serviciile pentru dependența de droguri oferite în Moldova și Ucraina, acestea au fost diverse. În 7.5% (4 din 53) de cazuri, aceștia au considerat că serviciile sunt mai bune în Ucraina, în timp ce 18.9% (10 din 53) dintre respondenți au afirmat că serviciile sunt mai bune în Moldova. Un procent semnificativ, de 37.7% (20 din 53), au declarat că serviciile sunt identice în ambele țări. De asemenea, 35.8% (19 din 53) dintre respondenți au menționat că nu au utilizat serviciile din Ucraina și, prin urmare, nu le pot compara cu cele din Moldova (Figura 52).

²² Non-răspuns (7).

²³ Non-răspuns (9).

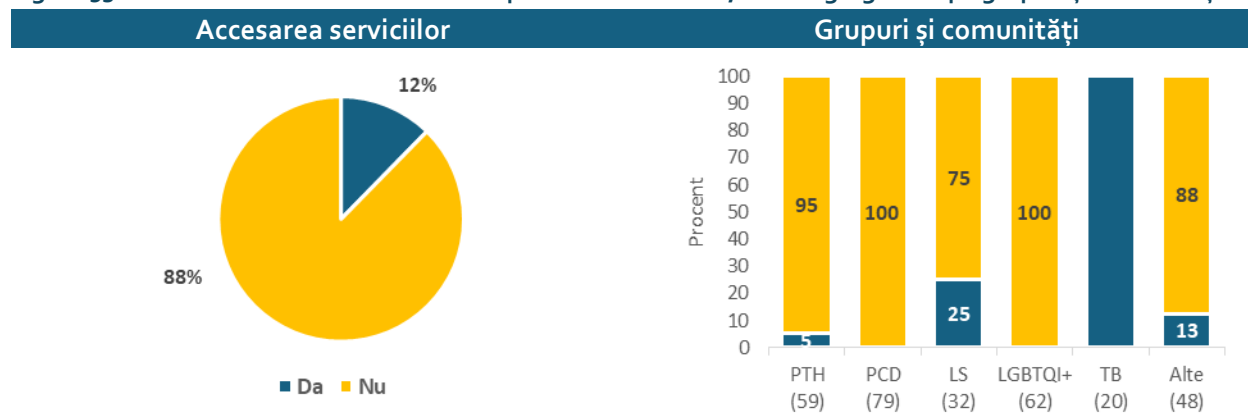
Figura 52. Satisfacția și percepția respondenților privind serviciile accesate în legătură cu dependența de droguri



TUBERCULOZA

Din totalul de 300 de respondenți, 12.3% (37) au menționat că au accesat serviciile de sănătate privind TB. În funcție de grupuri și comunități, toți participanții grupului TB (20 din 20) au accesat aceste servicii. De asemenea, au beneficiat de astfel de servicii o pătrime dintre cei din grupul LS (25.0%, 8 din 32) și 12.5% (6 din 48) din grupul „Alte”. Niciun respondent din grupul PCD și din comunitatea LGBTQI+ nu a accesat astfel de servicii. Analiza statistică a relevat o asociere semnificativă între grupuri și accesarea serviciilor de sănătate privind TB ($p < 0.001$) (Figura 53).

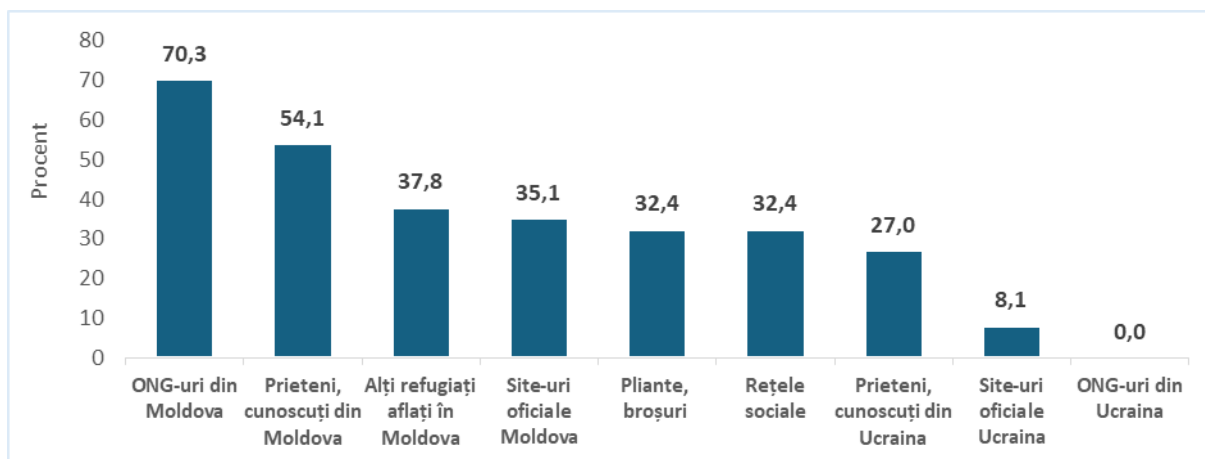
Figura 53. Accesarea serviciilor de sănătate privind tuberculoza, în dezagregare după grupuri și comunități



În cadrul studiului, participanții au fost întrebați cum au aflat despre modalitățile și locurile unde pot solicita asistență privind serviciile de sănătate pentru TB. Astfel, ONG-urile din Moldova au jucat un rol crucial în informarea participanților, 70.3% (26 din 37) dintre aceștia menționând că au aflat despre aceste servicii prin intermediul unor asemenea organizații. Prietenii și cunoșcuții din Moldova au fost o sursă importantă de informare pentru 54.1% (20 din 37) dintre respondenți. Alți refugiați aflați în Moldova au oferit informații utile în 37.8% (14 din 37) de cazuri, site-urile oficiale din Moldova – în 35.1% (13 din 37) de cazuri, iar în câte 32.4% (12 din 37) de cazuri respondenții au menționat că au aflat informațiile necesare din pliante și broșuri sau au utilizat rețelele sociale. Au primit informații de la prietenii și cunoșcuții din Ucraina în 27.0% (10 din 37) de cazuri, în timp ce 8.1% (3 din 37) dintre respondenți au accesat site-urile

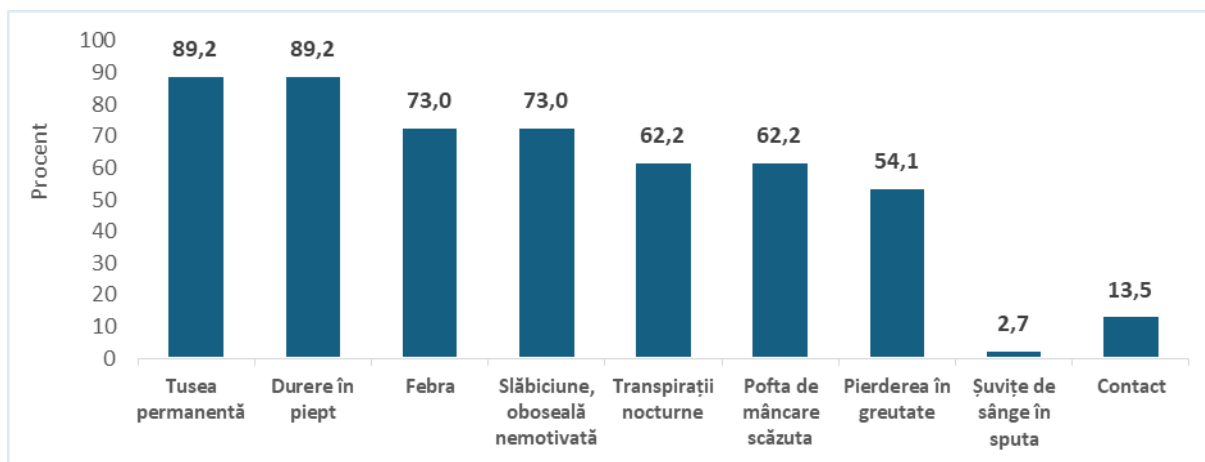
oficiale din Ucraina. Niciun respondent nu a menționat ONG-urile din Ucraina drept sursă de informare (Figura 54).

Figura 54. Surse de informare privind serviciile de sănătate pentru tuberculoză



Cu referire la simptomele care i-au determinat pe participanții la studiu să se adreseze medicului, majoritatea (89.2%, 33 din 37) au declarat că tusea permanentă și durerea în piept au fost principalele motive pentru care aceștia au accesat serviciile de sănătate privind TB. Temperatura ridicată a corpului și slăbiciunea sau oboseala nemotivată au fost raportate de 73.0% (27 din 37) dintre participanți. Transpirațiile nocturne și pofta de mâncare redusă au fost menționate în 62.2% (23 din 37) de cazuri, iar pierderea în greutate a fost un simptom important pentru 54.1% (20 din 37) dintre respondenți. În 2.7% (1 din 37) de cazuri, participanții au citat prezența șuvițelor de sânge în spută în timpul tusei. În plus, în 13.5% (5 din 37) de cazuri, respondenții au accesat serviciile pentru TB, fiind în contact cu alte persoane care sufereau de TB (Figura 55).

Figura 55. Simptome privind tuberculoza



Studiul a evaluat timpul cuprins între apariția primelor simptome caracteristice TB până la momentul în care participanții s-au adresat după servicii medicale. Astfel, în peste jumătate (54.1%, 20 din 37) de cazuri, respondenții au menționat că au așteptat între două și trei săptămâni înainte de a solicita asistență medicală. În circa o treime (27.0%, 10 din 37) de cazuri, aceștia s-au adresat după asistență medicală în decurs de o săptămână de la apariția simptomelor. Un număr mai mic de respondenți, 16.2% (6 din 37), au așteptat mai mult de trei săptămâni înainte de a căuta ajutor medical, iar 2.7% (1 din 37) au menționat

că au așteptat între una și două săptămâni. Motivele mărturisite ale adresării după asistență în mai mult de trei săptămâni au fost frica de investigații și analize (3) și necunoașterea locului unde să se adreseze (3).

În marea majoritate a cazurilor (91.9%, 34 din 37), respondenții au indicat că s-au adresat după asistență pentru TB în instituțiile de stat (policlinică sau spital). În 13.5% (5 din 37) de cazuri, aceștia au menționat că au apelat la ONG-uri pentru suport în accesarea serviciilor, iar în 5.4% (2 din 37) de cazuri, aceștia s-au adresat la clinici private. Au achitat pentru servicii doi dintre respondenți (cei care s-au adresat la clinicile private) și care au avut cheltuieli între 250 și 2000 de lei, iar plățile au fost făcute în casierile clinicilor din surse financiare proprii.

Diagnosticul de TB a fost confirmat în 54.1% (20 din 37) dintre cazuri. Respondenții au menționat că și-au aflat diagnosticul în termen de 1-3 zile de la efectuarea investigațiilor pentru TB. Dintre aceștia, 15 au fost diagnosticați cu TB sensibilă, iar cinci – cu TB rezistentă. Toți respondenții au fost spitalizați în staționările specializate pentru a-și urma faza inițială a tratamentului antituberculos prescris. Respondenții au indicat că și-au urmat tratamentul sub directă observare (DOT), fiind supravegheați de asistentele medicale atât în perioada spitalizării, cât și în perioada de ambulatoriu. De asemenea, aceștia mergeau zilnic la punctele de tratament (cabinete TB) pentru a-și ridica pastilele. Niciunul dintre respondenți nu a menționat despre utilizarea programului de supraveghere video a tratamentului (*VST, Video Supported Treatment*) în perioada în care și-au urmat tratamentul în ambulatoriu.

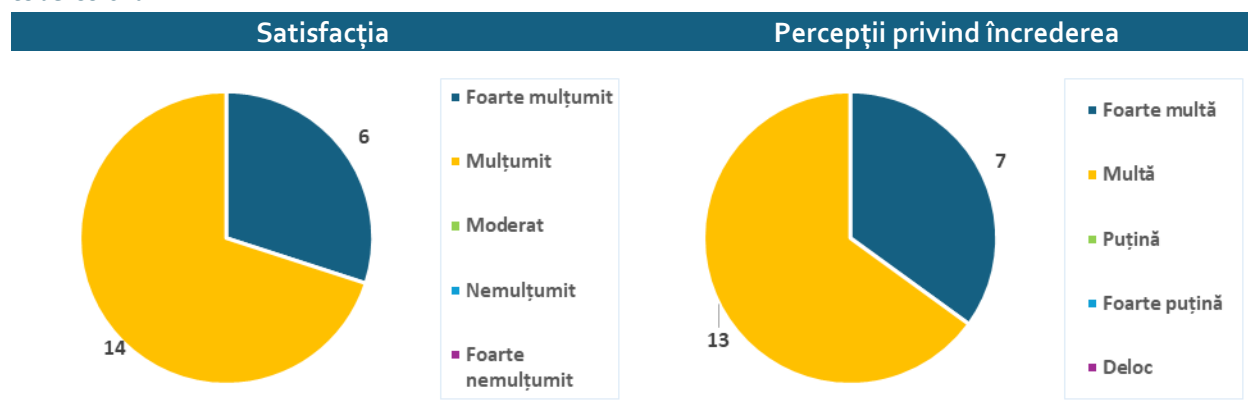
Participanții au fost întrebați dacă au experimentat careva dintre reacțiile adverse pe parcursul tratamentului pentru TB. Astfel, aceștia au menționat că au avut grețuri (20 din 20), cefalee (15 din 20), diaree și durerile gastrice (12 din 20), dureri musculare sau în articulații (11 din 20), vomă (8 din 20), sentimente de depresie (6 din 20), erupții pe piele și prurit (3 din 20), dar și scăderea vederii (2 din 20). În plus, respondenții care au prezentat reacții adverse au specificat că au primit tratament pentru reacții adverse în perioada spitalizării.

Cu referire la suportul acordat pe parcursul tratamentului antituberculos, participanții la studiu au afirmat că au beneficiat de suport din partea asistenților sociali (13 din 20), dar și a psihologilor (7 din 20). De asemenea, toți respondenții au menționat că au primit suport sub formă de stimulente pentru aderență pe perioada tratamentului TB.

Dintre cei 20 de participanți la studiu care au urmat tratamentul pentru TB, zece au indicat că au finalizat tratamentul cu succes. Un participant a fost evaluat cu eșec la tratament, iar alți nouă încă urmau tratamentul la momentul interviului.

În ceea ce privește satisfacția față de calitatea serviciilor accesate pentru TB, 14 respondenți au declarat că au fost mulțumiți, iar șase au menționat că sunt foarte mulțumiți. Totodată, 13 participanți au specificat că au avut multă încredere în medicul care i-a tratat, în timp ce alții cinci au spus că au avut foarte multă încredere (Figura 56).

Figura 56. Satisfacția și percepția respondenților privind serviciile de sănătate accesate în legătură cu tuberculoza



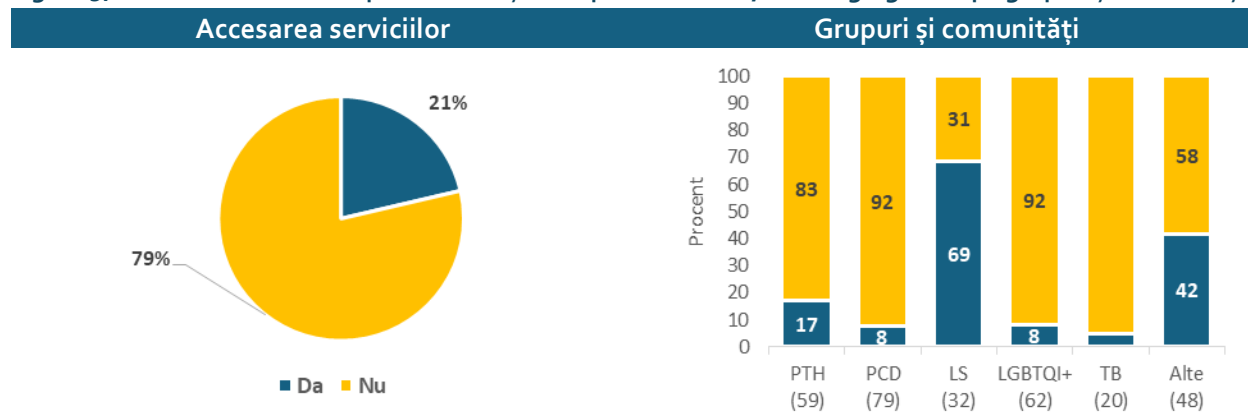
INFECȚII RESPIRATORII VIRALE ACUTE

Din totalul de 300 de participanți la studiu, 21.3% (64) au menționat că au solicitat asistență medicală pentru infecțiile respiratorii acute (IRVA) (Figura 57).

Analizând mai în detaliu, s-a observat că respondenții grupului LS au avut cel mai mare procentaj privind solicitarea asistenței medicale în legătură cu IRVA, cu 68.8% (22 din 32). A urmat grupul „Alte” cu 41.7% (20 din 48), apoi cei din grupul PTH – cu 16.9% (10 din 59). Respondenții din comunitatea LGBTQI+ au solicitat astfel de asistență în 8.1% (5 din 62) de cazuri, iar cei din grupul PCD – în 7.6% (6 din 79). Doar un participant din grupul TB a solicitat asistență medicală pentru IRVA (Figura 57).

Datele arată o variabilitate semnificativă între grupuri în ceea ce privește solicitarea asistenței medicale pentru IRVA ($P < 0.001$, Figura 57).

Figura 57. Accesarea serviciilor privind infecțiile respiratorii acute, în dezagregare după grupuri și comunități



Dintre 64 de respondenți care au solicitat asistență medicală pentru IRVA, în 85.9% (55 din 64) de cazuri aceștia au apelat la instituțiile de stat (policlinici, spitale). În 20.3% (13 din 64) de cazuri participanții au declarat că au apelat inclusiv la clinici private. Majoritatea (84.4%, 54 din 64) respondenților care au solicitat asistență medicală privind IRVA au efectuat investigații, teste sau analize, iar în circa o treime de cazuri (27.8%, 15 din 54) aceștia au menționat că au achitat bani pentru unele dintre aceste servicii.

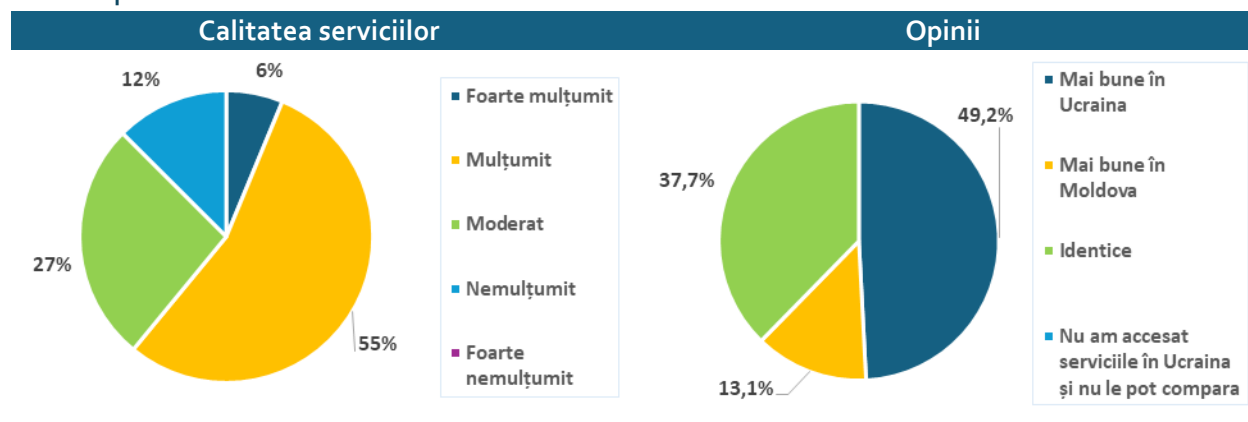
Cu referire la sumele plătite, datele arată o variabilitate considerabilă. Astfel, în câte unul din 14 cazuri respondenții au plătit 300 de lei și 400 de lei, respectiv. În general, sumele achitate au variat de la 300 de lei până la 2000 de lei, cu un număr de respondenți (2 din 14) care au plătit 500 de lei și 1100 de lei. Această variabilitate sugerează diferențe în costurile serviciilor medicale, posibil și în funcție de tipul și complexitatea investigațiilor efectuate. În ceea ce privește destinația plăților, 25.9% (14 din 54) dintre respondenți au afirmat că au plătit la casieria spitalului sau policlinicii, în timp ce 9.3% (5 din 54) au declarat că au plătit direct personalului medical. Aceste date indică faptul că majoritatea plăților au fost efectuate prin canale oficiale, dar au fost și cazuri de plăți informale.

Dintre respondenții care au suportat plăți, 25.9% (14 din 54) au menționat că au folosit propriile economii pentru a acoperi costurile de sănătate, iar în 7.4% (4 din 54) de cazuri aceștia au indicat că au apelat la împrumuturi. În câte 5.6% de cazuri fiecare, au primit ajutor din partea rudelor și prietenilor (3 din 54), au folosit sursele financiare din suportul acordat pentru refugiați (3 din 54) sau costurile pentru serviciile medicale au fost suportate din partea ONG-urilor (3 din 54).

Participanții la studiu au fost întrebați cât de mulțumiți au fost de calitatea serviciilor privind IRVA oferite în Moldova. Astfel, în 54.7% (35 din 64) de cazuri respondenții au menționat că au fost mulțumiți de calitatea serviciilor, iar în 26.6% (17 din 64) de cazuri aceștia s-au declarat neutri. Pe de altă parte, în 12.5% (8 din 64) de cazuri participanții au declarat că sunt nemulțumiți de calitatea serviciilor, în timp ce 6.3% (4 din 64) au mărturisit că sunt foarte mulțumiți (Figura 58).

De asemenea, participanții la studiu și-au exprimat părerile privind percepția calității serviciilor în comparație cu cele din Ucraina. În 46.9% (30 din 64) de cazuri, respondenții au indicat că serviciile medicale legate de IRVA sunt mai bune în Ucraina, în timp ce în 35.9% (23 din 64) cazuri aceștia au menționat că serviciile sunt identice în ambele țări. Un număr mai mic de respondenți, 12.5% (8 din 64), au specificat că serviciile medicale sunt mai bune în Moldova, în timp ce 4.7% (3 din 64) au menționat că nu au utilizat astfel de servicii în Ucraina și, prin urmare, nu au putut face o comparație (Figura 58).

Figura 58. Satisfacția și percepția respondenților privind serviciile de sănătate accesate în legătură cu infecțiile virale respiratorii acute



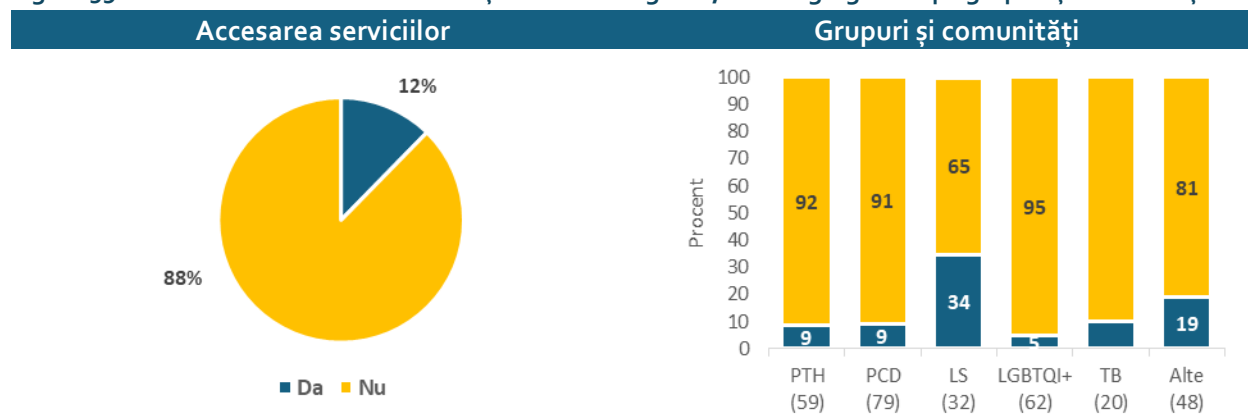
URGENTE MEDICALE

Din 300 de participanți la studiu, 12.3% (37) au indicat că au solicitat asistență medicală de urgență în timpul șederii lor în Moldova (Figura 59).

Studiul a analizat frecvența solicitării asistenței medicale de urgență în timpul șederii respondenților în Moldova, în funcție de grupuri și comunități. Rezultatele au arătat că respondenții grupului LS au

Înregistrat cel mai mare procent dintre cei care au solicitat asistență medicală de urgență, cu 34.4% (11 din 32), raportând că au avut nevoie de astfel de servicii. Respondenții grupului „Alte” au solicitat asistență medicală de urgență în 18.8% (9 din 48) de cazuri, cei din grupul PCD – în 8.9% (7 din 79) de cazuri, iar cei din grupul PTH – în 8.5% (5 din 59) de cazuri. Respondenții din comunitatea LGBTQI+ au solicitat asistență medicală de urgență în 4.8% (3 din 62) de cazuri, iar în ceea ce privește grupul TB, au indicat că au solicitat asistență medicală de urgență doi dintre respondenții. Analiza statistică a relevat că există diferențe semnificative între grupuri în ceea ce privește frecvența solicitării asistenței medicale de urgență ($P=0.001$) (Figura 59).

Figura 59. Accesarea serviciilor de asistență medicală urgentă, în dezagregare după grupuri și comunități



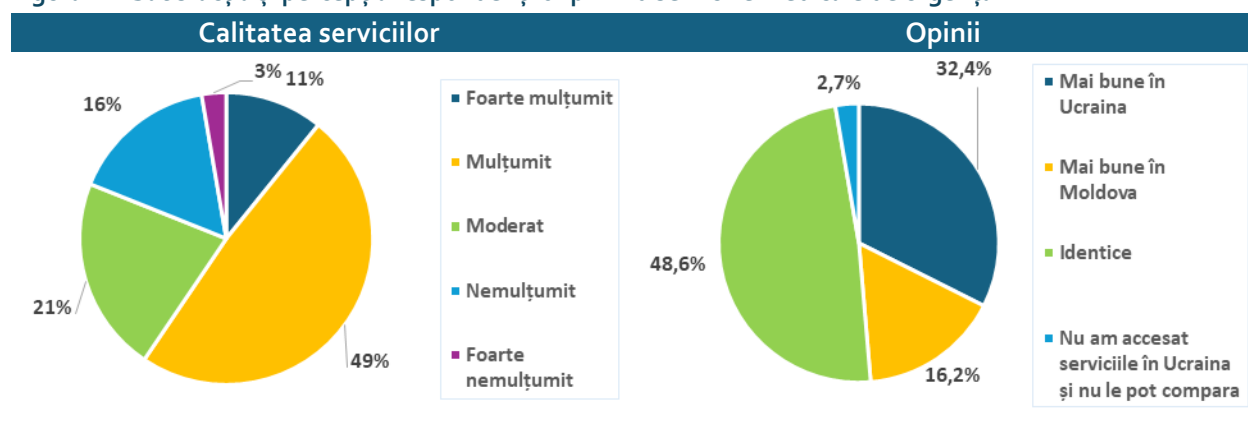
Rezultatele au arătat că majoritatea covârșitoare a respondenților, 94.6% (35 în 37), au apelat la instituțiile de stat (departamente de urgență) pentru asistență medicală de urgență, iar în 5.4% (2 din 37) de cazuri au apelat la o clinică privată pentru astfel de servicii.

Au declarat că au trecut prin diverse examinări, teste și analize medicale de urgență 73.0% (27 din 37) dintre respondenți. În ceea ce privește costurile asociate acestor servicii, 8.1% (3 din 37) au raportat că au avut cheltuieli în acest sens. Dintre cei care au suportat cheltuieli, sumele au variat între 600 și 1000 de lei, efectuând plățile direct la casieria departamentului de urgență. Unul dintre respondenți a indicat că a suportat cheltuielile din sursele financiare proprii, iar alții doi au declarat că au achitat din împrumuturi.

Satisfacția față de calitatea serviciilor primite în Moldova a variat. Rezultatele au arătat că aproape jumătate dintre respondenți (48.6%, 18 din 37) s-au declarat mulțumiți de calitatea serviciilor, iar peste o cincime (21.6%, 8 din 37) au fost moderat mulțumiți, indicând că serviciile au fost acceptabile, dar nu excepționale. Pe de altă parte, 16.2% (6 din 37) dintre respondenți s-au declarat nemulțumiți de calitatea serviciilor, iar un procent mai mic, de 2.7% (1 din 37), au fost foarte nemulțumiți. În contrast, 10.8% (4 din 37) dintre respondenți au fost foarte mulțumiți de serviciile de care au beneficiat, evidențiind o experiență pozitivă în ceea ce privește asistența medicală de urgență (Figura 60).

Cu referire la compararea serviciilor primite în Moldova cu cele din Ucraina, rezultatele au arătat că aproape jumătate dintre respondenți, 48.6% (18 din 37), au considerat că serviciile de urgență din ambele țări sunt identice. Un procent semnificativ de 32.4% (12 din 37) au declarat că serviciile din Ucraina sunt mai bune decât cele din Moldova, iar 16.2% (6 din 37) dintre respondenți au considerat că serviciile din Moldova sunt superioare celor din Ucraina. Un procent mic, de 2.7% (1 din 37), nu a utilizat serviciile de urgență din Ucraina și, prin urmare, nu a putut face o comparație (Figura 60).

Figura 6o. Satisfacția și percepția respondenților privind serviciile medicale de urgență



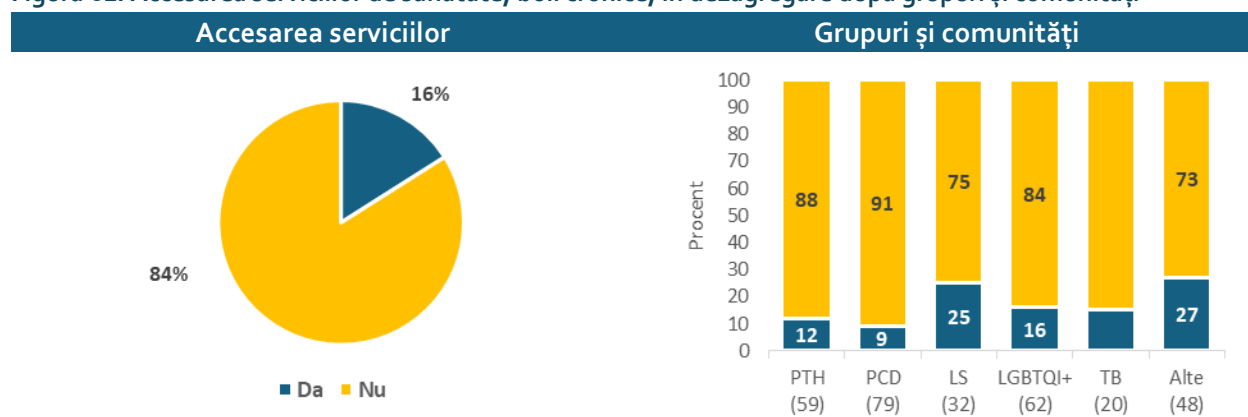
BOLI CRONICE

Participanții la studiu au fost întrebați dacă au solicitat asistență medicală pentru boli cronice. Din totalul de 300 de respondenți, 16% (48 din 300) au indicat că au accesat servicii de sănătate privind astfel de afecțiuni (Figura 61).

În funcție de grupuri și comunități, respondenții din grupul „Alte” au accesat astfel de servicii în 27.1% (13 din 48) de cazuri, iar cei din grupul LS – în 25.0% (8 din 32) de cazuri. Dintre respondenții comunității LGBTQI+, 16.1% (10 din 62) au indicat că au accesat serviciile de asistență medicală pentru boli cronice, în timp ce 11.9% (7 din 59) dintre respondenții grupului PTH și 8.9% (7 din 79) dintre respondenții grupului PCD au făcut același lucru. De asemenea, trei dintre respondenții grupului TB (3 din 20) au accesat astfel de servicii (Figura 61).

Analiza statistică a relevat o valoare P egală cu 0.073. Deși această valoare este aproape de pragul de semnificație de 0.05, ea nu indică o diferență semnificativă statistic între grupuri în ceea ce privește solicitarea asistenței medicale pentru boli cronice.

Figura 61. Accesarea serviciilor de sănătate, boli cronice, în dezagregare după grupuri și comunități

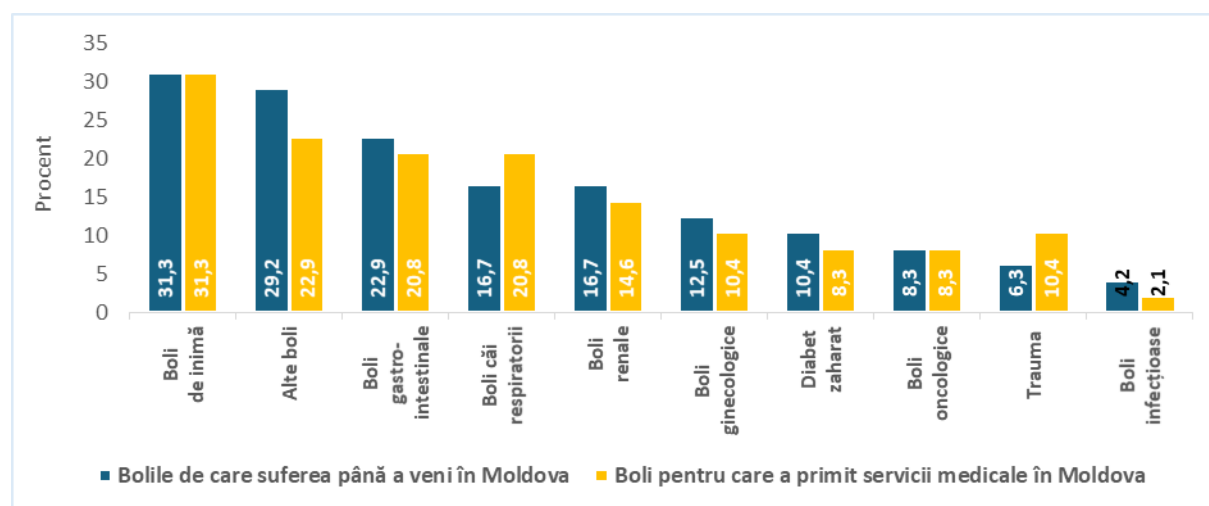


În cadrul studiului, au fost analizate datele privind bolile de care sufereau participanții înainte de a se refugia în Moldova și, respectiv, recepționarea serviciilor medicale pentru aceste afecțiuni în Moldova. Datele din Figura 62 prezintă informații privind atât ponderea celor care sufereau de o anumită afecțiune, cât și ponderea celor care au primit asistență pentru această afecțiune, ambele calculate în rândul

respondenților care s-au adresat după asistență medicală pentru bolile cronice (48). Astfel, au menționat că suferau de boli de inimă 31.3% (15, au primit servicii medicale 15) dintre respondenți, de boli gastrointestinale – 22.9% (11, au primit servicii medicale 10) dintre respondenți, de bolile ale căilor respiratorii – 16.7% (8, au primit servicii medicale 10) dintre respondenți, boli de rinichi – 16.7% (8, au primit servicii medicale 7) și de boli ginecologice sau obstetrice – 12.5% (6, au primit servicii medicale 5) dintre respondenți. Diabetul zaharat a fost menționat în 10.4% (5, au primit servicii medicale 4) de cazuri, traumele – în 6.3% (3, au primit servicii medicale 5) de cazuri, bolile oncologice – în de 8.3% (4, au primit servicii medicale 4), bolile infecțioase (alte) – în 4.2% (2, au primit servicii medicale 1) de cazuri. Alte afecțiuni specificate au fost indicate de 29.2% (14, au primit servicii medicale 11) dintre respondenți.

Aceste date sugerează că, deși bolile de inimă au fost cele mai frecvente atât înainte de refugiu în Moldova, cât și în ceea ce privește serviciile medicale primite în Moldova, există o diversitate de afecțiuni pentru care participanții au solicitat și au primit asistență medicală (Figura 62).

Figura 62. Adresabilitatea după servicii de sănătate în funcție de boli



Analiza preferințelor participanților la studiu în ceea ce privește accesarea serviciilor medicale în instituțiile de sănătate arată că 68.8% (33 din 48) dintre respondenți au accesat serviciile medicale oferite de către instituțiile de stat (policlinici, spitale), iar în alte 54.2% (26 din 48) cazuri aceștia au accesat astfel de servicii, inclusiv în clinicele private.

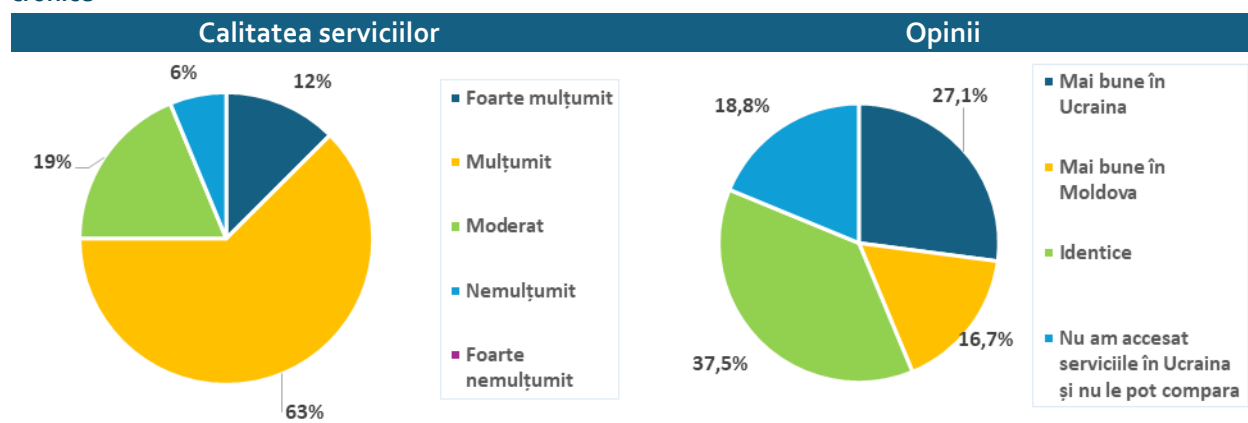
În mai mult de jumătate de cazuri (54.2%, 26 din 48), respondenții au specificat că au suportat costuri pentru serviciile de sănătate accesate în legătură cu afecțiunile enumerate. Suma medie plătită de respondenți a fost de 5325 de lei, suma minimă indicată a fost de 300 de lei, iar suma maximă a ajuns la 60000 de lei. Aceste date reflectă o gamă largă de cheltuieli suportate de pacienți pentru îngrijirea bolilor cronice, evidențiind atât cazuri de costuri moderate, cât și situații de cheltuieli semnificative.

Din totalul de 26 de respondenți care au indicat plăți, 24 au specificat că au plătit la casieria spitalului sau policlinicii. Patru dintre respondenți au menționat că au efectuat plăți, inclusiv personalului medical. În ceea ce privește sursele de finanțare pentru serviciile de sănătate legate de bolile cronice, 17 dintre respondenți au folosit bani proprii pentru a-și acoperi cheltuielile de sănătate. Unii dintre ei (6) au recurs la împrumuturi, în timp ce alții (4) au beneficiat de ajutor din partea rudelor sau a prietenilor. De asemenea, opt dintre respondenți au utilizat sursele financiare din suportul acordat refugiaților pentru a efectua plățile. În plus, 11 dintre respondenți au beneficiat de suport din partea ONG-urilor, care le-au acoperit costurile de sănătate.

Participanții la studiu au fost întrebați cât de mulțumiți au fost de calitatea serviciilor de sănătate oferite în Moldova în legătură cu bolile cronice de care suferă sau pentru care au primit asistență medicală. Din totalul de 48 de respondenți, 12.5% (6) s-au declarat foarte mulțumiți de aceste servicii, în timp ce 62.5% (30) au afirmat că sunt mulțumiți. Aceasta reprezintă majoritatea respondenților, sugerând un nivel ridicat de satisfacție generală. Pe de altă parte, 18.8% (9) au fost moderat mulțumiți, mărturisind că serviciile nu au fost nici bune, nici rele pentru ei. Doar 6.3% (3) dintre participanți s-au declarat nemulțumiți de calitatea serviciilor medicale, ceea ce reprezintă o minoritate mică (Figura 663).

În ceea ce privește compararea serviciilor de sănătate privind bolile cronice între Moldova și Ucraina, 27.1% (13) dintre respondenți au considerat că serviciile sunt mai bune în Ucraina. În schimb, 16.7% (8) au afirmat că serviciile sunt mai bune în Moldova. Un procent semnificativ de 37.5% (18) a considerat că serviciile sunt identice în ambele țări. De asemenea, 18.8% (9) dintre respondenți au menționat că nu au utilizat serviciile medicale în Ucraina și, prin urmare, nu pot face o comparație (Figura 663).

Figura 63. Satisfacția și percepția respondenților privind serviciile de sănătate accesate în legătură cu bolile cronice

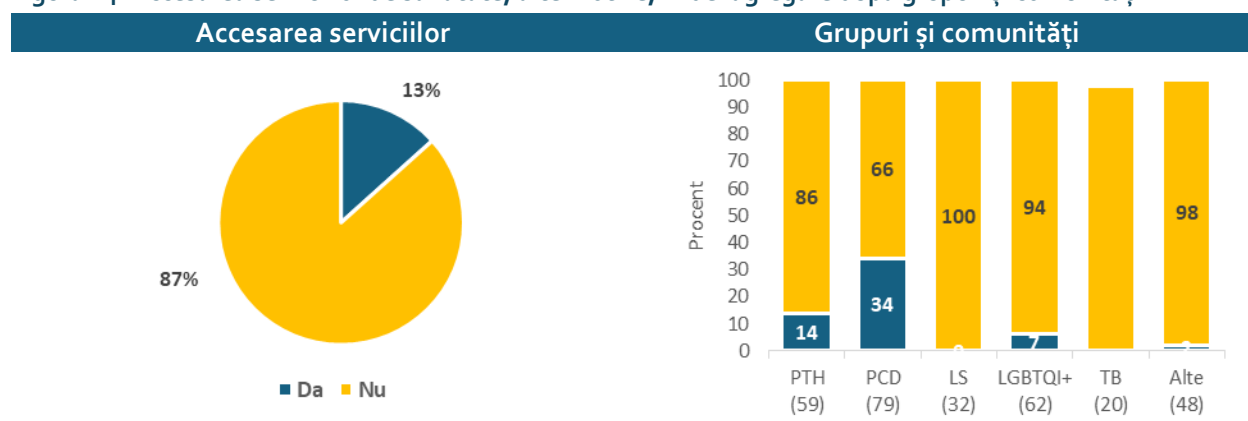


ALTE MOTIVE DE SĂNĂTATE

Din 300 participanți la studiu, 13.3% (40) au indicat că au accesat servicii de sănătate în legătură cu alte motive de sănătate decât cele menționate aici anterior. Alte motive au inclus diverse tipuri de consulturi, cum ar fi la medicul dermatologic, ORL, urologic, terapeut, dar și terapii hormonale (Figura 64).

În funcție de grupuri și comunități, respondenții grupului PCD au accesat astfel de servicii în 34.2% (27 din 79) de cazuri, urmați de cei din grupul PTH (13.6%, 8 din 59) și de cei din comunitatea LGBTQI+ (6.5%, 4 din 62). În grupul „Alte”, 2.1% (1 din 48) dintre respondenți au accesat astfel de servicii. Niciun respondent din grupurile TB și LS nu a beneficiat de astfel de servicii. Aceste date sugerează o variabilitate semnificativă în utilizarea serviciilor în funcție de grupul din care fac parte respondenții ($P < 0.001$) (Figura 64).

Figura 64. Accesarea serviciilor de sănătate, alte motive, în dezagregare după grupuri și comunități



Pentru serviciile din alte motive, respondenții în majoritatea cazurilor au preferat clinici private (inclusiv Clinica MedHub afiliată Asociației Obștești „Inițiativa Pozitivă”), cu 87.5% (35 din 40) dintre respondenți indicând această opțiune. În ceea ce privește instituțiile publice (policlinici, spitale), respondenți au accesat aceste servicii în 12.5% (5 din 40) de cazuri. În 95.0% (38 din 40) de cazuri, participanții la studiu care au solicitat astfel de servicii au specificat că au efectuat unele investigații, teste sau analize.

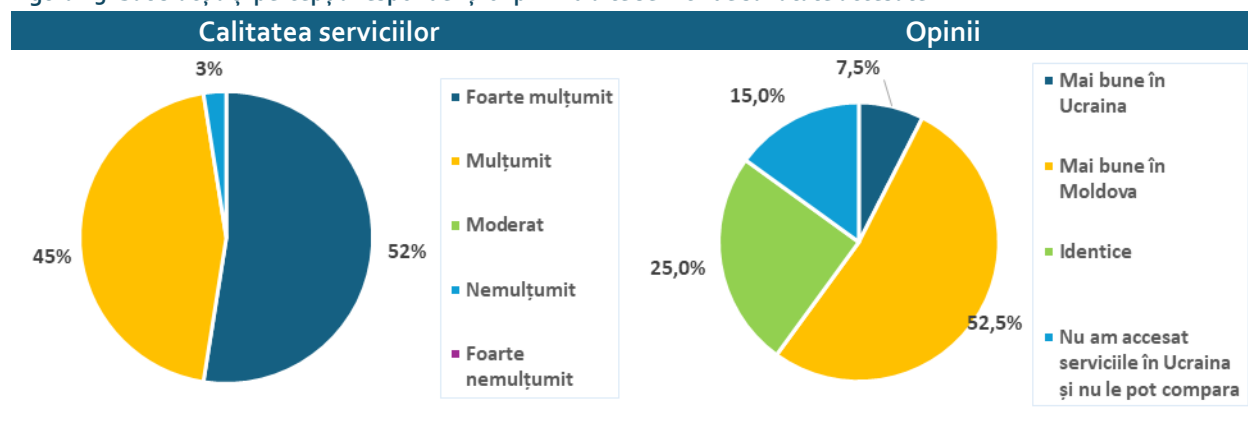
Cu referire la plățile pentru consulturi, inclusiv investigații, analize sau teste realizate în instituții medicale, rezultatele studiului au arătat că 87.5% (35 din 40) dintre respondenți au indicat că au plătit pentru aceste servicii. Dintre cei care au plătit, 77.1% (27 din 35) au achitat sume de 750 de lei, 14.3% (5 din 35) – sume de 1300 de lei, iar 5.7% (2 din 35) – sume de 300 de lei. În 2.9% (1 din 35) de cazuri plățile au constituit 4800 de lei. În ceea ce privește destinația plăților, 87.5% (35 din 40) dintre respondenți au plătit în casieria spitalului sau policlinicii, iar 5.0% (2 din 40) au achitat direct personalului medical.

Sursa plăților a variat: în 87.5% (35 din 40) de cazuri respondenți au specificat că au primit suport financiar de la ONG-uri (voucher de 750 de lei pentru consultația terapeutului și investigații sau plăți de 1300 de lei pentru terapia hormonală). În contrast, în 5.0% (2 din 40) de cazuri participanții au indicat că au folosit propriile economii pentru a acoperi aceste costuri, în 2.5% (1 din 40) de cazuri – că au achitat din împrumuturi, iar în alte 2.5% (1 din 40) de cazuri – din suportul financiar acordat refugiaților.

Datele studiului a analizat satisfacția față de calitatea serviciilor oferite în Moldova privind alte motive de sănătate pentru care respondenții s-au adresat. Astfel, s-a constatat că 52.5% (21 din 40) dintre respondenți s-au declarat foarte mulțumiți, în timp ce 45.0% (18 din 40) au fost mulțumiți. În 2.5% (1 din 40) de cazuri respondenți s-au declarat nemulțumiți de calitatea serviciilor (Figura 65).

Cu referire la compararea serviciilor de sănătate din Moldova cu cele din Ucraina, 52.5% (21 din 40) dintre respondenți au considerat că serviciile din Moldova sunt mai bune, 25.0% (10 din 40) au considerat că serviciile sunt identice, iar 7.5% (3 din 40) au afirmat că serviciile din Ucraina sunt mai bune. De asemenea, 15.0% (6 din 40) dintre respondenți au indicat că nu au utilizat astfel de servicii în Ucraina și, prin urmare, nu le pot compara cu cele din Moldova (Figura 65).

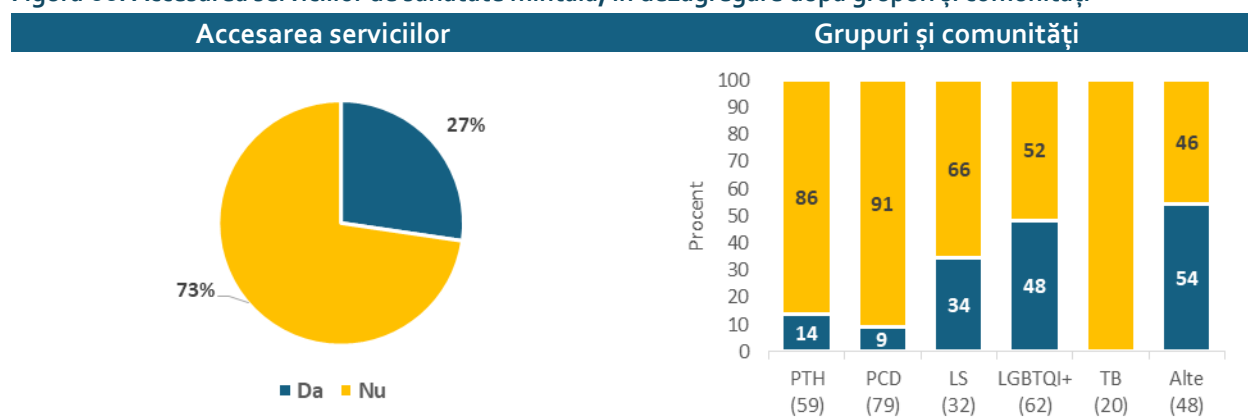
Figura 65. Satisfacția și percepția respondenților privind alte servicii de sănătate accesate



SĂNĂTATEA MINTALĂ

Serviciile de sănătate mintală au fost accesate în circa o treime de cazuri (27.3%, 82 din 300). În dezagregare după grupuri și comunități, serviciile de sănătate mintală au fost accesate de 54.2% (26 din 48) dintre respondenții grupului „Alte”, aceștia fiind urmați de respondenții din comunitatea LGBTQI+, cu 48.4% (30 din 62). Cei din grupul LS au accesat astfel de servicii în 34.4% (11 din 32) de cazuri, în timp ce cei din grupul PTH le-au accesat în 13.6% (8 din 59) de cazuri. În grupul PCD, 8.9% (7 din 79) dintre respondenți au raportat accesarea acestor servicii, iar în grupul TB niciun respondent (0 din 20) nu a indicat că a apelat la servicii de sănătate mintală. Datele statistice constată o asociere semnificativă statistică între grupuri și accesarea serviciilor de sănătate mintală ($P < 0.001$, Figura 66).

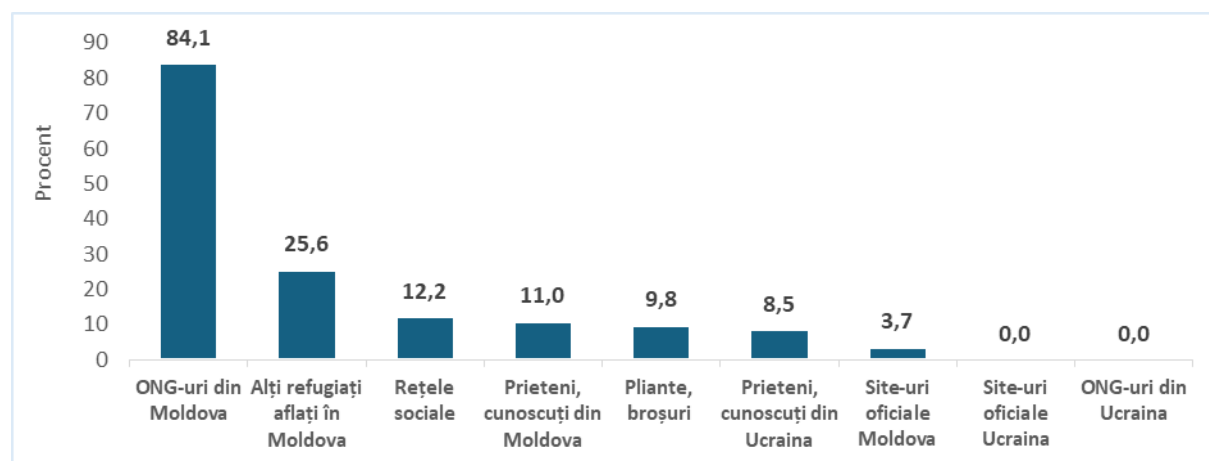
Figura 66. Accesarea serviciilor de sănătate mintală, în dezagregare după grupuri și comunități



Cu referire la modul în care respondenții au aflat despre serviciile de sănătate mintală disponibile în Moldova, rezultatele au arătat că în 84.1% (69 din 82) de cazuri aceștia au aflat despre aceste servicii prin intermediul ONG-urilor din Moldova. În o pătrime de cazuri (25.6%, 21 din 82), respondenții s-au informat de la alți refugiați aflați în Moldova, rețelele sociale au fost o sursă de informare pentru 12.2% (10 din 82) dintre participanții la studiu, în timp ce 11.0% (9 din 82) au aflat despre serviciile de sănătate mintală prin intermediul prietenilor și cunoscuților din Moldova. Prietenii și cunoscuții din Ucraina au fost o sursă de informare pentru 8.5% (7 din 82) dintre respondenți, iar pliantele și broșurile au fost utile pentru 9.8% (8 din 82) dintre aceștia. Site-urile oficiale din Moldova au fost consultate în 3.7% (3 din 82) de cazuri, în timp

ce site-urile oficiale din Ucraina și ONG-urile din Ucraina nu au fost menționate ca surse de informare pentru serviciile de sănătate mintală din Moldova (Figura 67).

Figura 67. Surse de informare privind serviciile de sănătate mintală



Studiul a analizat unde au apelat respondenții pentru accesarea serviciilor de sănătate mintală. Rezultatele au arătat că majoritatea dintre participanți, 75.6% (62 din 82), au apelat la ONG-uri pentru suport în sănătatea mintală. În peste o cincime de cazuri (22.0%, 18 din 82), aceștia au consultat medicul psihiatru sau neurolog din cadrul secțiilor consultative ale policlinicilor sau spitalelor, în timp ce 15.9% (13 din 82) au apelat la medicul de familie. În ceea ce privește centrele medicale private, 13.4% (11 din 82) dintre respondenți au ales inclusiv această opțiune pentru serviciile de sănătate mintală. Centrele comunitare de sănătate mintală au fost frecventate de 6.1% (5 din 82) dintre respondenți, iar centrele publice de sănătate mintală au fost alese de 2.4% (2 din 82) dintre aceștia.

Cu referire la plățile pentru serviciile de sănătate mintală, rezultatele au arătat că 13.4% (11 din 82) dintre respondenți au achitat pentru consultațiile medicului psihiatru (neurolog) și pentru psihoterapia individuală, iar 6.1% (5 din 82) dintre respondenți – pentru consultațiile medicului psihiatru (neurolog).

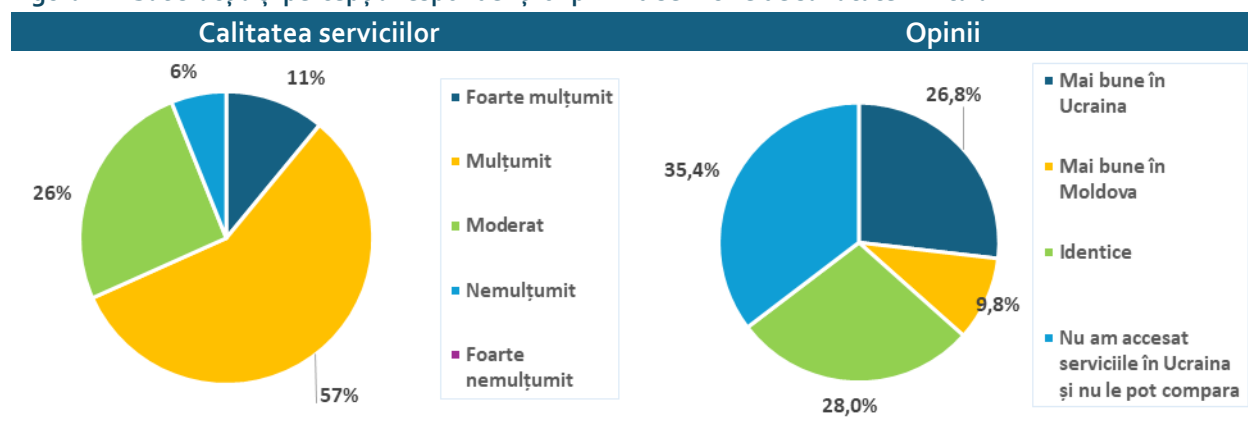
Cel mai frecvent (câte 3 din 16) respondenții au plătit 300 sau 1000 de lei pentru serviciile primite. Alții (câte 2 din 16) au plătit 400 sau 500 de lei. Alte sume plătite au fost 2700, 4290 și 6000 de lei (câte 1 din 16). De asemenea, câte 3 din 16 au plătit 200 de lei. În ceea ce privește modalitatea de plată, în 12.2% (10 din 82) de cazuri respondenții au efectuat plăți la casieria clinicilor, iar în 7.3% (6 din 82) de cazuri aceștia au achitat direct personalului medical. Sursele financiare au fost: resurse financiare proprii (10), împrumuturi (4) și suport din partea ONG-urilor (2).

Rezultatele privind satisfacția față de calitatea serviciilor de sănătate mintală în Moldova au arătat că în 57.3% (47 din 82) de cazuri respondenții s-au declarat mulțumiți de calitatea serviciilor primite. În o pătrime de cazuri (25.6%, 21 din 82), participanții au fost moderat mulțumiți, indicând că serviciile au fost acceptabile, dar nu excepționale. Pe de altă parte, 11.0% (9 din 82) dintre respondenți s-au declarat foarte mulțumiți de calitatea serviciilor, evidențiind o experiență pozitivă în ceea ce privește asistența de sănătate mintală. În contrast, 6.1% (5 din 82) dintre respondenți s-au declarat nemulțumiți de calitatea serviciilor (Figura 68).

Comparația serviciilor de sănătate mintală din Moldova cu cele din Ucraina a reliefat faptul că 28.0% (23 din 82) dintre respondenți au considerat că serviciile sunt identice în ambele țări. În 26.8% (22 din 82) de cazuri, aceștia au specificat că serviciile din Ucraina sunt mai bune decât cele din Moldova, în timp ce 9.8% (8 din 82) dintre respondenți au considerat că serviciile din Moldova sunt superioare celor din

Ucraina. Un procent semnificativ de 35.4% (29 din 82) nu au utilizat serviciile de sănătate mintală din Ucraina și, prin urmare, nu au putut face o comparație (Figura 68).

Figura 68. Satisfacția și percepția respondenților privind serviciile de sănătate mintală



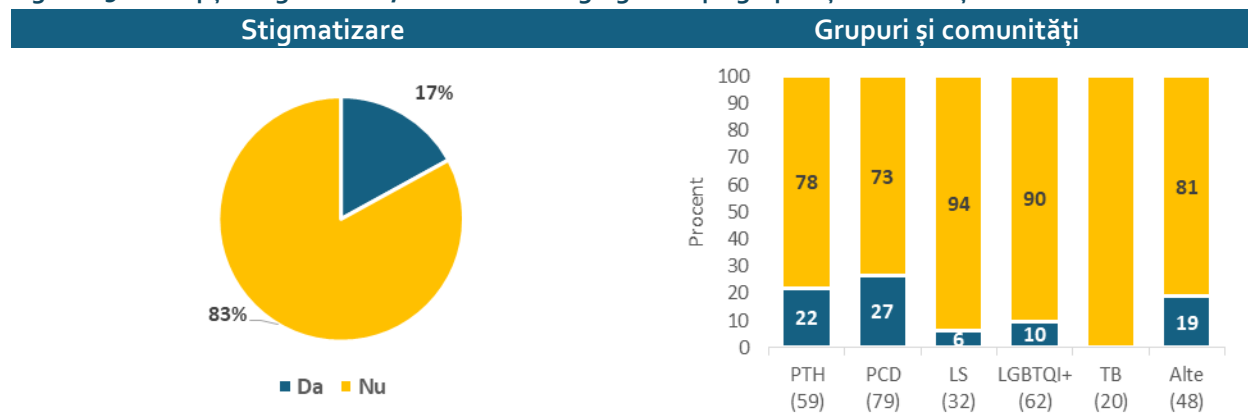
STIGMA, DISCRIMINAREA, DREPTUL LA SĂNĂTATE

Percepția stigmatizării

Experiența de stigmatizare resimțită de către participanții la cercetare în timpul solicitării asistenței pentru sănătate a fost, de asemenea, analizată în cadrul studiului. Rezultatele au arătat că 17.0% (51 din 300) dintre respondenți au menționat că s-au simțit stigmatizați în timpul accesării serviciilor de sănătate (Figura 69).

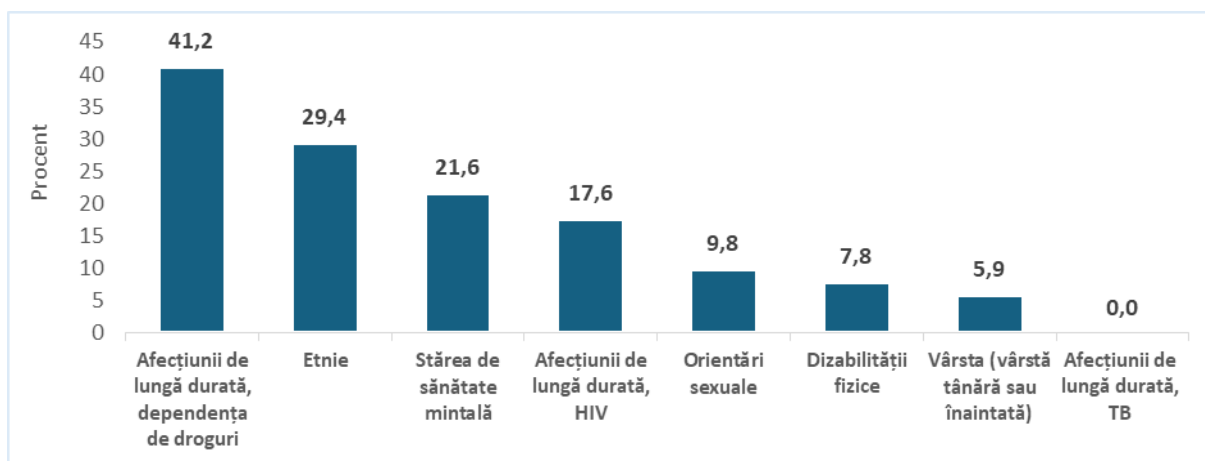
Rezultatele privind experiența de stigmatizare în timpul solicitării asistenței pentru sănătate, în funcție de grupuri și comunități, au arătat că grupul PCD a înregistrat cel mai mare procent dintre respondenții care au experimentat stigmatizare, cu 26.6% (21 din 79) care au raportat astfel de experiențe. Grupul PTH a avut un procent de 22.0% (13 din 59) care au menționat despre acest lucru. De asemenea, au indicat stigmatizarea 18.8% (9 din 48) dintre respondenții grupului „Alte”, 9.7% (6 din 62) dintre respondenții comunității LGBTQI+ și 6.2% (2 din 32) dintre respondenții grupului LS. Grupul TB nu a raportat cazuri de stigmatizare (0 din 20). Analiza statistică a relevat o valoare P egală cu 0.009, indicând o asociere semnificativă între grupuri și experiența de stigmatizare (Figura 69).

Figura 69. Percepția stigmatizării, inclusiv în dezagregare după grupuri și comunități



Au fost analizate în cadrul studiului inclusiv motivele stigmatizării. Rezultatele au arătat că cel mai frecvent motiv de stigmatizare a fost legat de dependența de droguri, cu 41.2% (21 din 51) dintre respondenți raportând astfel de experiențe. Un alt motiv major de stigmatizare a fost legat de etnie, cu 29.4% (15 din 51) dintre respondenți indicând acest motiv. Stigmatizarea legată de sănătatea mintală a fost raportată de 21.6% (11 din 51) dintre respondenți, în timp ce 17.6% (9 din 51) s-au simțit stigmatizați din cauza infecției HIV. Stigmatizarea pe baza orientării sexuale a fost experimentată de 9.8% (5 din 51) dintre respondenți, iar 7.8% (4 din 51) au raportat stigmatizare din cauza unor dizabilități fizice. În cele din urmă, 5.9% (3 din 51) dintre respondenți au resimțit stigmatizare din cauza vârstei, fie că erau tineri sau vârstnici. Niciun respondent nu a raportat stigmatizare din cauza TB (0 din 51) (Figura 70).

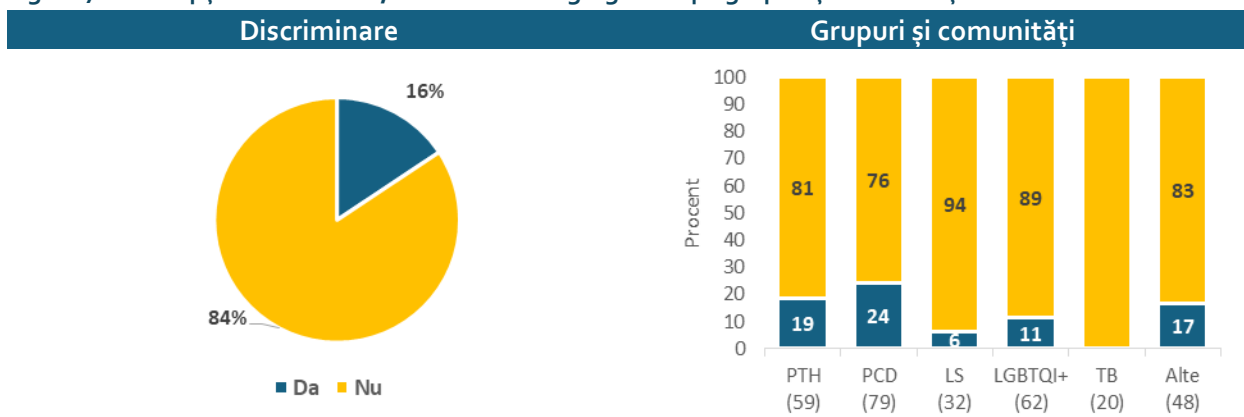
Figura 70. Motivele care au cauzat perceperea stigmatizării



Percepția discriminării

Rezultatele studiului, de asemenea, au scos în evidență că 15.7% (47 din 300) dintre respondenți au declarat că s-au ciocnit cu unele experiențe negative, cum ar fi discriminarea în timpul accesării serviciilor de sănătate (Figura 71).

Figura 71. Percepția discriminării, inclusiv în dezagregare după grupuri și comunități

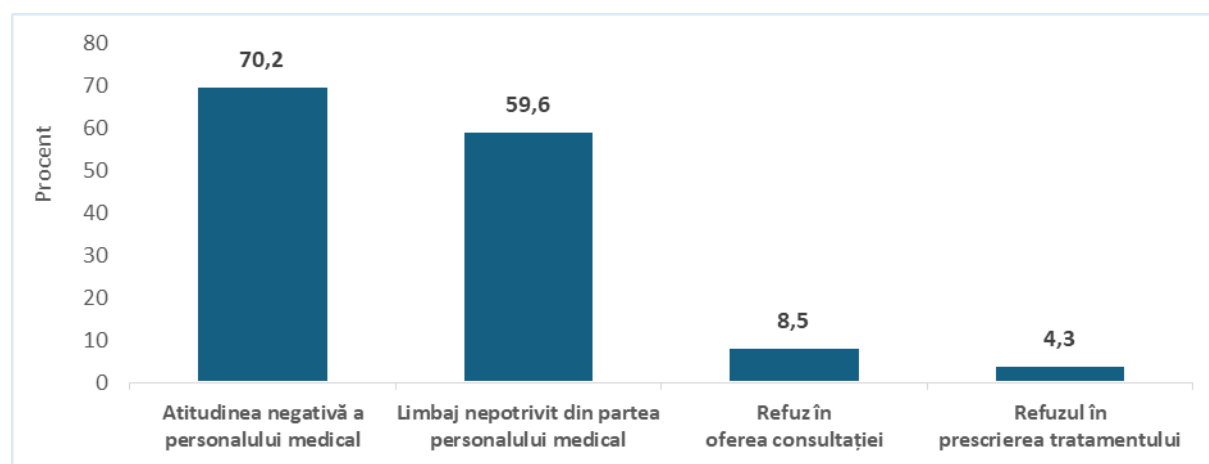


Analiza datelor a relevat o percepție variată a discriminării în rândul grupurilor și comunităților. Discriminarea a fost percepută în 24.1% (19 din 79) de cazuri de către respondenții grupului PCD și în 18.6% (11 din 48) cazuri – de către cei din grupul PTH. Cei din grupul „Alte” au raportat discriminare în 16.7% (8 din 48) de cazuri, iar cei din comunitatea LGBTQI+ – în 11.3% (7 din 62) de cazuri. În plus, grupul LS a înregistrat o proporție de 6.2% (2 din 32) care au raportat astfel de experiențe. Grupul TB nu a relatat

cazuri de discriminare (0 din 20). Analiza statistică a relevat o valoare P egală cu 0.044, indicând o asocierie semnificativă între grupuri și experiența de discriminare (Figura 71).

Tipurile de discriminare întâmpinate de respondenți au fost diverse: în cele mai frecvente cazuri discriminarea a fost legată de atitudinea negativă a personalului medical, cu 70.2% (33 din 47) dintre respondenți raportând astfel de experiențe. Următorul tip de discriminare frecvent întâlnit a fost legat de limbajul nepotrivit folosit de către personalul medical în timpul acordării serviciilor de sănătate, cu 59.6% (28 din 47) dintre respondenți menționând acest motiv. Unii (8.5%, 4 din 47) dintre respondenți s-au simțit discriminați în momentul în care li s-a refuzat oferirea consultațiilor medicale, în timp ce alții (4.3%, 2 din 47) au experimentat discriminare atunci când le-a fost refuzată prescrierea tratamentului medical. Aceste date sugerează că, deși majoritatea respondenților au întâmpinat probleme legate de atitudini și limbajul personalului medical, au existat și cazuri de refuz în oferirea consultațiilor sau prescrierea tratamentului (Figura 72).

Figura 72. Tipurile de discriminare experimentate de către participanții la studiu



Dreptul la sănătate

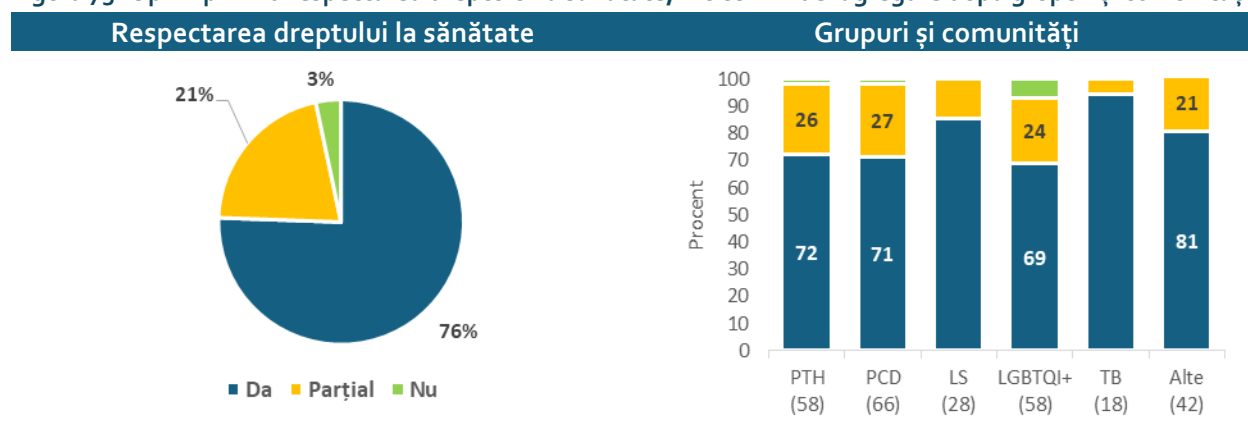
Conform datelor studiului, 75.6% (204 din 270²⁴) dintre respondenți au menționat că dreptul la sănătate pentru persoanele refugiate este respectat în Moldova, ceea ce reprezintă o majoritate clară, indicând o percepție pozitivă în rândul participanților. Pe de altă parte, 21.1% (57 din 270) dintre respondenți au considerat că acest drept este respectat parțial, iar 3.3% (9 din 270) – că nu este respectat.

Opiniile privind respectarea dreptului la sănătate pentru refugiați în Moldova au variat în funcție de grupuri și comunități. Astfel, respondenții grupului TB în majoritatea cazurilor (17 din 18) au considerat că dreptul la sănătate este respectat, fapt ce indică o percepție foarte pozitivă în rândul acestui grup. De asemenea, au considerat că dreptul la sănătate este respectat 85.7% (24 din 28) dintre respondenții grupului LS, 81.0% (34 din 42) dintre respondenții grupul „Alte” și 72.4% (42 din 58) dintre respondenții grupului PTH. Cei din grupul PCD au indicat răspunsuri pozitive în 71.2% (47 din 66) de cazuri, iar cei din comunitatea LGBTQI+ – în 69.0% (40 din 58) de cazuri (Figura 73). Pe de altă parte, au fost parțial de acord că dreptul la sănătate le este respectat 27.3% (18 din 66) dintre respondenții grupului PCD, 25.9% (15 din 58) dintre cei din grupul PTH și 24.1% (14 din 58) dintre respondenții comunității LGBTQI+. Au considerat că dreptul la sănătate nu este respectat 6.9% (4 din 58) dintre respondenții comunității LGBTQI+, 7.1% (3 din 42) dintre cei din grupul „Alte” și câte 1.7% (1 din 58 și 1 din 66) dintre respondenții grupurilor PTH și PCD. Analiza valorii P egală cu 0.130 indică faptul că nu există o diferență semnificativă

²⁴ Non-răspuns (30).

statistic între grupuri în ceea ce privește percepția asupra respectării dreptului la sănătate. Acest fapt sugerează că, în general, percepțiile au fost similare între grupurile analizate (Figura 73).

Figura 73. Opinii privind respectarea dreptului la sănătate, inclusiv în dezagregare după grupuri și comunități

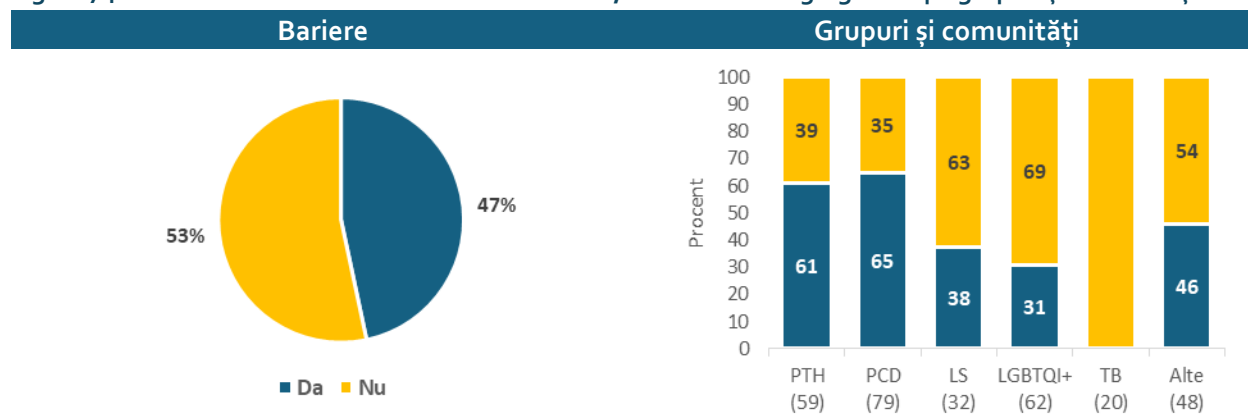


BARIERE ÎN ACCESAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Analiza datelor colectate privind accesul la serviciile de sănătate a scos în evidență percepțiile respondenților în ceea ce privește întâmpinarea anumitor bariere. Barierele menționate au inclus: distanța până la centrele (instituții de sănătate), timp de așteptare la medicul specialist, timp de așteptare la medicul de familie, bariere legate de prescrierea tratamentului, de accesarea serviciilor, solicitarea documentelor adiționale, bariere lingvistice. Astfel, 46.7% (140 din 300) dintre participanți au întâmpinat careva dintre obstacolele menționate aici în accesarea anumitor servicii de sănătate (Figura 74).

Întâmpinarea barierelor în accesarea serviciilor de sănătate, în funcție de grupuri și comunități, reliefează că au întâmpinat bariere majoritatea dintre respondenții grupului PCD, cu un procent de 64.6% (51 din 79), urmat de cei din grupul PTH (61.0%, 36 din 59) și cei din grupul „Alte” (45.8%, 22 din 48). Grupul LS a indicat întâmpinarea barierelor în 37.5% (12 din 32) de cazuri, iar cei din comunitatea LGBTQI+ – în 30.6% (19 din 62) de cazuri. Grupul TB nu a raportat bariere (0 din 20). Valoarea $P < 0.001$ indică existența diferențelor semnificative statistic între grupuri și întâmpinarea barierelor (Figura 74).

Figura 74. Bariere în accesarea serviciilor de sănătate, inclusiv în dezagregare după grupuri și comunități

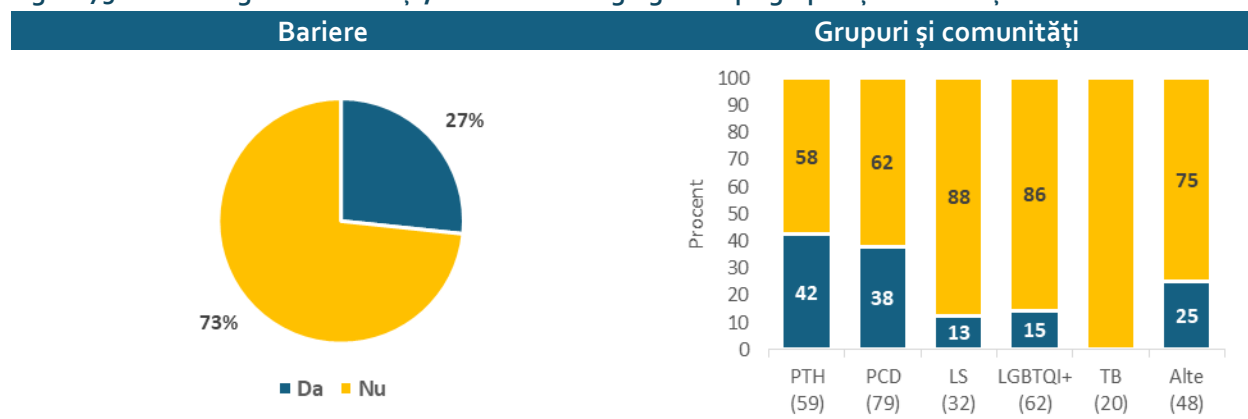


Bariere legate de distanță

26.7% (80 din 300) dintre respondenți s-au confruntat cu bariere legate de distanță, declarând că centrele (instituții) la care au mers se aflau la o distanță mare de locuința lor. Distanța de la locul de trai până la centre indicată de respondenți a fost în medie de 40 de kilometri și care a variat de la 4 km la 120 de km.

Majoritatea respondenților din grupul PTH au menționat că centrele la care au mers se aflau la o distanță mare de locuința lor, cu un procent de 42.4% (25 din 59), urmat de cei din grupul PCD cu un procent de 38.0% (30 din 79). Respondenții grupului „Alte” s-au confruntat cu un astfel de obstacol în o pătrime de cazuri (25.0%, 12 din 48), iar cei din comunitatea LGBTQI+ – în 14.5% (9 din 62) de cazuri. În grupul LS 12.5% (4 din 32) dintre respondenți au indicat acest obstacol. Cei din grupul TB nu a menționat probleme legate de distanță. În context, datele arată că percepțiile privind distanța față de centre a variat semnificativ între grupuri. Grupurile PTH și PCD s-au confruntat cu cele mai multe dificultăți legate de distanță, în timp ce grupul TB nu a raportat astfel de probleme. Valoarea $P < 0.001$ indică o diferență semnificativă statistic între grupuri și percepția distanței până la centrele de servicii de sănătate (Figura 75).

Figura 75. Bariere legate de distanță, inclusiv în dezagregare după grupuri și comunități



În funcție de regiunea din Moldova în care locuiesc, s-au confruntat cu obstacole legate de distanță 48.1% (39 din 81) dintre respondenții din regiunea Sud, 21.6% (32 din 148) dintre cei din regiunea Centru și 13.8% (9 din 65) dintre cei din regiunea Nord a Moldovei. Respondenții care s-au stabilit cu traiul în regiunea de Est a țării (0 din 6) nu au menționat distanța drept un obstacol în accesarea serviciilor de sănătate.

Bariere legate de timpul de așteptare

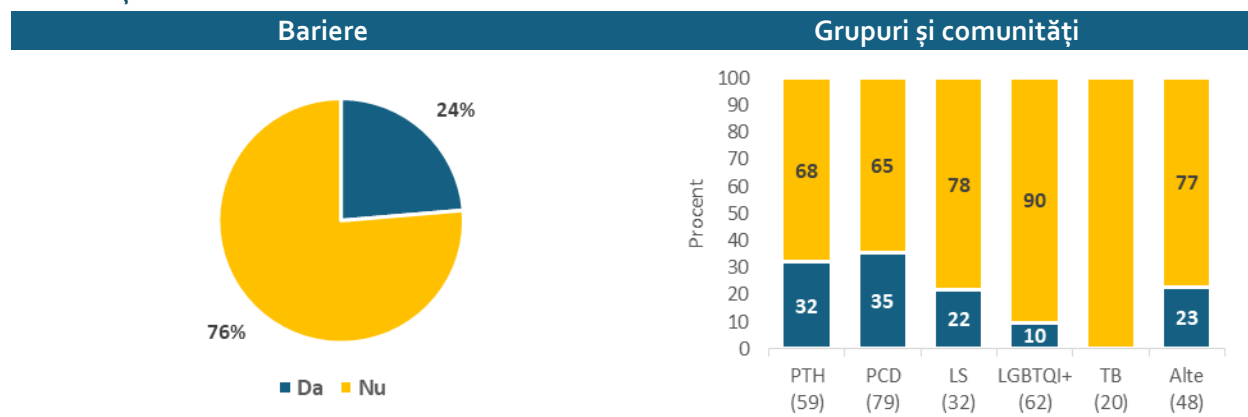
Timp de așteptare la medicul specialist

Cu referire la bariera întâmpinată privind timpul de așteptare la cabinetul medicului specialist, rezultatele au arătat că în circa o pătrime de cazuri (23.7%, 71 din 300) respondenții au menționat această problemă. Durata medie de așteptare la ușa medicului specialist a fost de 30 de minute, durata minimă a fost de 15 minute, iar cea maximă – de 90 de minute (Figura 76).

În dezagregare, cu acest tip de obstacol s-a confruntat marea majoritate dintre respondenții comunității LGBTQI+, cu 90.3% (56 din 62). Următorul grup a fost PTH, cu 67.8% (40 din 59), urmat de PCD, cu 64.6% (51 din 79). Grupul LS a avut un procent de 78.1% (25 din 32), iar grupul „Alte” a înregistrat o proporție de 77.1% (37 din 48). Grupul TB nu a indicat timpul de așteptare la medicul specialist drept un obstacol în accesarea serviciilor de sănătate (0 din 20). Prin urmare, există o diferență semnificativă statistic între

grupuri în ceea ce privește timpul de așteptare îndelungat la cabinetul unui medic specialist, cu o valoare P de 0.001. Aceasta indică faptul că rezultatele nu sunt întâmplătoare și că există o asociere semnificativă între grupuri și timpul de așteptare (Figura 76).

Figura 76. Bariere legate de timpul de așteptare la medicul specialist, în dezagregare după grupuri și comunități

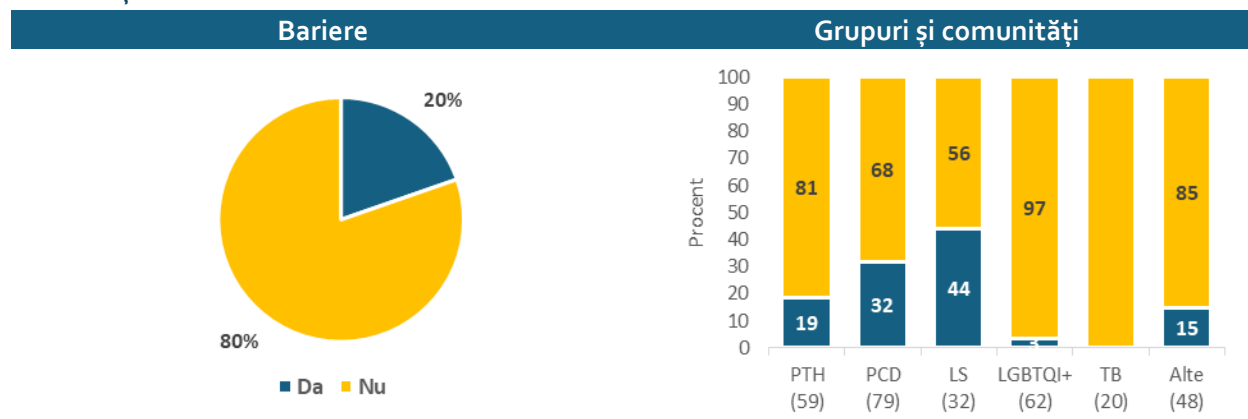


Timp de așteptare la medicul de familie

Cu referire la timpul de așteptare la ușa medicului de familie, circa o cincime (19.7%, 59 din 300) dintre respondenți au declarat că s-au confruntat cu această problemă. Durata medie de așteptare la ușa medicului specialist a fost de 25 de minute, durata minimă – de 15 minute, iar cea maximă – de 60 de minute (Figura 77).

Marea majoritate dintre respondenții din comunitatea LGBTQI+ 96.8% (60 din 62) au indicat că s-au confruntat cu această barieră. Respondenții grupului PTH au menționat acest obstacol în 81.4% (48 din 59) de cazuri, iar cei din grupul „Alte” – în 85.4% (41 din 48) de cazuri. Grupul PCD a citat acest obstacol în 68.4% (54 din 79) de cazuri, iar grupul LS – 56.2% (18 din 32) de cazuri. Niciun respondenții din grupul TB (0 din 20) nu a menționat timpul de așteptare drept obstacol. Rezultatele studiului au constatat că există o diferență semnificativă statistic între grupuri în ceea ce privește timpul de așteptare îndelungat la ușa medicului de familie, cu o valoare P mai mică de 0.001, ceea ce indică că rezultatele nu sunt întâmplătoare și că există o asociere semnificativă între grupuri și timpul de așteptare raportat (Figura 77).

Figura 77. Bariere legate de timpul de așteptare la medicul de familie, în dezagregare după grupuri și comunități



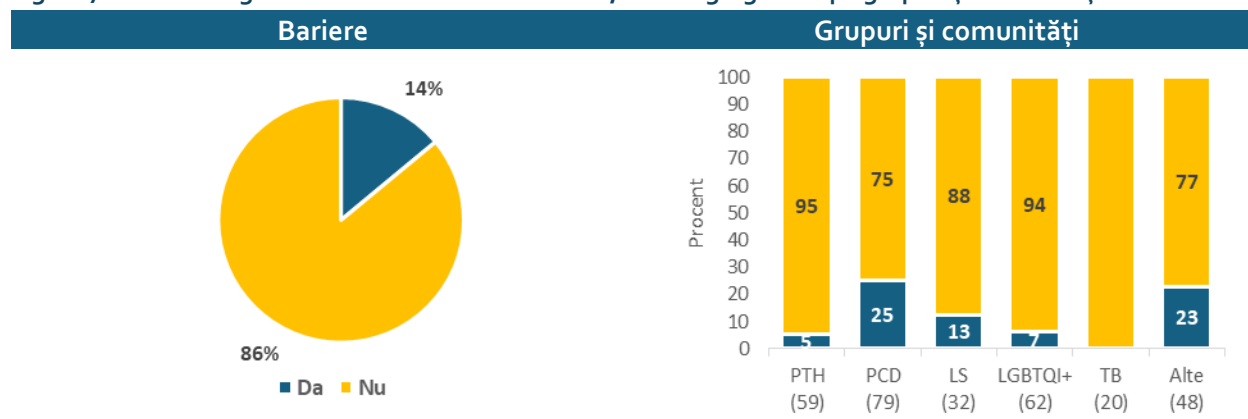
Bariere legate de accesarea tratamentului

În 14.0% (42 din 300) de cazuri, participanții la studiu au menționat că s-au confruntat cu obstacole legate de tratament. Barierele menționate au inclus lipsa unor medicamente în rețeaua farmaceutică din Moldova, iar cele disponibile în cele mai dese cazuri sunt mai scumpe în comparație cu cele din rețeaua farmaceutică din Ucraina.

Alte obstacole menționate au fost limitările impuse de protecția temporară, statut care nu oferă întotdeauna accesul gratuit la unele tratamente, afectând capacitatea pacienților de a primi îngrijirea necesară. De asemenea, au fost indicate probleme legate de prescripțiile medicale, unii respondenți menționând că medicii nu le-au prescris medicamentele necesare sau că tratamentul le-a fost prescris cu întârziere. O altă barieră menționată a fost tratamentul cu plată, aceștia fiind nevoiți să-și procure medicamentele, iar în unele cazuri să apeleze pentru ajutor la ONG-uri pentru că acestea să le acopere costurile de tratament.

În funcție de grupuri și comunități, respondenții din grupul PCD au înregistrat cel mai mare procent dintre respondenții care au indicat obstacole în accesarea tratamentului, cu 25.3% (20 din 79), aceștia fiind urmași de grupul „Alte”, cu 22.9% (11 din 48). Respondenții grupului LS au menționat astfel de obstacole în 12.5% (4 din 32) de cazuri, cei din comunitatea LGBTQI+ – în 6.5% (4 din 62) cazuri, iar cei din grupul PTH – în 5.1% (3 din 59) de cazuri. Grupul TB (0 din 20) nu a menționat obstacole legate de tratament. Analiza a determinat diferențe semnificative statistic între grupuri și barierele legate accesarea tratamentului ($P=0.001$, Figura 78).

Figura 78. Bariere legate de accesarea tratamentului, în dezagregare după grupuri și comunități



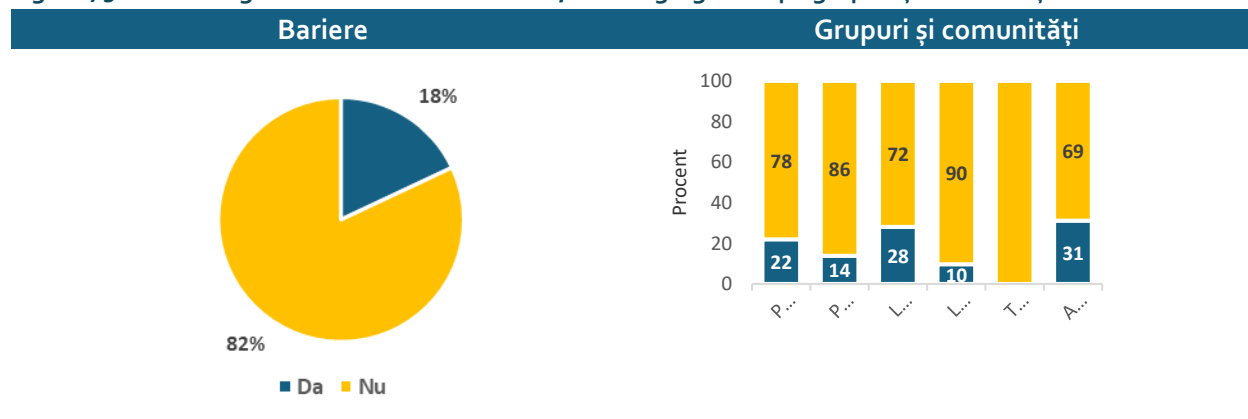
Bariere privind accesarea serviciilor

Cu referire la accesibilitatea serviciilor, rezultatele studiului au scos în evidență că în 18.0% (54 din 300) de cazuri, respondenții au întâmpinat obstacole în accesarea anumitor servicii, acestea fiindu-le oferite doar contra plată (Figura 79).

Una dintre cele mai comune bariere menționate au fost consultațiile medicale oferite contra plată, inclusiv consultul medicului infecționist, psiholog sau neurolog. Alte bariere au inclus: costuri pentru analize generale, inclusiv determinarea CD4, teste hormonale, teste COVID-19, mamografia, examinarea radiologică etc. Respondenții, de asemenea, au menționat că deseori au fost referiți la clinici private pentru a efectua investigații, ceea ce a implicat costuri suplimentare. O altă barieră identificată a fost legată de serviciile stomatologice, indicând că accesul la medicul stomatolog (cazuri de urgență medicală) a fost unul dificil din cauza costurilor ridicate. Cu astfel de obstacole s-au confruntat în circa o

treime de cazuri respondenții grupului „Alte”, cu 31.2% (15 din 48), și ai celor din grupul LS, cu 28.1% (9 din 32). Respondenții grupului PTH au amintit astfel de obstacole în 22.0% (13 din 59) de cazuri, iar cei din grupul PCD – în 13.9% (11 din 79) cazuri. Cei din comunitatea LGBTQI+ au înregistrat 9.7% (6 din 62), iar respondenții grupului TB nu au indicat întâmpinarea obstacolelor referitoare la accesarea serviciilor (0 din 20). În context, studiul a determinat diferențe semnificative statistic între grupuri în ceea ce privește accesarea serviciilor ($P=0.005$) (Figura 79).

Figura 79. Bariere legate de accesarea serviciilor, în dezagregare după grupuri și comunități

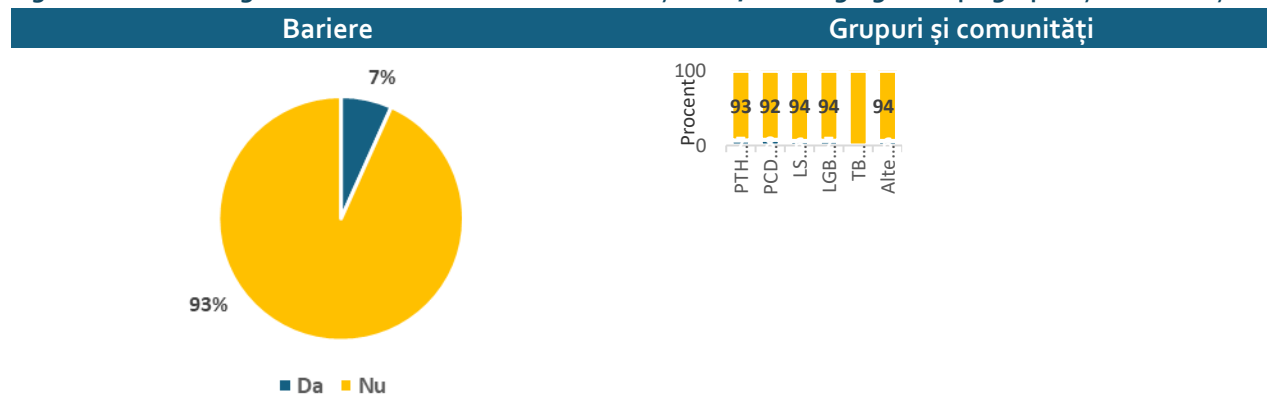


Bariere privind solicitarea documentelor adiționale

În 6.5% (19 din 300) de cazuri, participanții la studiu au indicat că s-au confruntat cu obstacole în accesarea serviciilor de sănătate, acestea fiind legate de solicitarea din partea prestatorilor de servicii medicale a documentelor adiționale. Aceștia au considerat drept bariere în accesarea serviciilor de sănătate, atunci când li s-a solicitat prezentarea protecției temporare (dar nu o dețineau), prezentarea pașaportului ucrainean, documente confirmative ale diagnosticului ori dizabilității (din Ucraina) sau rezultate ale analizelor, testelor, investigațiilor în dinamică (din Ucraina).

Grupul PCD a înregistrat cel mai mare procent dintre respondenții care au menționat despre solicitarea de documente adiționale, cu 7.6% (6 din 79). Următorul grup a fost grupul PTH, cu 6.8% (4 din 59), urmat de cei din comunitatea LGBTQI+, cu 6.5% (4 din 62). Grupurile LS și „Alte” au avut fiecare un procent de 6.2% (2 din 32 și 3 din 48, respectiv). Grupul TB nu s-a confruntat cu astfel de obstacole (0 din 20). De asemenea, datele analizate nu au determinat diferențe semnificative statistic între grupuri în ceea ce privește solicitarea de documente suplimentare ($P=0.903$, Figura 80).

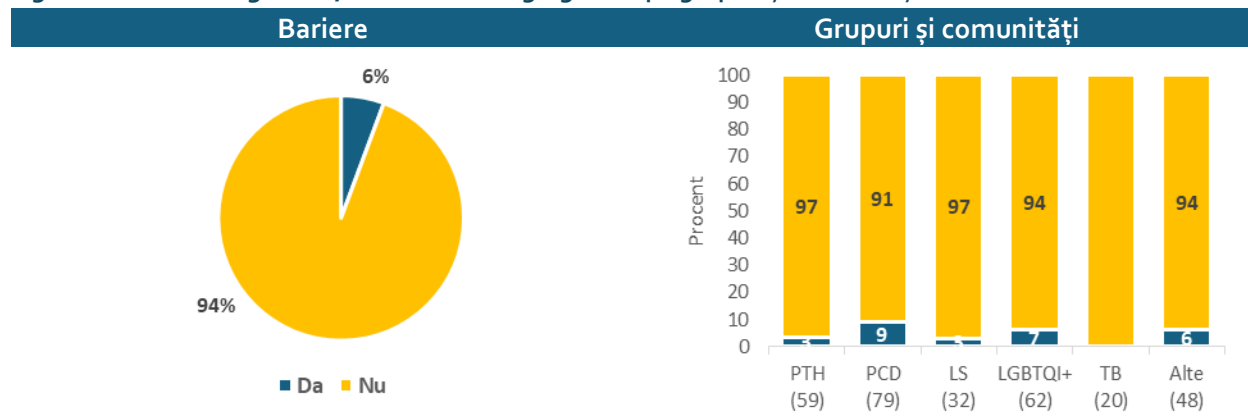
Figura 80. Bariere legate de solicitarea documentelor adiționale, în dezagregare după grupuri și comunități



Bariere lingvistice

5.7% (17 din 300) dintre participanții la studiu au mărturisit că s-au confruntat cu bariere lingvistice. Rezultatele studiului au relevat că respondenții grupului PCD s-au confruntat cu bariere lingvistice în 8.9% (7 din 79) de cazuri, iar cei din comunitatea LGBTQI+ – în 6.5% (4 din 62) de cazuri. Respondenții grupului „Alte” au întâlnit astfel de obstacole în 6.2% (3 din 48) de cazuri, respondenții grupului PTH – în 3.4% (2 din 59) de cazuri și ai grupului LS – în 3.1% (1 din 32) de cazuri. Grupul TB nu s-a confruntat cu bariere lingvistice (0 din 20). Analiza statistică a relevat o valoare $P=0.583$, ceea ce indică faptul că nu există o diferență semnificativă statistic între grupuri în ceea ce privește barierele lingvistice (Figura 81).

Figura 81. Bariere lingvistice, inclusiv în dezagregare după grupuri și comunități



FACTORI DE RISC PRIVIND BARIERELE ÎN ACCESAREA SERVICIILOR

Factorii socio-demografici

Analiza datelor privind barierele în accesarea serviciilor de sănătate nu a relevat diferențe semnificative statistic între grupurile socio-demografice analizate. Deși au existat variații în percepția barierelor în funcție de gen, vârstă, nivel de studii și statut marital, valorile P obținute (toate mai mari de 0.05) indică faptul că aceste diferențe nu sunt semnificative din punct de vedere statistic. Astfel, factorii socio-demografici analizați nu au influențat percepția barierelor în accesarea serviciilor de sănătate (Tabelul 3).

Tabelul 3. Factori socio-demografici care ar putea influența accesarea serviciilor de sănătate

Denumire	Da	Nu	OR [IÎ95%]	Valoare p
Gen				
Bărbați	78 (55.7)	90 (56.2)	0.9 [0.59-1.49]	0.795
Femei	59 (42.1)	64 (40.0)	1	
TG	3 (2.1)	6 (3.8)	0.5 [0.13-2.27]	0.621
Vârstă				
≤ 39 de ani	82 (58.6)	87 (54.4)	1.2 [0.75-1.88]	0.467
≥ 40 de ani	58 (41.4)	73 (45.6)	1	
Nivel de studii				
Primare sau medii incomplete	36 (26.3)	38 (23.9)	1.3 [0.67-2.53]	0.433
Medii complete	72 (52.6)	81 (50.9)	1.2 [0.69-2.17]	0.491

Denumire	Da	Nu	OR [IÎ95%]	Valoare p
Superioare	29 (21.2)	40 (25.2)	1	
Statut marital				
Căsătorit sau concubinaj	61 (43.6)	56 (35.0)	1.6 [0.95-2.62]	0.075
Divorțat sau văduv	26 (18.6)	27 (16.9)	0.4 [0.73-2.67]	0.388
Celibatar	53 (37.9)	77 (48.1)	1	

Cu referire la factorii ocupaționali și economici, datele studiului au arătat că valoarea venitului mediu lunar a fost determinată drept factor semnificativ în percepția barierelor în accesarea serviciilor de sănătate. Astfel, respondenții fără venit s-au confruntat cu bariere în accesarea acestui tip de servicii, înregistrând cel mai înalt procent, de 39%. Studiul a estimat că participanții din acest grup au avut de 3.5 ori mai multe șanse de a întâmpina bariere în accesarea serviciilor de sănătate comparativ cu participanții cu venituri mai mari ($P=0.007$, Tabelul 4).

În schimb, statutul ocupațional și prezența persoanelor aflate la întreținerea respondentului nu au prezentat diferențe semnificative statistic, valorile P fiind mai mari de 0.05. Aceste rezultate sugerează că venitul joacă un rol crucial în accesul la serviciile de sănătate, în timp ce alți factori socio-economici analizați nu au avut un impact semnificativ (Tabelul 4).

Tabelul 4. Factori ocupaționali și economici care ar putea influența accesarea serviciilor de sănătate

Denumire	Da	Nu	OR [IÎ95%]	Valoarea P
Angajat în câmpul muncii*				
Angajat	23 (16.4)	21 (13.1)	1	
Auto-angajat	31 (22.1)	39 (24.4)	0.7 [0.34-1.54]	0.523
Altele	20 (14.3)	20 (12.5)	0.8 [0.36-1.73]	0.704
Neangajat	66 (47.1)	80 (50.0)	0.7 [0.38-1.48]	0.417
Persoane aflate în întreținere*				
Da	42 (30.0)	37 (23.1)	1.4 [0.85-2.38]	0.112
Nu	98 (70.0)	123 (76.9)	1	
Venitul mediu lunar*				
Fără venit	55 (39.3)	35 (21.9)	3.5 [1.38-9.00]	0.007
≥ 200 EUR	52 (37.1)	68 (42.5)	1.7 [0.69-4.26]	0.247
201-500 EUR	25 (17.9)	39 (24.4)	1.4 [0.54-3.81]	0.623
≤ 501 EUR	8 (5.7)	18 (11.2)	1	

*Angajat în câmpul muncii (Moldova); Altele: elev, student, pensionar, persoană cu dizabilități, concediu de maternitate/paternitate; Persoane aflate în întreținere (Moldova); Venitul mediu lunar (Moldova)

Proceduri de transfer drept factori de risc

Analiza procedurilor de transfer a relevat mai multe aspecte importante legate de factorii care ar putea influența accesarea serviciilor de sănătate în Moldova. În context, regiunea de trai, locul de trai și disponibilitatea protecției temporare au fost apreciați drept factori semnificativi care ar putea influența accesarea serviciilor de sănătate în Moldova de către persoanele refugiate ($P<0.05$). Ceilalți factori analizați, precum perioada de ședere, numărul de intrări în Moldova, dar și beneficierea de asistență financiară pentru refugiați, nu par să fi avut un impact puternic asupra accesării serviciilor de sănătate ($P>0.05$, Tabelul 5).

Astfel, respondenții din regiunile Nord și Sud au avut o probabilitate semnificativ mai mică ($OR=0.14$ și $OR=0.15$, respectiv) de a se confrunța cu bariere în accesarea serviciilor de sănătate, acestea

prezentându-se drept factori protectori. În alte cuvinte, cei stabiliți cu traiul în regiunea Centru au avut de 6.7 [Îl95%: 3.59-12.86] ori mai multe șanse față de cei stabiliți cu traiul în regiunea de Nord și de 6.8 [Îl95%: 3.26-14.48] ori mai multe șanse față de cei stabiliți cu traiul în regiunea de Sud. Aceste diferențe semnificative din punct de vedere statistic ($P<0.001$) indică o disparitate regională în accesarea serviciilor de sănătate (Tabelul 5).

Locul de trai în Moldova a influențat, de asemenea, accesarea serviciilor de sănătate. Participanții care au indicat că locuiesc în centrele raionale și în sate au avut mai multe șanse ($OR=4.8$ și $OR=17.1$, respectiv) de a întâmpina bariere în accesarea serviciilor de sănătate comparativ cu cei cu locul de trai în municipii. Aceste diferențe sunt importante din punct de vedere statistic ($P<0.001$), evidențiind o disparitate între mediul urban și cel rural (Tabelul 5).

Protecția temporară a fost un alt factor relevant. Respondenții fără protecție temporară au avut de 2.5 ori mai multe șanse de a se confrunța cu bariere în accesarea serviciilor de sănătate comparativ cu cei care au beneficiat de aceasta, o diferență semnificativă din punct de vedere statistic ($P=0.002$, Tabelul 5).

Tabelul 5. Proceduri de transfer drept factori de risc care ar putea influența accesarea serviciilor de sănătate

Denumire	Da	Nu	OR [Îl95%]	Valoarea P
Perioada de ședere				
< 12 luni	40 (28.6)	58 (36.2)	0.7 [0.43-1.14]	0.159
> 12 luni	100 (71.4)	102 (63.8)	1	
Număr de intrări				
1 intrare	78 (55.7)	74 (46.2)	1.4 [0.92-2.30]	0.104
≥ 2 intrări	62 (44.3)	86 (53.8)	1	
Regiunea de trai (Moldova)				
Nord	53 (37.9)	95 (59.4)	0.14 [0.08-0.27]	<0.001
Sud	23 (16.4)	42 (26.2)	0.15 [0.07-0.30]	<0.001
Centru	64 (45.7)	17 (10.6)	1	
Est (malul stâng)	0 (0.0)	6 (3.8)	-	
Protecția temporară				
Da	103 (73.6)	140 (87.5)	1	
Nu	37 (26.4)	20 (12.5)	2.5 [1.38-4.64]	0.002
Locul de trai (Moldova)				
Municipiu	61 (43.6)	132 (82.5)	1	
Centru raional	55 (39.3)	25 (15.6)	4.8 [2.71-8.34]	<0.001
Sat	24 (17.1)	3 (1.9)	17.1 [5.42-73.8]	<0.001
Asistența financiară pentru refugiați				
Da	113 (80.7)	133 (83.1)	1	
Nu	27 (19.3)	27 (16.9)	1.2 [0.64-2.13]	0.652

Violența drept factor de risc

Violența, în diversele sale forme, s-a dovedit a fi un factor semnificativ în contextul accesării serviciilor de sănătate. Participanții la studiu care au menționat că au fost expuși la violență au avut șanse duble ($OR=2.2$) de a se confrunța cu bariere în accesarea serviciilor de sănătate comparativ cu cei care nu au fost expuși violenței ($P=0.001$, Tabelul 6).

Violența fizică a fost asociată cu o probabilitate și mai mare ($OR=5.4$) de a întâmpina bariere în accesarea serviciilor de sănătate, diferența fiind, de asemenea, semnificativă statistic ($P=0.001$). Violența psihică și

cea emoțională au fost, totodată, factori importanți, cu șanse duble (OR=2.2 și OR=2.1, respectiv) de a se confrunța cu bariere în accesarea serviciilor de sănătate comparativ cu persoanele care nu au fost expuse la astfel de forme de violență. Aceste diferențe sunt semnificative din punct de vedere statistic (P=0.005 și P=0.003, respectiv) (Tabelul 6).

Tabelul 6. Violența drept factor de risc care ar putea influența accesarea serviciilor de sănătate

Denumire	Da	Nu	OR [IÎ95%]	Valoare p
Violența				
Da	83 (59.3)	64 (40.0)	2.2 [1.37-3.47]	0.001
Nu	57 (40.7)	96 (60.)	1	
Violența fizică				
Da	17 (12.1)	4 (2.5)	5.4 [1.77-16.43]	0.001
Nu	123 (87.9)	156 (97.5)	1	
Violența psihică				
Da	46 (32.9)	30 (18.8)	2.2 [1.25-3.61]	0.005
Nu	94 (67.1)	130 (81.2)	1	
Violența emoțională				
Da	67 (47.9)	49 (30.6)	2.1 [1.29-3.33]	0.003
Nu	73 (52.1)	111 (69.4)	1	
Violența sexuală				
Da	7 (5.0)	0 (0.0)	-	-
Nu	133 (95.0)	160 (100)	-	-

Înscrierea în registrul medicului de familie drept factor de risc

Înregistrarea la medicul de familie a fost determinat ca fiind un factor semnificativ de risc în contextul accesării serviciilor de sănătate. Pentru participanții care nu au avut înregistrare la medicul de familie s-au estimat șanse duble (OR=2.2) de a se confrunța cu bariere în accesarea serviciilor de sănătate comparativ cu cei înregistrați. Această diferență este semnificativă din punct de vedere statistic (P=0.001), ceea ce sugerează că înregistrarea la medicul de familie poate influența accesul la serviciile de sănătate. Încrederea în medicul de familie nu pare să fie un factor relevant, deoarece diferențele observate nu sunt semnificative din punct de vedere statistic (P=0.878, Tabelul 7).

Tabelul 7. Înregistrarea și încrederea în medicul de familie drept factori de risc care ar putea influența accesarea serviciilor de sănătate

Denumire	Da	Nu	OR [IÎ95%]	Valoarea P
Înregistrarea la medicul de familie				
Da	94 (67.1)	77 (48.1)	1	
Nu	46 (32.9)	83 (51.9)	2.2 [1.37-3.52]	0.001
Încrederea în medicul de familie				
Da	51 (54.3)	40 (51.9)	1	
Moderat sau Nu	43 (45.7)	37 (48.1)	1.1 [0.60-2.01]	0.878
Nu				

Încrederea în medicul de familie, în rândul celor înregistrați, non-răspuns (1).

Grupuri și comunități

Accesul la serviciile de sănătate poate fi influențat de diverse bariere întâmpinate de grupuri și comunități. Studiul a estimat că respondenții grupului PCD și cei din grupul PTH au de 2.6 ori și, respectiv, de 2.1 ori mai multe șanse de a se confrunta cu bariere în accesarea serviciilor de sănătate comparativ cu cei care nu fac parte din aceste grupuri. Aceste diferențe sunt semnificative din punct de vedere statistic ($P=0.001$ și $p=0.020$, Tabelul 8).

În contrast, comunitatea LGBTQI+ prezintă o probabilitate semnificativ mai mică ($OR=0.43$) de a întâmpina bariere în accesarea serviciilor de sănătate, sugerând un posibil efect protector ($P=0.006$). Pe de altă parte, grupul „Alte” și grupul LS nu au prezentat diferențe sugestive din punct de vedere statistic în ceea ce privește accesarea serviciilor de sănătate ($P=0.902$ și $P=0.362$, respectiv) (Tabelul 8).

Tabelul 8. Grupuri și comunități în raport cu barierele în accesarea serviciilor de sănătate

Denumire	Da	Nu	OR [IÎ95%]	Valoarea P
Grupul PCD				
Da	51 (36.4)	28 (17.5)	2.6 [1.59-4.63]	0.001
Nu	89 (63.6)	132 (82.5)	1	
Comunitatea LGBTQI+				
Da	19 (13.6)	43 (26.9)	0.43 [0.23-0.77]	0.006
Nu	121 (86.4)	117 (73.1)	1	
Grupul PTH				
Da	36 (25.7)	23 (14.4)	2.1 [1.15-3.72]	0.020
Nu	104 (74.3)	137 (85.6)	1	
Grupul „Alte”				
Da	22 (15.7)	26 (16.3)	0.96 [0.51-1.79]	0.902
Nu	118 (84.3)	134 (83.8)	1	
Grupul LS				
Da	12 (8.6)	20 (12.5)	0.6 [0.30-1.39]	0.362
Nu	128 (91.4)	140 (87.5)	1	
Grupul TB				
Da	0 (0.0)	20 (100)	-	
Nu	140 (100)	140 (87.5)	-	

Tipuri de servicii de sănătate accesate și barierele

Accesul la serviciile de sănătate poate fi influențat de diverse obstacole, în funcție de tipul de servicii solicitat. Pentru respondenții care au accesat servicii de sănătate privind dependența de droguri, studiul a estimat șanse triple de a se confrunta cu bariere în accesarea serviciilor ($OR=3.1$), diferențe semnificative din punct de vedere statistic ($P<0.001$, Tabelul 9).

De asemenea, au fost estimate șanse duble de a întâmpina bariere în accesarea serviciilor de sănătate pentru cei care au accesat servicii privind tratamentul ARV ($OR=2.0$), cu o diferență relevantă statistic ($P=0.028$). În schimb, testarea pentru HIV a fost asociată cu o probabilitate semnificativ mai mică de a întâmpina obstacole ($OR=0.4$, $P=0.001$), indicând un efect protector (Tabelul 9).

În ceea ce privește accesarea serviciilor de sănătate pentru Hepatitele virale B și C, ITS, boli cronice, sănătatea mintală, urgențe medicale sau alte motive de sănătate nu s-au observat diferențe semnificative din punct de vedere statistic (toate având valoarea P mai mare de 0.05) (Tabelul 9).

Tabelul 9. Tipuri de servicii accesate în raport cu barierele în accesarea serviciilor de sănătate

Denumire	Da	Nu	OR [IÎ95%]	Valoarea P
Testarea la infecția HIV				
Da	53 (37.9)	94 (58.8)	0.4 [0.26-0.68]	0.001
Nu	87 (62.1)	66 (41.3)	1	
Tratament ARV				
Da	34 (24.3)	22 (13.8)	2.0 [1.11-3.67]	0.028
Nu	106 (75.7)	138 (86.3)	1	
Hepatite virale B și C				
Da	52 (37.1)	50 (31.2)	1.3 [0.80-2.09]	0.329
Nu	88 (62.9)	110 (68.8)	1	
Infecții cu transmitere sexuală				
Da	11 (7.9)	25 (15.6)	0.5 [0.21-0.97]	0.050
Nu	129 (92.1)	135 (84.4)	1	
Dependența de droguri				
Da	60 (42.9)	31 (19.4)	3.1 [1.86-5.23]	< 0.001
Nu	80 (57.1)	129 (80.6)	1	
Tuberculoza				
Da	0 (0.0)	37 (21.2)	-	
Nu	140 (100)	126 (78.8)	-	
Infecții respiratorii virale acute				
Da	26 (18.6)	38 (23.8)	0.7 [0.41-1.28]	0.323
Nu	114 (81.4)	122 (76.2)	1	
Urgențe medicale				
Da	21 (15.0)	16 (10.0)	1.5 [0.79-3.18]	0.219
Nu	119 (85.0)	144 (90.0)	1	
Boli cronice				
Da	21 (15.0)	27 (16.9)	0.8 [0.46-1.62]	0.753
Nu	119 (85.0)	133 (83.1)	1	
Alte motive de sănătate				
Da	20 (14.3)	20 (12.5)	1.2 [0.59-2.28]	0.775
Nu	120 (85.7)	140 (87.5)	1	
Sănătatea mintală				
Da	31 (22.1)	51 (31.9)	0.6 [0.36-1.02]	0.069
Nu	109 (77.9)	109 (68.1)	1	

Stigma și discriminarea drept factori de risc

Rezultatele studiului subliniază impactul semnificativ al stigmatizării și discriminării asupra accesului la serviciile de sănătate. Datele indică faptul că persoanele care au experimentat stigmatizare au mai multe șanse de a întâmpina dificultăți în accesarea serviciilor de sănătate comparativ cu cei care nu au experimentat stigmatizare (OR=42). Valoarea $P < 0.001$ sugerează o asociere extrem de semnificativă din punct de vedere statistic (Tabelul 10).

În mod similar, respondenții care au raportat că au simțit discriminare au avut, de asemenea, mai multe șanse de a întâmpina dificultăți în accesarea serviciilor de sănătate (OR=37, $P < 0.001$), indicând despre o asociere puternică și semnificativă din punct de vedere statistic (Tabelul 10).

Rezultatele studiului privind percepția respectării dreptului la sănătate pentru refugiați în Moldova au relevat că persoanele care au considerat că acest drept nu este respectat sau este respectat parțial au avut de două ori mai multe șanse (OR=2.2, P=0.007) de a întâmpina bariere în accesarea serviciilor de sănătate (Tabelul 10).

Tabelul 10. Stigma și discriminarea drept bariere în accesarea serviciilor de sănătate

Denumire	Da	Nu	OR [Î95%]	Valoarea P
Stigmatizare				
Da	49 (35.0)	2 (1.2)	42.1 [11.8-263.1]	<0.001
Nu	91 (65.0)	158 (98.8)	1	
Discriminare				
Da	45 (32.1)	2 (1.2)	37.1 [10.3-231.9]	<0.001
Nu	95 (67.8)	158 (98.8)	1	
Respectarea dreptului la sănătate				
Da	86 (67.7)	118 (82.5)	1	0.007
Parțial sau Nu	41 (32.3)	25 (17.5)	2.2 [1.27-4.01]	

Non-răspuns: respectarea dreptului la sănătate (30).

STUDIU CALITATIV: REZULTATE

Urmare a discuțiilor cu reprezentanții comunităților-cheie afectate, cu membrii platformei TB și cu reprezentanții autorităților privitor la accesul persoanelor refugiate la servicii esențiale de sănătate au fost menționate următoarele aspecte:

- Prezența statutului de persoană cu protecție temporară oferă acces gratuit la medicul de familie și asistența medicală de urgență prespitalicească. Totodată, un șir de necesități (cum ar fi examinarea CD4 pentru persoanele PTH) nu puteau fi realizate gratuit.
- Drept o problemă majoră în accesarea serviciilor de sănătate a fost menționată distanța mare, lipsa transportului și costul deplasării către instituțiile care oferă servicii de sănătate. Tratamentul în staționar, analizele, testele de laborator, investigațiile au fost percepute ca servicii greu accesibile condiționate de referiri de la medicului de familie, dar și de disponibilitatea locurilor în instituțiile medicale.
- Accesul la servicii esențiale, în special cele narcologice și legate de statutul HIV, dar și investigațiile medicale, este unul neuniform, fiind mai puțin ușor pentru persoanele din regiunea rurală. Acesta este similar și pentru alte persoane din grupurile de risc din aceste localități. Lipsa personalului medical specializat la nivel de raioane impune costuri indirecte legate de deplasarea către municipii și o barieră în accesarea și continuitatea serviciilor medicale.
- Refugiații grupului PCD din Ucraina au menționat despre accesul redus la serviciile de tratament cu agoniști de opioide, inclusiv absența acestora în sectorul privat. Această situație determină necesitatea de a locui în zone în care este disponibil Programul de Tratament agonist cu Opioid (PTAO). În contextul închiderii mai multor centre de plasament temporar pentru refugiați, acest aspect conduce la costuri ridicate pentru închirierea locuințelor.
- Serviciile pentru tratamentul narcologic, TB și infecției HIV au fost considerate ușor accesibile și susținute de către ONG-uri. De asemenea, există un acces bun la medicamentele ARV, TB, TAO și alte scheme de tratament similare utilizate în Ucraina și Moldova. Cu toate acestea, pentru alte afecțiuni și boli cronice există diferențe în ceea ce privește spectrul și costul tratamentului. Iar aceasta determină adesea revenirea periodică în Ucraina pentru a achiziționa medicamente (de exemplu, pentru hipertensiune arterială, diabet zaharat etc.). Accesibilitatea medicamentelor gratuite este limitată, iar costurile suplimentare pentru achiziționarea acestora sunt adesea acoperite cu ajutorul ONG-urilor.
- Serviciile medicale specializate, cum ar fi cele stomatologice, de sănătate mintală și ginecologice, au fost considerate mai puțin accesibile.
- A fost confirmată utilizarea frecventă a serviciilor instituțiilor private, costurile fiind acoperite fie de beneficiar, fie cu suportul altcuiva. Principalul motiv pentru care se apelează la aceste servicii este perioada lungă de așteptare pentru investigații sau consultații medicale.
- Din cauza stigmatizării ridicate, comunitatea LGBTQI+ se confruntă cu o adresabilitate redusă către instituțiile publice, optând mai frecvent pentru serviciile oferite de ONG-uri, precum GDM și MedHUB. Au fost raportate întreruperi în tratamentul hormonal din cauza lipsei medicamentelor în Moldova sau a prețurilor lor excesiv de mari. În Moldova, doar un singur ONG oferă servicii de suport acestui grup, inclusiv acompaniere la serviciile medicale și servicii de reducere a riscurilor HIV, cum ar fi PreP comunitar.

- În accesarea serviciilor există o barieră lingvistică, deoarece site-urile oficiale sunt adesea disponibile doar în limba română, dar și documentele medicale sunt eliberate inclusiv în limba română. Acest fapt crește frecvența solicitării de informații de la terți vorbitori de limba română, cum ar fi membri ai ONG-urilor, prieteni locali sau alți refugiați.
- A fost menționată ca problematică situația în care persoanele din grupurile-cheie nu doresc să-și recunoască apartenența la aceste grupuri vulnerabile, inclusiv statutul HIV.
- Persoanele refugiate din grupurile de risc se confruntă cu aceleași bariere în accesarea serviciilor esențiale, ca și populația din Moldova. Prin urmare, se conturează necesitatea investițiilor în infrastructura medicală și în echiparea cu tehnologii moderne întru sporirea capacităților de a răspunde diverselor nevoi ale pacienților, inclusiv celor din comunitățile de refugiați.
- Modelul de asigurare a asistenței medicale pentru persoanele refugiate a fost implementat prin integrarea serviciilor în sistemul național de sănătate, cu punct de intrare prin asistența medicală primară și aceleași mecanisme de accesare a serviciilor ca și pentru populația locală. Astfel, accesarea serviciilor prin referire și acompanierea persoanelor din grupurile de risc refugiate din Ucraina a fost realizată prin intermediul ONG-urilor, similar cu persoanele din grupurile de risc locale. A fost instituit un sistem de comunicare rapidă cu ONG-urile din Ucraina pentru a asigura continuitatea serviciilor.

În context, accesul la serviciile de sănătate pentru persoanele refugiate din grupurile de risc este marcat de provocări și inegalități, fiind influențat de factori precum distanțe mari, costuri de deplasare, acces limitat la tratamente esențiale și servicii specializate, stigmatizare și bariere lingvistice. ONG-urile joacă un rol esențial în asigurarea accesului la tratamente și servicii, dar există necesitatea investițiilor în infrastructura medicală și echipamente moderne pentru a răspunde diverselor nevoi ale pacienților.

DISCUȚII

Studiul explorează accesibilitatea grupurilor PTH, PCD, LS, comunitatea LGBTQI+, dar și persoanele cu TB la serviciile de sănătate și barierele întâmpinate în accesarea acestor servicii pe durata șederii lor în Moldova.

Rezultatele cercetării arată că persoanele din grupul PCD și cei din PTH se confruntă cu cele mai mari bariere în accesarea serviciilor de sănătate. Aceste grupuri sunt adesea stigmatizate și marginalizate, ceea ce le îngreunează accesul la îngrijirile de sănătate adecvate [15, 16]. Comunitatea LGBTQI+ prezintă o probabilitate mai mică de a întâmpina bariere în accesarea serviciilor de sănătate, sugerând un posibil efect protector, fapt care ar putea fi explicat inclusiv prin faptul că în majoritatea cazurilor aceștia accesează serviciile de sănătate prin intermediul ONG-urilor sau, în cele mai dese cazuri, accesează servicii cu plată direct la clinici private.

Grupurile LS și „Alte” nu au prezentat diferențe semnificative în ceea ce privește accesarea serviciilor de sănătate, ceea ce sugerează că aceste grupuri nu se confruntă cu bariere specifice. Cu toate acestea, este important să se continue eforturile de sensibilizare și educare pentru a asigura un mediu medical incluziv și respectuos în rândul grupurilor și comunităților.

Studiul evidențiază că accesul la serviciile de sănătate pentru refugiați în Moldova este influențat de o serie de factori, iar refugiații se pot confrunta cu bariere în accesarea serviciilor de sănătate.

Cu referire la factorii socio-demografici analizați, chiar dacă nu s-au identificat diferențe semnificative statistic, percepția barierelor variază în funcție de gen, vârstă, nivel de studii, statut ocupațional, statut marital și de prezența persoanelor la întreținere. Aceasta sugerează că, deși factorii socio-demografici nu au un impact direct asupra accesului la servicii de sănătate, aceștia pot influența indirect percepția și experiența refugiaților în accesarea serviciilor de sănătate.

Nivelul de educație al respondenților din acest studiu este comparabil cu cel din alte studii, indicând un potențial ridicat pentru integrarea pe piața muncii, cu condiția existenței unor oportunități adecvate și a recunoașterii calificărilor. Totuși, cunoașterea limitată a limbii române ar putea constitui o barieră, iar acest aspect este similar cu constatările altor cercetări care subliniază importanța programelor de învățare a limbii pentru facilitarea integrării sociale și economice [17, 18].

Rezultatele acestui studiu evidențiază schimbările semnificative în statutul de angajare și veniturile refugiaților din Ucraina aflați în Moldova. Comparativ cu alte studii similare, s-a observat o tendință comună de scădere a ratei de angajare și a veniturilor în rândul refugiaților, ceea ce reflectă dificultățile întâmpinate în integrarea pe piața muncii din țările-gazdă [17]. Rezultatele studiului scot în relief faptul că venitul mediu lunar al persoanei refugiate este un factor esențial care influențează accesul la serviciile de sănătate. Refugiații fără venituri sau cu venituri foarte mici se confruntă cu cele mai mari dificultăți în accesarea serviciilor de sănătate în Moldova. Mulți refugiați nu își permit să plătească pentru consultații, tratamente și investigații medicale, ceea ce îi împiedică să acceseze îngrijirile necesare. Aceste rezultate subliniază importanța asigurării unui suport financiar adecvat pentru refugiați, astfel încât aceștia să poată accesa serviciile medicale necesare fără a fi împovărați de costuri. Un studiu realizat în Maroc a evaluat contribuția guvernului la finanțarea sănătății persoanelor migrante și refugiaților prin servicii gratuite, acesta mobilizând aproximativ 5% din bugetul anual pentru asistența medicală primară pentru migranți și refugiați, subliniind necesitatea dezvoltării unor mecanisme alternative de finanțare odată cu extinderea acoperirii asigurărilor de sănătate [19]. În context, se conturează necesitatea îmbunătățirii politicilor de suport financiar și a mecanismelor de asigurare care să acopere costurile medicale pentru refugiați, asigurându-le astfel accesul la servicii de sănătate de calitate.

Rezultatele cercetării oferă o perspectivă detaliată asupra procedurilor de transfer și a experiențelor de ședere ale refugiaților din Ucraina în Moldova, în special în rândul populațiilor de risc. Deși, în cele mai dese cazuri, persoanele refugiate au folosit documente legale pentru traversarea hotarelor, au existat și cazuri de transfer ilegal.

Majoritatea respondenților au declarat că se află în Moldova timp de mai mult de 12 luni, ceea ce sugerează o stabilitate relativă, fapt esențial pentru integrarea pe termen lung și accesul la serviciile de bază. Frecvența intrărilor multiple în Moldova indică, de asemenea, o mobilitate continuă, posibil legată de căutarea unor condiții mai bune de trai ori servicii sau de reîntoarcerea temporară în Ucraina. Pe de altă parte, o treime dintre respondenți intenționează să plece din Moldova în viitorul apropiat, majoritatea preferând să se mute într-o altă țară, fapt care reflectă incertitudinea și dorința de a găsi condiții mai bune de trai. Intențiile de relocare sunt influențate de factori economici și de securitate, similari cu cei identificați în alte studii privind migrația forțată [18].

Participanții la studiu provin din diverse regiuni ale Ucrainei, cu o prezență notabilă din Odessa, Mykolaiv și Kiev. În Moldova, majoritatea au ales să locuiască în municipii, în special în Chișinău și Bălți. Distribuția geografică reflectă preferința pentru zonele urbane, unde accesul la servicii și oportunități economice este mai mare. Alegerea locului de trai nu a fost influențată de regiunea de proveniență din Ucraina, ceea ce sugerează că factorii locali din Moldova au avut un rol mai important în decizia de stabilire [18].

Cu toate acestea, distanța mare până la centrele medicale este una dintre cele mai frecvente bariere în accesarea serviciilor de sănătate. Mulți refugiați trebuie să parcurgă distanțe mari pentru a ajunge la centrele de asistență medicală, ceea ce poate fi descurajant și costisitor. Această problemă ar putea fi agravată inclusiv de lipsa transportului public adecvat și de resursele financiare limitate ale refugiaților. Rezultatele studiului demonstrează că refugiații care locuiesc în centre raionale și sate întâmpină mai multe dificultăți în accesarea serviciilor medicale comparativ cu cei care locuiesc în municipii [11, 20]. De asemenea, se evidențiază disparități regionale. Astfel, refugiații care locuiesc în regiunile Nord și Sud ale Moldovei se confruntă cu mai puține bariere în accesarea serviciilor de sănătate comparativ cu cei din regiunea Centru. În context, într-o asigurarea unui acces echitabil la îngrijirile medicale, este esențial să se dezvolte soluții pentru a aduce serviciile medicale mai aproape de comunitățile de refugiați, inclusiv prin implementarea unor servicii mobile de sănătate [21].

Experiențele inițiale de cazare au avut un impact asupra situației actuale de locuire a refugiaților. Cei care s-au cazat inițial în centrele pentru refugiați au avut tendința de a rămâne acolo sau de a închiria ulterior un apartament sau o casă, fapt care indică despre importanța centrelor de refugiați în oferirea unui punct de plecare stabil pentru integrarea ulterioară [22].

Majoritatea respondenților au beneficiat de protecție temporară, ceea ce subliniază eficiența măsurilor de suport implementate de autoritățile din Moldova [23]. Totuși, un procent semnificativ nu a obținut protecție temporară din diverse motive, inclusiv planuri de plecare din Moldova, lipsa documentelor necesare sau necunoașterea procedurilor.

Disponibilitatea protecției temporare este un alt factor determinant care influențează accesul la servicii de sănătate. Refugiații fără protecție temporară au o probabilitate mai mare de a se confrunta cu mai multe bariere în accesarea serviciilor de sănătate comparativ cu cei care beneficiază de această protecție [24, 25]. Aceste rezultate sugerează necesitatea unor campanii de informare, dar și îmbunătățirea politicilor și programelor care să faciliteze accesul la protecție temporară pentru toți refugiații, inclusiv prin implicarea ONG-urilor și colaborarea acestora cu instituțiile interesate.

Majoritatea refugiaților au beneficiat de suport financiar destinat refugiaților, ceea ce subliniază eficiența măsurilor de sprijin implementate [26]. Totuși, un procent semnificativ nu a primit acest ajutor din diverse motive, inclusiv din lipsa înregistrării și necunoașterea posibilităților de a beneficia de acest sprijin. Aceste

constatări sugerează necesitatea unor campanii de informare și a unui suport administrativ mai eficient pentru a asigura accesul la ajutor financiar pentru toți refugiații. Distribuția asistenței financiare a variat semnificativ între grupuri, cu persoanele cu TB și cele din categoria „Alte” beneficiind cel mai mult de acest tip de suport. Această variație indică faptul că apartenența la un anumit grup poate influența probabilitatea de a primi ajutor financiar, subliniind necesitatea unor politici sau programe care să asigure echitatea în distribuirea resurselor.

Pe lângă suportul financiar, refugiații au beneficiat de diverse bunuri esențiale, cum ar fi alimente, produse de igienă și medicamente. Distribuția acestor bunuri reflectă nevoile imediate ale refugiaților și importanța asigurării accesului la resurse de bază pentru a facilita adaptarea și integrarea în noul mediu.

ONG-urile și voluntarii au jucat un rol crucial în oferirea de servicii esențiale, cum ar fi referirea sau acompanierea către centre (instituții medicale), testarea gratuită pentru HIV și suportul psihologic. Aceste servicii au fost accesate frecvent de refugiați, indicând o nevoie continuă de suport specializat. De asemenea, referirea către asistența juridică și suportul financiar pentru achitarea serviciilor medicale au fost fundamentale pentru asigurarea accesului la drepturi și servicii de sănătate.

Studiul a relevat o prevalență ridicată a violenței în rândul refugiaților, cu aproape jumătate dintre respondenți raportând diverse forme de abuz. Violența emoțională și psihică au fost cele mai frecvente, indicând un nivel ridicat de stres și traumă în rândul populației studiate. Persoanele cu TB, consumatorii de droguri și comunitatea LGBTQI+ au avut cele mai mari rate de expunere la violență, subliniind vulnerabilitatea acestor grupuri. Datele arată că violența emoțională și psihică au fost predominante, iar agresorii au fost atât persoane necunoscute, cât și membri ai familiei sau angajați ai serviciilor de frontieră și ai poliției [27]. Aceste constatări indică necesitatea unor măsuri de protecție și suport psihologic pentru refugiați, precum și a unor intervenții pentru prevenirea violenței în toate formele sale [17]. Un aspect îngrijorător este faptul că majoritatea victimelor violenței nu au solicitat ajutor, ceea ce poate fi atribuit lipsei de încredere în autorități sau necunoașterii resurselor disponibile. ONG-urile au jucat un rol crucial în oferirea de suport, dar este necesar un efort concertat pentru a încuraja raportarea incidentelor și accesul la asistență. Expunerea ridicată la violență și evitarea solicitării ajutorului evidențiază necesitatea unor intervenții integrate care să abordeze atât nevoile de securitate, cât și cele psihologice ale refugiaților.

Violența, în diversele sale forme, a fost determinată și drept factor care ar putea influența accesul refugiaților la serviciile de sănătate. Astfel, participanții care au fost expuși la violență, fie fizică, psihică sau emoțională, au șanse mai mari să se confrunte cu bariere în accesarea serviciilor de sănătate comparativ cu cei care nu au fost expuși la astfel de experiențe. Aceasta subliniază impactul profund pe care violența îl poate avea asupra sănătății și bunăstării refugiaților, complicând și mai mult accesul lor la îngrijiri de sănătate esențiale. Datele cercetărilor subliniază că refugiații se confruntă cu un ciclu continuu de traumă și violență, care începe înainte de migrație și persistă după reinstalare, având efecte cumulative asupra sănătății acestora [28].

În același aspect, studiu evidențiază că violența fizică este asociată cu cele mai mari dificultăți în accesarea serviciilor de sănătate [27]. Refugiații care au suferit violență fizică întâmpină obstacole semnificative, ceea ce poate fi explicat prin traumele fizice și psihologice pe care le suportă, dar și prin teama de a căuta ajutor din cauza stigmatizării sau a represaliilor din cauza apartenenței la anumite grupuri de risc. Violența psihică și emoțională sunt, de asemenea, factori importanți care influențează accesul la servicii de sănătate. Refugiații expuși la astfel de forme de violență pot suferi de anxietate, depresie și alte probleme de sănătate mintală [29], care le afectează capacitatea de a solicita și de a accesa îngrijiri medicale. Întru îmbunătățirea accesului refugiaților la servicii de sănătate în Moldova, este esențial să se abordeze problema violenței în toate formele sale. Totodată, suportul psihosocial și

eforturile comunitare rămân factori-cheie în facilitarea accesului la servicii de sănătate și în îmbunătățirea stării de sănătate a refugiaților.

Stigmatizarea și discriminarea au fost evidențiate ca probleme în rândul refugiaților din populațiile de risc [5]. Aproximativ 17% dintre respondenți au raportat că s-au simțit stigmatizați, iar 16% au experimentat discriminare în timpul solicitării serviciilor de sănătate. Grupurile PCD și PTH au înregistrat cele mai mari rate de stigmatizare și discriminare. Motivele principale pentru stigmatizare au inclus dependența de droguri, etnia și sănătatea mintală, iar tipurile de discriminare întâmpinate au fost variate, incluzând atitudinea negativă a personalului medical, dar și limbajul nepotrivit folosit de către acesta. Un studiu realizat în Franța a arătat că populațiile social dezavantajate, inclusiv imigranții și refugiații, se confruntă cu rate ridicate de discriminare în timpul accesării serviciilor de sănătate [30]. Aceste rezultate subliniază necesitatea unor intervenții specifice pentru a reduce stigmatizarea și discriminarea în rândul refugiaților, prin educație și sensibilizare a prestatorilor de servicii de sănătate, dar și a comunității.

Majoritatea refugiaților stabiliți în Moldova consideră că dreptul lor la sănătate este respectat, indicând o percepție general pozitivă. Totuși, există și persoane refugiate care cred că acest drept este respectat doar parțial sau deloc, evidențiind existența unor lacune în asigurarea accesului echitabil la servicii de sănătate [5]. Percepțiile variază între grupuri și comunități. De exemplu, grupul TB are cea mai pozitivă percepție, în timp ce comunitatea LGBTQI+ și grupul PCD au percepții mai puțin favorabile. Studiul realizat în rândul populației generale din Moldova a arătat că percepțiile privind respectarea drepturilor omului, inclusiv dreptul la sănătate, variază semnificativ între diferite grupuri vulnerabile. Aceasta evidențiază faptul că, deși există progrese în respectarea drepturilor omului, anumite grupuri, cum ar fi comunitatea LGBTQI+ și persoanele cu dizabilități, continuă să se confrunte cu provocări semnificative [31]. Diferențele respective subliniază necesitatea unor intervenții specifice pentru a aborda preocupările fiecărui grup și pentru a asigura un acces echitabil la servicii de sănătate pentru toți refugiații.

Anumite provocări și nevoi specifice ale refugiaților referitoare la starea de sănătate și accesul la serviciile de sănătate sunt scoase în relief inclusiv în cadrul prezentului studiu [10]. Autoevaluarea stării de sănătate a respondenților a variat considerabil între grupuri; majoritatea considerându-și sănătatea ca fiind satisfăcătoare sau bună, cu mici diferențe între grupuri, cum ar fi persoanele cu TB și comunitatea LGBTQI+ care au indicat probleme de sănătate mai severe. Toate acestea subliniază importanța monitorizării continue a stării de sănătate și a furnizării de servicii de sănătate adecvate, inclusiv în funcție de grupuri [12].

Înregistrarea la medicul de familie este esențială pentru a facilita accesul la îngrijiri medicale, inclusiv pentru persoanele refugiate. Refugiații care nu sunt înregistrați la un medic de familie se confruntă cu bariere semnificative în accesarea serviciilor de sănătate, ceea ce subliniază importanța înscrierii în registrul medicului de familie [6, 8]. Procentul de refugiați înregistrați la un medic de familie a variat considerabil între grupuri, cu cele mai mari rate de înregistrare observate în rândul persoanelor cu TB și al grupului „Alte”. În contrast, comunitatea LGBTQI+ a avut cea mai mică rată de înregistrare, ceea ce poate reflecta bariere în accesarea serviciilor de sănătate oferite din partea instituțiilor de stat.

Unul dintre motivele principale pentru care refugiații nu se înregistrează la medicul de familie este intenția de a părăsi Moldova în viitorul apropiat [6]. Aceasta sugerează o instabilitate și o lipsă de certitudine în rândul persoanelor refugiate, care îi împiedică să se înregistreze și să beneficieze de îngrijiri medicale continue. Un alt motiv semnificativ este necunoașterea procedurii de înregistrare. Mulți refugiați nu sunt familiarizați cu sistemul de sănătate din Moldova și nu știu cum să se înregistreze la un medic de familie [5]. Lipsa actelor necesare pentru înregistrare este, de asemenea, o barieră semnificativă. Refugiații se confruntă adesea cu dificultăți în obținerea documentelor necesare pentru înregistrare, ceea ce le îngreunează accesul la servicii de sănătate [13]. Toate acestea accentuează necesitatea unor campanii de informare și educare care să explice clar pașii necesari pentru înregistrare

și beneficiile acesteia. ONG-urile și instituțiile de stat trebuie să colaboreze pentru a oferi aceste informații în mod accesibil și în limbile pe care refugiații le înțeleg.

Încrederea în medicul de familie este un aspect fundamental al relației pacient-medic și influențează semnificativ calitatea îngrijirilor medicale [32]. Deși majoritatea refugiaților au încredere în medicul lor de familie, există și un procent semnificativ care nu au o opinie clară sau care nu au încredere în medicul în registrul căruia sunt înregistrați. Acest fapt sugerează necesitatea unor eforturi continue pentru a construi și menține încrederea refugiaților în sistemul de sănătate și în profesioniștii din domeniul medical.

Refugiații au accesat o gamă variată de servicii de sănătate, indicând la o accesare diversificată a acestora, dar și reflectând nevoile complexe ale refugiaților [10, 13]. ONG-urile din Moldova au fost principala sursă de informare pentru accesarea acestor servicii, urmate de rețelele sociale și de alți refugiați stabiliți în Moldova, subliniind rolul crucial al ONG-urilor în diseminarea informațiilor și facilitarea accesului la servicii medicale. Majoritatea participanților au accesat serviciile oferite de ONG-uri, evidențiind importanța acestor organizații în sprijinirea refugiaților.

Rezultatele studiului reflectă o perspectivă detaliată asupra comunicării dintre refugiații din Ucraina și prestatorii de servicii medicale din Moldova, reflectând importanța comunicării eficiente și a informării adecvate în relația dintre pacienți și prestatorii de servicii medicale. Majoritatea refugiaților au exprimat un nivel ridicat de satisfacție cu privire la informarea despre opțiunile de tratament, siguranța acestora și adaptarea îngrijirilor medicale la nevoile individuale. De asemenea, confidențialitatea și încrederea în prestatorii de servicii medicale au fost aspecte esențiale apreciate de pacienți. Toate acestea prezintă rezultate similare studiului realizat în rândul refugiaților, populația generală [5]. Totuși, prezentul studiu a evidențiat, la acest capitol, variații între grupuri și comunități, ceea ce subliniază necesitatea unor abordări personalizate și a unei atenții sporite pentru grupurile care au raportat niveluri mai scăzute de satisfacție. Studiul a relevat și alte provocări, cum ar fi percepția faptului că cererea de îngrijiri medicale depășește capacitatea asistenței medicale primare din Moldova în contextul persoanelor refugiate [7], în special evident în grupurile TB, PTH și PCD.

S-au reliefat inclusiv lacune în disponibilitatea consimțământului informat în diverse limbi, subliniindu-se importanța acestui aspect pentru accesibilitate și comunicare eficientă. Acest fapt a fost descris și în studiul anterior desfășurat în rândul persoanelor refugiate, unde aceștia au menționat despre disponibilitatea consimțământului informat în limbile rusă sau ucraineană în 58% de cazuri [5]. În context, se concluzionează că este esențial să se continue eforturile întru asigurarea consimțământului informat în limba maternă sau alte limbi înțelese de către refugiații din Ucraina.

Studiul a evidențiat percepții variate ale refugiaților cu privire la calitatea și siguranța serviciilor de sănătate, precum și la eficiența sistemelor de referire și cooperare între diverse entități medicale și sociale [5]. Majoritatea refugiaților din populațiile de risc au considerat că sistemele de referire și cooperare între serviciile medicale, centrele de plasament și ONG-uri funcționează bine, deși au existat diferențe între grupuri și comunități, în special în rândul persoanelor din grupurile PCD și LS. Astfel, este esențial să fie continuate eforturile de îmbunătățire a sistemelor de referire și cooperare între serviciile de sănătate, serviciile sociale și ONG-uri pentru a asigura o îngrijire integrată și de calitate.

Timpul îndelungat de așteptare pentru consultații, atât la medicii specialiști, cât și la medicii de familie, reprezintă o barieră semnificativă în accesarea serviciilor de sănătate [33]. Refugiații se confruntă adesea cu liste lungi de așteptare și cu programări întârziate, ceea ce poate conduce la agravarea stării lor de sănătate. Este necesar să se îmbunătățească eficiența sistemului de programări și să se asigure un număr suficient de personal medical pentru a reduce timpul de așteptare și pentru a oferi îngrijiri medicale în timp util. Literatura de profil subliniază că refugiații din țările-gazdă se confruntă frecvent cu timpi lungi

de așteptare pentru consultații medicale, ceea ce poate determina întârzieri în diagnosticare și tratament [34, 35].

Solicitarea de documente suplimentare și barierele lingvistice complică și mai mult accesul la servicii medicale. Refugiații se confruntă adesea cu cerințe birocratice excesive și cu dificultăți de comunicare din cauza barierelor lingvistice, rezultate demonstrate și în alte cercetări realizate în țări-gazdă pentru refugiați sau migranți [7, 20, 36]. Simplificarea procedurilor administrative și birocratice, dar și asigurarea traducătorilor ar putea facilita comunicarea între refugiați și personalul medical.

În urma analizei datelor colectate în cadrul studiului, se poate concluziona că există o conștientizare semnificativă și o utilizare variată a serviciilor de reducere a riscurilor în rândul refugiaților care s-au stabilit în Moldova. În mare parte refugiații au beneficiat de informații și suport în prevenirea și gestionarea HIV, iar nivelul de informare privind testarea confidențială pentru HIV a fost unul înalt. De asemenea, s-a conturat o familiarizare considerabilă privind profilaxia pre-expunere (PrEP) și post-expunere (PEP) pentru HIV. Aceste constatări sunt susținute și de alte cercetări. De exemplu, un studiu publicat de UNAIDS evidențiază provocările unice pe care refugiații le întâmpină în prevenirea și gestionarea HIV, subliniind necesitatea accesului la servicii de prevenire, tratament și suport [37].

Calitatea serviciilor de reducere a riscurilor a fost percepută drept una pozitivă, cu o satisfacție generală înaltă față de serviciile oferite în Moldova. Totuși, au existat diferențe notabile în percepțiile și utilizarea serviciilor între grupuri și comunități. De exemplu, comunitatea LGBTQI+ și grupul PCD au raportat cele mai mari rate de utilizare a serviciilor, în timp ce grupul LS și grupul „Alte” au avut rate mai scăzute de accesare a acestor servicii. Astfel, continuitatea eforturilor de informare și educare a refugiaților, consolidarea cooperării între entități medicale și sociale, adaptarea serviciilor la nevoile specifice pentru grupuri și comunități ar putea îmbunătăți și mai mult accesul și calitatea serviciilor de reducere a riscurilor, dar și a asigura o protecție mai bună a sănătății refugiaților și o integrare mai eficientă în sistemul de sănătate din Moldova.

Accesul la serviciile legate de HIV în Moldova a variat și a fost influențat de mai mulți factori, inclusiv de apartenența la grupuri și comunități. Grupul PTH a demonstrat o conștientizare și utilizare universală a serviciilor HIV, ceea ce subliniază importanța informării și educării continue a acestui grup. În comunitatea LGBTQI+ s-a observat, de asemenea, o utilizare ridicată a serviciilor HIV, ceea ce indică o bună integrare a acestora în sistemul de sănătate. În contrast, grupurile PCD și LS au accesat aceste servicii într-o măsură mai mică [38], ceea ce sugerează necesitatea unor intervenții specifice pentru a îmbunătăți accesul și utilizarea serviciilor în rândul acestor grupuri.

În ceea ce privește testarea HIV, majoritatea dintre refugiați au apelat la serviciile oferite de ONG-uri, ceea ce subliniază rolul esențial al acestor organizații în prevenirea și gestionarea HIV. Motivele pentru testare au variat, iar inițiativa personală și recomandările angajaților ONG-urilor au fost factorii principali care au determinat testarea. Un studiu din Uganda a arătat că accesul refugiaților la testarea HIV este influențat de prioritățile zilnice de supraviețuire și de circumstanțele care permit schimbarea temporară a acestora [39], în timp ce un alt studiu a subliniat importanța sprijinului social și a eforturilor comunitare pentru tinerii migranți în accesarea serviciilor HIV [40].

Tratamentul ARV a fost accesat de marea majoritate dintre refugiații grupului PTH, iar continuitatea tratamentului a fost asigurată [41]. Totuși, au existat cazuri în care refugiații nu au avut pastile suficiente pentru a-și asigura terapia pe perioada transferului. Satisfacția persoanelor refugiate față de calitatea serviciilor HIV în Moldova a fost una înaltă, majoritatea declarându-se mulțumiți sau foarte mulțumiți de aceste servicii. În context, un studiu realizat în Etiopia a arătat că nivelul de satisfacție față de serviciile de tratament și îngrijire HIV este influențat de timpul de așteptare și de durata primirii îngrijirilor [42].

În ceea ce privește accesarea serviciilor pentru Hepatitele virale B și C de către refugiați, rezultatele au evidențiat aspecte pozitive, cum ar fi disponibilitatea și accesul la testele gratuite. Cu toate acestea, continuitatea tratamentului a fost afectată de factori precum lipsa actelor necesare și dificultățile financiare, ceea ce poate determina întreruperi în tratament, dar și agravarea stării de sănătate. Literatura de specialitate confirmă că refugiații sunt expuși unui risc mai mare de Hepatite virale B și C și că aceștia se confruntă cu bariere în accesarea serviciilor de vaccinare, testare și tratament [43].

Deși majoritatea dintre persoanele refugiate au accesat servicii pentru ITS, cel mai mare procent de accesare a fost înregistrat în comunitatea LGBTQI+. Literatura de specialitate subliniază importanța testelor moleculare rapide și sensibile [44]. Cu toate acestea, contrar rezultatelor obținute în prezentul studiu, o revizuire sistematică subliniază stigmatizarea asociată privind testarea pentru ITS și HIV în rândul refugiaților, ceea ce a condus la o utilizare redusă a serviciilor de testare [45]. Continuitatea tratamentului pentru ITS a fost influențată de factori economici, unii respondenți fiind nevoiți să achite pentru serviciile de sănătate, iar alții beneficiind de suport financiar din partea ONG-urilor.

Studiul evidențiază o prevalență a consumului de droguri, atât injectabile, cât și non-injectabile, în rândul refugiaților din grupul PCD, cu o durată variabilă a consumului. În majoritatea cazurilor, aceștia continuă să consume droguri și în perioada aflării lor în Moldova, ceea ce subliniază necesitatea unor intervenții continue și eficiente. Rezultatele cercetărilor subliniază că prevalența consumului de substanțe în rândul refugiaților este influențată de factori precum expunerea la traume, tulburările de sănătate mintală, inegalitățile sociale și economice [46], de condițiile de trai și de relațiile sociale [47].

Accesul la seringi și ace sterile a fost unul relativ bun, majoritatea refugiaților grupului PCD beneficiind de programe de schimb de seringi sau achiziționându-le din farmacii [48]. Cu toate acestea, utilizarea ocazională a echipamentelor reutilizate și injectarea cu seringi pre-umplute reprezintă riscuri semnificative pentru sănătatea consumatorilor de droguri. Tratamentul pentru dependența de droguri a fost accesat de o parte dintre respondenți, însă continuitatea acestuia a fost influențată de factori economici și de disponibilitatea serviciilor [49]. Deși majoritatea respondenților sunt mulțumiți de calitatea serviciilor oferite în Moldova, există percepții variate privind comparația cu serviciile din Ucraina.

Serviciile de sănătate pentru TB au fost accesate în proporție de 100% de către cei din grupul TB. Simptomele care i-au determinat pe refugiați să acceseze serviciile de sănătate pentru TB au inclus tusea permanentă, durerile în piept, febra și slăbiciunea nemotivată. În marea majoritate a cazurilor, persoanele refugiate au solicitat asistență medicală în instituțiile de stat, iar diagnosticarea TB a fost confirmată rapid, în termen de 1-3 zile. Toți cei diagnosticați cu TB au fost spitalizați și au urmat tratamentul sub directă observare, ceea ce subliniază importanța supravegherii medicale în gestionarea TB [14]. Cu toate acestea, au existat provocări în ceea ce privește reacțiile adverse la tratament, în special la etapa de tratament ambulatoriu [50]. Suportul din partea asistenților sociali și psihologilor, precum și stimulentele oferite pe perioada tratamentului au jucat un rol esențial în finalizarea tratamentului cu succes [51, 52].

Accesul la servicii medicale pentru IRVA, urgențe medicale și boli cronice a variat. Grupul LS a fost cel care a accesat în cele mai dese cazuri aceste servicii, urmat de grupul „Alte” pentru urgențe medicale și boli cronice. În marea majoritate a cazurilor, refugiații au accesat serviciile de stat. În contrast, unii au suportat cheltuieli, fie că au accesat serviciile clinicilor private, fie că anumite servicii le-au fost oferite contra plată. În context, variabilitatea costurilor pentru serviciile medicale și utilizarea economiilor proprii, împrumuturilor sau ajutorului din partea ONG-urilor pentru a acoperi aceste costuri subliniază provocările financiare cu care se confruntă refugiații. Datele literaturii subliniază că refugiații din Iran se confruntă cu dificultăți financiare semnificative în accesarea serviciilor de sănătate, în ciuda existenței unui program de asigurare publică de sănătate [53].

Serviciile de sănătate mintală au fost accesate în special de grupurile „Alte” și LGBTQI+ [54], în timp ce grupul TB nu a accesat deloc aceste servicii. Majoritatea refugiaților au apelat la ONG-uri pentru suport în sănătatea mintală, iar o parte semnificativă a consultat medici psihiatri sau neurologi din cadrul policlinicilor. Unii respondenți au suportat costuri pentru serviciile de sănătate mintală [55], iar sursele de finanțare au inclus resurse financiare proprii, împrumuturi și suport din partea ONG-urilor. Satisfacția față de calitatea serviciilor de sănătate mintală în Moldova este, în general, pozitivă, cu majoritatea respondenților declarându-se mulțumiți sau foarte mulțumiți. Totuși, există și respondenți care consideră că serviciile din Ucraina sunt superioare, ceea ce sugerează necesitatea unor îmbunătățiri continue în sistemul de sănătate mintală din Moldova pentru a atinge standardele percepute în Ucraina.

În final, studiul subliniază importanța unor intervenții integrate și personalizate pentru a aborda nevoile specifice ale diferitelor grupuri de refugiați. Este esențial să se continue eforturile de sensibilizare și educare, să se dezvolte soluții pentru a aduce serviciile de sănătate mai aproape de comunitățile de refugiați și să se asigure un mediu medical incluziv și respectuos. Astfel, se va putea asigura o protecție mai bună a sănătății refugiaților și o integrare mai eficientă în sistemul de sănătate din Moldova.

LIMITĂRILE STUDIULUI

În cadrul studiului, datele au fost auto-raportate de către respondenți, ceea ce poate reprezenta o limitare. Această metodă de colectare a datelor poate introduce erori subiective, deoarece respondenții pot oferi informații inexacte sau incomplete.

O altă limitare a studiului a fost divizarea per grupuri ale populațiilor-cheie afectate, ceea ce a făcut dificilă interpretarea unor rezultate din cauza dimensiunilor mici ale sub-eșantioanelor mai mici de 30 de respondenți. Acest fapt poate reduce din puterea statistică și poate limita generalizarea rezultatelor.

CONCLUZII

1. **Bariere în accesarea serviciilor de sănătate:** Persoanele refugiate din Ucraina, în special din grupurile-cheie, se confruntă cu unele bariere în accesarea serviciilor de sănătate în Moldova. Printre cele mai frecvente obstacole se numără distanța față de unitățile de sănătate, timpul îndelungat de așteptare, necesitatea documentelor adiționale, acces cu rezerve la tratamente esențiale și servicii specializate, stigmatizare și bariere lingvistice. Aceste bariere nu doar că îngreunează accesul la servicii medicale, dar și afectează calitatea îngrijirii primite de refugiați.
 - 1.1. **Distanța.** Barierele legate de distanță au fost semnificative pentru 27% dintre persoanele refugiate. Grupurile PTH și PCD au întâmpinat cele mai multe dificultăți. Percepțiile privind distanța au variat semnificativ între regiunile Moldovei, cu refugiații stabiliți în regiunile de Sud confruntându-se cel mai frecvent cu această barieră.
 - 1.2. **Timpul de așteptare.** Barierele legate de timpul de așteptare la medicul specialist și la medicul de familie au fost semnificative pentru o parte considerabilă dintre persoanele refugiate. Într-o pătrime (24%) din cazuri, timpul de așteptare la medicul specialist și în o cincime (20%) din cazuri, timpul de așteptare la medicul de familie au fost specificate drept probleme, afectând în principal comunitatea LGBTQI+ și grupurile PTH și PCD.

- 1.3. **Acces cu rezerve la tratamentele esențiale.** În 14% din cazuri, persoanele refugiate s-au confruntat cu obstacole în accesarea tratamentului, inclusiv lipsa unor medicamente în rețeaua farmaceutică din Moldova și costurile mai mari comparativ cu cele din Ucraina. Alte bariere au inclus limitările impuse de protecția temporară, probleme legate de prescripțiile medicale și necesitatea de a plăti pentru tratament, uneori apelând la ONG-uri pentru acoperirea costurilor. Cele mai multe obstacole de acest tip au fost întâmpinate de cei din grupul PCD, „Alte”, LS, PTH, precum și de cei din comunitatea LGBTQI+.
- 1.4. **Accesarea serviciilor specializate.** În 18% de cazuri, persoanele refugiate au întâmpinat obstacole în accesarea serviciilor de sănătate, acestea fiind oferite doar contra cost. Cele mai comune bariere au inclus consultațiile medicale plătite, costurile pentru analize (inclusiv CD4), dar și investigații efectuate în clinici private. Accesul la serviciile stomatologice de urgență a fost dificil din cauza costurilor ridicate. Cu astfel de obstacole s-au confruntat în special refugiații din grupurile „Alte” și LS, dar și cei din grupurile PTH și PCD.
- 1.5. **Solicitarea documentelor adiționale.** Cu un astfel de obstacol s-au confruntat 6.5% dintre refugiați, în special cei din grupul PCD, PTH și cei din comunitatea LGBTQI+. Documentele au inclus, în cele mai dese cazuri, protecția temporară, pașaportul ucrainean, documente confirmative ale diagnosticului sau dizabilității, dar și rezultate ale analizelor din Ucraina.
- 1.6. **Bariere lingvistice.** S-au confruntat cu bariere lingvistice în accesarea serviciilor de sănătate 5.7% dintre persoanele refugiate, în special cei din grupul PCD și comunitatea LGBTQI+.
2. **Factori de risc privind barierele în accesarea serviciilor de sănătate:** disparitatea regională și rurală, factorul economic precum situația financiară precară, nedispunerea de protecție temporară, neînregistrarea la medicul de familie, apartenența de grup, accesarea serviciilor specifice, precum terapiile ARV și a dependenței de droguri, expunerea la orice tip de violență, experiența de stigmatizare și discriminare.
 - 2.1. **Disparitatea regională și între mediul urban și rural:** Persoanele refugiate stabilite cu traiul în regiunile Nord și Sud au avut o probabilitate semnificativ mai mică de a întâmpina bariere, în timp ce cei din regiunea Centru au avut șanse mult mai mari de a se confrunta cu dificultăți. De asemenea, locuitorii din centrele raionale și sate au avut șanse semnificativ mai mari de a întâmpina bariere comparativ cu cei din municipii.
 - 2.2. **Rolul factorului economic:** valoarea venitului mediu lunar este un factor semnificativ în percepția barierelor în accesarea serviciilor de sănătate. Refugiații fără venit au de 3.5 ori mai multe șanse de a se confrunta cu dificultăți în accesarea serviciilor de sănătate.
 - 2.3. **Rolul protecției temporare:** rolul protecției temporare este esențial în facilitarea accesului la servicii de sănătate, însă aproximativ o cincime dintre refugiați nu beneficiază de această protecție. Refugiații fără protecție temporară se confruntă cu o probabilitate semnificativ mai mare de a întâmpina bariere în accesarea serviciilor medicale.
 - 2.4. **Rolul înscrierii în registrul medicului de familie:** înregistrarea la medicul de familie s-a dovedit a fi un factor semnificativ în accesarea serviciilor de sănătate și care poate influența pozitiv accesul la serviciile de sănătate. Persoanele refugiate neînregistrate la medicul de familie au șanse duble de a întâmpina bariere în accesarea serviciilor de sănătate.
 - 2.5. **Apartenența de grup:** populațiile de risc, cum ar fi persoanele din grupul PCD și din grupul PTH, se confruntă cu cele mai mari bariere în accesarea serviciilor de sănătate, din cauza stigmatizării și marginalizării. În contrast, comunitatea LGBTQI+ întâmpină mai puține bariere, sugerând un posibil efect protector sau fiind un grup mai „închis”.

- 2.6. **Accesarea serviciilor specifice:** accesul la serviciile de sănătate este influențat de diverse obstacole, în funcție de tipul de servicii solicitat. Persoanele refugiate care au accesat servicii pentru tratamentul dependenței de droguri au avut șanse triple de a întâmpina bariere, iar cei care au accesat servicii pentru terapia ARV au avut șanse duble de a se confrunta cu obstacole. În schimb, testarea pentru HIV a fost asociată cu o probabilitate semnificativ mai mică de a întâmpina bariere, indicând despre un efect protector.
- 2.7. **Violența.** Violența, în diversele sale forme, s-a dovedit a fi un factor semnificativ în accesarea serviciilor de sănătate. Refugiații expuși la violență au o probabilitate mai mare de a se confrunta cu bariere în accesarea acestor servicii. Cei expuși la violența fizică au de 5,4 ori mai multe șanse de a întâmpina dificultăți, în timp ce cei expuși la violența psihică și emoțională au șanse duble de a se confrunta cu astfel de bariere.
- 2.8. **Stigmatizarea și discriminarea:** studiul a evidențiat că stigmatizarea și discriminarea au un impact semnificativ asupra accesului la serviciile de sănătate. Persoanele care au experimentat stigmatizare sau discriminare au întâmpinat mult mai multe dificultăți în accesarea acestor servicii comparativ cu cei care nu au fost expuși acestor factori. De asemenea, percepția că dreptul la sănătate nu este respectat sau este respectat doar parțial a fost asociată cu o probabilitate mai mare de a întâmpina bariere în accesarea serviciilor de sănătate.
3. **Comunicarea cu prestatorii serviciilor de sănătate.** Majoritatea refugiaților s-au simțit bine informați și au raportat un nivel ridicat de satisfacție față de îngrijirea medicală. Grupurile PTH și PCD au fost cele mai mulțumite, în timp ce grupul LS s-a simțit cel mai puțin informat. Informarea privind siguranța tratamentului și adaptarea îngrijirilor la nevoile pacienților au fost apreciate pozitiv. Captarea feedback-ului a arătat un nivel moderat de satisfacție, iar timpul acordat pentru consultații și respectarea confidențialității au fost bine apreciate, deși au existat diferențe între grupuri.
4. **Calitatea și siguranța serviciilor de sănătate.** Rezultatele subliniază importanța unui sistem de referire și cooperare bine structurat întru asigurarea calității și siguranța serviciilor de sănătate, adaptate nevoilor specifice ale diferitelor grupuri și comunități.
- 4.1. Sistemul de referire și cooperare între serviciile medicale a fost considerat eficient în majoritatea cazurilor, în special de grupurile TB, PCD și PTH, în timp ce grupurile LS și LGBTQI+ au avut o percepție mai puțin favorabilă.
- 4.2. Colaborarea între serviciile medicale și centrele de plasament a fost apreciată pozitiv, dar cu variații între grupuri: grupurile PCD și PTH au considerat că există un sistem bun de referire și cooperare, în timp ce grupurile LS și LGBTQI+ au avut o percepție mai puțin favorabilă.
- 4.3. Colaborarea între serviciile medicale și sociale a fost apreciată pozitiv de majoritatea persoanelor refugiate, în special de cei din grupurile PCD și PTH. Grupul LS a avut o percepție semnificativ mai scăzută asupra eficienței acestei colaborări.
- 4.4. Sistemul de referire și cooperare între serviciile de sănătate și ONG-uri a fost bine apreciat în contextul TB și HIV, dar a prezentat diferențe în funcție de grupuri. În contextul TB, colaborarea a fost apreciată ca fiind eficientă, în special de grupurile TB și LS. În domeniul serviciilor HIV, sistemul de referire și cooperare a fost, de asemenea, bine apreciat, cu o satisfacție ridicată în rândul grupurilor LS, HIV și LGBTQI+. Totuși, grupul PCD a avut o apreciere mai scăzută comparativ cu celelalte grupuri. În ceea ce privește tratamentul cu antagoniști de opioide, majoritatea respondenților au considerat că sistemul funcționează bine, cu excepția comunității LGBTQI+, care a indicat o lipsă totală de satisfacție.

- 4.5. **Calitatea și siguranța îngrijirilor de sănătate.** În majoritatea cazurilor, persoanele refugiate au fost mulțumite de calitatea, siguranța și continuitatea îngrijirilor de sănătate primite. Grupurile TB, PCD și HIV au avut cele mai mari niveluri de satisfacție, în timp ce grupul LS a avut cea mai mică apreciere pozitivă.
5. **Suportul ONG-urilor:** Studiul a evidențiat rolul crucial al ONG-urilor în sprijinirea refugiaților din Ucraina în Moldova. ONG-urile au oferit servicii esențiale, cum ar fi referirea și acompanierea către centrele medicale, testarea gratuită pentru HIV, suport psihologic, asistență juridică. De asemenea, au furnizat suport financiar pentru achitarea serviciilor medicale și distribuirea de bunuri esențiale, cum ar fi alimente, produse de igienă și medicamente. Aceste servicii au fost frecvent accesate de refugiați, indicând o nevoie continuă de suport specializat. ONG-urile au jucat un rol esențial în facilitarea accesului la servicii de sănătate și în asigurarea unei integrări mai eficiente a refugiaților în sistemul de sănătate din Moldova. Colaborarea între ONG-uri și sistemul de sănătate este fundamentală pentru a răspunde nevoilor refugiaților.

RECOMANDĂRI

1. **Îmbunătățirea accesului la servicii de sănătate.** Este esențială dezvoltarea soluțiilor inovatoare pentru a aduce serviciile de sănătate mai aproape de comunitățile de refugiați. Implementarea unor servicii mobile de sănătate ar putea reduce distanțele mari pe care refugiații trebuie să le parcurgă pentru a accesa îngrijirile necesare. De asemenea, simplificarea procedurilor administrative și birocratice ar facilita accesul rapid și eficient la servicii medicale, eliminând obstacolele inutile.
2. **Abordare centrată pe persoană.** Întru îmbunătățirea calității, a creșterii nivelului de satisfacție al persoanelor refugiate și a siguranței îngrijirilor de sănătate, se conturează necesitatea abordării centrate pe persoană, care implică inclusiv comunicare eficientă și transparentă, adaptarea îngrijirilor la nevoile individuale ale persoanei și asigurarea confidențialității și siguranței în toate aspectele îngrijirilor de sănătate.
3. **Extinderea accesului la protecția temporară și informarea adecvată:** Este imperativ să se extindă suportul pentru accesarea protecției temporare pentru toate grupurile de risc, inclusiv PCD, PTH, LS și comunitatea LGBTQI+. Campaniile de informare trebuie să explice clar procedurile de obținere a protecției temporare și beneficiile acesteia, fiind disponibile în limbile cunoscute de refugiați pentru a asigura accesul la informații pentru toate persoanele refugiate.
4. **Reducerea barierelor lingvistice.** Reducerea barierelor lingvistice și îmbunătățirea accesului la servicii medicale sunt esențiale pentru facilitarea accesului refugiaților la îngrijiri de sănătate. Iar asigurarea disponibilității formularelor și informațiilor medicale în limbile cunoscute de refugiați va elimina obstacolele lingvistice.
5. **Combaterea stigmatizării și discriminării.** Stigmatizarea și discriminarea reprezintă bariere semnificative în accesarea serviciilor de sănătate pentru persoanele din grupurile de risc. Instruirea prestatorilor de servicii de sănătate pentru a asigura un mediu medical incluziv și respectuos ar contribui la îmbunătățirea experienței persoanelor și la creșterea încrederii acestora în sistemul de sănătate. Este necesară derularea de campanii și activități de sensibilizare pentru reducerea stigmatizării și discriminării refugiaților, în special a celor din grupurile vulnerabile (PCD, PTH, LS, LGBTQI+), pentru a promova incluziunea socială și accesul egal la servicii.

6. **Consolidarea programelor de educație și sensibilizare.** Continuarea eforturilor de sensibilizare și educare pentru a informa refugiații despre procedurile de înregistrare și beneficiile acestora ar facilita accesul la îngrijiri medicale și ar reduce barierele lingvistice.
7. **Asigurarea serviciilor de suport.** Asigurarea suportului și extinderea programelor de asistență financiară, dar și creșterea capacității ONG-urilor de a oferi suport, inclusiv la asistență juridică, suport psihologic și la serviciile medicale specializate, vor asigura că refugiații din grupurile de risc să primească îngrijiri și suport necesar pentru a-și menține sănătatea și bunăstarea.
8. **Asistență psihosocială și prevenirea violenței.** Implementarea unor măsuri de protecție și suport psihologic pentru refugiați este crucială pentru a aborda impactul profund al violenței asupra sănătății și bunăstării acestora. Încurajarea raportării incidentelor de violență și asigurarea accesului la asistență ar contribui la crearea unui mediu sigur și susținător pentru persoanele refugiate.
9. **Consolidarea cooperării între ONG-uri și serviciile de sănătate.** Consolidarea cooperării între ONG-uri și serviciile de sănătate este esențială pentru asigurarea continuității îngrijirii și accesului la servicii specializate pentru refugiații din grupurile de risc (PCD, PTH, LS, LGBTQI+). ONG-urile joacă un rol crucial în oferirea de suport, iar o mai bună coordonare între aceste organizații și instituțiile medicale oficiale poate optimiza accesul la servicii de sănătate. Îmbunătățirea sistemelor de referire și cooperare eficiente va contribui semnificativ la asigurarea unei îngrijiri de calitate și la răspunsul adecvat la nevoile complexe ale refugiaților
10. **Monitorizarea și evaluarea continuă.** Implementarea unui sistem de monitorizare și evaluare continuă este esențială pentru a asigura accesul eficient la servicii de sănătate pentru refugiați. Aceste mecanisme vor permite identificarea și abordarea promptă a noilor bariere, asigurând calitatea și eficiența intervențiilor. Monitorizarea și evaluarea impactului serviciilor oferite vor facilita adaptarea strategiilor în funcție de nevoile emergente ale refugiaților, contribuind astfel la îmbunătățirea continuă a serviciilor de sănătate și suport. Aceste măsuri sunt fundamentale pentru a răspunde în mod adecvat și flexibil la provocările întâmpinate de refugiați, asigurându-le accesul la îngrijiri de calitate.

BIBLIOGRAFIE

1. UNHCR. Country - Republic of Moldova [Internet]. [citat la 4 martie 2025]. Disponibil la: <https://data.unhcr.org/en/country/mda>
2. Legea Nr. 270 din 18.12.2008 privind azilul în Republica Moldova [Internet]. [citat la 4 martie 2025]. Disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=123117&lang=ro
3. Hotărârea de Guvern Nr. 21 din 18.01.2023 [Internet]. [citată la 4 martie 2025]. Disponibilă la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=135260&lang=ro
4. World Health Organization. WHO releases new global lists of high-burden countries for TB, HIV-associated TB and drug-resistant TB [Internet]. WHO Library Cataloguing. 2021 [cited 2025 Mar 4]. Available from: <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-who-releases-new-global-lists-of-high-burden-countries-for-tb-hiv-associated-tb-and-drug-resistant-tb>
5. Panico C. Raport privind evaluarea accesibilității serviciilor esențiale de sănătate a persoanelor refugiate pe teritoriul Republicii Moldova. 2023;1–50. Disponibil la: <https://ombudsman.md/wp-content/uploads/2023/10/raportul-avocatului-poporului-privind-evaluarea-accesibilitatii-serviciilor-esentiale-de-sanata.pdf>
6. International Organization for Migration. A QUALITATIVE STUDY ON FOREIGNERS' ACCESS TO HEALTH SERVICES IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA [Internet]. Available from: <https://publications.iom.int/books/qualitative-study-foreigners-access-health-services-republic-moldova>
7. Moezzi SMI, Etemadi M, Lankarani KB, Behzadifar M, Katebzada H, Shahabi S. Barriers and facilitators to primary healthcare utilization among immigrants and refugees of low and middle-income countries: a scoping review. Global Health [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Feb 24];20(1):75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39449084/>
8. Davitian K, Noack P, Eckstein K, Hübner J, Ahmadi E. Barriers of Ukrainian refugees and migrants in accessing German healthcare. BMC Health Serv Res [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Feb 25];24(1):1–10. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-024-11592-x>
9. UNHCR Moldova. Republic of Moldova. Tech Assist Reports [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 4];2024(023):1. Available from: https://www.unhcr.org/countries/republic-moldova?gad_source=1&gclid=CjwKCAiA5pq-BhBuEiwAvkzVZRG5MmeXSpzhjGbTyA21cYNhgAHknBRT5GOSZLrxs7nX57ViUspDNRoCA5QQAvD_BwE
10. World Health Organization (WHO). Health service needs and access for refugees from Ukraine. https://www.who.int/docs/default-document-library/health-service-needs-and-access-for-refugees-from-ukraine.pdf?sfvrsn=5E8Ad9De_1&Download=True. 2023;(March 2022).
11. Immigrant & Refugee Transportation Exploratory Needs Assessment | 1. Available from: <https://irp-cdn.multiscreensite.com/c86ao44e/files/uploaded/King County Immigrant and Refugee Transportation Needs Assessment May 2019.pdf>
12. UN. Navigating health and well-being challenges for refugees from Ukraine. An Inter-Agency Explor Data [Internet]. 2024;(May). Available from: <https://reliefweb.int/report/bulgaria/navigating-health-and-well-being-challenges-refugees-ukraine>
13. International Organization for Migration. UKRAINE RESPONSE REPUBLIC OF MOLDOVA ACCESS TO HEALTHCARE SERVICES. 2023; Available from: <https://moldova.un.org/en/265748-republic-moldova---access-healthcare-services-refugees-ukraine---annual-report-2023>
14. World Health Organization (WHO). WHO releases new report addressing TB among refugees and migrants [Internet]. [cited 2025 Feb 24]. Available from: <https://www.who.int/news/item/19-11-2024-who-releases-new-report-addressing-tb-among-refugees-and-migrants>
15. Ziersch A, Due C, Walsh M. Discrimination: A health hazard for people from refugee and asylum-seeking backgrounds resettled in Australia. BMC Public Health. 2020;20(1).
16. Karadag Caman Karadag Caman OO. Stigma and Discrimination towards Migrants in Health Care: Ozge Karadag Caman. Eur J Public Health [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2025 Feb 25];25(suppl_3). Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv167.054>
17. CPR Moldova. STUDIUL INTEGRAREA PERSOANELOR REFUGIAȚE ÎN REPUBLICA MOLDOVA ȘI PROTECȚIA DREPTURILOR ACESTORA [Internet]. Vol. 15, Аγαη. 2024. Disponibil la: https://cpr.md/wp-content/uploads/2024/02/Studiu_Integrarea-persoanelor-refugiate-în-Republica-Moldova.pdf
18. Norwegian Refugee Council. Enduring hardships : Ukrainian refugees' realities in Moldova and Poland two years on Comparative analysis of the situation of refugees from Ukraine in Moldova and Poland (April 2024). 2024;(April). Available from: https://www.nrc.no/siteassets/reports/20240416_report_-two-year-mark-research-pl-and-md.pdf
19. Akhnif EH, Mataria A, Belmadani A, Bigdeli M. Migrants and refugees' health financing in Morocco: How much is the hidden contribution of the government through free services? Health Econ Rev [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Feb 25];14(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39589607/>

20. Coumans JVF, Wark S. A scoping review on the barriers to and facilitators of health services utilisation related to refugee settlement in regional or rural areas of the host country. *BMC Public Health*. 2024;24(1).
21. Rabiou LM, Oumarou B, Mor D, Abdou M, Ibrahim C, Tamuzi JL. Mobile outreach clinics for improving health care services accessibility in vulnerable populations of the Diffa Region in Niger : A descriptive study. *Res Sq* [Internet]. 2024 Nov 12 [cited 2025 Feb 24];23(1):1–20. Available from: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-024-02322-0>
22. International Organization for Migration. Housing Ecosystem Assessment and Options for Social and Affordable Housing in the Republic of Moldova [Internet]. Available from: <https://moldova.iom.int/sites/g/files/tmzbd1626/files/documents/2024-12/pub2024-051-l-housing-ecosystem-assessment-moldova.pdf>
23. UNHCR. Temporary protection in Moldova [Internet]. UNHCR. 2021 [cited 2025 Feb 23]. Available from: <https://help.unhcr.org/moldova/temporary-protection/>
24. Chong C. Temporary protection: Its impact on healthcare for Syrian refugees in Turkey. *Int Health*. 2018;10(4).
25. Komakech H, Orach CG, Atuyambe LM. Sustainability of health services in refugee hosting districts: a qualitative study of health services in three west Nile refugee hosting districts, Uganda. *Confl Health*. 2023;17(1).
26. UNHCR. Cash assistance for refugees in - UNHCR Moldova [Internet]. [cited 2025 Feb 23]. Available from: <https://help.unhcr.org/moldova/how-to-find/cash-assistance/>
27. Hanwell K, Finnerty F, Richardson D. Asylum seekers' and refugees' experiences of violence and accessing healthcare in the UK: a systematic review. *J Public Health (Bangkok)* [Internet]. 2025 Jan 23 [cited 2025 Feb 25]; Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdafo05>
28. Shi M, Stey A, Tatebe LC. Recognizing and Breaking the Cycle of Trauma and Violence Among Resettled Refugees. *Curr Trauma Reports* [Internet]. 2021;7(4):83–91. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40719-021-00217-x>
29. Due C, Green E, Ziersch A. Psychological trauma and access to primary healthcare for people from refugee and asylum-seeker backgrounds: A mixed methods systematic review. Vol. 14, *International Journal of Mental Health Systems*. 2020.
30. Rivenbark JG, Ichou M. Discrimination in healthcare as a barrier to care: Experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health*. 2020;20(1).
31. PNUD. Percepții asupra drepturilor omului în Republica Moldova. 2018;69. Disponibil la: <https://www.undp.org/ro/moldova/publications/perceptii-asupra-drepturilor-omului-republica-moldova-2018>
32. Ye T, Xiao W, Li Y, Xiao Y, Fang H, Chen W, et al. Trust in family doctor-patient relations: an embeddedness theory perspective. *BMC Public Health* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Mar 4];24(1):1–8. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-20805-1>
33. Capodici A, Noci F, Nuti S, Emdin M, Dalmiani S, Passino C, et al. Reducing outpatient wait times through telemedicine: a systematic review and quantitative analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2025 Jan 30 [cited 2025 Mar 4];15(1):eo88153. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11784372/>
34. Mangrio E, Sjögren Forss K. Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. Vol. 17, *BMC health services research*. 2017. p. 814.
35. Kang C, Farrington R, Tomkow L. Access to primary health care for asylum seekers and refugees: A qualitative study of service user experiences in the UK. *Br J Gen Pract*. 2019;69(685):E537–45.
36. Pandey M, Maina RG, Amoyaw J, Li Y, Kamrul R, Michaels CR, et al. Impacts of English language proficiency on healthcare access, use, and outcomes among immigrants: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1).
37. UNAIDS, UNHCR. Policy Brief: HIV and Refugees. 2007;28(2002):20–1. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1300-policybrief-refugees_en.pdf
38. Report T. People who use nps/stimulants: basic needs and barriers in access to hiv related medical and social services in moldova.
39. O'Laughlin KN, Rouhani SA, Faustin ZM, Ware NC. Testing experiences of HIV positive refugees in Nakivale Refugee Settlement in Uganda: Informing interventions to encourage priority shifting. *Confl Health*. 2013;7(1).
40. Li K, Thaweese N, Kimmel A, Dorward E, Dam A. Barriers and facilitators to utilizing HIV prevention and treatment services among migrant youth globally: A scoping review. *PLOS Glob Public Heal*. 2024;4(2 February).
41. Mendelsohn JB, Schilperoord M, Spiegel P, Ross DA. Adherence to antiretroviral therapy and treatment outcomes among conflict-affected and forcibly displaced populations: A systematic review. Vol. 6, *Conflict and Health*. 2012.
42. Abdissa B, Abdissa R, Derega J, Wake SK. Satisfaction of antiretroviral therapy services and its associated factors among adult clients attending antiretroviral therapy in Woliso town, Ethiopia. *AIDS Res Ther* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Feb 24];21(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38254208/>
43. Saseetharan A, Hiebert L, Gupta N, Nyirahabihirwe F, Kamali I, Ward JW. Prevention, testing, and treatment interventions for Hepatitis B and C in refugee populations: results of a scoping review. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 Feb 24];23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38071291/>

44. Hlatshwayo M, Reno HEL, Yarbrough ML. STI update: Testing, treatment, and emerging threats. Vol. 86, Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2019. p. 733–40.
45. Aljadeeah S, Hosseinalipour SM, Khanyk N, Szocs E, Traianou A, Tomas A, et al. Healthcare provision for displaced people in transit: Analyses of routinely collected data from INTERSOS clinics at the Ukrainian border with Moldova and Poland. *J Migr Heal* [Internet]. 2024 Jan 1 [cited 2025 Feb 23];11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39867634/>
46. Horyniak D, Melo JS, Farrell RM, Ojeda VD, Strathdee SA. Epidemiology of substance use among forced migrants: A global systematic review. *PLoS One*. 2016;11(7).
47. Hertner L, Stylianopoulos P, Heinz A, Kluge U, Schäfer I, Penka S. Substance (mis)use among refugees as a matter of social ecology: insights into a multi-site rapid assessment in Germany. *Confl Health*. 2023;17(1).
48. Aljadeeah S, Kielmann K, Michielsen J, Payedimarri AB, Ravinetto R. Access to medicine among asylum seekers, refugees and undocumented migrants across the migratory cycle: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2022;12(12):e068917.
49. Dubov A, Basenko A, Dymaretskyi O, Shoptaw S. Impact of the Russian invasion on opioid agonist therapy programs in Ukraine: A qualitative study. *Drug Alcohol Depend*. 2024;255.
50. Sant'Anna FM, Araújo-Pereira M, Schmaltz CAS, Arriaga MB, de Oliveira RVC, Andrade BB, et al. Adverse Drug Reactions Related to Treatment of Drug-Susceptible Tuberculosis in Brazil: A Prospective Cohort Study. *Front Trop Dis*. 2021;2.
51. Ciobanu A, Domete L, Soltan V, Bivol S, Severin L, Plesca V, et al. Do incentives improve tuberculosis treatment outcomes in the Republic of Moldova? *Public Heal Action*. 2014 Oct 21;4:S59–63.
52. Wen S, Yin J, Sun Q. Impacts of social support on the treatment outcomes of drug-resistant tuberculosis: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2020;10(10).
53. Amuzadeh-Araei S, Takian A, Jabbari A. Policy analysis of the Universal Public Health Insurance program for Afghan refugees in Iran: a protocol study. *J Health Popul Nutr* [Internet]. 2025 Feb 21 [cited 2025 Feb 24];44(1):47. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39985004/>
54. Bleckmann C, Golembe J, Kaiser T, Leyendecker B, Busch J. Mental Health and Well-Being of LGBTQ+ Refugees in Comparison to LGBTQ+ Host Country Population. *Sex Res Soc Policy* [Internet]. 2024 Dec 18 [cited 2025 Feb 25];1–16. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13178-024-01064-6>
55. Böge K, Karnouk C, Hahn E, Schneider F, Habel U, Banaschewski T, et al. Mental health in refugees and asylum seekers (MEHIRA): study design and methodology of a prospective multicentre randomized controlled trial investigating the effects of a stepped and collaborative care model. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;270(1).

