

**Biroul Regional
pentru Europa al OMS**

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) este o agenție specializată a Națiunilor Unite, creată în 1948, care este nemijlocit responsabilă de subiectele sănătății internaționale și sănătatea publică. Biroul Regional pentru Europa al OMS este unul din cele șase birouri regionale care există în lume, fiecare având programul său propriu de activitate, adaptat la condițiile specifice de sănătate ale țărilor deservite.

Statele-membre

Albania
Andora
Armenia
Austria
Azerbaidjan
Belarus
Belgia
Bosnia și Herțegovina
Bulgaria
Croatia
Cipru
Republica Cehă
Danemarca
Elveția
Estonia
Federația Rusă
Finlanda
Fosta Republică Iugoslavă Macedonia
Franța
Georgia
Germania
Grecia
Irlanda
Islanda
Israel
Italia
Kazahstan
Kârgâzstan
Letonia
Lituania
Luxemburg
Malta
Marea Britanie
Monaco
Muntele Negru
Norvegia
Olanda
Polonia
Portugalia
Republica Moldova
România
San Marino
Serbia
Slovacia
Slovenia
Spania
Suedia
Tadjikistan
Turcia
Turkmenistan
Ucraina
Ungaria
Uzbekistan

WHOLIS e96959
Original: engleză

imprinted



**Organizația
Mondială a Sănătății**
Europa

Evaluarea Programului Național de Control al Tuberculozei 2011–2015 din Republica Moldova

4–15 februarie 2013

Organizația Mondială a Sănătății
Biroul Regional pentru Europa

Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01 E-mail: contact@euro.who.int
Web site: www.euro.who.int

EVALUAREA PROGRAMULUI NAȚIONAL DE CONTROL AL TUBERCULOZEI 2011-2015 DIN REPUBLICA MOLDOVA

4–15 februarie 2013

Raport elaborat de:

Pierpaolo de Colombani, Sevim Ahmedov, Kai Blondal, Silviu Ciobanu,
Andrei Dadu, Smiljka de Lussigny, Nigorsulton Muzafarova, Pierre Yves
Norval, Cristian Popa, Oriol Ramis, Sabine Ruesh-Gerdes,
Jonathan Stillo and Erika Vitek

Redactat de:

Pierpaolo de Colombani

Cuvinte cheie

EPIDEMIOLOGIE
ECONOMIA ȘI ORGANIZAREA ASISTENȚEI SANITARE
PROGRAME NAȚIONALE DE SĂNĂTATE
SUPRAVEGHERE
TUBERCULOZĂ, CU REZISTENȚĂ MEDICAMENTOASĂ MULTIPLĂ
TUBERCULOZĂ, PULMONARĂ – prevenire și control

Vă rugăm să expediați solicitările dvs. cu privire la publicațiile Biroului Regional pentru Europa al OMS la următoarea adresă:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

În mod alternativ, vă rugăm să completați un formular de solicitare on-line de documentare, informații cu privire la sănătate sau pentru permisiunea de a cita sau traduce textul dat, disponibil pe site-ul din Internet al Biroului Regional pentru Europa al OMS (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© Organizația Mondială a Sănătății 2013

Toate drepturile rezervate. Biroul Regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății salută solicitările pentru permisiunea de a reproduce sau traduce publicațiile sale, parțial sau în totalitate.

Denumirile utilizate și prezentarea materialului în această publicație nu implică exprimarea opiniilor Organizației Mondiale a Sănătății cu privire la statutul juridic al țărilor, teritoriilor, orașelor, regiunilor sau autorităților acestora, sau cu privire la delimitarea hotarelor sau frontierelor acestora. Liniile punctate de pe hărți reprezintă liniile aproximative de frontieră, în privința cărora s-ar putea să nu existe încă un acord comun.

Mențiunile cu privire la anumite companii sau anumite produse ale unor producători nu implică aprobarea sau recomandarea acestora de către Organizația Mondială a Sănătății în detrimentul altora de natură similară, care nu sunt menționate expres în text. Cu excepția cazurilor de erori și omisiuni, denumirile produselor brevetate sunt distinse cu majuscule inițiale.

Organizația Mondială a Sănătății a întreprins toate precauțiile rezonabile pentru a verifica informațiile cuprinse în publicația dată. Totuși, materialul publicat este distribuit fără careva garanție, expres sau implicită. Responsabilitatea pentru interpretarea și utilizarea materialului ține de cititor. În nici un caz Organizația Mondială a Sănătății nu se face responsabilă de prejudiciile rezultante din folosirea acestuia. Viziunile exprimate de autori, redactori sau grupuri de experți nu reprezintă neapărat rezoluțiile sau politicile declarate ale Organizației Mondiale a Sănătății.

CUPRINS

Gratitudini	iv
Acronime.....	v
Sumar executiv.....	vi
Introducere	2
Informații de ordin general	3
Date epidemiologice privind TB.....	4
Strategiile, structura, bugetul și principalele realizări ale NTP	6
Depistarea și diagnosticarea cazurilor	14
Tratamentul și conduita cazului de TB	18
TB la copii.....	26
TB cu rezistență medicamentoasă.....	28
TB asociată infecției HIV	32
Controlul TBC în penitenciare.....	35
Alte populații vulnerabile și determinantele sociale.....	40
Controlul infecțios în TB	45
Gestionarea medicamentelor și a altor consumabile.....	49
Monitorizare și evaluare	54
Dezvoltarea resurselor umane.....	56
Studii operaționale	58
Etica și drepturile omului.....	60
PCMS și implicarea comunității	63
Sistemul sănătății și controlul TB	65
Bibliografie	76
Anexa 1. Foaia de parcurs pentru implementarea recomandărilor evaluării	80
Anexa 2. Membrii echipei de evaluare	86
Anexa 3. Agenda evaluării programului	87
Anexa 4. Programul vizitelor în teritoriu.....	89
Anexa 5. Profesioniștii intervievați.....	91
Anexa 6. Profilurile pacienților intervievați.....	98

Gratitudini

Echipa de evaluatori își exprimă recunoștința Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, Institutului de Ftiziopneumologie “Chiril Draganiuc”, Unității de Coordonare, Implementare și Monitorizare a Proiectului, Centrului pentru Politici și Analize în Sănătate, autorităților sanitare din regiunea transnistriană, Fondului Global pentru combaterea SIDA, Tuberculozei și Malariei și Dr Jarno Habicht, reprezentantul OMS în Republica Moldova și colaboratorilor săi, pentru facilitarea acestei evaluări.

Ținem să mulțumim tuturor medicilor, asistenților medicali și pacienților din instituțiile medico-sanitare vizitate pentru asistență și colaborare. De asemenea, apreciem mult implicarea Ministerului Justiției, Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei și a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină pentru cooperare, la fel ca și a principalilor parteneri ai Programului Național de Control al Tuberculozei, așa ca Act for Involvement și Fundației Soros Moldova. În cele din urmă, mulțumim pentru sprijinul oferit de Dr Hans Kluge în calitate de director al direcției sisteme de sănătate și sănătate publică din cadrul Biroului Regional pentru Europa al OMS și reprezentant special al directorului regional al OMS pentru prevenirea și combaterea M/XDR-TBC în regiunea Europeană.

ACRONIME

AFI	Act for Involvement (<i>acționați pentru implicare</i>)
BCG	Bacilul Calmette–Guérin (vaccin)
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
CTH	consiliere și testare la HIV
DOT	tratament strict supravegheat
FG	Fondul Global pentru combaterea SIDA, Tuberculozei și Malariei
GDF	Global TBC Drug Facility (<i>instrument global de aprovizionare cu medicamente antituberculoase</i>)
GLC	Green Light Committee (<i>Comitetul Unda Verde</i>)
IFP	IMSP Institutul de Ftiziopneumologie “Chiril Draganiuc”
MDR	cu rezistență medicamentoasă multiplă
MGIT	mycobacteria growth indicator tube (<i>metodă culturală pe medii lichide</i>)
NTP	Programul Național pentru controlul Tuberculozei
ONG	organizație neguvernamentală
PAS	Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate
PCMS	pledoarie, comunicare și mobilizare socială
PIB	produsul intern brut
PNUD	Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare
SIME	sistem informatic de monitorizare și evaluare
SMIT	Societatea Moldovei împotriva Tuberculozei
TAR	tratament antiretroviral
TBC	tuberculoză
TCT	testul cutanat la tuberculină
TPI	tratament profilactic cu izoniazidă
TSM	testarea sensibilității la medicamente
UCIMP	IP “Unitatea de Coordonare, Implementare și Monitorizare a Proiectului de Restructurare a Sistemului Sănătății”
UNAIDS	Programul comun al Națiunilor Unite privind HIV/SIDA
UNODC	Biroul Națiunilor Unite pentru combaterea Drogurilor și Criminalității
USAID	Agenția Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională
XDR	cu rezistență medicamentoasă extinsă

Sumar executiv

Republica Moldova se regăsește printre cele 18 state din regiunea Europeană a OMS, în care controlul tuberculozei (TBC) este prioritar și printre cele 27 de țări ale lumii cu povara înaltă a TBC cu rezistență medicamentoasă multiplă (MDR-TBC). Potrivit clasamentului întocmit de Fondul Global pentru combaterea SIDA, Tuberculozei și Malariei, Republica Moldova se poziționează pe locul secund pe lista celor 110 de state după nivelul finanțării acordate calculate pe cap de locuitor. În decembrie 2012 a fost aprobată faza a doua de implementare a grant-ului său consolidat pentru TBC din rundele 8 și 9, cu condiția prezentării ulterioare a raportului evaluării programului național de control al tuberculozei și a planului strategic (elaborat pe baza evaluării) pentru îmbunătățirea complianței terapeutice și micșorarea numărului de pacienți fără supravegherea tratamentului. O problemă majoră semnalată a fost impactul limitat, pe care intervențiile realizate le-au exercitat asupra creșterii ratei de succes al tratamentului TBC. În octombrie 2012 Ministerul Sănătății a solicitat Biroului Regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății să coordoneze efectuarea unei evaluări a programului național de control al tuberculozei.

Evaluarea s-a desfășurat în perioada 4-15 februarie 2013. În componența echipei s-au regăsit 12 experți internaționali și 7 experți naționali, care s-au deplasat în 18 raioane și 3 municipii, UTA Găgăuzia și în regiunea transnistriană. Imediat după finalizarea evaluării, echipa de evaluatori a elaborat un plan strategic pentru îmbunătățirea complianței terapeutice și micșorarea numărului de pacienți fără supravegherea tratamentului; acesta este parte a foii de parcurs anexate prezentului raport (Anexa 1). La finele misiunii echipa de evaluatori și-a prezentat principalele constatări și recomandări Ministerului Sănătății.

Principalele constatări

Potrivit ultimelor date de supraveghere (2011), circa un sfert din toți pacienții noi diagnosticați cu tuberculoză (TBC) și aproximativ două-treimi din cazurile tratate anterior de tuberculoză se prezintă cu forme de tuberculoză cu rezistență multiplă la medicamente (MDR-TBC). În Republica Moldova este atestat unul din cele mai înalte niveluri documentate de MDR-TBC din lume. Prevenirea și controlul acestora sunt foarte actuale pentru țară și regiune.

În ultimii cinci ani în Republica Moldova nu s-a înregistrat o dinamică pozitivă semnificativă de descreștere a ratei de notificare a TBC și MDR-TBC. Tuberculoza rămâne în continuare cea mai frecventă diagnoză înregistrată în rândul persoanelor ce trăiesc cu infecția HIV. În țară are loc o transmitere continuă și de amploare a TBC și MDR-TBC. A fost documentată transmiterea TBC în rândul pacienților spitalizați și al lucrătorilor medicali, date fiind măsurile precare de control al infecțiilor transmise aerogen ce au fost adoptate și numărul nejustificat de mare de cazuri de TBC spitalizate pentru perioade nejustificat de lungi de timp. Transmiterea TBC în afara instituțiilor spitalicești este explicată prin diagnosticarea tardivă a cazurilor infecțioase. Nivelul înalt al pauperizării și condițiile sociale precare în care există o parte a populației declanșează progresarea infecției TBC în maladie; tot acestea nu permit diagnosticarea oportună și finalizarea terapiei.

Totuși, fapt confirmat și de unele constatări ale evaluării, dinamica TBC și MDR-TBC ar putea avea o evoluție pozitivă în viitor grație intervențiilor de îmbunătățire a controlului și profilaxiei TBC adoptate în ultimii ani. O comparație a ratei succesului tratamentului printre cazurile noi de TBC înregistrate în perioada lunilor octombrie – decembrie 2010 și 2011 (cele mai recente date disponibile) denotă o descreștere a proporției deceselor în rândul celor evaluați (de la 14% la 11%) și mai mult decât înjumătățirea proporției cazurilor fără supraveghere (de la 11% la 5%). Raioanele ce au reușit introducerea intervențiilor eficiente mai devreme pot raporta o majorare impresionantă a ratei de succes al tratamentului cazurilor TBC și MDR-TBC.

Membrii echipei de evaluare sunt impresionați de angajamentul și activitatea desfășurată în cadrul programului național de combatere și profilaxie a TBC (NTP), inclusiv de IMSP Institutul de Ftiziopneumologie, colaboratorii TBC ce activează în raioane și partenerii naționali implicați în implementarea proiectului Fondului Global pentru combaterea SIDA, Tuberculozei și Malariei. Au fost actualizate politicile și protocoalele naționale, au fost introduse metode rapide de diagnostic, au fost achiziționate și eliberate medicamente antituberculoase și au fost pilotate abordări inovatoare pentru sprijinul pacienților. Performanța NTP poate fi măsurată accesând baza de date națională, iar deciziile luate în materie de politici se bazează pe studii operaționale efectuate. Există o bună colaborare între Ministerul Sănătății și Ministerul Justiției.

Totuși, NTP mai are de abordat o serie de provocări majore.

- Continuă să fie mult prea des înregistrate forme severe de TBC pulmonară, ceea ce indică un acces tardiv la diagnostic.
- În intervalul ianuarie – iunie 2012, NTP a depistat 555 cazuri de MDR-TBC (69% din numărul estimat), înrolând în tratament doar 344. Celelalte 211 cazuri de MDR-TBC rămase (38% din cei depistați) nu au fost înrolate în cohorta de tratament eligibilă pentru medicamentele livrate de *Global Drug Facility* (GDF).
- O proporție mare de pacienți cu TBC este nejustificat tratată în cadrul instituțiilor spitalicești, ceea ce prezintă o povară financiară considerabilă pentru sistemul de sănătate, la fel ca și expunerea pacienților la infectare reciprocă.
- Suportul și stimulentele oferite pacienților cu TBC și prestatorilor medicali nu au fost consecvente în timp, exercitând un impact neelucidat asupra rezultatelor tratamentului.
- Din bugetele național și raionale sunt finanțate intervenții, ce exercită un impact necunoscut asupra sănătății publice, printre care se regăsesc screening-ul în masă, revaccinarea cu Bacilii Calmette–Guérin și dezinfectarea gospodăriilor pacienților.

Principalele recomandări

Ministerului Sănătății al RM

- În Republica Moldova prevenirea și controlul MDR-TBC vor fi considerate priorități de sănătate publică și vor beneficia de suport adecvat și coordonat din partea Ministerului Sănătății și a tuturor celorlalte ministere și instituții naționale relevante.

- Va fi asigurată finanțarea necesară pentru tratarea gratuită a tuturor cazurilor de MDR-TBC, depistate în prezent de NTP, cu medicamente antituberculoase și auxiliare de calitate înaltă, atât la etapa spitalicească, cât și în condiții ambulatorii. Accesul la chimioterapia specifică va fi garantat pentru toți pacienții cu TBC chiar și după terminarea subvențiilor oferite în contextul Fondului Global pentru combaterea SIDA, Tuberculozei și Malariei.
- Vor fi luate în calcul câștigurile financiare din contul adoptării intervențiilor mai cost-eficiente, cum ar fi îmbunătățirea screening-ului TBC axat pe anumite categorii, folosirea adecvată a tehnologiilor de diagnostic de laborator existente, valorificarea oportunităților internaționale de achiziție a medicamentelor, revizuirea folosirii capreomicinei potrivit profilului de rezistență la remediile antituberculoase al țării și limitarea spitalizărilor doar la cazurile TBC severe.
- Se va încerca alocarea și valorificarea surselor financiare suplimentare și a suportului adițional din partea autorităților publice locale pentru intervenții cost-eficiente, reieșind din politicile și protocoalele NTP.
- O atenție sporită va fi acordată ratelor cu mult mai mari ale TBC, MDR-TBC și co-infecției TBC/HIV din regiunea transnistriană. În continuare vor fi depuse eforturi suplimentare de fortificare a colaborării tehnice cu autoritățile sanitare din sectorul civil și sistemul penitenciar din regiunea transnistriană în vederea realizării unor progrese comensurabile în asigurarea accesului universal la prevenirea, diagnosticarea și tratamentul MDR-TBC. În regim urgent și de comun acord vor fi identificate și se va urmări asigurarea surselor financiare internaționale și a altor tipuri de suport.
- NTP va dispune de o unitate centrală cu competențe tehnice și autoritate pentru actualizarea politicilor și protocoalelor naționale; asigurarea formării profesionale adecvate pentru diversele specialități medicale; gestionarea stocurilor de medicamente, supraveghere și supervizarea de suport în teren și coordonarea generală a serviciilor prestate de diverșii prestatori de la toate nivelurile de asistență medicală. Indiferent unde n-ar fi amplasată, această unitate centrală va purta răspundere directă în fața Ministerului Sănătății și va dispune de instrumente juridice și finanțare independente de IMSP Institutul de Ftiziopneumologie “Chiril Draganiuc”.
- Va fi recunoscut rolul important, pe care organizațiile neguvernamentale îl au în asigurarea intervențiilor eficiente de combatere a TBC în teren, desfășurate în comunitate, în general, și în rândul populațiilor greu accesibile, în particular. Va fi elaborat un cadru juridic de contractare a ONG-urilor în funcție de performanță pentru prestarea serviciilor TBC. Atunci când sunt corespunzător pregătiți, lucrătorilor nemedicali li se va permite efectuarea procedurilor simple (colectarea sputei, administrarea remediilor anti-tuberculoase sub strictă supraveghere).
- Va fi elaborat un cadru juridic, de rând cu politicile și ghidurile naționale, cu răspundere în fața NTP, ce va permite și va reglementa prestarea serviciilor TBC în cadrul rețelei de instituții private.

Programului național de control al TBC

- Pacienților li se va oferi un sprijin eficient pentru asigurarea aderenței la tratament în afara mediului spitalicesc. Factorii favorizanți și stimulentele oferite de Compania Națională de Asigurări în Medicină și în cadrul grant-ului Fondului Global pentru combaterea SIDA, Tuberculozei și Malariei vor fi neîntrerupte în timp și vor cuprinde toți pacienții, iar eficacitatea acestora va fi măsurată vis-à-vis de îmbunătățirea rezultatelor tratamentului. Stimulente vor fi oferite, de asemenea, lucrătorilor medicali ce administrează tratamentul, care activează în asistența medicală primară și serviciul fiziatric în funcție de performanța acestora. Noile criterii pentru oferirea asistenței din partea Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei vor fi revizuite pentru a aborda determinantele sociale ale tuturor formelor de TBC.
- NTP își va îmbunătăți în continuare performanța în domeniul conduitei cazului de TBC. Va fi creat un grup național de lucru, care va elabora un plan strategic pentru asistența ambulatorie în vederea sporirii aderenței la tratament până la termenul-limită impus de Fondul Global pentru combaterea SIDA, Tuberculozei și Malariei. Planul strategic de acțiuni va ține cont de mecanismele de finanțare din cadrul instituțiilor medico-sanitare staționare și ambulatorii în vederea asigurării stimulentele adecvate pentru tratamentul cost-eficient al TBC.
- Baza națională de date pentru TBC își va maximiza potențialul de îmbunătățire a calității datelor introduse și a analizei trimestriale a coortei privind performanța programului.
- Centrul Național de Sănătate Publică și NTP vor fi împuternicite să elaboreze și să implementeze în comun politici internațional recunoscute pentru controlul infecțios în TBC în cadrul instituțiilor spitalicești, secțiilor consultativ-diagnostice, la locul de reședință a pacienților cu TBC și în comunitate.
- Colaborarea între Ministerul Sănătății, Ministerul Justiției și Ministerul Afacerilor Interne va fi fortificată în continuare prin intermediul unei comisii naționale pentru dezbateră și convenirea asupra modalităților directe și eficiente de colaborare cu NTP, inclusiv cu privire la aprovizionarea trimestrială cu remedii medicamentoase antituberculoase.
- Colaborarea între NTP și programul național de combatere și profilaxie a infecției HIV va fi îmbunătățită în continuare și extinsă pentru a permite depistarea timpurie a TBC în rândul persoanelor ce trăiesc cu infecția HIV.

Introducere

Republica Moldova se regăsește printre cele 18 state din regiunea Europeană a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), în care controlul tuberculozei (TBC) este prioritar și printre cele 27 de țări ale lumii cu povara înaltă a TBC cu rezistență medicamentoasă multiplă (MDR-TBC) (OMS, 2007; 2011a). Potrivit OMS, în anul 2011 ratele estimate ale incidenței și mortalității cauzate de TBC au constituit respectiv 161 și 17 raportate la 100.000 populație: aceste valori au cunoscut o descreștere modestă în ultimii ani. Studiul privind rezistența la remediile antituberculoase, efectuat în Republica Moldova în 2011, a elucidat MDR-TBC la 29 la sută din pacienții noi diagnosticați cu TBC și la 63 la sută din pacienții cu TBC tratați anterior (Stratan *et al.*, 2011). În 2011 nu mai puțin de 94 la sută din toate cazurile noi de TBC depistate au fost testate la HIV, 6 la sută din care s-au dovedit a fi infectate cu HIV. Ultimii indicatori raportați de Programul Național pentru Controlul TBC (NTP) au elucidat o rată de detecție de 74 la sută din toate cazurile noi de TBC estimate de WHO pentru anul 2011 și o rată de succes al tratamentului de 57 la sută de cazuri pentru anul 2010 (13 la sută din pacienți au fost pierduți din supraveghere, 11 la sută au decedat, 5 la sută au înregistrat eșec terapeutic, iar 13 la sută nu au fost evaluați). Ultima evaluare a NTP a avut loc în anul 2009.

Potrivit unui clasament întocmit de Fondul Global pentru Combaterea SIDA, Tuberculozei și Malariei (Fondul Global), Republica Moldova se poziționează pe locul secund pe lista celor 110 de state după nivelul finanțării acordate calculate pe cap de locuitor. Țara a beneficiat de subvenții nerambursabile pentru TBC din rundele 1, 6, 8 și 9 ale Fondului Global (Fondul Global, 2013). Cei doi beneficiari principali ai fondurilor – Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (PAS) și Unitatea de Coordonare, Implementare și Monitorizare a Proiectului (UCIMP) – implementează grant-urile consolidate din rundele 8 și 9. În calitate de sub-recipienti ai grant-urilor se prezintă Institutul de Ftiziopneumologie “Chiril Draganiuc” (IFP), *Act for Involvement* (AFI) și Fundația Soros Moldova. În luna decembrie 2012 a fost aprobată faza a doua de implementare a grant-ului (până la mijlocul anului 2015 pentru UCIMP și până la finele anului 2015 pentru PAS), însă cu condiția că beneficiarii principali vor elabora două documente nu mai târziu de 15 august 2013: un raport de evaluare a practicilor și procedurilor existente ale NTP privind conduita cazului de TBC și un plan strategic de acțiuni (pe baza evaluării efectuate) pentru asistența ambulatorie pentru îmbunătățirea compliancei terapeutice și descreșterea numărului de pacienți fără supravegherea tratamentului. O problemă majoră semnalată a fost impactul limitat, pe care intervențiile finanțate de Fondul Global le-au exercitat în ultimii ani, în particular cu privire la îmbunătățirea ratei de succes al tratamentului. Într-o interpelare oficială din 15 octombrie 2012, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova (MS) a solicitat Biroului Regional European (BRE) al OMS să coordoneze și să desfășoare o evaluare exhaustivă a NTP.

Evaluarea s-a desfășurat în perioada 4-15 februarie 2013. Au rezultat recomandări specifice pentru îmbunătățirea măsurilor de control și profilaxie a TBC și MDR-TBC, descrise pe parcursul acestui raport și în foaia de parcurs sugerată pentru implementare (Anexa 1). Imediat după evaluare, unul din membrii echipei de evaluare, Dr Kai Blondal, a elaborat un plan strategic de acțiuni pentru asistența ambulatorie; acesta este reflectat în foaia de parcurs. Redactarea tehnică a prezentului raport a fost efectuată de Dr Pierpaolo de Colombani.

Evaluarea a fost realizată de o echipă mixtă, formată din 12 experți internaționali și 7 specialiști naționali, cu implicarea suplimentară sporadică a altor 3 specialiști (Anexa 2). Echipa de evaluatori a analizat documentele de suport relevante (publicații, studii, rapoartele evaluărilor anterioare sau altele similare); au efectuat vizite de lucru la structuri și instituții medico-sanitare (selecțate de o manieră ce asigura o reprezentare echilibrată a diversității de situații epidemiologice, locații geografice sau structuri de prestare a serviciilor de sănătate din țară, inclusiv și sistemul penitenciar, regiunea cu statut autonom Găgăuzia și regiunea transnistriană); au intervievat factorii de decizie în materie de politici, prestatori de sănătate, pacienți cu TBC (prin intermediul interviurilor aprofundate și focus-grupurilor), la fel ca și principalii parteneri naționali și internaționali implicați la nivel național și raional. Evaluatorii au elaborat o serie de instrumente pentru colectarea datelor în prealabil, de care s-au condus pe parcursul observațiilor și interviurilor în teritoriu.

Anexele 3 și 4 prezintă o privire de ansamblu asupra agendei și activităților evaluării. În prima săptămână, evaluatorii s-au divizat în 3 echipe, fiecare fiind coordonată de un expert internațional, care s-au deplasat în teritoriu, acoperind în total 18 raioane și 3 municipii (Anexa 4). Ulterior, fiecare echipă a generat un raport privind deplasarea în teritoriu, ca structură organizat sub formă de analiză SWOT (avantaje, dezavantaje, oportunități, riscuri), acestea fiind puse în discuție cu celelalte echipe. În săptămână a doua, toți evaluatorii s-au aflat la Chișinău, purtând întrevederi cu factorii de la nivel central și elaborând diversele capitole ale prezentului raport. Evaluarea a oferit, de asemenea, oportunitatea desfășurării în comun a vizitei de monitorizare din partea Comitetului Unda Verde (GLC) al Regiunii Europene a OMS și a Mecanismului Global de aprovizionare cu Medicamente (GDF). Lista completă a profesioniștilor intervievați este elucidată în Anexa 5, iar Anexa 6 prezintă sinteza profilurilor pacienților intervievați. La finele misiunii echipa de evaluatori au partajat constatările și recomandările sale cu ministrul sănătății, Dr Andrei Usatii, la ședință participând toți evaluatorii, reprezentantul special al directorului regional al OMS pentru prevenirea și combaterea M/XDR-TBC în regiunea Europeană și reprezentantul OMS în Republica Moldova.

Informații de ordin general

Republica Moldova este o țară fără ieșire la mare, amplasată în sud-estul Europei, mărginită de Ucraina la est și de România la vest. Cea mai mare suprafață a teritoriului său este cuprinsă între două fluvii – Nistru și Prut. Majoritatea terenului este accidentat, însă colinele sale nu depășesc niciodată cota de 430m de asupra nivelului mării. Circa 80 la sută din solurile sale extrem de fertile sunt destinate agriculturii și pășunilor. Este una din cele mai dens populate republici ale fostei Uniuni Sovietice (106 locuitori / km²), cu o populație totală de circa 4,2 milioane (potrivit recensământului din 1994), 790.000 dintre care locuiesc în capitală, municipiul Chișinău. Aproximativ 53 la sută din populație este rurală. Estimativ, în regiunea transnistriană locuiesc 500.000 persoane (însă cifrele s-ar putea să fie și mai mici din cauza dinamicii migrației). Începând cu mijlocul anilor 1990, Republica Moldova a avut un spor natural negativ, fapt determinat de scăderea natalității și migrației în afara țării (Țurcanu *et al.*, 2012; IOM, 2012).

Republica Moldova a devenit republică parlamentară, declarându-și independența sa în 1991, ca urmare a destrămării Uniunii Sovietice. Începând cu anul 2003, în structura sa administrativă se

regăsesc 32 de raioane, trei municipii (Chișinău, Bălți și Bender) și două regiuni cu statut special – UTA Găgăuzia and regiunea transnistriană (ultima fiind implicată într-un conflict armat de 5 luni în 1992 – perimetrul căreia în prezent este patrulat de forțele de pacificatori). Regiunea transnistriană este, de regulă, menționată ca regiunea din stânga Nistrului (teritoriile de est). În toată țara sunt înregistrate 1.682 de localități.

Agricultura, industria de prelucrare a produselor alimentare și viticultura sunt principalii piloni ai economiei moldovenești, însă tot mai mult situația economică și socială este determinată de emigrarea masivă a forței de muncă și intrările valutare (remitențele) asociate acesteia. Țara este complet dependentă de importul energiei. Se estimează că 30 la sută din populație trăiește în sărăcie absolută, iar 4,5 la sută – în sărăcie extremă, majoritatea locuind în zonele rurale (Banca Mondială, 2013a). Circa 40 la sută din brațele de muncă moldovenești locuiesc și lucrează peste hotare, în 2008 remitențele constituind aproximativ 30 la sută din produsul intern brut (PIB), impulsivând preponderent consumul personal și sectorul construcțiilor. Inflația a fost stăvilită, iar creșterea economică a fost întreruptă doar de criza financiară globală (Banca Mondială, 2013b). În 2009 cheltuielile publice ca proporție din PIB au constituit 45,2 la sută, însă se prognozează o scădere a acestora până la 38 la sută către 2014, ceea ce clar se va reflecta și asupra finanțării de stat a sectorului sănătății. În prezent, Republica Moldova negociază Acordul de Asociere cu Uniunea Europeană (EEAS, 2013). Materializarea acestuia, prognozată pentru toamna anului 2013, va demara un proces de reformare politică, economică și instituțională, condiționat și de accesarea în UE.

Speranța de viață la naștere pentru bărbați și femei constituie 65 ani și 73 ani respectiv (2010) – sub nivelul altor țări din regiunea Europeană a OMS (OMS, 2013b). Printre cauzele importante de deces se regăsesc boala ischemică a cordului (afecțiunile coronariene) (58 la sută din bărbați și 62 la sută din femei), tumorile maligne și afecțiunile tractului gastrointestinal. Fumatul tutunului (tabagismul) este foarte răspândit, iar consumul de alcool contribuie estimativ la decesul a 19 la sută din bărbați și 14 la sută din femei.

Date epidemiologice privind TBC

Potrivit ultimelor date estimate de OMS, în 2011 în Moldova incidența TBC era 161 (133–192), prevalența TBC era 234 (107–410) și mortalitatea TBC era 17 (16–18) raportate la 100.000 populație (OMS, 2012). Pentru NTP, în 2011 rata de notificare a cazurilor noi și recidive de TBC era 119 la 100.000 populație. Au fost semnalate diferențe în indicatorii raportați pentru regiunea transnistriană și restul țării: în regiunea transnistriană ratele de notificare a TBC în sectorul civil și penitenciar erau respectiv 147 și 866 la 100.000 comparativ cu 105 și 754 la 100.000 pe malul drept la Nistrului.

Reieșind din rezultatele studiului privind rezistența la preparatele antituberculoase (DRS), efectuat în 2011 (Stratan *et al.*, 2011), proporția MDR-TBC constituia 26 la sută pentru cazurile noi diagnosticate și 64,9 la sută pentru pacienții cu TBC anterior tratați (Tabelul 1).

Tabelul 1. Rezistența la preparatele antituberculoase, 2011

Indicator	Cazuri noi		Cazuri anterior tratate		Total	
	Absolut	%	Absolut	%	Absolut	%
Toți pacienții	1384	100,0	1042	100,0	2426	100,0
Sensibili la toate remediile	733	52,9	231	22,1	964	39,7
Cu rezistență la oricare din remedii	651	47,0	811	77,8	1462	60,3
Cu rezistență la H	504	36,4	750	72,0	1254	51,7
Cu rezistență la R	375	27,1	685	65,7	1060	43,7
Cu rezistență la E	268	19,4	530	50,9	798	32,9
Cu rezistență la S	558	40,3	759	72,8	1317	54,3
Cu mono-rezistență	187	13,5	63	6,0	250	10,3
Cu mono-rezistență la H	51	3,7	15	1,4	66	2,7
Cu mono-rezistență la R	9	0,6	4	0,4	13	0,5
Cu mono-rezistență la E	18	1,3	6	0,6	24	1
Cu mono-rezistență la S	109	7,9	38	3,6	147	6,1
With MDR-TBC	360	26,0	676	64,9	1036	42,7
Cu rezistență la H+R	9	0,7	16	1,5	25	1
Cu rezistență la H+R+E	1	0,1	7	0,7	18	0,3
Cu rezistență la H+R+S	135	9,7	166	15,9	301	12,4
Cu rezistență la H+R+E+S	215	15,5	487	46,7	702	28,9
Cu alt tip de rezistență	104	7,5	72	6,9	176	7,2
Cu rezistență la H+S	65	4,7	40	3,8	105	4,3
Cu rezistență la H+E	4	0,3	3	0,3	7	0,3
Cu rezistență la H+E+S	24	1,7	16	1,5	40	1,6
Cu rezistență la R+E	1	0,1	1	0	2	0,1
Cu rezistență la R+S	5	0,4	2	0,2	7	0,3
Cu rezistență la R+E+S	0	0	2	0,2	2	0,1
Cu rezistență la E+S	5	0,4	8	0,8	13	0,5

Notă: izoniazidă (H); rifampicină (R); etambutol (E); streptomycină (S).

Sursa: Stratan *et al.*, 2011.

Prezentând proporțiile ca valori absolute, anual în Republica Moldova se estimează că există 5.700 (4.700–6.800) cazuri noi de TBC, 600 (550–640) decese noi de TBC și 1.600 (1.460–1.740) cazuri noi de MDR-TBC (suma dintre 660 (570–760) de cazuri noi diagnosticate și 940 (890–980) cazuri anterior tratate).

DRS indică, de asemenea, mari variații în valoarea MDR-TBC ca proporție din numărul total de cazuri TBC din țară. Media pentru Republica Moldova este 42,7 la sută, înregistrând valori între 10 și 60 la sută în diferite regiuni geografice, depășind 50 la sută în 6 urbe: Chișinău (50%), Bălți (58%), Soroca (62%) și Basarabeasca (53%) pe malul drept al Nistrului și Dubăsari (50%) și Tiraspol (68%) în regiunea transnistriană.

Potrivit Programului comun al Națiunilor Unite privind HIV/SIDA (UNAIDS), în 2011 în Republica Moldova trăiau circa 15.000 de persoane cu HIV (UNAIDS, 2012). Mulți din aceștia, totuși, nu-și cunosc statutul HIV: către luna ianuarie 2013 în țară au fost înregistrate doar 7.889 de cazuri HIV, preponderent în rândul populațiilor vulnerabile și al partenerilor săi. În 2011 prevalența estimată a infecției HIV în rândul cazurilor noi de TBC era 5,7 la sută (5.1–6.5%), sau 660 (570–760) de cazuri noi de TBC asociate cu infecția HIV anual. Rata co-infecției TBC/HIV înregistrează cote maxime la Tiraspol (18,3%), în regiunea transnistriană în genere (12,8%) și la Bălți (16,8%).

Reieșind din valorile prezentate mai sus, Republica Moldova se regăsește printre cele 18 state, în care controlul tuberculozei este prioritar și printre cele 15 state cu povara înaltă a MDR-TBC din regiunea Europeană a OMS (OMS, 2007; 2011b).

Recomandări

- În Republica Moldova prevenirea și controlul MDR-TBC vor fi considerate priorități de sănătate publică și vor beneficia de suport adecvat și coordonat din partea Ministerului Sănătății și a tuturor celorlalte ministere și instituții naționale relevante.
- O atenție sporită va fi acordată ratelor cu mult mai mari ale TBC, MDR-TBC și co-infecției TBC/HIV din regiunea transnistriană.

Strategiile, structura, bugetul și principalele realizări ale NTP

Strategii

În perioada anilor 2000-2004 Ministerul Sănătății al Republicii Moldova (MS) a reușit extinderea implementării strategiei DOTS, recomandată de OMS, la scară națională (pachetul esențial ce definește strategia Stop TB), începând cu 2006 asigurând continuitatea implementării Strategiei Stop TBC. În prezent, strategia națională pentru controlul TBC în Republica Moldova este reglementată prin legea cu privire la profilaxia și controlul tuberculozei (2008), conformându-se cadrului juridic stabilit de legea cu privire la aprobarea Strategiei Naționale de Dezvoltare pe anii 2008–2011 (2007).¹

Ultimul plan strategic pe termene medii pentru implementarea NTP 2011–2015 (MS, 2010),² aprobat de MS în decembrie 2010,³ descrie în continuare strategia națională pentru controlul TBC. O serie de ordine ale MS dispun în continuare elaborarea și aprobarea anumitor instrumente în materie de politici, cum ar fi ce determină măsurile de control TBC, indicatorii de performanță pentru personalul medical, înregistrarea și raportarea TBC, implicarea centrelor comunitare în suportul ambulatoriu, tratamentul TBC în condiții ambulatorii și protocoalele clinice pentru conduita TBC la adulți și copii.⁴

1 Legea nr.153-XVI din 04.07.2008; Legea nr.295-XVI din 21.12.2007

2 Hotărârea Guvernului nr.1171 din 21.12.2010

3 Ordinul Ministerului Sănătății nr.1171 din 21.12.2010; Ordinul Ministerului Sănătății nr.571 din 14.07.2011

4 Ordinul Ministerului Sănătății nr.180 din 08.05.2007; Ordinul comun al Ministerului Sănătății și CNAM nr.137/54A din 27.03.2008; Ordinul Ministerului Sănătății nr.277 din 07.04.2011; Ordinul Ministerului Sănătății nr.465 din 07.06.2011; Ordinul comun al Ministerului Sănătății și CNAM nr.1285/265A din 20.12.2012; Ordinul Ministerului Sănătății nr.1343 din 28.12.2012

Planul strategic își trasează drept obiectiv primordial ameliorarea sănătății populației prin reducerea poverii TBC în Republica Moldova. Planul conține 7 obiective specifice.

1. Asigurarea unui diagnostic calitativ, cu obținerea unei rate de detecție a cazurilor de tuberculoză pulmonară cu microscopia pozitivă de peste 70%.
2. Extinderea accesului universal la tratamentul tuberculozei, cu obținerea unei rate de succes a tratamentului cazurilor noi de tuberculoză pulmonară cu microscopie pozitivă de cel puțin 78% și a ratei de succes a tratamentului cazurilor cu MDR-TBC nu mai joasă de 60%.
3. Asigurarea suportului social pentru cel puțin 90% din pacienții cu tuberculoză din categoriile socialmente vulnerabile prin intermediul parteneriatelor la nivel comunitar.
4. Asigurarea controlului eficient al co-infecției TBC/HIV, cu reducerea ratei de co-infecție TBC/HIV printre cazurile de tuberculoză sub 3%.
5. Sporirea nivelului de cunoștințe al populației despre tuberculoză la un nivel de cel puțin 80% și menținerea unei rate de vaccinare BCG la naștere de cel puțin 98%.
6. Efectuarea a cel puțin 7 cercetări științifice / studii operaționale în domeniul controlului tuberculozei.
7. Consolidarea unui sistem eficient de management, coordonare, monitorizare și evaluare a NTP.

Reieșind din povara înaltă a MDR-TBC din țară, echipa de evaluatori a considerat că Obiectivul 2 al Planului strategic trebuie să fie extins prin elaborarea unui plan de acțiuni specific în conformitate cu Planul consolidat de acțiuni pentru profilaxia și combaterea tuberculozei cu rezistență multiplă și extinsă (M/XDR) la remediile medicamentoase antituberculoase în regiunea Europeană a OMS pentru anii 2011–2015 (OMS, 2011b).

Structura

NTP dispune *de facto* de o unitate centrală, amplasată în incinta IMSP Institutul de Ftiziopneumologie (IFP). Atribuțiile acesteia includ elaborarea politicilor și îndrumărilor tehnice ce urmează a fi aprobate de MS, planificarea și coordonarea cu partenerii, supravegherea de laborator și controlul calității, gestionarea aprovizionării cu remedii antituberculoase, formarea profesională a personalului, monitorizarea și supravegherea tehnică. Unitatea respectivă își îndeplinește atribuțiile în colaborare cu partenerii naționali și internaționali.

Managerul NTP activează prin intermediul unității centrale, în componența căreia se regăsesc 3 subunități: unitatea de monitorizare (răspunzătoare de înregistrare și raportare), unitatea de supraveghere și instruire (răspunzătoare de supravegherea în teritoriu și formarea continuă) și laboratorul național de referință. Toți colaboratorii NTP sunt angajați ai IFP și se supun directorului IFP. Însă, în contractul încheiat cu Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM), IFP nu dispune de un articol de buget special dedicat realizării atribuțiilor NTP. De aceea, aceasta este doar indirect responsabilă în fața MS, dispune de o autoritate limitată pentru supervizarea serviciilor ftiziatrice prestate în realitate în teritoriu (Figura 1) și depinde de suportul financiar extern oferit de Fondul Global pentru exercitarea principalelor sale atribuții de sănătate publică.

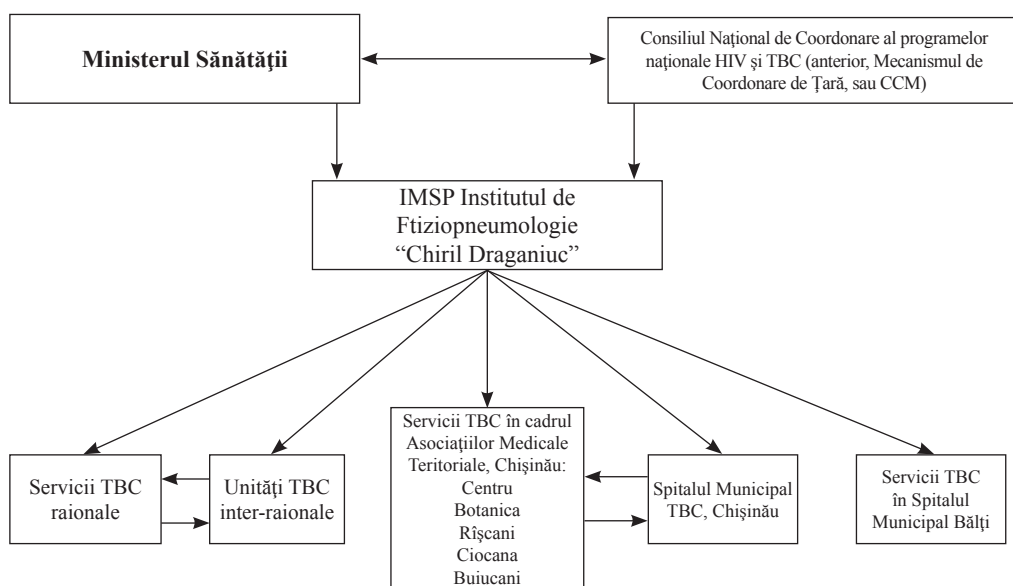


Figura 1. Organigrama NTP

În regiunea transnistriană, responsabilitatea generală pentru serviciile de sănătate o poartă autoritățile sanitare centrale. În cadrul acestora există o direcție principală pentru organizarea serviciilor sanitare, responsabilă pentru programul de control al TBC.

Serviciile fiziatrice de staționar sunt prestate prin intermediul unele rețele formate din 8 spitale specializate, cu o capacitate totală de 1.255 de paturi dedicate TBC (280 pentru MDR-TBC), inclusiv 2 spitale cu 250 paturi în regiunea transnistriană (40 pentru MDR-TBC). La momentul evaluării, spitalul pentru MDR-TBC de la Vorniceni planifica să-și deschidă în scurt timp un nou bloc de 250 paturi pentru MDR-TBC (Tabelul 2).

Tabelul 2. Repartizarea paturilor spitalicești TBC și MDR-TBC în sectorul civil

Instituția	Paturi non-MDR-TBC	Paturi MDR-TBC	Paturi total
IFP, Chișinău	250	50	300
Spitalul Municipal TBC, Chișinău	335	40	375
Spitalul MDR-TBC, Vorniceni Blocul existent + blocul nou ce urmează a fi deschis în curând	0+0	110+250	110+250
Spitalul Municipal, Bălți	130	40	170
Spitalul raional, Florești	20	0	20
Spitalul raional, Soroca	30	0	30
Sub-total	765	240+250	1005+250
Spitalul Municipal, Bender (regiunea transnistriană)	160	40	200
Spitalul raional, Dubăsari (regiunea transnistriană)	50	0	50
Sub-total	210	40	250
Total	975	280+250	1255+250

Suplimentar la aceste 8 staționare pentru TBC mai există 2 centre de reabilitare a copiilor cu TBC (la Țirnova cu 200 paturi și la Cornești cu 100 paturi) pentru internarea copiilor (sub 18 ani) cu infecție sau maladie TBC, mediul cărora a fost proiectat să-i protejeze de expunerea în continuare la TBC și condițiile menajere precare, unde aceștia își pot continua studiile.

Serviciile ambulatorii în TBC sunt oferite prin intermediul al 55 de unități dedicate (câte unul la fiecare 75.000 populație):

- 10 servicii TBC la nivel municipal în cadrul celor 5 AMT din Chișinău, unul – la Bălți și 4 – la Tiraspol în regiunea transnistriană;
- 43 servicii TBC în cadrul secțiilor consultativ-diagnostice (asistență ambulatorie) din cadrul spitalelor raionale, inclusiv 4 locații în regiunea transnistriană;
- 2 unități TBC în cadrul serviciului sanitar al Căilor Ferate și Cancelariei de Stat.

Prestarea serviciilor TBC în condiții de ambulatoriu este fortificată de o serie de organizații neguvernamentale (ONG), finanțate preponderent cu mijloacele financiare ale Fondului Global, asigurând legătura cu comunitățile (Tabelul 3).

Tabelul 3. Colaborarea ONG cu NTP

Act for Involvement (AFI) (sub-recipient al grant-urilor Fondului Global)	AFI este succesorul lui Caritas Luxemburg, un ONG activ în domeniul controlului TBC în Republica Moldova din 1999, care va continua să sprijine AFI pe perioada anilor 2012–2014. AFI gestionează 5 proiecte ce conlucrează cu grupurile comunitare împotriva TBC din Anenii-Noi; asigură intervenții TBC/HIV în penitenciare, oferă suport pacienților cu TBC și un program de voluntariat; sporesc rolul pacienților și comunităților în controlul TBC.
Institutul de Reforme Penale (IRP)	IRP (anterior, Centrul pentru Asistența Reformei Penale) este un ONG activ în domeniul implementării opțiunilor alternative detenției, reformarea sistemului de aplicare în practică a pedepselor privative de libertate și pregătirea deținuților pentru eliberare. A desfășurat eforturi de creare a centrelor de reabilitare pentru prevenirea recidivării și introducerea metodelor punitive alternative.
Programe Medico-Sociale	Creată în 2008 cu suportul oferit de Caritas Luxemburg, Programe Medico-Sociale conlucrează cu AFI în domeniul prevenirii și controlului TBC și HIV în regiunea transnistriană.
Societatea Moldovei împotriva Tuberculozei (SMIT)	Creată în 2011 la Bălți de foștii pacienți cu TBC, care considerau că nu au fost implicați pe deplin în procesul decizional al actului medical, SMIT este finanțat de Fundația Soros Moldova. Colaboratorii acesteia efectuează vizite ale persoanelor afectate de TBC și sensibilizează publicul despre maladie. De asemenea, organizează dezbateri în cadrul meselor rotunde cu autoritățile publice locale, efectuează vizite la spitale și educă pacienții.

<p>Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (PAS) (recipient principal al fondurilor Fondului Global pentru TBC și HIV)</p>	<p>Centrul PAS (anterior, Centrul MedNet) a fost creat în 1999 pentru a prelua activitățile Programului Internet Medical al Fundației Soros Moldova și a asigura dezvoltarea durabilă a acestuia. PAS gestionează câteva proiecte, axate pe fortificarea aderenței la terapia antiretrovirală (TARV); oferă suport orfanilor și copiilor vulnerabili cu HIV; prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV; oferă instruiți în domeniul consilierii și testării voluntare la HIV (VCT); efectuează studii de supraveghere de generația II în domeniul HIV/SIDA; fortificarea controlului TBC; elaborarea protocoalelor de tratament, îngrijiri și suport consumatorilor de droguri injectabile; participarea în programul Seminarelor de la Salzburg; efectuarea studiilor operaționale cu privire la prevalența HIV în rândul cazurilor noi înregistrate cu TBC.</p>
<p>Fundația Soros Moldova (sub-recipient al grant-urilor Fondului Global)</p>	<p>Fondul Global și Banca Mondială oferă suport financiar activităților programatice desfășurate de Fundația Soros Moldova, care facilitează implementarea proiectelor de combatere și reducere a incidenței infecției HIV/SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală.</p>
<p>Speranța Terrei (sub-recipient al grant-ului Fondului Global)</p>	<p>Speranța Terrei este un ONG mic, ce-și desfășoară activitatea la Bălți și a fost fondat în 2006. Voluntarii acestuia activează în 57 de sate; fiecare voluntar este responsabil pentru 5 pacienți.</p>

Mai mult ca atât, toți medicii de familie – inclusiv cei ce activează în cadrul centrelor medicilor de familie (CMF) raionale și în oficiile medicilor de familie (OMF) / centrele de sănătate (CS) – sunt instruiți în materie de depistare a pacienților cu suspiciune de TBC și trimiterea acestora la medicul ftiziateru pentru screening-ul contactilor TBC și al grupurilor de risc, asigurarea tratamentului strict supravegheat (DOT) și depistarea pacienților pierduți din supraveghere. În anii 2012-2013 în incinta cabinetelor raionale ale medicilor ftiziatri au fost create 10 centre comunitare pentru TBC din sursele grant-ului Fondului Global (Cahul, Criuleni, Glodeni, Hîncești, Ialoveni, Orhei, Rezina, Strășeni, Ungheni, plus Rîbnița în regiunea transnistriană) pentru îmbunătățirea suportului oferit pacienților și în tentativa de micșorare a numărului de pacienți pierduți din supravegherea tratamentului (pentru o descriere mai detaliată, vezi în continuare compartimentul dedicat conduitei cazului).

Buget

În 2012 NTP a beneficiat de un buget total ce depășea 182 milioane lei moldovenești (aproximativ, 15 milioane dolari SUA). Mai mult de jumătate au venit de la CNAM, o-treime – de la Fondul Global, iar restul au fost alocați de MS (Tabelul 4). Finanțarea oferită de MS s-a majorat cu circa o-treime din 2011 până în 2012, cu excepția tuturor costurilor indirecte și altor costuri (cum ar fi, de exemplu, cele pentru tratamentul cu medicamente auxiliare). Aceste valori exclud, de asemenea, fondurile pentru asistența TBC alocate de autoritățile publice locale și alte ministere (inclusiv, Ministerul Justiției, Ministerul Apărării și Ministerul Afacerilor Interne).

Tabelul 4. Bugetul NTP în funcție de sursa de finanțare, 2011-2012

Sursa de finanțare	2011		2012	
	Lei	%	Lei	%
CNAM	94 503 000	46.8	95 307 000	52.3
Fondul Global	89 272 000	44.2	62 281 000	34.2
Ministerul Sănătății	17 986 000	8.9	24 684 000	13.5
<i>Total</i>	<i>201 761 000</i>	<i>100.0</i>	<i>182 272 000</i>	<i>100.0</i>

NTP a alocat mai mult de jumătate din bugetul său total pentru îngrijirile spitalicești, inclusiv celor 2 centre de reabilitare a copiilor (Tabelul 5). Optimizarea paturilor spitalicești și promovarea tratamentului ambulatoriu ar putea considerabil reduce această povară financiară; sursele financiare suplimentare generate din contul economiilor spitalicești ar putea fi alocate pentru tratarea și suportul unui număr mai mare de pacienți cu MDR-TBC.

Table 5. NTP budget by item, 2011-2012

Articol bugetar	2011		2012	
	Lei	%	Lei	%
Asistența spitalicească pentru TBC	83 592 000	41,4	83 632 000	45,9
Centrul de reabilitare a copiilor cu TBC, Tîrnova	9 233 000	4,6	10 114 000	5,5
Centrul de reabilitare a copiilor cu TBC, Cornești	3 472 000	1,7	5 101 000	2,8
Asistența ambulatorie pentru TBC*	9 463 000	4,7	10 125 000	5,6
Plăți în funcție de indicatorii de performanță*	1 448 000	0,7	1 550 000	0,9
Investiții capitale**	5 000 000	2,5	8 467 000	4,6
Alocații centralizate**	281 000	0,1	1 002 000	0,5
Implementarea grant-ului Fondului Global	89 272 000	44,2	62 281 000	34,2
<i>Total</i>	<i>201 761 000</i>	<i>100,0</i>	<i>182 272 000</i>	<i>100,0</i>

Echipa de evaluatori nu a reușit să obțină sumele exacte pentru bugetul regiunii transnistrene.

Principalele realizări

În 2011 NTP a raportat la OMS 4.208 cazuri înregistrate de TBC pulmonară (inclusiv, 3.836 cazuri noi și 372 recidive cu frotiul sputei pozitiv), 1.108 cazuri de re-tratament (cu excepția recidivelor cu frotiul sputei pozitiv) și 25 cazuri cu anamneză TBC neelucidată. Astfel, depistarea cazurilor TBC (cazuri noi și recidive) constituie 74 la sută (62-89%) din numărul total de cazuri anuale estimate de OMS. Dintre cazurile noi de TBC, 1.272 (33%) aveau frotiul sputei pozitiv, 2.140 (56%) aveau frotiul sputei negativ, iar 424 (11%) erau prezentări extrapulmonare.

În perioada anilor 2008-2011, rata de notificare a cazurilor TBC noi și recidive, la fel ca și rata de notificare a MDR-TBC, nu denotă o dinamică descendentă (Tabelul 6).

Tabelul 6. Numărul și rata cazurilor TBC raportate 2008-2011

Anul	Populația	Cazuri noi și recidive TBC		MDR-TBC	
		Valori absolute	La 100.000 populație	Valori absolute	La 100.000 populație
2008	4 100 645	4442	108	1048	26
2009	4 090 640	4347	106	1069	26
2010	4 082 299	4122	101	1082	27
2011	4 075 668	4208	103	1001	25

Rata notificării cazurilor de TBC pulmonară cultural pozitive (cazuri TBC noi și anterior tratate) și proporția MDR-TBC în acestea au rămas relativ stabile (Tabelul 7), ceea ce ar putea fi explicat prin îmbunătățirea capacității diagnosticului de laborator. În același timp, rata notificării tuturor cazurilor de TBC pulmonară (noi și anterior tratate) a demonstrat o descreștere în aceeași perioadă.

Tabelul 7. Numărul și rata tuturor cazurilor de TBC pulmonară, 2008-2011

Anul	Populația	Total cazuri TBC pulmonară		TBC cultural pozitivă		MDR-TBC		
		Cazuri	La 100.000 populație	Cazuri	La 100.000 populație	Cazuri	La 100.000 populație	%
2008	4 100 645	5315	130	2367	58	1060	26	45
2009	4 090 640	5061	124	2267	55	989	24	44
2010	4 082 299	4993	122	2477	61	1047	26	42
2011	4 075 668	4886	120	2353	58	1024	25	44

Aceste tabele elucidează dificultățile, cu care se confruntă NTP în reducerea incidenței TBC (numărul de cazuri s-a micșorat doar cu 0,4 la sută din 2010 până în 2011) și în controlul MDR-TBC.

În 2010, NTP a tratat cu succes 69,7 la sută din cazurile TBC noi, 44,1 la sută din recidive, 23,4 la sută din cazurile de re-tratament după pierderea din supraveghere și 26,9 la sută din cazurile de re-tratament după eșecul terapeutic cu preparate din categoria I.⁵ Decesele și pierderea din supraveghere, totuși, au avut o cotă mare în rezultatele nereușitei terapeutice, iar un număr considerabil de cazuri au fost transferate în categoria terapeutică IV⁶ deoarece acestea s-au dovedit să fie cazuri M/XDR-TBC (Tabelul 8).

5 2HRZE/4HR: 2 luni de izoniazidă, rifampicină, pirazinamidă și etambutol, urmate de 4 luni de rifampicină și izoniazidă

6 Tratamentul cu remedii medicamentoase antituberculoase de linia I și II în funcție de rezultatele TSM

Tabelul 8. Rezultatele în rândul pacienților cu TBC pulmonară cu frotiul sputei pozitiv, în funcție de prezența tratamentului în anamneză, 2010

Rezultatul tratamentului	Cazuri noi		Recidive		După pierderea din supraveghere		După eșec	
	Cazuri	%	Cazuri	%	Cazuri	%	Cazuri	%
Vindecat	699	64,4	113	41,5	42	20,5	18	23,1
Tratament finalizat	57	5,3	7	2,6	6	2,9	3	3,8
Decedat	120	11,1	51	18,8	35	17,1	10	12,8
Eșec terapeutic	45	4,1	26	9,6	11	5,4	19	24,4
Pierdut din supraveghere	106	9,8	39	14,3	75	36,6	18	23,1
Continuă tratamentul	56	5,2	32	11,8	36	17,6	10	12,8
Transferat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neevaluat	2	0,2	4	1,5	0	0,0	0	0,0
Sub-total	1085	100,0	272	100,0	205	100,0	78	100,0
Transferat în Categoria terapeutică IV	191	15,0	102	27,3	80	28,1	64	45,1
Total cazuri înregistrate	1276	100,0	374	100,0	285	100,0	142	100,0

Recomandări

- Vor fi luate în calcul câștigurile financiare din contul adoptării intervențiilor mai cost-eficiente.
- Se va încerca alocarea și valorificarea surselor financiare suplimentare și a suportului adițional din partea autorităților publice locale pentru intervenții cost-eficiente, reieșind din politicile și protocoalele NTP.
- În regim urgent și de comun acord cu toate părțile implicate vor fi identificate și se va încerca asigurarea surselor financiare internaționale și a altor tipuri de suport în Republica Moldova, inclusiv în regiunea transnistriană.
- NTP va dispune de o unitate centrală cu competențe tehnice și autoritate pentru actualizarea politicilor și protocoalelor naționale; asigurarea formării profesionale adecvate pentru diversele specialități medicale; gestionarea stocurilor de medicamente, supraveghere și supervizarea de suport în teren și coordonarea generală a serviciilor prestate de diverșii prestatori de la toate nivelurile de asistență medicală.
- Indiferent unde n-ar fi amplasată, această unitate centrală va purta răspundere directă în fața Ministerului Sănătății și va dispune de instrumente juridice și finanțare independente de IMSP Institutul de Ftiziopneumologie “Chiril Draganiuc”.
- NTP va îmbunătăți în continuare conduita cazului de TBC.
- Va fi creat un grup național de lucru, care va elabora un plan strategic pentru asistența ambulatorie în vederea sporirii aderenței la tratament până la termenul-limită impus de Fondul Global.
- Reieșind din povara înaltă a MDR-TBC din țară, echipa de evaluatori a considerat că Obiectivul 2 al Planului strategic trebuie să fie extins prin elaborarea unui plan de acțiuni specific în conformitate cu Planul consolidat de acțiuni pentru profilaxia și combaterea tuberculozei cu rezistență multiplă și extinsă (M/XDR) la remediile medicamentoase antituberculoase în regiunea Europeană a OMS pentru anii 2011-2015 (OMS, 2011b).

Depistarea și diagnosticarea cazurilor

Depistarea cazurilor

Depistarea pasivă a cazurilor

Depistarea pasivă a cazurilor de TBC în Republica Moldova este bazată pe auto-adresarea pacienților simptomatici la serviciile de asistență medicală primară (AMP) sau chiar direct la serviciile TBC. Serviciile AMP sunt oferite gratuit tuturor pacienților, inclusiv celor ce nu dețin polițe de asigurare medicală. Însă, pacienții achită toate procedurile diagnostice (inclusiv, așa proceduri extrem de scumpe ca bronhoscopia sau tomografia computerizată), la fel ca și pentru toate medicamentele nespecifice prescrise. Același lucru este valabil și pentru investigațiile la TBC altele decât cele de rutină (deseori efectuate în cadrul serviciilor private) și curele de antibiotici nespecifiți prescrise de prestatorii AMP pacienților cu bacili acido-rezistenți și frotiul sputei negativ cu suspiciune de TBC.

Depistarea activă a cazurilor

În republică se practică la scară mare fluorografia anuală gratuită, cu accent preponderent pe grupurile-țintă cu risc sporit pentru TBC:

- Persoanele aflate în contact cu persoanele sau animalele bolnave de TBC
- Persoanele cu sechele după TBC
- Foștii deținuți în primele 12 luni după eliberare
- Persoanele infectate cu HIV/SIDA
- Alcoolicii, consumatorii de droguri și fumătorii activi
- Persoanele cu diabet zaharat
- Persoanele ce primesc tratament de imunosupresie
- Femeile în perioada postnatală
- Persoanele cu afecțiuni pulmonare cronice
- Persoanele dezavantajate material (cum ar fi, șomerii, migranții sau grupurile similare)
- Persoanele cu probleme psihologice.

De asemenea, MS listează 4 categorii de populație ce sunt supuse screening-ului anual la TBC pe motiv de angajare în câmpul muncii și riscul pe care îl implică în transmiterea TBC publicului:

- Toate persoanele angajate în industria alimentară
- Persoanele ce activează la orice nivel al învățământului
- Toate persoanele ce activează în serviciul public și instituțiile comunitare
- Toți angajații din sistemul sanitar public.

Totuși, autoritățile sanitare raionale pot extinde populația-țintă pentru screening în funcție de prioritățile locale și posibilitățile financiare. Ca rezultat, echipa de evaluare a constatat mari variații între raioane în proporția populației (30–80%) supusă screening-ului anual la TBC. Mai mult ca atât, din datele existente nu a fost posibil de calculat randamentul real al unui așa screening. Ar fi util de evaluat randamentul screening-ului anual la TBC al populației generale,

ceea ce va permite în consecință axarea pe grupurile țintă de risc mai cost-eficiente.

Serviciul sanitar-epidemiologic de Stat, serviciul fiziatric și AMP colaborează în vederea efectuării depistării contactilor cu bolnavii de TBC, intervievând pacienții noi diagnosticați cu TBC și MDR-TBC în tentativa de identificare a persoanelor, cu care au fost în contact strâns, printre rude, vecini sau colegii de serviciu. Colaboratorii serviciului sanitar-epidemiologic de Stat efectuează vizite la domiciliul pacienților, uneori însoțiți și de medicul de familie sau medicul fiziatru. Toți contactii cu bolnavii de TBC, inclusiv cei cu frotiul negativ al sputei, sunt invitați să se prezinte la dispensarul TBC pentru un examen clinic și radiografia toracică (și testul cutanat la tuberculină (TCT) pentru cei cu vârsta sub 18 ani), cu repetarea radiografiei toracice o dată la șase luni timp de un an.

Protocoalele naționale în vigoare recomandă prescrierea tratamentului profilactic cu izoniazidă (TPI) tuturor contactilor cu vârsta sub 18 ani și cu rezultatul pozitiv al TCT. Ghidurile OMS recomandă, de asemenea, TPI în toate amplasamentele cu prevalență înaltă a MDR-TBC, iar Republica Moldova ar putea lua în considerare efectuarea unui studiu privind fezabilitatea schemelor de tratament preventiv pentru MDR-TBC. În rândul adulților infecția latentă cu TBC nu este, de regulă, diagnosticată sau tratată.

Diagnosticarea

Tradițional, diagnosticarea TBC se bazează pe microscopia directă a frotiului sputei (două probe de spută), radiografia toracică, cultura bacteriologică și testarea sensibilității la medicamentele antituberculoase de linia I (TSM). Toate cazurile de MDR-TBC urmează a fi supuse TSM pentru preparatele antituberculoase de linia II. În 2011 circa jumătate din pacienții înregistrați de NTP se prezentau cu TBC pulmonară cu leziuni cavitare, inclusiv 100 cazuri depistate doar post-mortem (un posibil indicator al diagnosticului tardiv). În Republica Moldova protocolul național pentru conduita TBC a fost recent actualizat pentru a include algoritmul pentru diagnosticarea precoce prin intermediul testului Xpert MTB/RIF (tehnologie automatizată de amplificare a acizilor nucleici în timp util pentru depistarea rapidă și simultană a TBC și rezistenței la rifampicină, ce a fost aprobată de OMS).

Laboratoare

În rețeaua de laboratoare bine pusă la punct din Republica Moldova se regăsesc 59 de centre de microscopie de nivelul I, 3 laboratoare regionale de nivelul II pentru examenul cultural și TSM (la Bălți, Vorniceni și Bender) și Laboratorul Național de Referință (LNR) pentru TBC la Chișinău. Centrele de microscopie de nivelul I dispun de personal suficient (deși în timpul sărbătorilor sezoniere poate fi înregistrat un deficit de cadre), însă laboratoarele regionale și LNR sunt insuficient completate cu cadre.

În laboratoarele regionale și LNR sunt efectuate toate metodele convenționale de diagnosticare, inclusiv microscopia sputei, examenul cultural și TSM pe medii solide și lichide prin intermediul sistemului MGIT și noilor tehnici moleculare (reacția de polimerizare în lanț pentru preparatele antituberculoase de linia I și II și testul Xpert MTB/RIF). Începând din toamna anului 2012, în țară sunt aplicate testele Xpert MTB/RIF, inclusiv 10 ce sunt montate la nivel regional (la Bălți, Cahul, Căușeni, Comrat, Edineț, Hîncești, Orhei, Soroca, Strășeni și Ungheni), 3 în regiunea transnistriană (Bender, Rîbnița și Tiraspol) și 3 – în penitenciare. Cele 5 centre de tratament

antiretroviral (TARV) pentru infecția HIV dispun, de asemenea, de astfel de dispozitive, grație grant-ului TB REACH (Parteneriatul Stop TB, 2013).

În total în 2011 NTP a raportat 4.851 de cazuri de TBC pulmonară, din care 95 la sută aveau rezultatul microscopiei frotiului sputei și 91,2 la sută aveau examenul cultural al sputei. Din numărul total de 3.412 de cazuri noi, la 3.243 (95 la sută) a fost efectuată microscopia directă a sputei (MS), cu rezultat pozitiv în 1.272 de cazuri (977+295, sau 37 la sută) (Tabelul 9). Un număr suplimentar de 706 de pacienți (543+163, sau 21 la sută) au fost confirmați prin examenul cultural (EC), ceea ce ridică numărul total al cazurilor confirmate bacteriologic prin microscopia și/sau cultura sputei până la 1.978 (58 la sută). Toți acești indicatori indică un randament scăzut al examenului microscopic și/sau erori în înregistrarea rezultatelor în baza de date a sistemului informatic de monitorizare și evaluare (SIME) a TBC (Centrul Național de Management în Sănătate, 2012).

Tabelul 9. Diagnosticarea cazurilor noi și re-tratament de TBC pulmonară, 2011

Rezultat	Cazuri noi	Recidive	După eșec	Recuperați în supraveghere	Total	
	Abs.	Abs.	Abs.	Abs.	Abs.	%
<i>Total</i>	3412	815	207	417	4851	100,0
Cu MS	3243	771	207	411	4632	95,0
Cu EC	3111	391	140	266	3908	91,2
Fără MS sau EC	6	41		4	51	1,1
Total MS+ și/sau EC+	1978	495	181	333	2987	61,6
MS+/EC+	977	268	104	218	1567	32,3
MS+	295	104	41	67	507	10,5
MS-/EC+	543	120	36	46	745	15,4
EC+	163	3		2	168	3,5
Total MS- cu/fără EC-	1428	279	26	80	1428	37,4
MS-/EC-	1428				1428	29,4
MS-		279	26	80	385	7,9

Notă: microscopia (frotiului) sputei (MS); examenul cultural bacteriologic al sputei (EC); rezultat pozitiv (+); rezultat negativ (-)

LNR pregătește tot materialul de colorare pentru microscopie. Echipa de evaluare a apreciat acest material ca fiind de o calitate bună, în anul precedent înregistrându-se livrări cu regularitate și fără întreruperi de stoc. Suplimentar la mediul Popescu pentru examenul cultural și TSM pentru preparatele antituberculoase de linia I și II pentru examenul cultural mai este disponibil și mediul Löwenstein-Jensen. Deși în toate laboratoarele regionale este implementată metodologia de cultivare a micobacteriilor pe medii lichide (MGIT), nu toate probele sunt inoculate pe medii lichide și solide. Acest fapt determină obținerea cu întârzieri mari a rezultatelor și lipsa TSM pentru inițierea terapiei adecvate. Folosirea mai sistematică a MGIT ar asigura obținerea rezultatelor examenului cultural în medie peste 10 zile comparativ cu 4-6 săptămâni.

Controlul extern al calității este implementat în toate laboratoarele de ani buni, prezentând rezultate foarte bune. Din cele 200 de investigații (pentru 20 de tulpini patogenice și 10 preparate medicamentoase) efectuate de LNR în 2012, Laboratorul Supranațional de Referință pentru

TBC de la Borstel, Germania, a depistat doar un singur caz de sensibilitate falsă la capreomicină. Investigațiile au constatat, de asemenea, doar un singur laborator regional cu multiple rezultate de sensibilitate falsă (10 la sută), iar LNR a întreprins imediat măsuri de remediere. LNR și laboratoarele regionale trebuie să verifice trimestrial calitatea microscopiei în toate laboratoarele periferice. Regretabil, nu toate verificările sunt efectuate cu regularitate, fapt condiționat de deficitului de personal de supraveghere, ceea ce nu permite soluționarea problemei proporției mici al rezultatelor pozitive raportată de unele laboratoare.

Echipa de evaluare a examinat cu interes dinamica pozitivă în diagnosticul TBC așteptată ca rezultat al introducerii recente a testării Xpert MTB/RIF. În general, s-a constatat că proporția rezultatelor nevalabile / erorilor în cazul testului Xpert MTB/RIF constituia 5–8 la sută – o proporție considerată prea mare. Calibrarea corectă a dispozitivelor, ce trebuie să fie asigurată de compania furnizoare, ar putea evita o parte din rezultatele eronate. O altă problemă aferentă furnizorului ține de repartizarea cartușelor, ce nu corespunde încărcăturii anticipate a laboratorului, ce determină un risc de risipă a cartușelor din cauza expirării termenului de valabilitate al acestora.

Însă motivul de îngrijorare cel mai stringent era că laboratoarele nu foloseau corespunzător noua tehnologie pentru conduita oportună a pacienților, inclusiv pentru inițierea timpurie a tratamentului standardizat în MDR-TBC⁷ și măsurile de control infecțios. Mai mult ca atât, testul Xpert MTB/RIF nu se folosește efectiv în rândul grupurilor de populații cu risc sporit, cum ar fi persoanele ce trăiesc cu HIV și deținuți. Între timp, înșiși pacienții – și nu doar probele de spută colectate de la aceștia – sunt trimiși la instituțiile respective, unde este disponibil testul Xpert MTB/RIF (deseori, chiar și la Chișinău); aceasta este o povară suplimentară pentru pacient și prezintă riscul de tergiversare a diagnosticului. Toate aceste probleme ar putea fi cauzate de informarea și instruirea insuficientă a personalului implicat în diagnosticarea TBC.

Personalul trebuie să fie instruit efectiv pentru implementarea algoritmului diagnostic inclus în protocolul național privind conduita TBC, care recomandă folosirea testului Xpert MTB/RIF la:

- Pacienții simptomatici ce s-au aflat în contact strâns cu un caz M/XDR-TB;
- Copiii cu simptome clinice sugestive de TBC, în particular dacă aceștia s-au aflat în contact strâns cu un caz M/XDR-TBC;
- Persoanele cu infecția HIV ce prezintă simptome sugestive de TBC;
- Deținuții cu simptome și/sau radiografie toracică sugestive de TBC;
- Alte grupuri de risc cu simptome și/sau radiografie toracică sugestive de TBC, cum ar fi persoanele fără adăpost, consumatorii de droguri injectabile, alcoolicii, lucrătorii medicali sau îngrijitorii de pacienții M/XDR-TBC, colaboratorii penitenciarelor, persoanele cu afecțiuni imunosupresive (inclusiv, neoplasme în tratament imunosupresiv, diabet zaharat, hepatite, sau insuficiență renală în hemodializă);
- Pacienții cu suspiciune de TBC recidivantă și cu rezultat negativ la microscopia sputei;
- Pacienții cu simptome clinice de TBC extrapulmonară, în special cei cu suspiciune de meningită.

⁷ Profilul rezistenței medicamentoase al Republicii Moldova (vezi Tabelul 1) justifică folosirea tratamentului standardizat în MDR-TBC: se recomandă ca acesta să înceapă înainte să fie cunoscute rezultatele examenului cultural și TSM, pentru un tratament mai individualizat.

Recomandări

- Vor fi luate în calcul câștigurile financiare din contul adoptării intervențiilor mai cost-eficiente, cum ar fi îmbunătățirea screening-ului TBC axat pe anumite categorii, folosirea adecvată a tehnologiilor de diagnostic de laborator existente.
- Screening-ul la TBC se va reduce la cele grupuri de risc, pentru care s-a dovedit eficiența depistării active a cazurilor, reieșind din recomandările internaționale și dovezile locale.
- Trebuie să fie elaborate protocoale naționale pentru depistarea activă a cazurilor și investigarea contactilor.
- Testul Xpert MTB/RIF trebuie să fie utilizat în conformitate cu protocolul național, iar tratamentul și măsurile de control infecțios trebuie să fie inițiate imediat.
- Pentru TSM la Chișinău nu trebuie să fie trimiși pacienții propriu-ziși, ci doar sputa acestora, pentru care trebuie asigurat mijloacele de transport necesare.
- Pentru toți pacienții cu TBC trebuie să fie promovată confirmarea bacteriologică pe medii lichide pentru toate probele și TSM.
- Personalul va fi instruit în continuare în materie de testare Xpert MTB/RIF prin formare individuală în timpul supervizării și cursuri de formare speciale.

Tratamentul și conduita cazului de TBC

Tratament

În decembrie 2012 MS a aprobat noile protocoale naționale pentru conduita clinică a TBC și M/XDR-TBC (MS, 2012a; 2012b). Acestea corespund standardelor internaționale și recomandă tratament de categoria I pentru toți pacienții noi cu TBC sensibilă la remediile antituberculoase, tratament de categoria II⁸ pentru pacienții anterior tratați cu TBC sensibilă la preparatele antituberculoase și tratament de categoria IV pentru pacienții cu M/XDR-TBC. În cazul meningitei, etambutolul este înlocuit cu streptomycină.

La momentul evaluării protocoalele privind TBC tocmai fuseseră recent aprobate și nu erau astfel încă diseminate pe larg. La prestatorii din serviciul ftiziatic echipa de evaluare a constatat practici depășite și adânc înrădăcinate: 600 mg izoniazidă prescrisă zilnic în loc de 300 mg; spitalizarea sistematică a tuturor pacienților infecțioși cu TBC și a majorității pacienților necontagioși cu TB; tratamentul pacienților (noi și re-tratament) prelungit până la 12 luni și înregistrat ca succes terapeutic doar după ce pacienții au fost confirmați prin microscopie cu frotiul sputei negativ la doi ani de la finalizarea tratamentului. În particular, cazurile de re-tratament al TBC erau deseori clasificate ca eșecuri după finalizarea cu succes a tratamentului pentru a justifica prelungirea tratamentului cu încă un an – practică ce ar putea explica proporția relativ mare a eșecurilor printre cazurile de re-tratament la pacienții cu forme non-MDR-TBC (Tabelul 10). Clinicienii argumentau necesitatea prelungirii tratamentului standard prin rata înaltă a rezistenței medicamentoase la preparate antituberculoase din țară.

8 2HRZES/1HRZE/5HRE: 2 luni de izoniazidă, rifampicină, pirazinamidă, etambutol și streptomycină, urmate de 1 lună de izoniazidă, rifampicină, pirazinamidă și etambutol și 5 luni de izoniazidă, rifampicină și etambutol

Tabelul 10. Rezultatele tratamentului printre cazurile cu frotiul sputei pozitiv în funcție de tratamentul anterior în anamneză, 2011

Rezultatul tratamentului	Noi		Recidive		Recuperat în supraveghere		După eșec	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
<i>Total raportați</i>	1276	100	374	100	285	100	142	100
<i>Total evaluați</i>	1274	100	370	100	285	100	142	100
Vindecat	699	54,9	113	30,5	42	14,7	18	12,7
Tratament finalizat	57	4,5	7	1,9	6	2,1	3	2,1
Decedat	120	9,4	51	13,8	35	12,3	10	7,0
Eșec terapeutic	45	3,5	26	7,0	11	3,9	19	13,4
Pierdut din supraveghere	106	8,3	39	10,5	75	26,3	18	12,7
Trecuți la tratament categoria IV	191	15,0	102	27,6	80	28,1	64	45,1
Continuă tratamentul	56	4,4	32	8,6	36	12,6	10	7,0
Transferați	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Rata succesului terapeutic (vindecați și cu tratament finalizat)</i>	756	59,3	120	32,4	48	16,8	21	14,8

Conduita cazului

Comunitatea internațională tot mai mult este îngrijorată de indicatorul mic al succesului terapeutic înregistrat de NTP, cu o proporție mare a pacienților pierduți din supraveghere printre cazurile M/XDR-TBC și o descreștere în general lentă a ratelor de notificare a TBC și MDR-TBC (vezi Tabelul 6). Mai multe rapoarte recente ale experților internaționali (disponibile la solicitare de la OMS) oferă recomandări cu privire la modalitatea de trecere tot mai mare de la tratamentul TBC în staționar la asistența în condiții ambulatorii (Berger, 2011; Cercone, 2012; Kavtaradze și Ciobanu, 2012; Salakaia și Mirtskhulava, 2011; Schreuder, 2011; Thybo, 2010; 2011). Pentru reducerea transmiterii TBC în instituțiile spitalicești sunt necesare mai multe îngrijiri în condiții de ambulatoriu (Stratan et al., 2012) și creșterea aderenței la tratament prin implementarea unei abordări centrate pe pacient (Bivol et al., date nepublicate la comanda PAS, 2009; Ciobanu et al., date nepublicate la comanda PAS, 2010). Mai mult ca atât, cu diminuarea tratamentului în staționar și reducerea numărului de paturi spitalicești vor fi eliberate resurse suplimentare, pe care CNAM le-ar putea teoretic folosi pentru fortificarea asistenței ambulatorii.

Prestarea asistenței în condiții de staționar corelează strâns cu criteriile de spitalizare, mecanismele de finanțare în sectorul sănătății și actualul proces de reformare a asistenței medicale. Noile protocoale naționale privind tratamentul TBC recomandă internarea pacienților în staționar în următoarele condiții:

- Forme clinice grave;
- Rezultatul pozitiv al frotiului sputei la microscopie;⁹

⁹ Totuși, protocolul prevede, de asemenea, că în condițiile sanitare și epidemiologice necesare, ce permit asigurarea DOT, pacienții cu rezultatul pozitiv al frotiului sputei la microscopie pot fi tratați în condiții ambulatorii.

- Anumite condiții la domiciliu, cum ar fi contactul strâns cu copiii sau gravidele;
- Imposibilitatea asigurării DOT în condiții ambulatorii;
- Reacții adverse sau co-morbidități severe;
- M/XDR-TBC, până la conversia bacteriologică a sputei și toleranța dovedită la preparatele antituberculoase de linia II.

Toate aceste criterii, cu excepție la ultimul, pot fi interpretate în mod diferit, ce permit tratamentul ambulatoriu al TBC și MDR-TBC din prima zi, însă pot fi folosite, de asemenea, pentru justificarea prelungirii tratamentului în staționar la discreția medicului curant.

MS ia în calcul posibilitatea micșorării capacităților naționale spitalicești în domeniul TBC, planificând închiderea secțiilor TBC din spitalele raionale din Soroca (30 paturi) și Florești (20 paturi) și examinează oportunitatea limitării tratamentului TBC în condiții de staționar la doar 4 spitale: IFP, spitalul clinic municipal de ftiziopneumologie la Chișinău, secția TBC din spitalul clinic municipal Bălți și spitalul MDR-TBC din Vorniceni. Însă, nu există o foaie de parcurs pentru micșorarea în continuare a numărului de paturi spitalicești pentru TB: din contra, în 2013 numărul paturilor va crește de la 1.255 până la 1.505 în rezultatul renovării blocului suplimentar al spitalului pentru MDR-TBC de la Vorniceni (vezi Tabelul 2). În regiunea transnistriană nu se conturează planuri clare pentru reducerea numărului de paturi destinate TBC.

Echipa de evaluare estimează că în realitate Republica Moldova are nevoie de circa 400 paturi spitalicești pentru TBC sensibilă la preparatele antituberculoase și 380 de paturi – pentru pacienții cu MDR-TBC (Tabelul 11). Aceste calcule se bazează pe presupuziții conservative, așa ca o durată medie de spitalizare de 60 zile pentru pacienții noi cu TBC sensibilă la remediile medicamentoase specifice (media pentru UE fiind de doar 23 zile (mediana fiind 18 zile)) și 120 zile pentru pacienții cu MDR-TBC și o rată de ocupare a patului de 85 la sută. Astfel, numărul necesar de paturi spitalicești este aproape de două ori mai mic decât numărul paturilor actualmente disponibile pentru pacienții cu TBC sensibilă la preparatele medicamentoase și este aproape egal cu numărul celor în prezent disponibile pentru pacienți cu MDR-TBC (până la deschiderea noului bloc la spitalul MDR-TBC din Vorniceni). Atunci când în calcul se iau și paturile din sistemul penitenciar, la moment se atestă o supra-capacitate și mai mare de paturi spitalicești pentru TBC.

Tabelul 11. Necesitatea de paturi spitalicești pentru TBC în 2012 (estimate de evaluatori)

Pacienți noi	Pacienți necesitând asistență spitalicească	Durata medie de spitalizare (zile)	Zile-pacienți, total	Paturi spitalicești necesare cu o rată de ocupare de:	
				100%	85%
TB pulmonară cu frotiul sputei pozitiv (cazuri noi și re-tratament)	2074	60	124 440	341	401
MDR-TBC	991	120	59 460	326	383

Într-un studiu efectuat anterior, Cercone (2012) a folosit o metodologie și mai sofisticată bazată

pe un model *ad hoc*, ce a permis diferite scenarii, reieșind din diversele categorii de pacienți, pacienți incurabili, dinamica națională actuală a notificării TBC și M/XDR-TBC, evoluția demografică generală și modificarea practicilor de asistență medicală. În acest fel, Cercone a calculat numărul optimal necesar de paturi spitalicești ca fiind 304 (variind între 93 și 704), ceea ce nu este departe de valorile estimate de echipa evaluatorilor (Tabelul 12).

Tabelul 12. Necesitatea de paturi spitalicești pentru TBC în 2012 în funcție de categoria de tratament (estimată de Cercone)

Categoria de tratament	Paturi (minim estimat)	Paturi (medie estimată)	Paturi (maxim estimat)
Categoria I cu frotiul sputei pozitiv (sensibilă la medicamente)	15	52	99
Categoria I cu frotiul sputei negativ și extrapulmonare	10	30	59
Categoria II cu frotiul sputei pozitiv (sensibilă la medicamente)	19	31	46
Categoria II cu frotiul sputei negativ și extrapulmonare	18	35	59
Cu TBC poli-rezistentă la medicamente ^a	3	14	38
Cu MDR-TBC	13	104	324
Cu XDR-TB	15	38	79
Alte cazuri de TBC	0	0	0
Total	93	304	704
Rata la 100.000 populație	2,7	8,9	20,6

^a TBC cu poli-rezistență la preparatele antituberculoase este o formă a TBC rezistentă la două sau mai multe preparate specifice, inclusiv la izoniazidă sau rifampicină, însă nu la ambele concomitent

Deschiderea așteptată în curând a noului bloc în cadrul spitalului pentru MDR-TBC de la Vorniceni ar putea fi justificată, deoarece acesta va fi probabil una din puținele secții cu măsuri adecvate de control infecțios. Cu toate acestea, echipa de evaluare consideră că acum este momentul cel mai oportun pentru pregătirea unui plan de acțiuni axat pe reducerea capacității totale de paturi spitalicești dedicate TBC în Moldova, dispunând închiderea acelor instituții ce au un control infecțios precar pentru infecțiile aerogene și relocarea personalului acestora.

În general, intervențiile menite să sporească aderența la tratament a pacienților cu TBC și M/XDR-TBC trebuie să se axeze pe fortificarea capacității sistemului sanitar de a satisface nevoile fiecărui pacient în parte. Împreună cu beneficiarii principali ai grant-ului Fondului Global, IFP a elaborat câteva inițiative, care să contribuie la îmbunătățirea conduitei cazului de TBC și M/XDR-TB; totuși, există puține dovezi care ar dovedi eficacitatea oricăror din următoarele intervenții realizate în prezent.

Implicarea prestatorilor din asistență medicală primară

Înregistrând o acoperire mare cu medici de familie, implicarea continuă a acestora în conduita cazului va apropia serviciile TBC de pacienți. În 2012 la temelia AMP se afla un sistem de remunerare bazat pe performanță, în care 95 la sută din salariu provenea din suma fixă determinată

de mărirea populației acoperite și 5 la sută era achitat în funcție de performanță, care în cazul TBC era măsurată prin numărul de persoane supuse screening-ului la TBC, numărul cazurilor diagnosticate cu TBC și numărul cazurilor de TBC tratate.¹⁰ Începând cu anul 2013 aceste cote au fost revizuite, în care 85 la sută din salariu era fix și determinat de mărirea populației acoperite și 15 la sută reieșea din performanța demonstrată. Totuși, suma achitată pentru performanță pentru fiecare caz TBC tratat era de doar 800 lei (aproximativ 68 dolari SUA). Mai mult ca atât, o practică obișnuită este divizarea sumei date între toți actorii din AMP, ceea ce face stimulul dat să pară irelevant.

Implicarea ONG

În cadrul grant-ului pentru TBC oferit de Fondul Global activează câteva ONG în Republica Moldova, inclusiv în regiunea transnistriană (vezi Tabelul 3). Majoritatea gestionează grant-uri mici și-și desfășoară activitatea de doar aproximativ un an. Doar PAS și AFI dețin fonduri ce nu provin din grant-ul Fondului Global. În particular, AFI are cea mai lungă experiență de lucru direct cu pacienții cu TBC și M/XDR-TBC atât în sectorul civil, cât și în sistemul penitenciar, unde și-a demarat activitatea acum mulți ani în urmă ca și Caritas Luxemburg.

Una din carențele colaborării actuale cu ONG este lipsa unei platforme comune și a unui cadru juridic pentru implicarea acestora în activitățile aferente TBC. În prezent legea nu permite lucrătorilor ONG să administreze medicamente pacienților, contrar dovezilor internaționale ce constată asigurarea unui DOT efectiv grație implicării lucrătorilor neprofesioniști. Mai mult ca atât, ONG nu sunt listate în calitate de potențiali prestatori ce ar putea fi contractați de CNAM – unica soluție ce ar permite o tranziție de la suportul oferit de Fondul Global la finanțare durabilă.

Crearea centrelor comunitare

În perioada anilor 2012–2013, în cadrul grant-ului Fondului Global au fost instituite 10 centre comunitare în incinta cabinetelor raionale ale medicilor ftiziatri în vederea îmbunătățirii suportului oferit pacienților și în tentativa micșorării numărului de pacienți pierduți din supraveghere. În efectivul de cadre al centrului comunitar se regăsesc unul sau doi medici ftiziatri, un psiholog, unul sau doi asistenți medicali sau lucrători sociali, un manager, un contabil și un șofer, iar unele pot miza și pe ajutorul voluntarilor. Printre atribuțiile centrelor comunitare se numără și evaluarea inițială a riscului ulterior de pierdere din supravegherea tratamentului pentru pacienții cu TB; educația și oferirea suportului psihologic pacienților și familiilor acestora; organizarea suportului social relevant necesar ce este disponibil în raion și desfășurarea activităților de pledoarie, comunicare și mobilizare socială (PCMS) în comunitate.

Echipa de evaluare a NTP a efectuat vizite de lucru la câteva din centrele comunitare și au constatat că performanța acestora varia ca și calitate, în funcție de perioada de timp scursă de la instituirea centrului și legăturile acestuia cu autoritățile publice locale. Centrele comunitare sunt absolut dependente de sursele financiare ale Fondului Global și vor constitui o povară financiară considerabilă pentru MS în eventualitatea extinderii acestora la scară națională. Trebuie să fie examinate opțiuni mai durabile, așa ca instituirea unor servicii echivalente în cadrul centrelor

10 Performanța medicilor este măsurată vis-à-vis de 26 indicatori de performanță, dintre care 3 sunt din domeniul TB

medicilor de familie pentru toți pacienții cu nevoi comportamentale și socioeconomice similare (comune cu alte afecțiuni medicale, cum ar fi HIV, dependența alcoolică și de alte substanțe, sau similare). Aceste tipuri de suport pentru pacient trebuie să fie incluse în noile forme de procurare a serviciilor de către CNAM recent introduse în contextul reformelor asistenței medicale. Acest tip de abordare s-ar putea dovedi deosebit de cost-eficient, deoarece multe din activitățile TBC ale centrelor comunitare sunt desfășurate la nivel de comunitate și nu la nivel de centru raional.

Consolidarea suportului pe durata tratamentului

Pe parcursul anilor pacienții cu TBC au beneficiat de un spectru divers de suport oferit de ONG și centrele comunitare. Regretabil, acest suport a fost fragmentat și nu a fost oferit consecvent, ceea ce face dificilă documentarea impactului exercitat de acesta supra rezultatelor tratamentului. Majoritatea pacienților cu TBC și M/XDR-TBC din Republica Moldova sunt pauperizați, necesitând deseori suport pe durata tratamentului atunci, când nu sunt apti de muncă: acesta include atât suportul pentru tratament, cât și cel social.

Grație surselor Fondului Global, diverse ONG oferă suport pentru tratament sub formă de stimulente și factori favorizanți. Tipurile de suport oferite au variat și s-au schimbat cu timpul, ceea ce a determinat practici extrem de fragmentate, ceea ce complică mult efectuarea studiilor operaționale pentru evaluarea cost-eficienței acestora. Proiectul gestionat de Caritas Luxemburg / AFI este unica excepție, care susține că a reușit micșorarea numărului de pacienți cu TBC pierduți din supraveghere după eliberarea din penitenciar de la 45 la sută în 2004 până la 26 la sută în 2005. Speranța Terrei – un ONG ce activează în regiunea de nord la Bălți – a relatat echipei de evaluatori că a reușit micșorarea proporției pacienților pierduți din supraveghere până la 5 la sută, asigurând DOT cu suport în timpul tratamentului.¹¹

Mai recent, evaluarea NTP a elucidat descreșterea la scară națională a proporției pacienților cu forme de TBC sensibile la remediile antituberculoase pierduți din supraveghere sau decedați în perioada octombrie – decembrie 2010 și în același trimestru al anului 2011 (ultimul trimestru pentru care sunt disponibile date complete în SIME-TB). Aceste date sugerează că suportul în tratament ar putea considerabil reduce numărul pacienților pierduți din supraveghere atunci, când acesta este oferit consecvent, așa cum s-a întâmplat în ultimele luni ale anului 2011 (Tabelul 13).

Tabelul 13. Rezultatele tratamentului pentru toți pacienții cu TBC sensibilă la preparatele medicamentoase înrolați în terapie în perioada octombrie – decembrie 2010 și 2011

Rezultatul tratamentului	Octombrie – decembrie 2010 (%)	Octombrie – decembrie 2011 (%)
Succes terapeutic	70	70
Pierdere din supraveghere	11.4	4.3
Decese	13.6	11
Eșec terapeutic	2.7	2.7
Neevaluati	2.3	12

11 În perioada anilor 2006-2012, "Speranța Terrei" o oferit suport pentru tratamentul a 355 de pacienți noi cu TBC, dintre care 302 (85 la sută) au fost tratați cu succes; doar 5 la sută din pacienți au fost pierduți din supraveghere comparativ cu media națională de 12 la sută

În ultimii ani pacienților li s-a oferit diverse stimulente și factori favorizanți în scopul sporirii aderenței la tratamentul TBC în cadrul diferitor proiecte finanțate de donatori; totuși, din cauza diversității surselor, tipurilor și politicilor de finanțare, acestea au fost inconsecvente, cauzând deseori inechități între pacienți.

În prezent, pacienții cu TBC beneficiază de 3 tipuri diferite de stimulente și factori favorizanți din diferite surse.

- Fondul Global, prin intermediul ONG în calitate de beneficiari auxiliari ai grant-ului, oferă pachete alimentare (echivalentul a aproximativ 80 lei, sau 7 dolari SUA) de patru ori pe lună la etapa de continuare a tratamentului, atât pentru pacienții cu TBC sensibilă la medicamente, cât și pentru cei cu MDR-TBC. Grant-ul FG este suficient pentru oferirea acestui suport pentru 2.250 de pacienți cu TBC sensibilă la preparatele medicamentoase în 2013, 2.210 – în 2014 și 2.140 (50 la sută din numărul estimat pe an) – în 2015 și, respectiv, pentru 570, 560 și 560 (85 la sută din numărul estimat pe an) de pacienți cu MDR-TBC pentru aceiași ani.
- CNAM oferă un bon alimentar (echivalentul a aproximativ 35 lei, sau 3 dolari SUA) zilnic pentru toți pacienții noi și re-tratament cu TBC pulmonară cu frotiul sputei negativ sau forme extrapulmonare în condiții de tratament ambulatoriu (la etapa de continuare, sau chiar și la etapa intensivă a tratamentului). Pentru schema dată nu sunt eligibili toți pacienții cu TBC pulmonară cu frotiul sputei pozitiv sau cei cu MDR-TBC. Acest suport poate fi sistat în caz de complianță precară cu tratamentul (întreruperea tratamentului pentru mai mult de 3 zile pe lună sau o zi pe săptămână, în dependență de instituție). În plus, CNAM rambursează cheltuielile de transport (echivalentul a circa 75 lei, sau 6 dolari SUA pe lună, sau chiar și mai mult, la prezentarea bonurilor de transport) pentru a permite DOT la instituția vizată. Anterior, CNAM oferea bonuri alimentare doar pacienților ambulatorii din zonele urbane, însă a decis să-și extindă acoperirea asupra celor din regiunile rurale din ianuarie 2013,¹² planificând suport pentru aproximativ 1.300 de pacienți în 2013.
- Ministerul Justiției și AFI oferă suport pentru tratamentul deținuților eliberați (pentru informații suplimentare, vezi în continuare compartimentul dedicat controlului TBC în penitenciare).

Consolidarea suportului social

Pacienții cu TBC și familiile acestora beneficiază de 5 tipuri diferite de suport social din diferite surse.

- Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei (MMPSF) oferă concediu de boală pe durata tratamentului TBC pentru toți pacienții angajați în câmpul muncii și/sau asigurați. În 2011 acoperirea cu asigurare medicală a populației a constituit aproximativ 81 la sută. Cu părere de rău, pacienții cu TBC sunt deseori neasigurați (de exemplu, țăranii din gospodăriile agricole, lucrătorii migranți și șomerii), astfel aceștia nu sunt eligibili pentru acest gen de suport.

12 Ordinul comun al MS / CNAM nr.1285/265A din 20.12.2012

- MMPSF oferă, de asemenea, pensii de dizabilitate, pentru care criteriile de eligibilitate au fost recent revizuite pentru a include doar gradul de incapacitate fizică și situația socială, excluzând din lista maladiilor de sine-stătător eligibile așa maladie ca TBC și M/XDR-TBC.
- Autoritățile administrației publice locale oferă suport unic familiilor pauperizate, inclusiv pacienților TBC sau familiilor cu pacienți TBC. Suma disponibilă depinde de venitul persoanei sau al familiei și poate ajunge până la 1.000 lei (aproximativ 84 dolari SUA).
- Autoritățile administrației publice locale oferă, de asemenea, asistență în obținerea actelor necesare pentru solicitarea pensiei de dizabilitate.
- ONG oferă educație și suport administrativ. Aceste intervenții sunt dispersate pe întreg teritoriul țării și diferă de la un raion la altul, ceea ce complică analiza impactului exercitat de acestea.

Recomandări

- Trebuie să fie schimbate practicile în vigoare pentru a limita spitalizarea la cazurile severe; trebuie luate în considerare câștigurile în eficiența financiară rezultantă din micșorarea capacității spitalicești în TBC.
- Pacienții ambulatorii trebuie să beneficieze de suport efectiv pentru aderența la tratament. Stimulentele și factorii favorizanți oferite de CNAM și grant-ul Fondului Global trebuie să fie consistente în timp și să cuprindă toți pacienții, iar eficacitatea acestora trebuie să fie măsurată pe baza rezultatelor îmbunătățite ale tratamentului.
- Diversele inițiative realizate în vederea îmbunătățirii conduitei cazului și micșorării proporției pacienților pierduți din supraveghere trebuie să fie sistematic documentate, monitorizate și evaluate.
- Noile criterii pentru asistența oferită de MMPSF trebuie să fie revizuite pentru abordarea determinantelor sociale ale tuturor formelor de TBC.
- Prestatorii din AMP și serviciul fiziatric, implicați în tratamentul pacienților cu TBC, trebuie să beneficieze de stimulente în funcție de performanța acestora.
- Trebuie recunoscut rolul jucat de ONG-uri pentru importanța acestora în realizarea intervențiilor TBC eficiente în teritoriu (*outreach*) în rândul populațiilor greu-accesibile și în comunitate. Atunci când sunt corespunzător instruiți, lucrătorilor nemedicali trebuie să li se permită prin lege efectuarea unor proceduri simple, cum ar fi colectarea sputei și supravegherea directă a ingestiei preparatelor antituberculoase.
- Trebuie examinată oportunitatea elaborării protocolului pentru diagnosticarea și tratamentul infecției latente cu TBC la adult.

TBC la copii

În 2010, 137 (3,3 la sută) din cele 4.122 de cazuri noi și recidive de TBC înregistrate de NTP erau din grupul de vârstă sub 14 ani, din care 76,3 la sută erau extrapulmonare, 17,3 la sută erau pulmonare cu frotiul sputei negativ și doar 5,0 la sută erau pulmonare cu frotiul sputei pozitiv (Tabelul 14). În 2011, în grupul de vârstă sub 14 ani NTP a înregistrat 159 de cazuri noi și recidive de TBC – o creștere de 400% comparativ cu anul precedent.

Tabelul 14. Cazurile de TBC înregistrate în rândul copiilor, 2010

Categorია	Toate vârstele		0–4 ani	5–14 ani	0–14 ani	
	Abs.	%	Abs.	Abs.	Abs.	%
<i>Total cazuri noi</i>	3743	68,8	39	98	137	98,6
Pulmonare cu frotiul sputei pozitiv	1271	23,3	0	7	7	5,0
Pulmonare cu frotiul sputei negativ	2066	38,0	4	20	24	17,3
Extrapulmonare	406	7,5	35	71	106	76,3
Total anterior tratate cu frotiul sputei pozitiv	844	15,5	0	1	1	0,7
Recidive	379	7,0	0	0	0	0
Pierdute din supraveghere	299	5,5	0	0	0	0
Tratament după eșec	166	3,0	0	1	1	0,7
<i>Total alte cazuri</i>	858	15,8	0	1	1	0,7
<i>Total</i>	5447	100,0	39	100	139	100,0

În decembrie 2012 MS a aprobat noul protocol național privind prevenirea, diagnosticarea și tratamentul TBC la copil (MS, 2012b). Acesta corespunde standardelor internaționale, însă la momentul evaluării nu fuseseră încă distribuite pe larg, astfel că erau în continuare atestate practicile vechi.

Vaccinarea BCG

În Republica Moldova copiii sunt vaccinați cu BCG la naștere (0,05 ml intradermal) și ulterior la 6–7 ani. În școli este efectuat screening-ul prin TCT în rândul tuturor elevilor din clasa I, care sunt revaccinați în caz de reacție negativă.¹³ Potrivit relatărilor, acoperirea cu BCG este foarte înaltă (95–99 la sută) pentru vaccinare, însă cu mult mai mică pentru revaccinare (28,7 la sută în regiunea transnistriană).

Reieșind din rata înaltă de transmitere a TBC din țară și probabilitatea corespunzătoare de infectare cu TBC către vârsta de 7 ani, revaccinarea BCG nu va fi considerată ca intervenție cost-eficientă. OMS recomandă în continuare vaccinarea BCG doar la naștere.

13 TCT constă în inocularea intradermal a 0,1 ml de derivat proteic purificat în antebraț, cu citirea rezultatelor în 72 de ore de către un asistent instruit. Rezultatul este considerat pozitiv atunci, când indurația depășește 10 mm (sau ≥ 5 mm dacă pacientul este HIV-pozitiv sau fără vaccinare BCG în anamneză); indurația ≥ 17 mm este definită ca reacție hiperergică

Screening-ul și TPI

Există liste ale tuturor copiilor cu risc sporit de TBC, înregistrați pentru screening-ul anual prin TCT – fie cu risc medical (aflați în tratament cu corticosteroizi, cu diabet zaharat, sau cu alte afecțiuni concomitente), fie cu risc social (din familii social dezavantajate) – și care sunt revizuite anual. Se estimează că circa jumătate din populația copiilor este înscrisă pe aceste liste și este supusă screening-ului anual.

Toți copiii aflați în contact cu un caz de TBC sunt trimiși la dispensarul TBC pentru a exclude boala activă sau infecția latentă cu TBC, care ar putea necesita TPI. Copiii sunt supuși examenului clinic, TCT și radiografiei toracice (dacă au vârstă sub 14 ani) sau fluorografiei. Dacă este exclusă TBC activă, însă TCT este pozitiv, se presupune o infectare recentă cu TBC și este indicată TPI pentru o perioadă de 6 luni (10 mg/kg/zi). Dacă TCT este negativ sau incert, TPI este indicată pentru o perioadă de 3 luni, după care copilul este re-evaluat pentru decizia conduitei ulterioare. Copiilor cu vârsta sub 1 an și celor cu stări de imunosupresie li se administrează TPI fără efectuarea în prealabil a TCT. TPI este supravegheată de familie, asistenții medicali școlari și educatorii din grădinițe. Este dificil de evaluat actualul nivel de aderență la TPI.

Echipa de evaluare a constatat o variație destul de mare în diversele practici de screening și TPI. TCT este efectuat de rutină înainte de revaccinare doar la copiii listați în grupul de risc; toți ceilalți copii sunt revaccinați BCG fără TCT, prezentând ulterior complicații post-vaccinale dacă erau cu rezultatul TCT deja pozitiv. Mulți din copiii examinați la spitalul clinic municipal de ftiziopneumologie din Chișinău erau internați cu reacții adverse la BCG, majorității acestora fiindu-le administrat tratament local al regiunii afectate, în timp ce alții erau tratați, de asemenea, cu izoniazidă.¹⁴

Diagnostic și tratament

TBC la copii este diagnosticată fie de medicul ftiziatru, fie de pediatru în consultare cu medicul ftiziatru. Toți copiii cu TBC și cu vârsta sub 18 ani sunt tratați în secția pediatrică a spitalului clinic municipal de ftiziopneumologie de la Chișinău sau în unul din cele două centre de reabilitare pentru copii cu TBC. În aceste centre de reabilitare se regăsesc preponderent copiii din familiile pauperizate sau social marginalizate. Echipa de evaluare are dubii serioase vis-à-vis de necesitatea spitalizării acestor copii și consideră preferențială forma de organizare a asistenței antituberculoase și a suportului social pentru aceștia în cadrul familiilor adoptive sau în comunitățile rurale. Totuși, rata succesului terapeutic la copii este satisfăcătoare (Tabelul 15).

14 Echipa de evaluare a discutat problema complicațiilor post-vaccinale cu BCG, care nu trebuie să fie tratate cu pirazinamidă (deoarece BCG se bazează pe *Mycobacterium bovis* rezistentă la pirazinamidă), însă cu doze zilnice mai mari de alte preparate antituberculoase de linia I, așa ca izoniazida (până la 15 mg/kg până la doza maximală de 300 mg) în combinație cu rifampicina (până la 20 mg/kg până la doza maximală de 600 mg)

Tabelul 15. Rezultatele tratamentului printre cazurile noi de TBC (toate formele) la copii, 2011

Rezultatul tratamentului	Copii (vârsta 0–17 ani) cu TB	
	Abs.	%
Total înregistrați pentru tratament	162	100,0
Vindecați	2	1,2
Cu tratament finalizat	154	95,1
Eșec terapeutic	0	0
Decedați	3	1,9
Pierduți din supraveghere	1	0,6
Continuă tratamentul (forma MDR-TBC)	2	1,2
Neevaluați	0	0
Rata succesului terapeutic (vindecați și cu tratamentul finalizat)	156	96,3

Recomandări

- Protocoalele naționale recent elaborate privind conduita TBC la copii vor fi diseminate în rândul clinicienilor de la toate nivelurile.
- Va fi elaborat un algoritm aparte pentru diagnosticarea și tratamentul infecției TBC latente.
- Revaccinarea cu BCG la vârsta de 6–7 ani va fi sistată.
- Anterior vaccinării cu BCG tuturor copiilor li se va efectua TCT pentru a evita reacțiile adverse asociate vaccinului BCG.

TB cu rezistență medicamentoasă

În 2005 Comitetul Unda Verde (GLC) al Parteneriatului Stop TB a aprobat prima cohortă de pacienți pentru tratamentul MDR-TBC în Republica Moldova. De atunci, treptat a crescut numărul pacienților cu MDR-TBC înrolați în tratamentul cu preparate antituberculoase de linia II achiziționate prin intermediul GDF cu fondurile FG (Tabelul 16).

Tabelul 16. Pacienți cu MDR-TBC aprobați pentru tratamentul cu preparate antituberculoase de linia II în cadrul grant-ului FG, 2006–2015

Anul	Pacienți cu MDR-TBC aprobați (runda grant-ului FG)
2006	100 (R1)
2007	200 (R1)
2008	200 (R6)
2009	200 (R6) + 150 (R6) + 500 (R6)
2010	250 (R6) + 500 (R8)
2011	730 (R8)
2012	730 (R8)
2013	670 (R8)
2014	660 (R8)
2015	180 (R8)
<i>Total</i>	<i>4 890</i>

În ultimii ani tot mai mulți pacienți cu MDR-TBC au fost înrolați în tratamentul cu preparate antituberculoase de linia II achiziționate local de NTP din alte surse decât grant-ul FG; aceste remedii medicamentoase au fost utilizate, de asemenea, și pentru tratamentul celor circa 200–300 de pacienți estimați cu TBC poli-rezistentă la medicamente. Totuși, majoritatea pacienților cu MDR-TBC sunt tratați din grant-ul FG, în continuare existând necesități mari de tratament neacoperite, rezultante din diferența dintre numărul existent de cazuri MDR-TBC (anual 1.600 cazuri estimate) și cei înrolați în tratament eficient.

În perioada lunilor ianuarie – iunie 2012, au fost diagnosticate 555 de cazuri MDR-TBC în total (69 la sută din numărul estimat) și doar 344 (62 la sută din cei depistați) au inițiat tratamentul cu preparatele antituberculoase de linia II (Tabelul 17). NTP prezintă câteva cauze ale nivelului scăzut de înrolare în tratamentul MDR-TBC, după cum urmează:

- Refuzul pacienților (cel mai des, refuzul de spitalizare);
- Deficitul de preparate antituberculoase de linia II (vezi mai jos compartimentul dedicat gestionării medicamentelor și a altor produse);
- Ineligibilitatea determinată de un consiliu național pentru MDR-TBC, instituit la Chișinău pentru evaluarea și deciderea tratamentului pentru toți pacienții cu MDR-TBC din țară.

Tabelul 17. Pacienți cu MDR-TBC diagnosticați și înrolați în tratament, 2009–2011

Anul	Cazuri TBC noi, cu TSM		Cazuri TBC re-tratament, cu TSM		Diagnosticati cu MDR-TBC	Au inițiat tratamentul	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	Abs.	%
2009	1284	73	1129	68	1069	586	indisponibil ^a
2010	1381	49	1140	67	1082	791	indisponibil ^a
2011	1379	74	1006	68	1001	761	indisponibil ^a

^a Pacienții cu MDR-TBC depistați într-un an ar putea fi înrolați în tratamentul cu preparate specifice de linia II în anii următori; de aceea, nu se face posibil de calculat proporția acestora din numărul anual total de cazuri MDR-TBC confirmate.

În prezent oficial nu există nicio listă de așteptare pentru înrolarea pacienților în tratamentul MDR-TBC, însă în unele cazuri au fost semnalate cazuri de tergiversare a inițierii tratamentului de până la 6 luni.

Potrivit protocolului elaborat de NTP, pacienții cu MDR-TBC inițial sunt tratați cu o schemă standardizată, elaborată pe baza datelor furnizate de examenul rezistenței medicamentoase, care include:

- O fază intensivă cu pirazinamidă, capreomicină, fluorochinolone, cicloserină și etionamidă;
- O fază de continuare cu pirazinamidă, fluorochinolone, cicloserină și etionamidă.

Acidul para-aminosalicilic este adăugat la schema terapeutică în caz de rezistență sau intoleranță la un alt preparat antituberculos de linia II. Durata fazei intensive este de 6–8 luni și până la

obținerea a cel puțin două rezultate negative la examenul cultural al pacientului; durata totală a tratamentului este până la 24 de luni.

Protocolul NTP recomandă folosirea acestei scheme standard pentru tratamentul MDR-TBC, urmată de scheme individualizate în funcție de rezultatele TSM ale pacientului și se conduce de următoarele principii.

- Schema va include cel puțin 4 medicamente cu eficacitate cunoscută.
- Nu vor fi folosite preparatele cu o posibilă rezistență încrucișată.
- Medicamentele din grupurile 1–5 vor fi incluse în schema terapeutică reieșind din eficacitatea acestora:
 - Poate fi inclus orice remediu antituberculos de linia I (grupul 1) considerat eficace;
 - Schema terapeutică va include un remediu injectabil (grupul 2) și o fluorochinolonă (grupul 3);
 - Agenții bacteriostatici orali de linia II (grupul 4) vor fi folosiți pentru completarea schemei terapeutice până la 4 remedii farmaceutice eficiente;
 - La schemele terapeutice formate din mai puțin de 4 medicamente eficiente vor fi adăugate 2 medicamente din grupul 5 (remediile cu o eficacitate incertă, nerecomandate de OMS pentru folosirea de rutină la pacienții cu MDR-TBC).

Numărul total de remedii antituberculoase din schemă poate varia între 5 și 7 preparate specifice.

În tratamentul pacienților cu XDR-TBC este folosită moxifloxacină în loc de levofloxacină, cu adăugarea suplimentară la schema terapeutică standardizată a preparatelor din grupul 5. Totuși, singurele remedii din grupul 5 la dispoziția NTP sunt izoniazida în doză mare, amoxicilina / acidul clavulanic și claritromicina. În prezent, preparatul linezolid nu este disponibil în țară, însă în viitor acesta va putea fi eventual achiziționat atunci, când acesta va fi disponibil prin intermediul GDF, dacă vor fi identificate surse financiare suplimentare. NTP participă într-un studiu clinic privind folosirea preparatului delamanid la un număr mic de pacienți cu MDR-TBC (cu excepția pacienților cu XDR-TBC) (ClinicalTrials.gov, 2012). Republicii Moldova i-a fost oferită bedachilina pentru uz compasional, însă acesta s-ar putea să nu fie posibil de introdus în țară, deoarece actuala legislație interzice importarea remediilor medicamentoase neînregistrate în alte scopuri decât studiile clinice.

Schemele terapeutice pentru pacienții cu TBC poli-rezistentă corespund recomandărilor internaționale.

Echipa de evaluare a constatat că deseori protocolul elaborat de NTP pentru tratamentul M/XDR-TBC nu erau aplicate, preponderent din cauza deficitului de remedii antituberculoase de linia II. Până în 2010 capreomicina nu era disponibilă din cauza problemelor de aprovizionare din partea GDF – acest preparat a fost înlocuit cu amicacina.¹⁵ Este folosită levofloxacină, care în caz de rezistență este substituită de moxifloxacină. În caz de rezistență la fluorochinolone

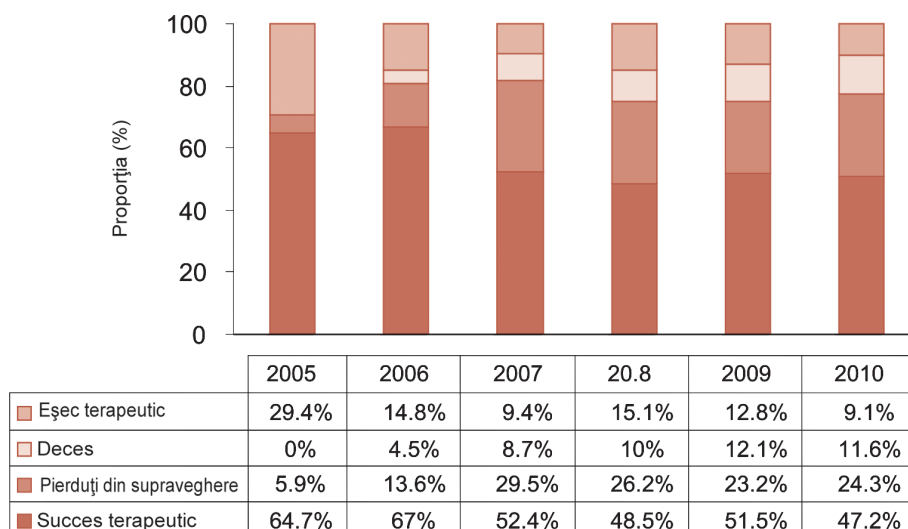
¹⁵ Urmare a discuțiilor și interviurilor realizate de echipa de evaluare cu medicii curanți, au fost elucidate dovezi fragmentate că prestatorii medicali (și pacienții) preferă capreomicina în detrimentul amicacinei (sau canamicinei)

sau XDR-TBC, la etapa de continuare este întreruptă administrarea unui preparat injectabil (chiar dacă acesta este un preparat de bază pentru schema terapeutică și dacă *Mycobacterium tuberculosis* este sensibilă la acesta).

Acest deficit de preparate antituberculoase de linia II reprezintă o barieră majoră pentru accesul universal la tratamentul MDR-TBC în Republica Moldova. Pe parcursul anului 2012 NTP a reușit să majoreze numărul pacienților cu MDR-TBC înrolați în tratament prin relocarea medicamentelor antituberculoase de linia II din contul pacienților pierduți din supraveghere sau celor decedați. În scopul sporirii în viitor a numărului de cure terapeutice pentru MDR-TBC, NTP ar putea examina posibilitatea substituirii parțiale a capreomicinei prin remedii mai ieftine – canamicina sau amiacina în calitate de preparat injectabil principal, totodată ținând cont de rezistență în creștere la canamicină (15,3 la sută în 2011 comparativ cu 15,6 la sută în 2012) și un anumit grad de intoleranță (injectarea amiacinei este foarte dureroasă; mai mult ca atât, amiacina și canamicina au mai multe reacții adverse decât capreomicina). Pentru planificarea următoarei achiziții de preparate antituberculoase de linia II ar fi util de evaluat proporția pacienților ce au sistat tratamentul cu amiacină sau canamicină până la finele anului 2010 (atunci când a devenit disponibilă capreomicina, care le-a înlocuit pe acestea).

În 2010 NTP a înregistrat o rată de succes terapeutic de 47,2 la sută în rândul pacienților cu MDR-TBC (Figura 2). Această realizare modestă este rezultatul nu atât al calității precare a schemelor terapeutice standardizate în detrimentul schemelor individualizate, ci mai degrabă al proporției mari a pacienților pierduți din supraveghere (24,3 la sută). Proporția deceselor este similară indicatorilor observați în alte țări (Orenstein et al., 2009). Este important de menționat că la momentul efectuării evaluării datele pentru anul 2010 erau preliminare, iar 115 pacienți (14,5 la sută din numărul total de 791 înrolați în tratament) continua tratamentul, însă au fost raportate ca succes terapeutic.

Figura 2. Rezultatele tratamentului în rândul pacienților cu MDR-TBC, 2005-2010



Notă: Numărul de pacienți înrolați în tratamentul MDR-TBC a fost 17 în 2005, 88 în 2006, 254 în 2007, 522 în 2008, 586 în 2009 și 791 în 2010.

Recomandări

- Schemele terapeutice pentru tratamentul cazurilor de M/XDR-TBC vor fi ajustate prompt, reieșind din rezultatele TSM și vor include preparate injectabile pe toată durata tratamentului atunci când sunt indicate.
- Reacțiile adverse la ampicilină vor fi monitorizate, evaluate și luate în considerare la desfășurarea următoarelor achiziții de preparate antituberculoase de linia II.
- Va fi elaborat și implementat protocolul național pentru îngrijirea paliativă a pacienților cu TBC incurabili.
- Va fi instituit cadrul juridic necesar pentru importul de medicamente antituberculoase pentru uz compasional la pacienții ce suferă de XDR-TBC.

TBC asociată infecției HIV

TB este cea mai prevalentă boală indicatoare a SIDA (54 la sută din toți pacienții cu SIDA), raportată de Programul Național pentru profilaxia și controlul infecției HIV (NAP) (Godwin, 2011). Din cele circa 8.000 persoane înregistrate cu infecția HIV în Republica Moldova, 15-25 la sută sunt pierdute din supraveghere și nu accesează TARV, prin urmare fiind expuse unui risc mai mare de îmbolnăvire de TBC. În 2011 testarea pacienților cu TBC (91 la sută din toate cazurile de TBC) a depistat la scară națională o prevalență HIV de 5,8 la sută, cel mai mare nivel (25,5 la sută) fiind înregistrat la Bălți.

Atât NTP, cât și NAP – ultimul fiind coordonat de Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile – implementează activități de colaborare în domeniul TBC/HIV în propriile sale domenii de activitate. În cadrul Consiliului Național de Coordonare pentru programele de combatere HIV și TBC (anterior denumit Mecanism Național de Coordonare, sau CCM), există un grup tehnic de lucru (GTL), ce asigură monitorizarea și evaluarea în comun a acestora. NTP își propune drept obiectiv către 2015 reducerea ratei de co-infecție TBC/HIV sub 3 la sută prin profilaxia, diagnosticul și tratamentul infecției HIV la pacienții cu TBC și prin prevenirea, diagnosticarea și tratamentul TBC la persoanele HIV-infectate. Ultimul protocol național elaborat de NTP (aprobat în decembrie 2012) cuprinde un compartiment dedicat co-infecției TBC/HIV. NAP nu are un capitol aparte dedicat TBC/HIV și este la etapa de actualizare a protocolului său în conformitate cu protocolul NTP (SIDA în Moldova, 2013; Ministerul Sănătății, 2009; Consiliul Național de Coordonare, 2012). Baza de date națională – SIME-TB – prezintă datele pentru supravegherea TBC/HIV, la fel va face și noua bază de date SIME-HIV când va deveni funcțională.

Micșorarea poverii TBC la persoanele ce trăiesc cu infecția HIV

Potrivit protocoalelor naționale în vigoare, persoanele ce trăiesc cu infecția HIV trebuie să fie supuse unui screening anual la TBC prin examen clinic, radiografie toracică și microscopia sputei. Atunci când pacientul prezintă un contact apropiat cu TBC în anamneză sau când există prezumții clinice, screening-ul va include, de asemenea, testul Xpert MTB/RIF, examenul cultural bacteriologic sau orice alte investigații necesare pentru depistarea formelor extrapulmonare de TBC (histopatologie sau altele similare). Aceste investigații sunt efectuate de serviciul ftiziatric al asociațiilor medicale teritoriale (AMT) municipale sau din secțiile consultativ-diagnostice raionale sau de infecționiști instituțiilor specializate HIV/SIDA. Mai recent, aproape toate instituțiile specializate în infecția HIV/SIDA au fost dotate cu testul Xpert MTB/RIF, cu excepția spitalului raional din Cahul.

În caz de rezultat pozitiv sau caz suspectat de TBC, infecționistul trimite pacientul la serviciul ftiziatric pentru confirmarea diagnosticului și tratament. Totuși, nu există mecanisme de monitorizare, care să asigure ajungerea efectivă a pacienților trimiși la serviciul ftiziatric. Reieșind din riscul pierderii pacienților la etapa de trimitere și măsurile precare de control infecțios din staționarele ftiziatrice, unde persoanele HIV-infectate sunt deseori trimise, urmează a examina oportunitatea efectuării vizitelor de către medicii ftiziatři la instituțiile de tratament și îngrijire pentru infecția HIV pentru consultații medicale periodice sau chiar pentru angajarea prin cumul în cadrul acestora. Ca opțiune alternativă, persoanele HIV-infectate cu TBC prezumtivă în loc să fie internate în spitalele de ftiziopneumologie trebuie să fie trimise la serviciul ftiziatric în condiții de ambulatoriu.

Atunci când este exclusă TBC activă în prezența unui risc individual sau epidemiologic, va fi administrată TPI timp de 6 luni. Totuși, deseori TPI nu este administrată din cauza că medicii sunt îngrijorați de nivelul înalt de rezistență la izoniazidă în țară. TPI nu se regăsește în planul actual de achiziții al NTP.

Micșorarea poverii infecției HIV la pacienții cu TBC prezumptivă sau confirmată

În 2011, consilierea și testarea la infecția HIV (CTH) au fost oferite la 91 la sută din pacienții cu TBC. Potrivit protocolului național în vigoare (Eramova și Ciobanu, 2011), CTH trebuie să fie oferită tuturor indivizilor de toate vârstele cu TBC prezumptivă sau confirmată, însă potrivit estimărilor echipei de evaluare CTH a fost sugerată doar celor diagnosticați cu TBC. Toate AMT și secțiile consultativ-diagnostice raionale dispun de cabinete de consiliere și testare voluntară (CTV) pentru CTH, la fel ca și de săli de proceduri unde pot fi prelevate probe sanguine pentru testarea la HIV. În majoritatea instituțiilor fiziatrice există, de asemenea, cabinete CVT. După prelevarea probei sanguine, aceasta este trimisă în una din cele 17 laboratoare ELISA repartizate prin toată republica. Rezultatele sunt disponibile în câteva ore până la două săptămâni de la solicitare. Testele rapide pentru HIV sunt folosite doar în maternități. În viitor se așteaptă sporirea complianței cu noul protocol aprobat.

Tratamentul și îngrijirile în HIV sunt, de regulă, responsabilitatea infecționistului. Dacă se constată infecția HIV la un pacient cu TBC din staționar, este chemat specialistul pentru consultare la internarea în spital; un test pozitiv depistat de serviciul fiziatric în condiții ambulatorii implică trimiterea pacientului la o instituție specializată în HIV/SIDA. Tratamentul ARV (TARV) este indicat tuturor persoanelor HIV-infectate cu TBC activă și va fi inițiat în primele 8 săptămâni de la tratamentul TBC sau chiar imediat ce statutul imun al pacientului (nivelul CD4) este mai mic de 50 celule/mm³. În continuare, TARV este ajustat în funcție de rezultatele investigațiilor standard de rutină.

TARV este oferită gratuit; acesta poate fi prestat în staționar sau în oricare din 8 centre TARV (Chișinău, Bălți sau Cahul, la Tiraspol, Bender sau Rîbnița din regiunea transnistriană, sau în penitenciare (inclusiv unul în regiunea transnistriană). Din toți pacienții noi diagnosticați cu TBC/HIV în 2001, 51 la sută beneficiau de TARV. La Chișinău infecționiștii efectuează vizite la spitalul municipal de fiziopneumologie și la IFP săptămânal – o înțelegere dificil de replicat în alte locații pe motiv că CNAM-ul se opune rambursării consultațiilor între diferite instituții. Din cauza orelor reduse destinate acestor consultații, persoanele cu HIV desemnate “capabile să se deplaseze și care nu sunt contagioase” ar putea fi rugate să se adreseze la o instituție specializată în HIV/SIDA din afară pentru evaluare suplimentară și tratament. Această practică contravine politicilor spitalicești și reprezintă un disconfort mare pentru pacienți (atât ca și cost, cât și ca distanțe parcurse) și ar putea constitui o cauză de tergiversare a inițierii TARV. Spitalul pentru MDR-TBC de la Vorniceni nu are încheiate acorduri de consultare cu infecționiștii, ceea ce este îngrijorător pentru echipa de evaluare, reieșind din numărul actual și preconizat de paturi spitalicești.

Potrivit protocolului național, tratamentul profilactic cu cotrimoxazol trebuie să fie administrat tuturor pacienților cu TBC/HIV pe toată durata tratamentului său împotriva TBC, indiferent de nivelul CD4. Echipa de evaluare a constatat că aceste prevederi sunt respectate.

În scopul evitării tergiversării inițierii TARV și continuării îngrijirilor aferente TBC și infecției HIV, trebuie să fie elaborat un algoritm pentru îmbunătățirea legăturii dintre acești pacienți și serviciile disponibile în domeniul HIV/SIDA. Acest lucru ar putea fi realizat de personalul AMT

și al secțiilor consultativ-diagnostice raionale în timpul contactului său anual cu persoanele HIV-infectate, susținuți de o implicare mai mare a asociațiilor sau ONG-urilor ce lucrează cu persoanele HIV-infectate.

Recomandări

- În cadrul CNC pentru programele HIV și TBC va fi creat un grup tehnic de lucru pentru elaborarea soluțiilor fezabile și a foii de parcurs pentru implementarea eficientă a activităților de colaborare TBC/HIV.
- Între NTP și NAP vor fi organizate întreprinderi periodice pentru finalizarea implementării SIME-HIV și verificării reciproce a datelor.
- Vor fi elaborate mecanisme ce vor asigura diagnosticarea continuă a TBC în rândul persoanelor HIV-infectate fără pierderea pacienților la etapa de trimitere de la o instituție la alta sau fără prejudicii determinate de măsurile precare de control infecțios din staționarele fiziatrice.
- CTH va fi oferită tuturor pacienților cu TBC prezumptivă sau confirmată, în conformitate cu protocolul național.
- Testele rapide la HIV vor fi puse la dispoziția instituțiilor fiziatrice, în particular cele cu un volum mare de lucru.
- Va fi elaborat un mecanism pentru asigurarea diagnosticării, tratamentului și îngrijirilor pentru infecția HIV, oportune și adecvate, la spitalul MDR-TBC din Vorniceni.
- TPI va fi inițiată în toate cazurile de TBC latentă la persoanele HIV-infectate, cu asigurarea unei planificări și estimări corespunzătoare a bugetului. TPI ar putea fi indicată și monitorizată de infecționist, în strânsă colaborare cu medicul fiziatru.
- Protocolul național pentru co-infecția TBC/HIV va fi revizuit în continuare pentru a reflecta mai bine și a fortifica screening-ul simptomaticilor și folosirea testului Xpert MTB/RIF în conformitate cu cele mai recente ghiduri regionale ale OMS.
- În protocolul național pentru tratamentul și îngrijirea pacienților cu HIV/SIDA trebuie să existe un compartiment separat dedicat TBC/HIV pentru sporirea implicării infecționiștilor în conduita pacienților cu TBC/HIV.
- Vor fi elaborate mecanisme ce vor asigura rămânerea în tratamentul HIV al persoanelor cu TBC/HIV externate din spital.

Controlul TBC în penitenciare

Sistemul penitenciar de pe malul drept al Nistrului este format din 11 colonii (inclusiv, una – pentru femei și alta – pentru minori), două spitale penitenciare (la Pruncul și Rezina) și 5 izolatoare de urmărire penală, proiectate pentru o capacitate maximală de 7.980 deținuți. Toate instituțiile sunt subordonate Departamentului Instituții Penitenciare din cadrul Ministerului Justiției.

La nivel raional există 42 de comisariate de poliție subordonate Inspectoratului General al Poliției în componența Ministerului Afacerilor Interne; 30 din acestea dispun de izolatoare de

detenție provizorie pentru izolarea persoanelor arestate pentru 24-72 ore (în funcție dacă este minor sau adult). După expirarea acestui termen, arestatul fie este eliberat, fie este transferat într-o instituție de urmărire penală pentru judecată. Dacă persoana arestată este diagnosticată cu TBC, aceasta este transferată la spitalul penitenciar, dacă este condamnată, sau într-o instituție specializată din sectorul civil, dacă este eliberată.

Potrivit Departamentului Instituției Penitenciare, la 1 ianuarie 2013 în detenție se aflau 6.583 persoane (82 la sută din capacitatea maximală), inclusiv 1.571 (24 la sută) în arest preventiv; 5 la sută erau femei și 2 la sută – minori. Anual prin sistemul penitenciar trec circa 13.000 persoane (Ministerul Justiției, 2013). Numărul deținuților s-a micșorat considerabil în ultimii ani (comparativ cu 10.591 în 2004) datorită angajamentului Ministerului Justiției și suportului extern pentru reforma sistemului penal (Institutul pentru Reforme Penale, 2013). Au fost depuse eforturi pentru introducerea metodelor punitive alternative detenției și instituirea centrelor de reabilitare pentru prevenirea recidivării. În 2011 Republica Moldova a ocupat doar poziția a 11-ea în regiunea Europeană a OMS privind populația penitenciarelor (Centrul Internațional de Studii Penitenciare, 2013).

O colaborare bazată pe acorduri contractuale cu MS garantează prestarea serviciilor pe care penitenciarele nu le pot presta de sine-stătător.¹⁶ Strategia de reformă a sectorului justiției și planul de acțiuni pentru anii 2011-2016 recent aprobate prezintă proiectul cadrului de reglementare pentru transferul tuturor serviciilor de asistență medicală și al lucrătorilor medicali din penitenciare de la Ministerul Justiției în subordinea MS. Această tranziție, similar celei întreprinse în alte țări (inclusiv, în Anglia, Franța, cea mai mare parte a Italiei, Norvegia și Scoția), a fost promovată de Uniunea Europeană, însă a fost tergiversată ca urmare a recomandării Biroului Națiunilor Unite pentru Combaterea Drogurilor și Criminalității (UNODC) și al Oficiului Regional pentru Europa al OMS pentru asigurarea unei treceri graduale line, inclusiv și a finanțării.

În regiunea transnistriană există trei colonii penitenciare (colonia 1, colonia 2 și colonia pentru adolescenți), un izolator pentru urmărire penală și un penitenciar pentru femei. În medie, populația penitenciarelor este în jur de 3.000 deținuți, rulajul anual al deținuților ajungând până la 10.000 persoane. Sistemul penitenciar este în subordinea organului central de justiție; acesta nu a fost supus unor reforme reale, nici n-a beneficiat de suport de la partenerii din exterior. Autoritățile centrale sanitare și de justiție din regiunea transnistriană ar trebui să colaboreze între ele, la fel ca și să întrețină legături de lucru cu Ministerele Justiției și Sănătății de la Chișinău, însă dialogul între cele două autorități centrale rămâne în continuare la o etapă rudimentară, iar legătura cu ministerele de la Chișinău se reduc la implementarea grant-urilor Fondului Global pentru TBC și HIV.

În 2012 în toate penitenciarele din Republica Moldova au fost înregistrate 560 de cazuri TBC noi și recidive (162 pe malul drept al Nistrului și 398 – în regiunea transnistriană), ceea ce reprezintă 925 la 100.000 deținuți: aproape de 8 ori mai mare decât în populația generală. Studiul național privind rezistența medicamentoasă la preparatele antituberculoase, efectuat în 2011, a constatat o proporție mai mare de MDR-TBC în penitenciare (30 la sută, respectiv 87 la sută, în rândul pacienților cu TBC nou-diagnosticați și anterior tratați) decât în populația civilă (29 la sută și

16 Ordinul comun al MS / MAI / MJ nr.109/96/134 din 24.09.2003

63 la sută). În regiunea transnistriană în prezent sunt înregistrați 157 deținuți cu infecția HIV.

Serviciile TBC în penitenciare sunt prestate prin intermediul unei rețele formate din 12 instituții (5 – în regiunea transnistriană) cu o capacitate maximală de 760 de paturi pentru TBC (260 – în regiunea transnistriană), inclusiv 100 – pentru MDR-TBC (în regiunea transnistriană nu există paturi dedicate pentru MDR-TBC) (Tabelul 18).

Tabelul 18. Repartizarea paturilor spitalicești pentru TBC și MDR-TBC din sistemul penitenciar

Instituția	Paturi non-MDR-TBC	Paturi MDR-TBC	Paturi total
Spitalul penitenciar din Pruncul ^a	250	50	300
Spitalul penitenciar din Rezina		50	50
Penitenciarul (de urmărire penală) din Chișinău	100		100
Penitenciarul (de urmărire penală) din Bălți, Bender, Cahul și Rezina	50		50
Sub-total	400	100	500
Colonia 1 din Tiraspol (regiunea transnistriană)*	50		50
Colonia 2 din Tiraspol (regiunea transnistriană)*	50		50
Colonia pentru adolescenți (regiunea transnistriană)	100		100
Penitenciarul pentru femei (regiunea transnistriană)	30		30
Izolatorul de urmărire penală (regiunea transnistriană)	30		30
Sub-total	260		260
Total	660	100	760

^a Din cele 250 paturi ale Spitalului Penitenciar de la Pruncul, 40 sunt pentru maladii infecțioase și pot fi utilizate pentru TBC, la necesitate.

Spitalul penitenciar de la Rezina este destinat îngrijirii pacienților pierduți din supraveghere, cazurilor cronice, celor ce refuză tratamentul (circa 30 la sută din numărul total) sau celor din îngrijiri paliative. Rata generală de ocupare a patului în spitalele TBC este de circa 50 la sută. În prezent în sistemul penitenciar activează în total 180 lucrători medicali (medici și asistenți medicali) – cu mult mai puțini decât acum 5 ani în urmă. Un motiv serios de îngrijorare a fost vociferat echipei de evaluare de către Departamentul Instituții Penitenciare cu privire la viitorul acestui personal odată cu trecerea serviciilor sanitare din penitenciare în subordinea MS.

Pe malul drept al Nistrului, în cadrul DIP există un coordonator TBC, care asigură legătura cu NTP. Izolatoarele de detenție provizorie (IDP) din cadrul MAI sunt deservite de instituțiile sanitare civile, la care acestea sunt arondate. Sistemul penitenciar este inclus în toate activitățile NTP relevante, cu excepția supervizării, care a fost foarte limitată în ultimii ani. Supervizarea de către DIP și supervizarea IDP de către NTP ar putea fi fortificate prin actualizarea ordinelor de colaborare interministerială, depășite de timp, care au fost emise în 2003. Colaborarea între sistemul penitenciar din regiunea transnistriană și NTP, din altă parte, se reduce la unele aspecte

de bază ale implementării grant-urilor FG, așa ca achizițiile de preparate antituberculoase, partajarea unor date și activitatea Programelor Medico-Sociale (un ONG afiliat cu AFI) pentru susținerea activităților de control al TBC și reducere a riscurilor în penitenciare și cu pacienții cu TBC după eliberarea acestora.

Controlul TBC în penitenciare este proiectat în conformitate cu recomandările internaționale. Toți deținuții noi sunt supuși screening-ului la intrare (prin examen medical și radiografie toracică) – practică ce a permis diagnosticarea a 27 din 132 (20,5 la sută) cazuri în 2011 și 56 din 162 (34,6 la sută) în 2012. De asemenea, toți deținuții, inclusiv cei din izolatoarele de urmărire penală, trec screening-ul prin radiografie toracică o dată la 6 luni.¹⁷ Toate cazurile suspecte de TBC sunt izolate, după posibilitate. Microscopia sputei este efectuată în spitalele penitenciare de la Pruncul, Chișinău și la Bender, însă probele de spută pot fi expediate, de asemenea, în laboratoarele adiacente din sectorul civil pentru efectuarea examenului bacteriologic cultural și TSM; mai mult ca atât, în 2012 testul Xpert MTB/RIF este disponibil în cadrul Izolatorului de Urmărire Penală de la Chișinău și la Spitalul Penitenciar Pruncul. În penitenciare tratamentul antituberculos este oferit potrivit în conformitate cu principiile DOT, susținut după eliberarea din penitenciar prin intermediul AFI și Programe Medico-Sociale. Preparatele antituberculoase de linia I sunt achiziționate direct de MJ din ianuarie 2013 (anterior, erau achiziționate prin FG și GDF), în timp ce achizițiile de preparate antituberculoase de linia II din sursele FG va continua până în 2014. Similar, în penitenciare există și servicii HIV, cum ar fi programele de reducere a riscului (schimb de seringi în 9 penitenciare și terapia de substituție opiacee în 18), TCH, testarea rapidă la HIV și investigația imunității CD4 (efectuate în sectorul civil) și TARV (pentru 54 din cei 157 deținuți cu infecția HIV) (Subata, 2008).

Rezultatele tratamentului TBC raportate în cohorta anului 2011 a cazurilor pulmonare noi cu frotiul sputei pozitiv și a cazurilor MDR-TBC pentru penitenciarele din Republica Moldova sunt elucidate în Tabelele 19 și 20.

Tabelul 19. Rezultatele tratamentului printre deținuții cu TBC cu frotiul sputei pozitiv, 2011

Rezultatul tratamentului	Malul drept		Regiunea transnistriană	
	Abs.	%	Abs.	%
<i>Pacienți înregistrați</i>	14	100	14	100
Neevaluați	1	7	1	7
Succes terapeutic	7	50	3	21
Eșec terapeutic	0	0	4	29
Pierduți din supraveghere	1	7	2	14
Deces	3	21	3	21
Continuarea tratamentului în categoria IV	2	14	1	7

17 În 2009 din banii FG au fost achiziționate 2 unități mobile de radiografie pentru malul drept și stâng al Nistrului; o unitate din regiunea transnistriană este defectată, iar screening-ul este efectuat prin intermediul al 3 centre de fluorografie în masă

Tabelul 20. Rezultatele tratamentului printre deținuții cu MDR-TBC, 2009

Rezultatul tratamentului	Malul drept		Regiunea transnistriană	
	Abs.	%	Abs.	%
<i>Pacienți înregistrați</i>	40	100	17	100
Neevaluati	0	0	0	0
Succes terapeutic	25	63	2	12
Eșec terapeutic	3	8	10	59
Pierduți din supraveghere	10	25	2	12
Deces	0	0	1	6
Continuă tratamentul	2	5	2	12

Aceste date reiterează natura problematică a M/XDR-TBC în penitenciare și cu mult mai gravele probleme din regiunea transnistriană; în ultimul caz, toate eșecurile terapeutice și pacienții cu MDR-TBC sunt, de regulă, scoși din tratament, cu excepția puținelor cazuri când rudele deținuților își pot permite să achiziționeze preparate antituberculoase pe piața liberă.

Este important de menționat că ONG-urile oferă suport deținuților (inclusiv, instruirea personalului și suportul pacienților) în incinta penitenciarelor, la fel ca și MJ și ONG-urile după eliberarea deținuților și pe durata tratamentului în sistemul civil. Pe malul drept al Nistrului, MJ oferă 2.100 lei (aproximativ, 175 dolari SUA) tuturor deținuților eliberați după prima detențiune. Suplimentar, în 2012 AFI oferea 100 euro pentru a face față nevoilor inițiale ale acestora (pentru buletinele de identitate, haine, alimente, transport și asigurare medicală) și 100 euro ca stimulent după finalizarea tratamentului TBC (în 2013 acesta s-a văzut nevoit să reducă în jumătate suportul oferit). AFI a asigurat transferul cu succes al 75 la sută din cei 70–80 pacienți TBC eliberați din penitenciare în fiecare an. În regiunea transnistriană AFI activează prin Programe Medico-Sociale – un ONG afiliat ce prestează suport pacienților.

Echipa de evaluare a efectuat vizite de lucru la penitenciarele de pe ambele maluri ale Nistrului. Echipa a constatat conduita corectă a pacienților cu TBC sensibilă la medicamente și MDR-TBC pe malul drept al Nistrului, însă persistența unor practici inadecvate în regiunea transnistriană, cum ar fi deficiențe în prescrierea medicamentelor sau chiar și tratament incomplet ca rezultat al indisponibilității preparatelor antituberculoase de linia II. Un motiv serios de îngrijorare este controlul infecțios deficient în toate penitenciarele, preponderent din cauza planificării precare, controlului ambiental deficient și infrastructurii inadecvate a edificiilor, care sunt compensate doar parțial de micșorarea densității populației deținuților. Condițiile precare și controlul infecțios deficient au fost remarcate în mod special la izolatorul de urmărire penală nr.13 (deși instituția dată nu a fost inclusă în programul de evaluare), care este amplasată într-un castel vechi din Chișinău. Închiderea acestuia este preconizată pentru anii 2015–2016, atunci când va fi construit un nou edificiu din sursele UE.

Recomandări

- Colaborarea între Ministerul Sănătății, Ministerul Justiției și Ministerul Afacerilor Interne va fi fortificată în continuare prin intermediul unei comisii naționale pentru dezbateră și convenirea asupra modalităților directe și eficiente de colaborare cu

NTP, inclusiv cu privire la aprovizionarea trimestrială cu remedii medicamentoase antituberculoase.

- În continuare vor fi depuse eforturi suplimentare de fortificare a colaborării tehnice cu autoritățile sanitare din sectorul civil și sistemul penitenciar din regiunea transnistriană în vederea realizării unor progrese comensurabile în asigurarea accesului universal la prevenirea, diagnosticarea și tratamentul MDR-TBC.
- În regim urgent și de comun acord vor fi identificate și se va urmări asigurarea surselor financiare internaționale și a altor tipuri de suport pentru ambele maluri ale Nistrului.
- Va fi asigurată aprovizionarea cu preparate antituberculoase de linia I și II pentru toate penitenciarele de pe ambele maluri ale Nistrului.
- Controlul infecțios va fi considerabil îmbunătățit, inclusiv în izolatoarele de urmărire penală. Intervențiile administrative și ambientale vor fi îmbunătățite.
- Va fi asigurată monitorizarea și supervizarea tuturor instituțiilor penitenciare de pe ambele maluri ale Nistrului.
- Va fi asigurată și în continuare fortificată supravegherea tratamentului pacienților cu TBC după eliberarea acestor din penitenciar.
- Tranziția sistemului sanitar din penitenciare de la MJ la MS va fi planificată corespunzător, ținând cont de resursele umane implicate și necesitatea asigurării continuității serviciilor eficiente pentru controlul TBC.

Alte populații vulnerabile și determinantele sociale

Ca parte componentă a programului național de screening al populației la diverse maladii (inclusiv, diabetul zaharat, TBC, cancer sau problemele de sănătate reproductivă), Republica Moldova a elaborat o listă a grupurilor de populație cu risc sporit, cărora li se recomandă efectuarea anuală a unei serii de teste medicale (vezi mai sus compartimentul dedicat conduitei cazului). Beneficiile acestor teste nu au fost evaluate corespunzător și nu este clar dacă acest screening obligatoriu cuprinde grupurile de populație cu risc maximal, așa ca persoanele fără adăpost, persoanele pauperizate din zonele rurale, alcoolicii sau consumatorii de droguri injectabile.

S-a constatat existența în țară a proiectelor inovatoare axate pe grupurile cu risc sporit, așa ca screening-ul la TBC și DOT în rândul consumatorilor de droguri injectabile, efectuate de colaboratorii ONG ce activează din teritoriu la Bălți. Regretabil, inițiativa dată sau altele similare ar putea fi considerate ilegale, deoarece legislația în vigoare stipulează că doar personalul medical poate administra medicamente antituberculoase.

Diabetul zaharat

Diabetul zaharat este una din afecțiunile cunoscute în toate lumea ca prezentând risc pentru TBC. În Republica Moldova se estimează că DZ afectează 8,7 la sută din populația generală – adică, peste 365.000 indivizi – însă prin intermediul SIME-TB este raportat doar la 4 la sută din toate cazurile noi diagnosticate cu TBC. Acest fapt ar putea fi explicat prin înregistrarea

deficientă a datelor cu privire la maladii, însă și prin subdiagnosticarea marcată a DZ în țară, în genere, și la pacienții cu TBC, în particular.

Fundația Globală privind Diabetul (cu sediul la Copenhaga, Danemarca) oferă suport specific Centrului Național pentru Prevenirea, Diagnosticul și Tratamentul Complicațiilor Diabetului din Chișinău pentru creșterea competențelor acestuia în depistarea precoce a DZ și prevenirea complicațiilor asociate de lungă durată, planificând extinderea acestor capacități și în afara Chișinăului (un proiect special demarează în raionul Orhei). Centrul Național pentru Prevenirea, Diagnosticul și Tratamentul Complicațiilor Diabetului oferă, de asemenea, anumite instruirii în domeniu, însă aparent vor trece mulți ani până vor fi incluși în instruire toți prestatorii de asistență medicală primară din țară. NTP ar putea servi în calitate de punct de intrare pentru accelerarea eforturilor prin actuala componentă de instruire și supraveghere a TBC.

Riscurile legate de locul de muncă

Mulți din pacienții cu TBC activează în construcții, agricultură sau în alte domenii solicitante fizic, toate reprezentând un risc fizic ce ar putea facilita dezvoltarea TBC. Mai mult ca atât, cei cu locuri de muncă solicitante fizic deseori nu este asigurat medical și s-ar putea să se vadă nevoiți să revină la locul de muncă chiar înainte să-și finalizeze recuperarea, ceea ce determină pierderea din supravegherea tratamentului și apariția rezistenței medicamentoase. Chiar și atunci când sunt tratate cu succes, sechelele de pe urma TBC ar putea limita capacitatea fizică a pacientului de a activa profesional în continuare la același loc de muncă. Pentru acești foști pacienți TBC, schimbarea locului de muncă sau reorientarea profesională ar putea fi soluții mai potrivite decât pensia de dizabilitate. Din cauza numărului mare de persoane angrenate în țară în servicii cu risc sporit și fizic solicitante, aspectul dat are o relevanță deosebită și reprezintă o provocare pentru NTP.

În unul din focus-grupurile organizate cu un muncitor de pe șantierul de construcție, un fost ostaș și un mecanic auto, la lucrătorul de 24 ani din construcții s-a început o dispnee doar după câteva minute de la demararea conversației. Ostașul l-a apucat de brațul uscativ pe mecanic și i-a zis: “Privește-l, el nu se poate întoarce la lucru. Nici unul dintre noi nu se mai poate întoarce la slujba pe care am avut-o mai înainte”. Pacientul avea dreptate: toți 3 bărbați au suferit leziuni pulmonare cu caracter permanent (vezi Anexa 6 cu profilurile pacienților intervievați).

Afecțiunile aferente consumului de alcool

Republica Moldova are cea mai înaltă rată raportată de consum al alcoolului din Europa, stimată la 18,2 litri de alcool pur pe cap de locuitor în 2005 (OMS, 2010). Legăturile robuste între consumul de alcool și riscul de TBC și rezultatele precare ale tratamentului TBC sunt bine documentate în literatură și cu care se confruntă în practica clinică cotidiană prestatorii de asistență medicală din țară (Lonnroth et al., 2008; Rehm et al., 2009). Pacienții cu TBC și cu afecțiuni determinate de consumul de alcool sunt printre persoanele ce prezintă cele mai multe probleme, cu o rată de fatalitate cu mult mai mare (20 la sută, respectiv 24 la sută, pentru cazurile noi diagnosticate de TBC la nivel de țară și în regiunea transnistriană în 2011). Această rată înaltă s-ar putea datora, de asemenea, excluderii acestora din tratamentul MDR-

TBC, deoarece coexistența afecțiunilor aferente abuzului de alcool este unul din criteriile de excludere, adoptate de consiliul național pentru MDR-TBC. Această rezoluție, dictată de disponibilitatea limitată a preparatelor antituberculoase de linia II, pune probleme etice (vezi mai jos compartimentul privind etica și drepturile omului) și contravine obiectivului NTP de asigurare a accesului universal la tratamentul TBC și MDR-TBC. La organizarea serviciilor comune pentru tratamentul TBC și al afecțiunilor aferente consumului de alcool se va lua în considerare experiența internațională și dovezile existente (Gelmanova et al., 2011).

Migrația

Republica Moldova are un eflux migrațional anual mare, care cuprinde estimativ între un sfert și o-treime din populația sa în vârstă aptă de muncă (OIM, 2012). Printre principalele cauze ale emigrării se regăsesc sărăcia, lipsa oportunităților adecvate de angajare în câmpul muncii și salariile mici. Peste 60 la sută din migranți sunt din zonele rurale, iar 77 la sută se încadrează în categoria de vârstă 15-44 ani. Cele mai frecvente țări de destinație sunt Federația Rusă (peste 60 la sută din emigranți) și Italia (20 la sută), urmate de Israel, Portugalia, Turcia și Ucraina. Femeile se regăsesc mai des printre emigranții ce pleacă în Italia (preponderent, în serviciile de îngrijire), iar bărbații – în Federația Rusă (preponderent, în construcții). Femeile mai frecvent sunt implicate în emigrarea pe termen lung, în timp ce bărbații sunt angajați mai mult în emigrarea temporară de muncă. Emigrarea este o cauză recunoscută de descreștere a numărului populației țării (se prognozează o reducere cu 20 la sută către 2050), de rând cu feminizarea populației rurale. Intrările valutare din munca cetățenilor peste hotare au contribuit la creșterea de 5 la sută a PIB-ului, înregistrată în anii recentți, care a fost însoțită, însă, de micșorarea proporției populației angajate în câmpul muncii (38,5 la sută în 2010).

Din numărul total de cazuri noi depistate cu infecția HIV în 2010, 34 la sută erau migranți. Totuși, migranții sunt, de regulă, mai tineri și mai sănătoși decât populația non-migranților și probabilitatea că aceștia vor utiliza serviciile medicale este mai mică (suplimentar la problema accesului limitat determinată de proporția mică a celor de dețin polițe de asigurare medicală). Majoritatea migranților întâmpină bariere în accesarea asistenței medicale peste hotare, cum ar fi lipsa asigurării medicale (34 la sută), statutul ilegal (28 la sută), constrângerile financiare (25 la sută) și teama să-și piardă locul de muncă (20 la sută). De aceste bariere se ciocnesc îndeosebi lucrătorii din construcții, care deseori sunt angajați temporar (de obicei pe o perioadă de 3 luni) fără semnarea unui contract legal. Astfel, aceștia au un acces cu mult mai mic la diagnosticul timpuriu și tratamentul adecvat al TBC și MDR-TBC în țara de destinație, în timp ce condițiile precare de existență favorizează infecția și apariția maladiei. În regiunea transnistriană la populația migranților se referă 150.000 din populația totală de 500.000 locuitori. Republica Moldova va fi considerată țară prioritară pentru implementarea pachetului minim European pentru îngrijirile și controlul transfrontalier al TBC (Dara et al., 2012).

Migranții sunt listați ca grupuri cu risc sporit pentru TBC. În 2011 în SIME-TB au fost înregistrați 3.952 cazuri noi și recidive de TBC, dintre care 623 (16 la sută) aveau statut de “migrant” (pentru 58 cazuri statutul migrațional lipsea).¹⁸ Deși succesul terapeutic și pierderea din supraveghere aveau proporții similare în rândul migranților și non-migranților cu TBC, rata

18 “Migrantul” este definit ca persoana ce s-a aflat în afara țării mai mult de 3 luni pe parcursul ultimului an

fatalității era cu mult mai mică printre migranți (OR 0,71, $P < 0,05$), la fel ca și proporția MDR-TBC (131/390 [33,6 la sută] comparativ cu 719/1829 [39,3 la sută], OR 0,82, $P < 0,05$). Aceste date par să contrazică constatările din focus-grupuri, iar variația mare între raioane în raportarea statutului migrațional poate cauza unele dubii privind calitatea datelor SIME-TB, deși este bine documentată vârsta mai mică și sănătatea mai bună a populației migratorii, ceea ce ar putea explica contradicția. Este necesar de realizat mai multe studii operaționale pentru o descriere mai bună a legăturii între TBC și migrațiune în Republica Moldova pentru direcționarea intervențiilor-țintă.

Sărăcia și suportul social

TB poate afecta orice clasă socială, însă pacienții pauperizați prezintă un risc mai mare de infectare și îmbolnăvire de TBC, în combinație cu dificultatea finalizării tratamentului. Dat fiind faptul că circa o-treime din populația Republicii Moldova trăiește în sărăcie absolută, această determinantă socială a TBC nu poate fi ignorată. Sărăcia este o problemă urbană și rurală deopotrivă, însă în lipsa salubrității, alimentării adecvate cu apă și aprovizionării cu agent termic viața în condițiile zonelor rurale este deosebit de dificilă. În cadrul focus-grupurilor organizate de echipa de evaluatori pacienții au elucidat dificultățile în asigurarea chiar și a celor mai esențiale condiții de supraviețuire, cum ar fi încălzirea în sezonul rece al anului și alimentația suficientă. Pacienții se refereau la TBC ca o povară suplimentară la sărăcie, șomaj și destrămarea familiilor din cauza migrației forței de muncă. Dat fiind faptul că MS preconizează tranziția spre un sistem axat preponderent pe asistența ambulatorie în TBC, este crucial ca toți pacienții ce au nevoie să poată accesa suportul socioeconomic pe toată durata tratamentului.

Sărăcia, de care suferă atâția pacienți, reprezintă un obstacol atât pentru diagnosticarea, cât și pentru tratamentul TBC. Pacienții au relatat echipei de evaluare episoade de autoadministrare de medicamente sau întârzieri de până la 6 luni în adresarea la asistența medicală. Unii se temeau că vor fi nevoiți să-și achite costul tratamentului TBC. Temerile acestora sunt întemeiate: chiar și în rândul numărului mic de pacienți intervievați, 3 au raportat plăți din buzunar pentru diagnosticarea și tratamentul pneumoniei înainte să fie stabilit diagnosticul corect de TBC. Deseori medicii din sectorul public trimit pacienții suspecți cu TBC la clinicile private pentru investigații costisitoare și nejustificate (cum ar fi bronhoscopia). Chiar dacă pacienții intervievați nu au relatat plăți neoficiale pentru îngrijirile primite în legătură cu TBC, prevalența de amploare a acestor plăți în alte servicii medicale împiedică majoritatea pacienților să se adreseze oportun după ajutor în TBC.

Pacienții cu TBC din Republica Moldova beneficiază de o serie de stimulente și factori favorizanți pentru tratament, însă nu este clar cuantificat impactul pe care aceștia îl exercită asupra rezultatului tratamentului. Aceste stimulente au variat în timp în funcție de tipul de TBC la pacient, raion sau chiar reședință rurală sau urbană (vezi mai sus compartimentul dedicat conduitei cazului). Această variație a cauzat o mare confuzie cu privire la beneficiile disponibile atât din partea pacienților, cât și din partea prestatorilor medicali. Mai mult ca atât, medicii și pacienții au relatat echipei de evaluatori că de la începutul anului 2013 stimulentele oferite pacienților cu MDR-TBC de către beneficiarii auxiliari ai FG au venit cu întârziere de aproape 2 luni. La rândul său, programul de lucru pentru eliberarea stimulentei a generat un disconfort

suplimentar: de exemplu, impunerea pacienților din zonele rurale să se deplaseze la oraș săptămânal, chiar dacă călătoria ar dura pentru unii aproape toată ziua.

În unele localități stimulentele sunt oferite sub formă de bonuri, ce pot fi folosite pentru achiziționarea produselor alimentare¹⁹ în anumite magazine, cu care s-a încheiat contract; în alte sunt oferite stimulente materiale, de regulă compuse din articole elementare, așa ca lapte, zahăr, cafea/ceai, conserve, etc. În regiunea transnistriană sunt oferite stimulente în numerar, achitat direct pacienților, ceea ce prezintă motive de îngrijorare privind posibilitatea ca pacienții să-și procure alcool în loc de alimente. Este necesar de efectuat studii operaționale pentru verificarea reciprocă a registrelor administrative și medicale din fiecare localitate și evaluarea impactului exercitat de schemele existente de stimulente și factori favorizanți asupra rezultatelor tratamentului TBC.

Recomandări

- Screening-ul activ al TBC prin fluorografie se va limita la grupurile de risc justificate prin dovezi (așa ca, persoanele fără adăpost, persoanele cu infecția HIV și consumatorii de droguri injectabile), iar resursele vor fi redirectionate în vederea asigurării tratamentului pacienților cu TBC și MDR-TBC din țară potrivit abordării DOT.
- Legislația în vigoare va fi revizuită pentru a permite ONG-urilor și altor persoane necalificate ce au fost corespunzător instruite să ofere servicii TBC (educarea, colectarea sputei și DOT) în rândul populațiilor greu-accesibile, așa ca alcoolicii, consumatorii de droguri injectabile și persoanele aflate în sărăcie extremă sau care duc lipsă de suport social adecvat.
- Vor fi instituite forme de colaborare între NTP și Centrul Național pentru Prevenirea, Diagnosticul și Tratamentul Complicațiilor Diabetului pentru crearea programelor de formare profesională sinergice și pentru îmbunătățirea depistării precoce a diabetului zaharat la pacienții cu TBC.
- Legislația în vigoare, adoptată de MMPSF, va fi revizuită pentru calificarea tuturor pacienților cu TBC pentru beneficierea de pensie pentru dizabilitate pe toată durata tratamentului – fie acesta în condiții de staționar sau ambulatorii. Pensiile vor fi prelungite în cazurile de persistență a dizabilității până la re-pregătirea și angajarea persoanei la un alt loc de muncă.
- Screening-ul și tratamentul afecțiunilor aferente abuzului de alcool vor fi organizate de comun acord cu serviciul fiziatric.
- Vor fi realizate studii operaționale suplimentare pentru înțelegerea riscului de TBC și MDR-TBC în rândul migranților și impactul asupra epidemiei din țară. Se va urmări asigurarea accesului deplin al migranților la serviciile TBC din țările de origine și de destinație prin implementarea pachetului minim European de îngrijiri și control transfrontalier al TBC de către toți partenerii internaționali și naționali deopotrivă, inclusiv ONG-uri.
- La elaborarea planurilor individualizate de finalizare a tratamentului TBC se va recurge

19 Bonurile date nu pot fi schimbate contra unor așa articole ca alcoolul sau țigările

la o evaluare socioeconomică a pacientului, în care se vor regăsi consilierea socio-psihologică și coordonarea serviciilor între MS, MMPSF, ONG-uri și autoritățile administrației publice locale.

Controlul infecțios în TB

În Republica Moldova fortificarea controlului infecțios în TBC are prioritate majoră. Dovezile existente indică un risc foarte înalt de contaminare încrucișată în staționarele TBC (Popa, date nepublicate, colectarea cărora a fost dispusă de PAS, 2009; date nepublicate, colectarea cărora a fost dispusă de ONG CarLux și de Biroul OMS în Republica Moldova, 2011; Stratan et al., 2012). Transmiterea TBC este înaltă nu doar printre pacienți, dar și în rândul personalului: potrivit datelor SIME-TB, numărul anual al lucrătorilor medicali (medici, asistenți medicali, laboranți, dereticători și alt personal ce activează în cadrul instituțiilor relevante de orice tip) diagnosticați cu TBC a fost 8 în 2008, 17 în 2009, 16 în 2010, 26 în 2011 și 22 în 2012, inclusiv 36 asistenți medicali, 25 medici, 23 persoane din serviciul de suport și alți 4 colaboratori.

Responsabilitatea pentru controlul infecțios în TBC este partajată de Centrul Național de Sănătate Publică (CNSP)²⁰ și IFP. Printre atribuțiile CNSP se regăsesc elaborarea politicilor sanitare pentru prevenirea tuturor maladiilor transmisibile, inclusiv TBC, emiterea dispozițiilor și aplicarea acestora în practică în toate instituțiile medico-sanitare prin intermediul penalităților financiare sau chiar dispunerea sistării temporare a activității acestora. IFP elaborează ghiduri / protocoale naționale aferente TBC, inclusiv pentru controlul infecțiilor aerogene, însă dispune de pârghii limitate pentru aplicarea acestora în practică. Interacțiunea între CNSP și IFP nu este clar definită, iar colaborarea acestora este limitată. Drept consecință, în prezent Republica Moldova nu dispune nici de un Plan Național pentru Control Infecțios, nici un mecanism (cum ar fi o comisie multidisciplinară desemnată de MS) pentru elaborarea unui.

Atât CNSP, cât și IFP, au elaborat ghiduri pentru controlul infecțios în TBC, însă echipa de evaluare a constatat că diseminarea acestora era foarte limitată. CNSP a elaborat un ghid pentru controlul infecțiilor nosocomiale în 2009, însă în acesta se regăseau puține informații cu privire la TBC. IFP a elaborat două seturi de ghiduri: pentru controlul infecțios în serviciul medical pentru conduita TBC cu rezistență medicamentoasă, în care erau sugerate politici și practici ce nu erau deplin acceptate de CNSP (de exemplu, cu privire la manipularea respiratoarelor); și protocoalele clinice naționale, elaborate mai recent, pentru conduita TBC la adult și copil (MS, 2012a; 2012b), în care sunt expuse unele postulate derutante, cum ar fi necesitatea folosirii separate veselei separate și dezinfectării suprafețelor pentru limitarea transmiterii TBC.

Răspunderea primară pentru depistarea contactilor cu pacienții cu TBC și dezinfecția finală în focar o poartă CNSP. Acesta este mandatat să dispună izolarea sanitară și evaluarea conformării cu ordinele MS în vigoare referitor la dezinfecția încăperilor. CNSP va fi informat despre fiecare pacient nou diagnosticat cu TBC, prioritate fiind acordată celor mai contagioși. Ulterior, colaboratorii acestuia vor intervieva pacientul; vor verifica adresa de domiciliu a pacientului și vor întocmi lista membrilor gospodăriei și a altor persoane aflate în contact strâns cu acesta (deși perioada de contagiozitate a pacienților este rareori cercetată, astfel încât nu se poate miza

20 Serviciul Sanitar-Epidemiologic de Stat a fost redenumit în Centrul Național de Sănătate Publică în 2011

pe acuratețea listei contactilor); vor efectua vizite la domiciliu și vor selecta articolele pasibile de dezinfecție, inclusiv jucăriile, mobilierul, așternutul, etc.; și va invita toți contactii să se prezinte la dispensarul de ftiziopneumologie pentru un examen suplimentar. În literatura de specialitate nu sunt prezentate dovezi că dezinfectarea suprafețelor ar fi eficientă în reducerea transmiterii TBC, în timp ce datele demonstrează eficacitatea ventilării adecvate încăperilor, potrivit recomandărilor IFP.

Măsurile administrative

Etapă intensivă a tratamentului specific pentru majoritatea pacienților durează două sau șase luni de spitalizare. Politica națională stipulează separarea acestora în saloane sau secții separate, în funcție de rezultatul microscopiei sputei acestora (cei cu frotiul sputei pozitiv sunt separați de cei cu frotiul sputei negativ) și TSM (TB cu rezistență medicamentoasă este separată de pacienții cu M/XDR-TBC). Întreg personalul ce activează în instituțiile de ftiziopneumologie sunt obligatoriu supuși unui screening anual prin examen medical și radiografie toracică.

În practică, totuși, diversele tipuri de pacienți partajează saloanele spitalicești înainte să fie cunoscute rezultatele TSM ale acestora: tehnologiile Xpert MTB/RIF, chiar și acolo unde sunt disponibile, nu sunt folosite corespunzător pentru identificarea și separarea mai precoce a pacienților cu MDR-TBC. Pacienții îndreptați la o altă instituție medico-sanitară sunt deseori transportați cu mijloace de transport particulare sau chiar cu transportul public, deoarece ambulanțelor le este interzis să transporte pacienți contagioși cu TBC.

Din sursele grant-ului FG toți prestatorii de asistență medicală (medici, asistenți medicali, psihologi și asistenți comunitari) au fost instruiți în materie de control infecțios pentru TBC, iar materialele informaționale au fost puse la dispoziția instituțiilor medicale de staționar și ambulatoriu și la nivel comunitar. Cu toate acestea, instruire necesită, de asemenea, mulți alții, inclusiv personalul tehnic al instituțiilor ftiziatrice, iar această formare profesională va fi organizată cu periodicitate. Mai mult ca atât, echipa de evaluare a constatat că pacienții și familiile acestora nu întotdeauna înțeleg transmiterea TBC.

Printre cele mai importante măsuri administrative ce urmează a fi adoptate se regăsesc folosirea corespunzătoare a testării Xpert MTB/RIF, descreșterea numărului de paturi într-un salon, dotarea saloanelor cu toalete individuale, instruirea întregului efectiv de personal și educarea adecvată a pacienților și vizitatorilor. O colaborare strânsă între IFP și CNSP ar fi crucială pentru îmbunătățirea instruirii și educației în materie de control infecțios în TBC în țară, la fel ca și pentru actualizarea și optimizarea politicilor și protocoalelor în vigoare.

Măsurile ambientale

Echipa de evaluare a efectuat vizite de lucru la instituțiile TBC dotate cu sisteme de ventilare mecanică, în particular în staționare și laboratoare. În cadrul Spitalului de la Vorniceni există o secție pentru MDR-TBC de 110 paturi dotată cu un sistem de ventilare mecanică cu flux aerian direcțional corect, însă acesta asigură un volum mai mic decât necesarul pentru schimbul de aer pe oră (4–7 pentru o secție), iar folosirea acestuia trebuie să fie îmbunătățită. Mai mult ca atât,

acesta funcționează doar 12 ore în zi în tentativa de reducere a costurilor mari de exploatare. Noua secție de 250 de paturi ce se deschide în cadrul Spitalului de MDR-TBC de la Vorniceni va dispune, de asemenea, de ventilare mecanică; echipa de evaluare are dubii privind durabilitatea financiară a acestuia.

În celelalte instituții TBC vizitate, echipa de evaluare (secția de MDR-TBC din IFP, spitalul clinic municipal de ftiziopneumologie de la Chișinău și secția de MDR-TBC și laboratorul regional de la Bălți) a constatat că sistemele de ventilare mecanică nu erau folosite din diverse motive. Au fost semnalate mari probleme de proiectare (nu era asigurat fluxul de aer direcțional necesar sau diferența de presiune, sau nu se conforma exigențelor internaționale), exploatare și întreținere (utilaj învechit și zgomotos, cu randament scăzut și consum mare de energie). Din moment ce ventilarea mecanică defectă sporește riscul transmiterii TBC, aceasta va fi permisă doar după o verificare tehnică competentă și instruirea corespunzătoare a colaboratorilor. Ventilarea naturală ar putea reprezenta o soluție alternativă – foarte eficientă – ventilării mecanice, în condițiile în care caracterul adecvat al acesteia este garantat de prezența unor ferestre bine luminate și mari, cu aperturi funcționale considerabile, care sunt periodic deschise de către o persoană special desemnată. Cu părere de rău, echipa de evaluare a constatat că în cadrul multor renovări spitalicești ferestrele vechi au fost înlocuite cu ferestre mai ieftine, etanșe și mai puțin funcționale, ce nu permiteau o ventilare corespunzătoare a încăperilor.

Niciuna din instituțiile de profil din țară nu dispune de lămpi ultraviolet ecranate, deși acestea sunt recomandate ca măsură suplimentară în zonele cu risc sporit. Lămpile ultraviolet neecranate sunt folosite pe larg, însă eficacitatea acestora este limitată, deoarece pot fi folosite în absența din încăperea a persoanelor. Programul de lucru al lămpilor ultraviolet este înregistrat în aproape toate instituțiile, iar acestea sunt înlocuite potrivit specificațiilor producătorului; totuși, instituțiile nu dispun de controale ultraviolet.

În toate laboratoarele TBC vizitate de echipa de evaluatori deservirea hotelor cu flux laminar era precară din cauza lipsei de servicii specializate în țară. În Laboratorul Național de Referință pentru TBC și în spitalul pentru MDR-TBC de la Vorniceni numărul de hote cu flux laminar era insuficient.

Protecția personală

Echipa de evaluare a constatat prezența respiratoarelor în majoritatea instituțiilor ftiziatrice vizitate.²¹ În desfășurarea activității sale profesionale, personalul din staționare de regulă se folosea de respiratoare atunci când erau în contact cu pacienții, însă cu mult mai rar acest lucru era semnalat în instituțiile ambulatorii. “Testul la potrivire” pentru verificarea abilității persoanei de a purta eficient pe față un respirator nu era efectuat în mod curent. Deși în mare parte folosirea măștilor chirurgicale de către pacienți și vizitatori era încurajată și promovată în instituțiile staționare și ambulatorii (prin intermediul posterelor și pliantelor), disponibilitatea măștilor varia de la locație la locație.

21 Singura excepție a fost o instituție ambulatorie din regiunea transnistriană, în care personalul se vedea nevoit să-și procure respiratoare

O problemă aparte abordată cu echipa de evaluare era transportarea pacienților cu ambulanța, care în prezent se limitează doar la pacienții TBC necontagioși. Totuși, există proceduri simple ce ar permite transportarea pacienților cu TBC fără nici un risc de expunere a șoferului. Printre acestea se numără folosirea ambulanțelor cu separarea șoferului de pacient; limitarea folosirii transportului doar pentru un singur pacient concomitent; ventilare prin deschiderea ferestrelor și nu prin aer condiționat; purtarea de către pacient a măștii chirurgicale, iar de către șofer – a respiratorului.

Controlul infecțios în regiunea transnistriană

O atenție deosebită trebuie să fie acordată măsurilor de control infecțios pentru bolile aerogene în regiunea transnistriană din cauza densității mari ai cazurilor de TBC și MDR-TBC. În regiune fu fost adoptate același ghid pentru controlul infecțios ca și în restul țării, însă acesta nu este aplicat în practică. Nu întotdeauna în staționar pacienții sunt separați și nu întotdeauna sunt folosite respiratoare.

Controlul infecțios în penitenciare

Controlul infecțios în TBC este bine pus la punct în sistemul penitenciar: numărul și densitatea cazurilor TBC descrește în rândul deținuților. Cu toate acestea, proporția considerabilă a pacienților cu MDR-TBC ar fi un motiv de îngrijorare. Populația deținuților este supusă unui screening intensiv al TBC la intrarea în sistem, acces deplin la asistență atunci când este necesar, radiografie toracică de două ori în an și microscopia sputei la persoanele simptomatice cu tuse. Mai recent, la dispoziția acestora au fost puse și teste Xpert MTB/RIF, care se așteaptă în viitor să asigure depistarea rapidă și izolarea cazurilor MDR-TBC. Măsurile administrative sunt instituite, cu excepția spitalului penitenciar de la Rezina, unde nu este asigurată separarea pacienților cu MDR-TBC, băile sunt comune, iar vizitatorii nu sunt protejați.

În linii generale, echipa de evaluare a considerat măsurile de control infecțios practicate în Republica Moldova ca fiind insuficiente în multe din instituțiile ftiziatrice. Planul de concentrare a unui număr important de pacienți spitalizați cu MDR-TBC într-un singur loc (Spitalul pentru MDR-TBC de la Vorniceni) trebuie să fie susținut de implementarea bunelor practici de control infecțios în instituția dată. Dat fiind faptul că există planuri de extindere a asistenței oferite pacienților cu TBC și MDR-TBC în afara spitalelor, trebuie să fie elaborată o nouă strategie pentru educarea pacienților și a familiilor acestora.

Recomandări

- CNSP și NTP vor fi împuternicite pentru elaborarea în comun și implementarea politicilor recomandate internațional pentru controlul infecțios în TBC în instituțiile spitalicești, ambulatorii și la domiciliul pacienților cu TBC și în comunități.
- Actualele politici de control infecțios pentru TBC vor fi revizuite și actualizate, reieșind din ultimele intervenții efective bazate pe dovezi. Prioritare vor fi măsurile administrative, cu diagnosticarea și inițierea promptă a tratamentului TBC, iar politicile

pentru dezinfectia finală a focarelor de TBC, implementată de CNSP, va fi abandonată, deoarece aceasta nu este justificată de careva dovezi naționale sau internaționale privind eficacitatea sa în prevenirea infectării cu TBC.

- La nivel central și periferic vor fi desemnate comisii multidisciplinare pentru elaborarea Planului Național de Control Infecțios și planuri locale de control infecțios, care să includă intervenții în instituțiile spitalicești, ambulatorii și la domiciliul pacienților cu TBC și în comunități.
- Printre prioritățile planurilor de control infecțios în staționarele TBC se vor regăsi: triajul pacienților respiratorii; tratamentul în condiții ambulatorii al tuturor pacienților cu TBC gravitatea bolii cărora permite acest lucru; reducerea numărului de paturi într-un salon; izolarea pacienților cu M/XDR-TBC în saloane individuale, dotate cu băi; instalarea și folosirea sistemelor de ventilare mecanică doar după evaluarea costului și fezabilității, asigurarea deservirii profesionale și instruirea personalului; asigurarea ventilării naturale în încăperile, în care ventilarea mecanică nu este disponibilă; asigurarea folosiri pe larg a lămpilor ultraviolet ecranate; diagnosticul timpuriu (folosind testul Xpert MTB/RIF și sistemul BACTEC MGIT 960) și izolarea cazurilor de MDR-TBC; protecția personală a tuturor colaboratorilor din serviciul ftiziatric (instituțiile spitalicești și ambulatorii); transportarea protejată a pacienților în ambulanțe.
- Competențele CNSP și NTP vor fi fortificate în comun prin intermediul cursurilor internaționale de instruire existente și expunerea la bunele practici.
- Programele de instruire vor fi elaborate în comun de CNSP și NTP pentru formarea profesională continuă a tuturor colaboratorilor.
- Ventilarea mecanică în spitalul MDR-TBC de la Vorniceni (blocurile nou și vechi) va fi asigurată non-stop și susținută prin creșterea cu 10 la sută a bugetului anual al spitalului. În spitalul penitenciar de la Rezina vor fi introduse de urgență măsuri administrative eficiente.

Gestionarea medicamentelor și a altor consumabile

Cuantificare și finanțare

Colaboratorii IFP sunt responsabili pentru cuantificarea nevoilor de remedii antituberculoase de linia I și II și de reactive și consumabile de laborator pentru toată țara, inclusiv sistemul penitenciar. Acesta calculează nevoile de preparate antituberculoase de linia I reieșind din 4 combinații cu doză fixă pentru 50 la sută din pacienți; 2 CDF pentru 40 la sută din pacienți; și medicamente necombinate (diferite forme de rifampicină, izoniazidă și etambutol) pentru 10 la sută din pacienții, pe care se presupune că vor avea reacții adverse și vor necesita ajustarea schemelor terapeutice standard. Această abordare complică întreg procesul de achiziționare a medicamentelor, oferind oportunități pentru mulți medici să devieze de la protocolul clinic național și eșecul pacienților să-și finalizeze tratamentul, astfel amplificând rezistența medicamentoasă. În principiu, medicamentele necombinate trebuie să reprezinte nu mai mult de 1–3 la sută din volumul total al achizițiilor.

Până în decembrie 2012 toate medicamentele antituberculoase și consumabilele de laborator erau achiziționate din sursele FG. Începând cu ianuarie 2013 finanțarea tuturor preparatelor antituberculoase de linia I a devenit responsabilitatea MS; remediile antituberculoase de linia II vor continua să fie achiziționate din grant-ul FG până în decembrie 2014. MS și-a asumat în continuare angajamentul să majoreze bugetul alocat preparatelor antituberculoase de linia I și II pentru anii 2014 și 2015, decizie pe care oficial i-a comunicat-o secretariatului FG în august 2012 (Tabelul 21). Spitalele își procură medicamentele auxiliare local din propriile bugete.

În prezent bugetul NTP necesar pentru achiziționarea de preparate antituberculoase de linia II constituie 3-4 milioane dolari SUA pe an (în baza prețurilor GLC și a schemelor terapeutice în vigoare). Totuși, suma dată este suficientă doar pentru tratarea unei părți a pacienților ce au nevoie de tratament (doar 68 la sută din cazurile MDR-TBC depistate în 2012 au primit tratament). Devine evidentă nevoia urgentă de recepționare imediată a mai multor fonduri pentru tratarea tuturor pacienților cu MDR-TBC, pe care NTP îi depistează în prezent, plus numărul suplimentar estimat de pacienți, pe care NTP îi va depista sporindu-și capacitățile în viitor.

Tabelul 21. Finanțarea preparatelor antituberculoase și a consumabilelor de laborator în funcție de sursa de finanțare, 2012-2015

Sursa de finanțare	Bugetul anual (€)			
	2012	2013	2014	2015
Fondul Global (total)	1 930 886	3 549 096	2 034 317	0
Medicamentele antituberculoase de linia I	169 389	0	0	0
Medicamentele antituberculoase de linia II	1 286 957	3 035 297	1 565 678	0
Reactivele și consumabilele de laborator	284 242	270 395	278 300	0
Activități aferente	190 298	243 404	190 339	0
Ministerul Sănătății		484 848	1 998 642	1 470 164
<i>Total</i>	<i>1 930 886</i>	<i>4 033 944</i>	<i>4 032 959</i>	<i>1 470 164</i>

Situația cu finanțarea în regiunea transnistriană este și mai gravă, în 2012 în cohorta non-GLC fiind incluși 158 pacienți cu MDR-TBC, care au beneficiat doar de o parte din medicamentele prescrise: cicloserina, levofloxacină și acidul aminosalicilic nefiind disponibili; amicacina și canamicina erau doar parțial disponibile; izoniazida, rifampicina și ciprofloxacina erau disponibile, însă erau achiziționate din bugetele locale. Situația creată în regiunea transnistriană ar putea determina amplificarea rezistenței la medicamentele antituberculoase. Autoritățile sanitare centrale au confirmat echipei de evaluare angajamentul să asigure finanțarea preparatelor antituberculoase, însă au vociferat, de asemenea, motive serioase de îngrijorare privind capacitatea sa să ofere prioritate prevenirii și controlului TBC și HIV în detrimentul multor alte afecțiuni de sănătate publică (cum ar fi, bolile cardiovasculare).

NTP folosește capreomicina în tratamentul tuturor cazurilor de MDR-TBC. În locul acesteia ar putea fi folosită canamicina sau amicacina, ceea ce ar permite scăderea costului pentru fiecare pacient tratat de la 4.254 până la 3.097 dolari SUA. Canamicina și amicacina au rezistență

medicamentoasă încrucișată cu streptomycină și frecvent cauzează reacții adverse: astfel, pentru unii pacienți acestea urmează a fi înlocuite cu capreomicină. Cu toate acestea, prin folosirea unei proporții corespunzătoare a acestor 3 medicamente injectabile, reieșind din profilul rezistenței medicamentoase al Republicii Moldova,²² NTP ar putea obține economii cu valoarea între 800.000 și 1.200.000 dolari SUA pe an, care ar putea fi folosite pentru tratamentul tuturor pacienților cu MDR-TBC depistați în prezent.

Achiziții și înregistrare

Preparatele antituberculoase de linia II sunt în continuare achiziționate din grant-ul FG direct de la GDF, beneficiind de prețuri concesionale și produse de o calitate asigurată. În 2012 Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale a organizat o licitație națională pentru achiziția tuturor remediilor antituberculoase de linia I și a unei cantități limitate de preparate antituberculoase de linia II. Au fost selectați câțiva producători, iar lista a fost publicată în decembrie 2012, însă la momentul evaluării nu toți furnizorii aveau încheiate contracte; astfel, era foarte puțin probabil ca toate articolele să fie livrate până la finele lunii februarie 2013, după cum a fost preconizat inițial.²³ Deși nu există un risc imediat de epuizare a stocului de preparate antituberculoase la oricare din niveluri, AMDM trebuie să urgenteze contractarea tuturor producătorilor, conformându-se cu termenele și condițiile convenite cu MS.

Pentru mai mult de 30 de articole medicamentoase antituberculoase achiziționate de AMDM au fost selectați 16 furnizori; doar 3 din aceștia (Macleod, Svizera și Lupin) aveau pre-calificarea OMS sau aprobarea unei Autorități de Reglementare Sigure (SRA). Toate produsele, cu excepția izoniazidei 100 mg în comprimate, are prețul mai mare decât cel oferit de GDF (cu între 6 și 42 la sută mai mare, în funcție de articol). Prețurile locale ar putea chiar și crește la licitățile viitoare din cauza pieței de desfacere relativ mici din țară. Din aceste considerente, este extrem de important ca NTP să continue achizițiile centralizate a consumabilelor TBC și să fie deschis licităților internaționale sau chiar și achizițiilor directe de la GDF. În prezent, Ministerul Finanțelor nu permite achizițiile directe (cu excepția situațiilor de urgență) sau participarea în licități internaționale; legea cu privire la achizițiile publice trebuie să fie revizuită pentru a permite MS să achiziționeze produse de o calitate asigurată la prețuri concesionale de la mecanismele TBC internaționale existente.

Potrivit standardelor Europene, AMDM impune obligativitatea înregistrării tuturor medicamentelor utilizate în țară. În prezent, medicamentele GDF sunt importate în conformitate cu un mecanism de scutire, care se așteaptă să se finiseze după sistarea activității grant-ului FG. Înregistrarea medicamentului în conformitate cu mecanismul SRA impune necesitatea revizuirii dosarului medicamentului și poate dura 3-5 luni; actualmente, producătorul achită pentru această procedură 13.300 lei moldovenești (echivalentul a aproximativ 1.110 dolari SUA), care trebuie să fie repetată fiecare 5 ani. Prospektele trebuie să fie scrise în limba de Stat. Aceste condiții descurajează furnizorii noi care doresc să se stabilească pe piața mică de desfacere din

22 Reieșind din profilul rezistenței medicamentoase la preparatele antituberculoase al țării, se poate presupune că 50 la sută din pacienți pot fi tratați cu canamicină, 10–20 la sută – cu ampicină și 30 la sută – cu capreomicină;

23 Echipa de evaluare a constatat că licitația națională a fost un proces de lungă durată și dificil din cauza numărului necesar de aprobări și litigii neprevăzute. În tender au fost incluse 1.331 produse (spre deosebire de folosirea unei varietăți de antibiotici, anestetici etc.), urmând a fi pregătite 5.000 contracte, potrivit producătorilor de anumite produse

Moldova. AMDM lucrează la simplificarea procedurii de înregistrare prin depunerea electronică a dosarelor, folosind limba engleză și formatul Agenției Europene a Medicamentului (EMA) printr-o abordare de tip “ghișeu unic” pentru depunerea dosarelor și recepționarea comentariilor.

În componența AMDM se află laboratorul pentru controlul calității, care nu are certificare ISO.²⁴ Nu există nici un sistem de control al calității medicamentelor, însă probe de medicamente sunt expediate cu regularitate pentru testare la un laborator din Canada (costul anual al testării este de circa 53.000 dolari SUA), până în prezent nefiind înregistrate careva eșecuri de a trece controlul calității. Spitalele achiziționează local remediile auxiliare necesare pentru suportul tratamentului TBC din propriile bugete. Aceste sunt disponibile cu titlu gratuit doar pacienților spitalizați.

Depozitarea, distribuirea și folosirea rațională a medicamentelor

IFP dispune de un depozit bun la Chișinău pentru depozitarea la nivel central a tuturor preparatelor antituberculoase și consumabilelor: acesta este întreținut curat și renovat, cu stocuri bine organizate, având implementate practici adecvate de inventariere și gestionare a depozitului. Depozitul central are o zonă de carantină, în care medicamentele sunt păstrate și inspectate anterior amplasării pe rafturi; există un sistem alfabetic pentru identificarea locației acestora. În cazul creșterii nevoilor, în viitor poate fi folosit spațiu suplimentar. Există un sistem computerizat pentru gestionarea medicamentelor, iar personalul (2 farmaciști și 2 medici) este bine instruit. Pentru lanțul de distribuire sunt stabilite proceduri standard de operare.

La nivel raional condițiile de depozitare au fost constatate ca fiind potrivite, fapt determinat de faptul că doar o cantitate mică de medicamente este depozitată în teritoriu. Echipa de evaluare nu a reușit să acceseze registrele sau rapoartele existente în oricare din aceste structuri raionale, cu excepția spitalului municipal de la Bălți, care a demonstrat un instrument foarte bun de inventariere a medicamentelor.

Toate cabinetele medicilor ftiziatri își trimit propriile mijloace de transport în prima lună a fiecărui trimestru pentru aducerea medicamentelor antituberculoase și a reactivelor de laborator de la Chișinău. Distribuirea în continuare depinde de disponibilitatea unui vehicul în spital și de prioritățile autorităților publice raionale. Echipa evaluatorilor a constatat că cele 10 raioane vizitate din 34 existente se confruntau cu tergiversări în preluarea bunurilor de la Chișinău, iar 4 din acestea nu le-au preluat. Majoritatea instituțiilor vizitate nu dispuneau de un stoc de rezervă (*buffer*) suficient; aceasta s-ar putea datora practicii răspândite de indicare la mulți pacienți a unui tratament pentru o perioadă nejustificat de lungă. Echipa de evaluare nu a semnalat întreruperi de tratament, însă nu exclude posibilitatea unui așa risc, dacă nu vor fi asigurate stocuri de rezervă adecvate.

Echipe de evaluare a mai constatat, de asemenea, o monitorizare și supervizare precară a lanțului de aprovizionare, cu posibile risipe de medicamente cu termen scurt de valabilitate.

Toate preparatele antituberculoase sunt oferite gratuit, cu excepția remediilor auxiliare, pe care

24 Aflarea laboratorului de control al calității în subordinea Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale ar putea crea conflict de interese, însă nici o altă entitate din țară nu poate prelua în prezent această responsabilitate

pacienții ce se tratează în condiții ambulatorii sunt nevoiți să le procure din farmacii. Echipa evaluatorilor a observat multe cazuri în care prestatorii continuau să indice scheme terapeutice de categoria I cu administrare intermitentă (3 ori în săptămână) (cu adăugarea izoniazidei 100 mg la rifampicină 150 mg / izoniazidă 75 mg) chiar dacă noul protocol de tratament, aprobat în 2012, a dispus trecerea la administrarea zilnică a medicamentelor.

După cum s-a menționat în compartimentul dedicat cuantificării și finanțării de mai sus, disponibilitatea medicamentelor necombinate, sub diferite forme de prezentare, oferă medicilor oportunitatea devierii de la prevederile protocolului național pentru tratamentul TBC, iar pacienților – să nu finalizeze tratamentul, astfel augmentând rezistența medicamentoasă. O altă problemă aferentă utilizării raționale a medicamentelor este lipsa preparatelor antituberculoase în doze pediatrice; aceasta impune prestatorii să transforme în pulbere comprimatele și să deschidă capsulele pentru calcularea dozelor aproximative. Membrii echipei de evaluare au întreprins vizite la câteva farmacii particulare, unde nu au reușit să procure remedii antituberculoase de linia I, însă aveau posibilitatea procurării unor preparate antituberculoase de linia II (levofloxacină, ofloxacină, canamicină), deși de fiecare dată li se cerea prezentarea prescripției medicale.

AMDM a instituit un sistem găzduit on-line pentru farmacovigilență, care colectează de rutină informații privind reacțiile adverse la medicamente. Până în prezent au fost raportate puține evenimente, totuși – majoritatea au fost raportate de IFP în Chișinău (în 2011 au fost raportate 72 de cazuri de reacții adverse la medicamente, din care 46 erau la preparatele antituberculoase; în 2012 au fost raportate 180 de cazuri, inclusiv 52 aferente medicamentelor antituberculoase). Echipa de evaluare a constatat că deși reacțiile adverse sunt înregistrate în fișele medicale ale pacienților cu TBC, însă rareori sunt raportate la ADMD. Între timp, ADMD nu a întreprins careva măsuri referitor la cazurile raportate, justificându-și inacțiunea prin faptul că toate reacțiile adverse raportate erau deja indicate în prospectele medicale ale produselor în cauză.

Recomandări

- Va fi asigurată finanțarea necesară pentru tratamentul gratuit al tuturor pacienților cu MDR-TBC depistați în prezent de NTP cu preparate antituberculoase și remedii auxiliare de o calitate asigurată, la etapa spitalicească și ambulatorie deopotrivă.
- Vor fi luate în calcul câștigurile financiare din contul adoptării intervențiilor mai cost-eficiente, cum ar fi folosirea serviciilor agențiilor internaționale de achiziție centralizată a medicamentelor și revizuirea folosirii capreomicinei potrivit profilului de rezistență la remediile antituberculoase al țării.
- În atenția GDF va fi remis de urgență un dosar pentru un grant pentru medicamente antituberculoase în doze pediatrice pentru necesitățile întregii țări și un grant pentru preparatele antituberculoase de linia I pentru regiunea transnistriană.
- Fondurile guvernamentale vor fi folosite doar pentru achiziția remediilor antituberculoase de linia I și II de o calitate certificată fie de la producători pre-calificați de OMS sau de la cei aprobați de SRA.
- Vor fi perfecționate și simplificate procedurile naționale pentru licitare prin introducerea mecanismelor de achiziție centralizată (*pool*).

- Până la finalizarea actualului grant al FG vor fi asigurate fonduri suplimentare pentru tratamentul tuturor pacienților diagnosticați cu MDR-TBC cu remedii antituberculoase și auxiliare de o calitate certificată prin reprogramarea surselor naționale și a fondurilor străine.
- Preparatele antituberculoase de linia I vor fi achiziționate sub formă de CDF, cu excepția unei proporții mici de medicamente necombinate, ce reprezintă nu mai mult de 3 la sută din volumul total al achizițiilor.
- Va fi asigurată distribuirea oportună a remediilor antituberculoase, schemele terapeutice fiind indicate potrivit ultimului protocol național, cu supervizări de suport periodice.
- Va fi fortificată farmacovigilența pentru a permite documentarea completă a reacțiilor adverse la medicamente din țară și a asigura întreprinderea măsurilor relevante.

Monitorizare și evaluare

Supravegherea NTP în Republica Moldova este una de frunte și una din cele mai durabile din țările Europei de est. Inițial aceasta a fost proiectată prin aplicarea tuturor recomandărilor și standardelor internaționale existente, cu suportul financiar și tehnic extern al Băncii Mondiale, FG și OMS. Supravegherea TBC a fost creată în jurul a 3 piloni de bază: instrumente, proceduri standard de operare și resursele umane ce gestionează sistemul.

Instrumentele constau dintr-o serie de formulare și registrul național TBC – SIME-TB. Cele mai importante formulare de înregistrare sunt formularul de raportare a cazului de TBC (089), care a fost revizuită intens comparativ cu cea folosită în perioada sovietică, și fișa de tratament al cazului de TBC (TB01). SIME-TB este o bază de date electronică națională, cu informații nominale privind fiecare pacient cu TBC și MDR-TBC, care este accesată de rutină pentru introducerea datelor și conduita pacienților de către toate unitățile TBC periferice prin intermediul Internetului (CNMS, 2012). Pentru situațiile cu conectivitate slabă, este disponibil, de asemenea, un modul de sine-stătător pentru introducerea datelor; acesta poate fi incorporat în baza de date națională. Gestionarea on-line și validarea datelor sunt asigurate de script-uri de control logic, care previn dublarea și necorespunderea datelor. Serverul central al SIME-TB este găzduit de CNMS, unde 2–3 colaboratori dedicați asigură întreținerea componentelor *hardware* și *software*.

SIME-TB a fost proiectat (începând în 2005) reieșind din recomandările existente ale OMS-ului cu privire la monitorizarea celor mai importanți indicatori de rezultat și impact ai NTP. Acesta are o acoperire națională, însă regiunea transnistriană nu este reprezentată corespunzător (nu sunt raportate datele de sistemul penitenciar, iar populația regiunea s-ar putea să difere de estimările Programului Națiunilor Unite pentru Dezvoltare (PNUD)). SIME-TB corespunde standardelor elementare de securitate, este întreținut corespunzător și permite accesul la date în funcție de diversele necesități de date, cum ar fi pentru furnizorii de date, utilizatorii de date și pentru publicul larg. Acesta are portaluri de comunicare de intrare și ieșire pentru interacțiunea cu alte sisteme informaționale, cum ar fi cel întreținut de CNSP pentru monitorizarea a 67 de

maladii transmisibile din țară.²⁵ Cu toate acestea, SIME-TB nu este valorificat la întregul său potențial: pentru a face față nivelului actual al necesităților NTP, acesta necesită actualizare pentru incorporarea definițiilor de caz TBC revizuite și a raportării, pentru a permite introducerea datelor privind gestionarea medicamentelor direct și nu prin intermediul unui modul de sine-stătător, pentru a face legătura cu sistemul de înregistrare a datelor vitale, pentru asigurarea unei farmacovigilențe eficiente și pentru îmbunătățirea analizei și interpretării datelor.

Procedurile standard de operare pentru monitorizarea și evaluarea NTP sunt incorporate în protocolul național, la fel ca și în procedurile pentru gestionarea și validarea datelor.

În cadrul unității de monitorizare a IFP activează personal dedicat, în sarcina căruia intră înregistrarea, raportarea și gestionarea datelor din cadrul NTP. Puțini din colaboratori dispun de calificările și experiența necesară pentru îndeplinirea acestor sarcini; între timp, asistența acestora este tot mai mult solicitată de alte unități ale NTP (în particular, pentru formare profesională și supervizare), alte direcții sanitare (cum ar fi NAP, CNSP, sistemul de evidență a datelor vitale, sistemul penitenciar și sistemul sanitar din regiunea transnistriană). Astfel, pentru fortificarea monitorizării și evaluării NTP personalul trebuie să-și dezvolte în continuare calificările, în funcție de analiza sarcinilor și termenii de referință revizuiți. Actualele eforturi depuse în vederea fortificării supervizării în teritoriu vor fi sprijinite în continuare prin surse suplimentare și instruire internațională.

Pe parcursul anilor NTP a supraestimat calitatea SIME-TB și acuratețea datelor acestuia. În plus, legea prescria personalului din instituții ducerea evidenței și raportării pe suport de hârtie, ceea ce cauza dublări ale efortului, ceea ce ar putea explica discrepanțele frecvente între registrele electronice și cele pe suport de hârtie, semnalate de echipa de evaluare, cum ar fi înregistrarea incompletă a datelor electronice despre pacient (determinantele TBC) și de laborator. Sistemele paralele de înregistrare electronică și pe suport de hârtie complică, de asemenea, analiza datelor, formarea la locul de muncă și mentoratul în timpul desfășurării vizitelor de supervizare în teritoriu, care sunt cruciale și ar putea îmbunătăți considerabil calitatea și caracterul complet al datelor NTP. Regretabil, echipa de evaluare nu a reușit să evalueze această trăsătură importantă a NTP, deoarece vizitele în cauză nu erau documentate corespunzător. Regiunea transnistriană nu era inclusă în vizitele de supervizare a NTP.

Recomandări

- SIME-TB își va maximiza potențialul de introducere și analiză a datelor. Funcțiile acestuia vor asigura folosirea noilor definiții TBC și a raportării actualizate; componentele corespunzătoare privind laboratoarele, gestionarea aprovizionării cu medicamente și supervizarea în teritoriu; interconexiunea cu SIME-HIV; profil epidemiologic și privind performanța programului la toate nivelurile (zonă de acoperire națională, raională și instituțională) pentru monitorizare tehnică și pledoarie publică; și farmacovigilență eficace.

25 SIME-TB poate interacționa cu alte sisteme informaționale, ceea ce oferă posibilitatea corelării acestuia cu datele din diferite surse și îmbunătățirea informațiilor disponibile pentru luarea de măsuri. De exemplu, este posibil de corelat SIME-TB cu SIME-HIV, la fel ca și sistemul gestionat de operatorul local de telefonie mobilă Moldcell, care în prezent are un parteneriat cu PNUD într-un proiect pilot pentru fortificarea DOT (vezi mai jos compartimentul dedicat studiilor operaționale)

- Vor fi imediat adoptate și implementate ultimele recomandări OMS cu privire la înregistrarea și raportarea în cadrul NTP: cadrul de raportare și definițiile TBC va fi revizuit, cu ajustarea SIME-TB la procedeele sale de validare a datelor și elaborarea protocoalelor necesare și o circulație largă a acestora printre tot personalul.
- Vor fi îmbunătățite calitatea și completitudinea datelor TBC din regiunea transnistriană prin desemnarea unui colaborator dedicat supervizării și monitorizării TBC, crearea unei legături cu sistemul de înregistrare a statisticii vitale și stabilirea unei colaborări cu sistemul penitenciar.
- Informațiile cuprinse în SIME-TB vor fi utilizate mai bine pentru orientarea viitoarelor studii NTP (vezi mai jos compartimentul dedicat studiilor operaționale). SIME-TB va fi folosită pentru producerea cu regularitate a rapoartelor trimestriale privind notificarea și analiza cohortelor, și activitățile de laborator și analiza la nivel raional.
- Unitatea de monitorizare a NTP va activa în baza unui plan de acțiuni, care va elucida cu lux de amănunte toate operațiunile și programul de implementare a lor, cum ar fi validarea lunară a datelor de la distanță, și generarea și interpretarea rapoartelor trimestrial (nu mai târziu de 2 săptămâni de la finele trimestrului) și anual (până la finele lunii aprilie).
- Personalului unității de monitorizare și al unității de supervizare și instruire de la NTP i se va revizui caietul de sarcini în funcție de prioritățile și nevoile NTP și în baza analizei sarcinilor. Competențele personalului vor fi consolidate consecvent prin intermediul instruirilor naționale și internaționale.
- NTP va deține o linie de buget separată pentru supervizarea în teritoriu, iar suportul posibil pentru acesta va fi negociat cu CNAM. MS va mandata expres unitatea NTP cu supervizarea tehnică.
- Anual NTP va efectua vizite la toate unitățile de gestionare de bază. Vizitele de supervizare vor fi planificate corespunzător pe parcursul anului și documentate prin rapoartele din teren. De asemenea, vor fi efectuate vizite de supervizare atunci când numărul cazurilor de TBC cu rezultatul neevaluat al tratamentului depășește 5 la sută din numărul cazurilor TBC înregistrate pentru tratament. Atunci când e cazul, echipa de supervizare va include un epidemiolog de la CNSP pentru abordarea subiectelor specifice epidemiologice, identificarea contactilor și controlul infecțios.
- Vor fi armonizate între ele formarea la locul de muncă asigurată de unitatea de supervizare și instruire a NTP și formarea medicală continuă oferită de facultatea educație continuă în medicină în cadrul catedrei de fiziopneumologie de la IFP, și asigurarea durabilității pe termen lung.

Dezvoltarea resurselor umane

Efectivul de state al NTP include 965 persoane, inclusiv 371 medici ftiziatri, 275 asistenți medicali, 12 medici de laborator (bacteriologi) și 117 laboranți (din aceștia, aproximativ 140 sunt atribuiți staționarelor pentru tratamentul MDR-TBC). O parte din posturi sunt vacante, în special în sistemul penitenciar (o-treime din posturi). Efectivul de cadre TBC din regiunea transnistriană numără 41 medici, 99 asistenți medicali, 4 medici de laborator, 9 laboranți, 5 medici radiologi, 10 felceri TBC și alții. Circa o-treime din posturile medicilor și asistenților medicali sunt vacante.

O problemă majoră pentru NTP în Republica Moldova – comună pentru multe țări – este vârsta medie mare a personalului, combinată cu dificultatea identificării unor colaboratori tineri și motivați. Vârsta medie a medicilor fiziatri este de 53,5 ani, iar 20 la sută au depășit vârsta 65 ani (vârsta pensionării pe motiv de vârstă) și doar 22 la sută sunt cu vârsta sub 40 și 10 la sută – sub 35 ani. TBC și MDR-TBC sunt boli infecțioase aerogene binecunoscute, care sporesc considerabil riscul ocupațional de a se infecta și îmbolnăvi de TBC.

De asemenea, TBC și MDR-TBC sunt afecțiuni deseori asociate condițiilor socioeconomice precare și stilurilor de viață ale pacienților, la care este deseori dificil de monitorizat urmarea planului de tratament. Însă cele mai importante aspecte ce descurajează noua generație a personalului să activeze în domeniul TBC, potrivit relatărilor făcute echipei de evaluatori, sunt salariile mici și excluderea din schemele remunerative de coplăți achitate de pacienți și din practica privată, fapt determinat de organizarea sistemului sănătății, în care serviciile TBC sunt oferite gratuit. În pofida acestui fapt, asistenții medicali și rolul acestora în prevenirea și controlul MDR-TBC nu este într-u totul recunoscut și corespunzător sprijinit.

În contextul NTP și cu susținerea oferită de FG de-a lungul anilor periodic s-a oferit instruire extensivă tuturor prestatorilor din serviciul TBC și asistenței medicale primare, fapt constatat și de echipa de evaluare. Formarea profesională continuă pentru adulții din serviciul TBC este organizată de unitatea de supervizare și instruire a NTP, la fel ca și mentoratul la locul de muncă pentru personal pe durata desfășurării vizitelor de supervizare ale NTP. Studiile postuniversitare în fizio pneumologie sunt asigurate în cadrul catedrei fizio pneumologie; totuși, există neînțelegeri între aceste două diviziuni, ambele fiind în baza clinică a IFP, iar programul de studiu diferă. Între timp, vizitele de supervizare sunt efectuate rar și nu sunt folosite pentru mentoratul corespunzător al personalului.

În viitorul apropiat, se așteaptă că numărul pacienților cu TBC și MDR-TBC spitalizați se va micșora ca rezultat al diagnosticului rapid și al noilor politici ce reduc internarea în spital la doar pacienții cu forme grave de TBC. Instituțiile spitalicești, care deja înregistrează capacități exorbitante și care au nevoie de contracte, vor fi substituite prin servicii ambulatorii tot mai eficiente. În sprijinul acestui proces, NTP trebuie să re-conceptualizeze numărul de personal dedicat și tipurile de calificări necesare pentru asigurarea prevenirii și tratamentului eficient al MDR-TBC.

Recomandări

- NTP va elabora un plan al resurselor umane, care să țină cont de reducerea preconizată a asistenței de staționar în favoarea celei oferite în condiții ambulatorii și va organiza redistribuirea precaută și creșterea competențelor personalului, însoțită de o schemă adecvată de stimulente pentru pensioare precoc.
- Va spori rolul asistenților medicali în prevenirea și controlul MDR-TBC.
- Vor fi revizuite beneficiile profesionale legate de riscurile profesionale din TBC, cu oferirea de stimulente prestatorilor de servicii în funcție de rezultatele TBC.

- Toate eforturile de instruire în TBC vor fi depuse în vederea realizării unui obiectiv combinat: optimizarea formării profesionale postuniversitare și continue potrivit politicilor și protocoalelor NTP, cu sprijinirea prestării eficiente de servicii integrate și de calitate înaltă în TBC și MDR-TBC.

Studii operaționale

Studiile operaționale sunt o parte componentă a Strategiei Stop TBC, ce-și propune drept scop sporirea performanței programului; evaluarea fezabilității, eficacității și impactului noilor strategii sau intervenții asupra controlului TB; și colectarea dovezilor pentru călăuzirea recomandărilor în materie de politici privind anumite intervenții. Studiile operaționale generează informații privind “bunele practici” ce pot fi documentate și propuse pentru a fi reproduse în alte locații.

Potențialul de a efectua astfel de studii, totuși, pare să fie subapreciat de NTP, în pofida angajamentului veridic pentru creșterea performanței. Parțial acest fapt ar putea fi determinat de instruirea necorespunzătoare a personalului în materie de formulare adecvată a întrebărilor de studiu și elaborării studiilor operaționale. Țara ar putea elabora o agendă a studiilor operaționale, reieșind din constatările studiilor recente și recomandările acestei evaluări de program.

Datele SIME-TB deja prezintă informații de referință suficiente și îndrumare pentru studiile operaționale. Colaborarea între catedra de fiziopneumologie în educația postuniversitară și unitatea de monitorizare a NTP ar putea constitui o modalitate de a orienta resursele domestice (cum ar fi, studenții din studiile postuniversitare) în sfera cercetărilor științifice, care direcționează NTP în direcția creșterii performanței, totodată păstrând costurile mici și asigurând durabilitatea.

Datele SIME-TB indică doar o descreștere moderată a ratelor de notificare a cazurilor noi și recidive de TBC, la fel și pentru cazurile MDR-TBC în perioada anilor 2008–2012. În rândul cazurilor MDR-TBC persistă un nivel constant înalt al eșecurilor și deceselor, deși crește numărul pacienților plasați în tratament cu remedii antituberculoase de linia II. În calitate de priorități pentru cercetările științifice trebuie să fie studiile axate pe identificarea cauzelor de deces și eșec al tratamentului MDR-TBC, la fel ca și privind transmiterea MDR-TBC.

Recomandări

- Va fi consolidate capacitățile NTP de efectuare a studiilor operaționale la nivel central și regional prin intermediul cursurilor de formare profesională și asistenței tehnice externe.
- Va fi elaborată o agendă pentru studiile operaționale ale NTP, evidențiind subiectele înalt-prioritare ce urmează a fi studiate, identificând principalii investigatori și asigurând un buget adecvat pentru cercetări.
- Va fi stabilită o colaborare robustă între catedra de fiziopneumologie (domeniul învățământului postuniversitar) și unitatea de monitorizare a NTP pentru asigurarea unor studii operaționale durabile, ce se conduc de supravegherea curentă din NTP.
- Bunele practici vor fi documentate și sugerate pentru replicare.

- Studiile operaționale vor ține cont de factorii de risc și determinantele sociale, inclusiv:
 - Factorii de risc ai vulnerabilității la TBC, așa ca consumul de tutun și alcool;
 - Preferințele pacienților vis-à-vis de suportul social și impactul acestuia asupra aderenței la tratament;
 - Eficiența și eficacitatea stimulentele pentru diverse categorii de pacienți;
 - Factorii de risc și determinantele sociale ale rezultatelor precare de tratament al pacienților cu forme de TBC sensibile la medicamente și rezistente;
 - Cauzele deceselor printre pacienții cu TBC/HIV, inclusiv inițierea TARV.
- Studiile operaționale vor lua în considerare aspectele de depistare a cazurilor și diagnostic, inclusiv:
 - Factorii ce tergiversează depistarea cazurilor printre grupurile vulnerabile și alte grupuri de risc;
 - Factorii ce tergiversează diagnosticul și tratamentul TBC cu rezistență medicamentoasă;
 - Randamentul actual al depistării active a cazurilor de TBC, realizate printre diferite grupuri populaționale;
 - Factorii ce contribuie la performanța variabilă a diagnosticului între diferiți prestatori;
 - Motivele ratelor mici de confirmare bacteriologică a TBC diagnosticate la adulți și copii;
 - Impactul implementării testării Xpert MTB/RIF;
 - Diagnosticul și tratamentul infecției TBC latente;
 - Modele de administrare a TPI.
- Studiile operaționale vor examina aspectele aferente tratamentului și conduitei cazului, inclusiv:
 - Eficacitatea și cost–eficiența diverselor metode de tratament și îngrijiri în condiții ambulatorii;
 - Boala TBC printre personalul medical și măsurile de control infecțios;
 - Folosirea telefoanelor mobile pentru sprijinul aderenței la tratamentul TB;
 - Impactul chirurgiei asupra rezultatelor tratamentului;
 - Modele de prestare a serviciilor TBC/HIV coordonate sau integrate;
 - Reacțiile adverse la medicamentele utilizate în tratamentul cu remedii antituberculoase de linia I și II;
 - Implementarea tratamentului paliativ (particularitățile pacienților ce au nevoie de îngrijiri paliative, criteriile de selecție și excludere, etc.) și evaluarea rezultatelor.

- Studiile operaționale se vor examina pe aspectele de monitorizare și evaluare, inclusiv:
 - Identificarea diagnosticării insuficiente printr-un studiu de captare-recaptare a mortalității și printr-un studiu de inventariere a notificării MDR-TBC;
 - Calitatea datelor SIME-TB;
 - Calitatea înregistrării și raportării la nivel național și regional;
 - Calitatea supravegherii continue a rezistenței medicamentoase la nivel național și regional.

Etica și drepturile omului

Aspectul cel mai primordial și esențial al respectării drepturilor omului este asigurarea accesului la tratamentul TBC de o calitate certificată pentru toți pacienții TBC, indiferent de statutul social, afecțiunea medicală sau aderența precară în anamneză. Există suficiente dovezi ce confirmă că neaderența la tratamentul TBC nu este de regulă cauzată de nedorința pacienților de a se vindeca, dar de imposibilitatea acestora de a-și urma tot tratamentul pentru o varietate de motive, în particular de natură economică sau socială. În linii generale, pacienții doresc să se vindece și ar fi aderenți la tratament dacă li s-ar oferi acces corespunzător și suport adecvat (vezi, de exemplu, Farmer, 2001; Greene, 2004). De aceea, existența unui număr impunător de pacienți MDR-TBC ce nu beneficiază de tratament adecvat în Republica Moldova, în particular în regiunea transnistriană, este tratată ca violarea dreptului pacienților la accesarea tratamentului pentru o maladie potențial mortală, însă curabilă.

Selectarea pacienților cu MDR-TBC pentru tratament

Consiliul național pentru MDR-TBC exclude acei pacienți ce sunt cu risc de a fi pierduți din supravegherea tratamentului, cazurile severe cu probabilitate mare de deces în timpul tratamentului și pe cei aflați “în alte situații specifice ce ar putea limita DOT pe toată durata curei de tratament”; acest ultim criteriu de excludere prezintă motive de îngrijorare, deoarece este deseori aplicat în cazul pacienților considerați ca fiind cu o complianță precară la tratament. Chiar în pofida excluderii multor pacienți “problematici”, totuși, rezultatele tratamentului în cadrul NTP rămân în continuare destul de modeste.

Echipa de evaluare a fost informată că mulți pacienți sunt excluși din tratamentul MDR-TBC din cauză că refuză tratamentul în staționar. Această decizie nu este argumentată într-o țară în care protocolul național stipulează administrarea întregii cure de tratament în condiții ambulatorii și legea prevede aplicarea acestui principiu până la aplicarea prevederilor privind izolarea coercitivă. Nu sunt întreprinse eforturi pentru tratarea dependenței de alcool sau alte substanțe în paralel cu tratamentul MDR-TBC.

Cel mai urgent și problematic aspect etic pentru NTP este disponibilitatea limitată a preparatelor antituberculoase de linia II și necesitatea selectării pacienților pentru tratament. Echipa de evaluare nu a reușit să obțină informații cu privire la numărul pacienților, pe care consiliul i-a exclus din tratamentul MDR-TBC și motivele excluderii. Trebuie de menționat că aceleași

informații nu au fost de găsit nici la evaluarea precedentă a NTP, efectuată de OMS în Republica Moldova în 2009 (Kavtaradze și Ciobanu, 2012).

Conduita XDR-TBC

Pacienții cu XDR-TBC beneficiază de același tratament ca și cei cu MDR-TBC sau cu adăugarea izoniazidei în doze mari și amoxicilină/acid clavulanic – alte preparate antituberculoase din grupul 5 nefiind disponibile pentru NTP. Pacienții cu eșec terapeutic sunt trimiși acasă, iar tratamentul acestora este sistat; protocolul național nu se expune clar referitor la sistarea terapiei ineficiente și îngrijirile paliative. Pacienții cu XDR-TBC din Republica Moldova duc lipsă de opțiuni terapeutice, deși astfel de pacienți sunt tratați în alte țări. Legislația Moldovei nu permite importul de medicamente antituberculoase neînregistrate pentru uz compasional, fapt permis, de altfel, în multe țări Europene.

Controlul TBC în penitenciare

Un serios motiv de îngrijorare pentru echipa de evaluare îl prezintă măsurile precare de control infecțios și imposibilitatea tratării tuturor pacienților TBC și MDR-TBC în unele penitenciare, în particular în regiunea transnistriană. Pe durata încarcerării, sănătatea și siguranța deținuților, la fel ca și a familiilor ce-i vizitează sau a personalului penitenciarelor, sunt responsabilitatea Ministerului Justiției. Este necesar de intensificat colaborarea între MJ și MS, la fel ca și între autoritățile respective din regiunea transnistriană.

Supra-diagnosticul TBC

Echipa de evaluare a constatat nu doar cazuri de tratament insuficient sau necorespunzător, fapt descris mai sus, dar și cazuri de tratament excesiv, când pacienții erau diagnosticați cu TBC în baza fluorografiei suspecte în prezența rezultatelor negative la microscopia sputei și examenul cultural și cu rezultat negativ al testului Xpert MTB/RIF (vezi profilul Olgăi în Anexa 6).

Izolarea coercitivă

În 2012 Republica Moldova a promulgat o nouă lege cu privire la izolarea coercitivă a pacienților cu TB; aceasta a substituit legea precedentă din 2009, care dispunea tratament coercitiv și a fost supusă unei critici vehemente din partea comunității internaționale din cauza încălcării flagrante a drepturilor omului.²⁶ Noua lege stipulează izolarea involuntară doar după întreprinderea diverselor tentative de a convinge pacientul să accepte tratamentul (inclusiv, propunerea opțiunii întregii cure de tratament în condiții ambulatorii) și după convenirea de către medicul fiziatru, psiholog, familia pacientului și autoritățile locale asupra planului de tratament. Izolarea coercitivă va fi pentru o durată limitată de timp și va fi revizuită cu regularitate. Potrivit legii, orice indiciu al complianței (consimțământul la tratament) reprezintă un motiv suficient pentru sistarea izolării coercitive și permite pacientului să continue tratamentul în condiții voluntare de staționar sau ambulatorii.

26 Hotărârea Guvernului nr.295 din 14 mai 2012; Legea nr.153 din 4 iulie 2008

Legea în cauză este concepută în așa fel ca să fie depuse inițial eforturi considerabile până la izolarea pacientului, de aceea este criticată de mulți prestatori. Merită a fi menționat faptul că aceasta a fost aprobată doar recent, iar mulți medici fie nu sunt familiarizați bine cu aceasta, fie o interpretează eronat. Drept rezultat, echipa evaluatorilor a semnalat practici inconsistente, cum ar fi apelarea de către medici la serviciile polițiștilor de sector sau ale autorităților publice locale împuternicite să autorizeze izolarea involuntară prin emiterea unei ordonanțe de sănătate publică la adresa pacienților necooperanți.

Pe hârtie, noua lege din Moldova respectă drepturile omului și stipulează izolarea coercitivă ca o ultimă opțiune după epuizarea tuturor altor măsuri. Din cauza deficiențelor din sistemele sanitar și protecție socială din Moldova, totuși, este posibil ca aplicarea în practică a legii în cauză să fie mică sau ca aceasta să fie reajustată la nevoile locale. Mai degrabă, NTP ar trebui să aplice legea cu precauție și să folosească izolarea coercitivă pentru tratament TBC doar după epuizarea tuturor celorlalte modalități de convingere, inclusiv asigurarea unui suport social și psihologic adecvat. Trebuie menționat faptul că echipa de evaluare a avut posibilitatea examinării versiuni preliminare a noii legi.

Recomandări

- Toți pacienții depistați cu MDR-TBC vor beneficia de tratament corespunzător, inclusiv cei din penitenciare și din regiunea transnistriană.
- Toți pacienții vor avea acces la cel mai potrivit tratament în funcție de tabloul clinic și condițiile sociale. Criteriile de excludere a pacienților aplicate de consiliul național pentru MDR-TBC se vor limita la circumstanțe extreme și va profita de tratamentul descentralizat cât mai aproape posibil de domiciliul și nevoile pacienților.
- Activitatea consiliului național pentru MDR-TBC va fi documentată corespunzător, iar statistica (pacienți evaluați, pacienți excluși din tratamentul MDR-TBC și motivele excluderii) va fi dezvăluită publicului larg.
- Situațiile ce determină în sine o vulnerabilitate sporită pentru TBC, cum ar fi abuzul de alcool sau alte substanțe, sau absența unui loc permanent de trai, nu vor fi considerate ca motiv de excludere a pacienților din tratamentul MDR-TBC. Din contra, acestea vor fi abordate, de exemplu, prin consiliere și tratamentul afecțiunilor aferente consumului abuziv de alcool concomitent cu tratamentul MDR-TBC, plus suport social adecvat.
- Protocolul național privind îngrijirile paliative vor fi actualizate și circulate pe larg.
- Vor fi revizuite reglementările în vigoare privind medicamentele pentru includerea opțiunii de folosirea compasională a preparatelor antituberculoase neînregistrate pentru anumiți pacienți.
- Va fi consecvent asigurată aplicarea în practică a noii legi privind izolarea coercitivă a pacienților TBC, iar prestatorii medicali și instituțiile vor fi informați despre aceasta. Va fi elaborat un plan de aplicarea a acestei legi la nivel raional, cu implicarea tuturor autorităților publice locale. Aplicarea în practică a legii va fi monitorizată, cu rapoarte anuale.

PCMS și implicarea comunității

Majoritatea activităților de pledoarie, comunicare și mobilizare socială (PCMS) sunt planificate și finanțate în cadrul grant-ului FG și sunt realizate de beneficiarii principali (PAS și UCIMP) și sub-recipientii grant-ului (vezi Tabelul 3), ce prezintă motive de îngrijorare privind durabilitatea acestora în viitor. Nu există o strategie națională clară privind PCMS.

Campaniile naționale de amploare, organizate de PAS în raioane, au inclus postere și afișe, pe care figurau moldoveni remarcabili, cum ar fi actori, medici și preoți ortodocși, prezentând mesaje simple, informative și destigmatizante despre TBC. Cu toate acestea, există puține acțiuni PCMS la nivel național sau sunt practic inexistente pe plan internațional.²⁷ Limitarea în cauză s-ar putea datora apropierei mari a ONG-urilor de MS și NTP (în componența cărora se regăsesc chiar foști angajați ai acestora din urmă) și dependenței ONG-urilor mai mici de finanțarea oferită de ONG-urile mai mari, care sunt mai conservative. Situația dată limitează capacitatea societății civile să conteste adecvat MS sau NTP în materie de așa probleme, ca disponibilitatea limitată a preparatelor antituberculoase, spitalizarea obligatorie și organizarea serviciilor TBC, care nu sunt axate corespunzător pe nevoile pacienților.

Consiliul Național de Coordonare (CNC) a programelor naționale de profilaxie și control al infecției HIV și TBC din Republica Moldova (anterior, Mecanismul de Coordonare al Țării) în mare parte constă din funcționari publici din cadrul MS și al altor ministere (inclusiv, Educației, Justiției, și Muncii, Protecției Sociale și Familiei). Ceilalți membri reprezintă ONG-uri preponderent asociate HIV/SIDA și organizații internaționale, cum ar fi Federația Internațională a Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie, și Salvați Copiii. Toate entitățile civile mari ce activează în domeniul TBC (PAS, UCIMP și, mai recent, AFI) sunt reprezentate în CNC, în timp ce alte ONG-uri ce lucrează cel mai activ cu pacienții (așa ca SMIT sau Speranța Terrei) nu sunt reprezentate, chiar dacă acestea sunt mai indicate să reprezinte viziunea pacienților.

În 2013, la scurt timp după efectuarea evaluării, câteva ONG-uri mai mici active în domeniul TBC au format o platformă națională a ONG-urilor din TBC, în care se regăsesc AFI (în prezent activând în calitate de secretariat), SMIT, Speranța Terrei și alții. Platforma își propune drept scop îmbunătățirea colaborării între ONG-uri și amplificarea activităților de pledoarie; aceasta ar putea, de asemenea, spori implicarea comunității în controlul TBC, deoarece aceste ONG-uri conlucrează local cu comunitățile. Nou-creata platformă este o realizare pozitivă și denotă interesul grupurilor societății civile de exercitare a unui rol mai mare în controlul TBC în viitor. Echipa de evaluare susține orice colaborare între ONG-uri menită să sporească eficiența și eficacitatea unor așa activități, ca pledoaria, educația publicului, destigmatizarea și suportul pentru pacienți.

Din toate ONG-urile, doar SMIT este formată din foști pacienți TBC. Cu reședința la Bălți, aceasta se confruntă cu dificultăți de finanțare a activităților sale, similar multor alte ONG-uri mici. În linii generale, părerea pacienților nu prea este auzită; cum nu există o implicare largă a comunității. Printre activitățile sale curente se regăsesc instruirile organizate pentru jurnaliști și

27 Excepție este membrul SMIT, dna Oxana Rucșineanu, fost pacient MDR-TBC, care a devenit ambasador pentru Europa de est pentru campania "Iată-mă"

1.000 de preoți ortodocși în domeniul TB; acestea sunt promițătoare, însă nu există o strategie clară, ce ar reieși dintr-o evaluare anterioară sau un set bine definit de activități periodice.

Majoritatea ONG-urilor nu desfășoară activități în domeniul TBC în regiunea transnistriană. O excepție notabilă este “Programe Medico-Sociale”, susținută de AFI, care asigură suport social tuturor pacienților, inclusiv foștilor deținuți. În regiunea transnistriană există și alte ONG-uri locale și este absolut imperativă implicarea acestora în controlul TBC, în particular în rândul grupurilor vulnerabile.

Înțelegerea TBC de către populația generală și pacienții TBC rămâne în continuare la un nivel scăzut. Studiul privind cunoștințele, atitudinile și practicile (KAP), efectuat în Republica Moldova în 2008, a constatat că doar 39 la sută din respondenți considerau TBC o maladie vindecabilă, 31 la sută considerau că aceasta se poate răspândi prin strângerea mâinii, iar 81 la sută considerau că aceasta se poate răspândi prin contact ocazional cu o persoană contagioasă (Scutelniciuc, 2008). Între timp, 78 la sută din cei intervievați știau că TBC este transmisă pe calea aerului prin dispersia tusei. Aceasta sugerează vehicularea concomitentă a informațiilor corecte și incorecte, iar 33 la sută din respondenți considerau că TBC este ceva de ce trebuie să-ți fie rușine.

Din discuțiile purtate de echipa evaluatorilor cu pacienții s-a constatat un nivel la fel de jos al cunoștințelor, în particular cu privire la modul de răspândire a TBC. Aceștia au constatat că mulți pacienți considerau că au TBC din cauză că au fost expuși vremii rece și credeau că membrii familiilor sale puteau fi protejați prin folosirea seturilor separate de veselă. Merită a fi menționat faptul că recomandarea cu privire la folosirea seturilor separate de veselă se regăsește în materialele educaționale produse în cadrul grant-ului FG sau chiar și în ultimul protocol privind conduita TBC, care a fost reprodus din ghidul elaborat de CNSP. Această recomandare nu este fondată pe dovezi și ar putea deruta sau crește stigma împotriva TBC în rândul populației generale prin reiterarea părerilor incorecte, care deja vehiculează în țară.

Echipa de evaluare au remarcat existența broșurilor ce explică drepturile și responsabilitățile pacienților cu TBC, însă acestea erau stipulate doar în termeni generali, cu un accent mai mare pe responsabilități și nu corespundeau întocmai Cartei pacientului cu TBC (Consiliul Mondial al Îngrijirilor, 2006).

Recomandări

- Va fi elaborată cât mai curând posibil o strategie națională privind PCMS, care va include noi parteneriate cu ONG-urile ce nu sunt încă implicate în activitățile TBC și parteneriate public-privat. Această strategie va fi susținută de un plan național privind PCMS, cu activități și plan de implementare.
- Activități PCMS vor fi realizate, de asemenea, și la nivel național și cu implicarea diverselor componente ale societății civile, cum ar fi comunitățile, organizațiile confesionale, asociațiile foștilor pacienți cu TBC, etc. Sistematic vor fi prezentate

și reiterate mesajele corecte cu privire la transmiterea, prevenirea, diagnosticul și tratamentul TBC.

- Componenta CNC va fi actualizată pentru a reprezenta mai bine organizațiile ce desfășoară activități directe cu pacienții, ce le va permite să vocifereze motivele de îngrijorare ale acestora.
- Vor fi încurajate și susținute platformele pentru ONG-urile implementatoare de intervenții în domeniul TBC.
- Regiunea transnistriană va fi parte componentă a strategiei naționale privind PCMS și implicarea comunitară. Vor fi depuse eforturi în vederea intensificării colaborării cu ONG-urile locale din regiunea transnistriană și încurajării cooperării între ONG-urile de pe ambele maluri ale râului.
- Toate materialele PCMS vor fi revizuite și vor corespunde standardelor internaționale recomandate pentru prevenirea și controlul TBC.
- Va fi promovată pe larg printre prestatori Carta pacientului cu TBC (Consiliul Mondial al Îngrijirilor, 2006), tradusă în rusă și română, ce va fi pusă în discuție cu pacienții.

Sistemul sănătății și controlul TBC

Oricare n-ar fi acțiunile necesare pentru îmbunătățirea activităților de diagnostic, tratament și îngrijiri în TBC din Republica Moldova, acestea urmează să aibă loc în cadrul sistemului sănătății, care în prezent este subfinanțat, însă care concomitent trece printr-o transformare interesantă.

Dirijarea în sistemul sănătății

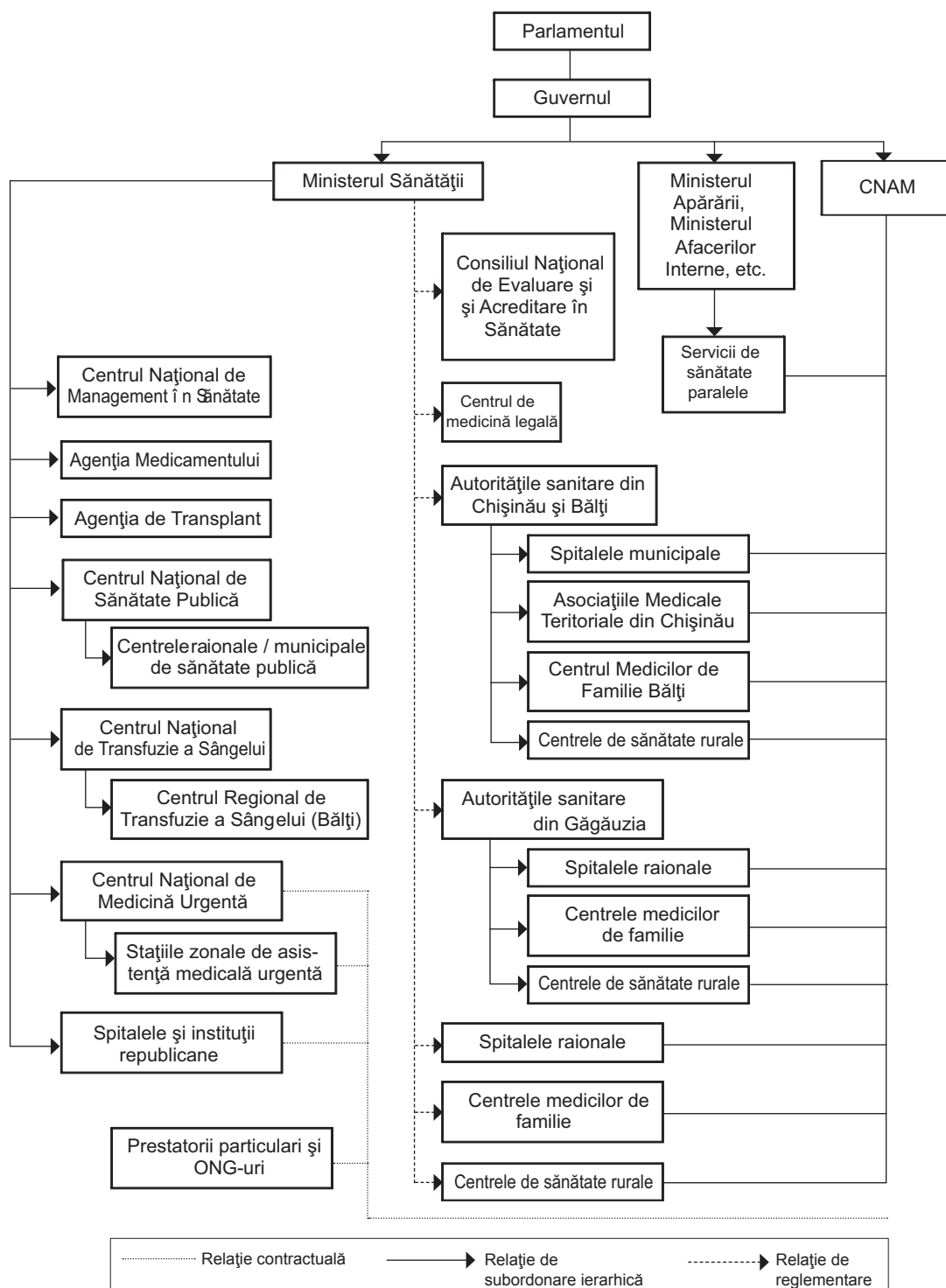
Sistemul sănătății în Republica Moldova, cu excepția regiunii transnistrene, a trecut de la modelul Semașko, moștenit de pe timpuri sovietice, la un sistem bazat pe separarea clară a funcțiilor de finanțare și achiziționare a serviciilor, la fel ca și pe prestarea serviciilor pe principiu de referire la instituțiile medico-sanitare de asistență primară, secundară și terțiară (Figura 3).

Printre reformele majore ale sistemului sănătății se regăsesc legea privind asigurările obligatorii de asistență medicală (semnată în 1998, însă implementată în volum deplin doar în 2004) și pachetul minim garantat de Stat,²⁸ oferit gratuit, și legea din 2001 cu privire la instituirea CNAM.

O relevanță deosebită pentru NTP le au Centrul Național de Management în Sănătate (răspunzătoare de elaborarea standardelor, normelor și reglementărilor privind statistica și asistența medicală), Agenția Medicamentului (responsabilă de înregistrarea medicamentelor, controlul calității și farmacovigilență) și Centrul Național de Sănătate Publică (răspunzător de ocrotirea sănătății, promovare și profilaxie). MS nemijlocit finanțează și controlează toate aceste

28 Legea nr.1585 din 27 februarie 1998; Legea nr.267-XIV din 3 februarie 1999

Figura 3. Organigrama sistemului sanitar de pe malul drept al Nistrului



Sursa: Țurcanu et al., 2012

instituții și se asigură că spitalele și alte instituții medico-sanitare implementează toate normele și reglementările sanitare aprobate prin contractarea serviciilor de CNAM.

Instituțiile asistenței medicale primare și secundare aparțin autorităților publice locale, în timp ce MS deține instituțiile asistenței medicale terțiare. În jurisdicția autorităților administrative ale municipiilor Chișinău și Bălți și ale regiunii autonome Găgăuzia există subdiviziuni speciale responsabile pentru administrarea serviciilor sanitare subordonate. Începând cu anul 2008, în rezultatul reformelor demarate în sectorul sănătății, medicii de familie responsabili de asistența medicală primară (AMP) nu mai poartă răspundere în fața directorilor de spitale la nivel raional sau municipal. Toți medicii ftiziatri din raioane poartă în continuare răspundere administrativă în fața directorilor spitalelor raionale, deși sunt *de facto* operațional mai strâns legați de șefii responsabili de medicina de familie odată cu creșterea numărului de pacienți TBC, conduita cărora are loc în afara spitalelor.

În regiunea transnistriană persistă neschimbat modelul Semașko, cu planificare centralizată a bugetului axat preponderent pe asistența spitalicească. Autoritățile sanitare centrale din regiune gestionează direct serviciile de asistență medicală primară, secundară și terțiară, serviciile de urgență și efectivul său de cadre independent de MS de la Chișinău.

Sistemul sănătății din Republica Moldova se conduce de Strategia de Dezvoltare a Sectorului Sănătății 2008–2017 și Cadrul Bugetar pe Termen Mediu 2013–2015 (Guvernul Republicii Moldova 2007a; 2007b). Cadrul cuprinde 5 domenii principale:

- Elaborarea politicii și managementul sistemului sănătății
- Intervenții prioritare în sănătatea publică
- Servicii medicale individuale
- Dezvoltarea resurselor sistemului de sănătate
- Programe medicale speciale

Structura AMP se bazează pe populația acoperită de medicul de familie. Același este aplicabil și distribuirii spitalelor în funcție de tip, categorie și numărul de paturi spitalicești în funcție de populația acoperită, fapt elucidat în Programul de Dezvoltare a Asistenței Medicale Spitalicești 2010–2012. Spitalele raionale includ 5 secții de bază: terapie, chirurgie, pediatrie, maternitate și boli infecțioase. În 2009 grație suportului oferit de Banca Mondială a fost elaborat un Plan Național General al Spitalelor, care însă nu a fost implementat, chiar dacă a fost mai recent revizuit.

Finanțarea sistemului sănătății

Începând cu anul 2004, odată cu introducerea asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova, s-a constatat o majorare continuă a cheltuielilor totale pentru sănătate și a cheltuielilor publice pentru sănătate. În 2009 cheltuielile totale pentru sănătate ca proporție a PIB-ului erau 12,5 la sută (printre cele mai înalte rate în regiunea europeană a OMS); acesta a fost și rezultatul alocării surselor suplimentare anumitor programe de sănătate (așa ca imunizările, diabetul zaharat, sănătatea mintală și asistența pediatrică). Alocățiile totale pentru sănătate

raportate pe cap de locuitor ca valoare absolută, totuși, constituia 357 lei la paritatea puterii de cumpărare a dolarului SUA – cu mult mai mică decât în alte țări din regiunea Europeană a OMS – ceea ce limitează considerabil volumul pachetului de servicii prestate și calitatea acestora.

Ponderea cheltuielilor publice pentru sănătate au constituit doar 53,7 la sută din alocațiile totale pentru sănătate; acest fapt relevă povara deosebit de mare a stării precare a sănătății asupra celor mai pauperizate segmente ale populației, care deseori sunt expuse riscului de suportare a cheltuielilor catastrofice de îngrijire a sănătății. Cheltuielile pentru servicii curative ca proporție a cheltuielilor publice pentru sănătate au fost destul de mari în 2010 (68,1 la sută), în timp ce cheltuielile pentru sănătatea publică și profilaxie au constituit doar 5,3 la sută. Fondurile publice alocate pentru medicamente și dispozitive medicale pentru pacienții ambulatorii erau, de asemenea, foarte mici (3,3 la sută), deși aceste servicii constituiau 19,7 la sută din cheltuielile totale pentru sănătate. Echilibrul general între proporția cheltuielilor pentru asistența spitalicească (22,6 la sută) și ambulatorie (19,7 la sută) din cadrul surselor publice alocate pentru sănătate confirmă angajamentul guvernului pentru fortificarea serviciilor AMP.

Începând cu anul 2004, asigurările obligatorii de asistență medicală (AOAM) au devenit fundamentul finanțării sectorului sănătății în Republica Moldova (cu excepția regiunii transnistrene). În funcție de sursa veniturilor, 40,3 la sută din cheltuielile totale pentru sănătate din anul 2010 proveneau din contribuțiile AOAM, iar 44,9 la sută – din plățile din buzunar. Primele pe care persoanele angajate în câmpul muncii le achită pentru AOAM provin predominant din contribuțiile deduse ca procent fix din salariu (7 la sută, din care 3,5 la sută sunt achitate de angajat, iar 3,5 la sută – de patron); persoanele angajate pe cont propriu își vor achiziționa propria acoperire AOAM anual la un preț fix. Populația neangajată în câmpul muncii (constituită din 14 categorii, inclusiv pensionarii, studenții, copiii, șomerii înregistrați, etc.) este acoperită de transferurile de la bugetul central de Stat la CNAM. Asigurările opționale (voluntare) de asistență medicală constituie mai puțin de 0,1 la sută din cheltuielile totale de sănătate (valorile anului 2010).

CNAM este unicul cumpărător al serviciilor de sănătate, ceea ce a permis separarea funcțiilor de cumpărare și prestare, iar plățile pentru servicii sunt efectuate în bază de contract, majoritatea din care sunt precalculate. Accesul la serviciile medicale de urgență și AMP este universal, indiferent de prezența asigurării, la fel ca și accesul la toate serviciile legate de aspectele majore de sănătate publică, cum ar fi HIV/SIDA, TBC sau imunizările. Pachetul de beneficii oferit în cadrul AOAM cuprinde asistența spitalicească și ambulatorie specializată și un spectru foarte îngust de remedii medicamentoase. Serviciile celor fără polițe de asigurare sunt achitate în volum deplin ca plăți din buzunar, formate din plăți neoficiale și plăți directe pentru serviciu prestat. Nu există taxe oficiale pentru serviciu prestat sau co-plăți pentru serviciile incluse în AOAM, deși există o grilă glisantă de co-plăți pentru medicamentele compensate. Plățile neoficiale au loc aproape la toate nivelurile sistemului sanitar, însă fenomenul este cu mult mai răspândit în asistența de staționar; suma pe care pacienții o achită neoficial pentru îngrijiri depinde de gravitatea afecțiunii. MS s-a angajat să micșoreze plățile neoficiale din sistem și există speranța că acest deziderat va fi realizat odată cu majorarea salariilor lucrătorilor medicali și instituirea mecanismelor de plată în bază de performanță, de rând cu creșterea transparenței prin audit extern.

O parte a populației este expres neasigurată medical (20,3 la sută din populația permanentă din 2011). Cel mai des neasigurații sunt lucrătorii angajați pe cont propriu în sectorul agrar sau cei

angajați neoficial din zonele urbane; de asemenea, neasigurații deseori au venituri foarte mici. Începând cu anul 2010 gospodăriile înregistrate ca fiind sub pragul sărăciei automat primesc AOAM, însă acest fapt s-ar putea să nu sporească dramatic echitatea în sistem, deoarece 73,1 la sută din toate plățile din buzunar din 2010 erau pentru medicamente, iar lista produselor farmaceutice ce pot fi rambursate prin AOAM este extrem de mică pentru asigurarea durabilității financiare a sistemului. Printre remediile farmaceutice, pe care pacienții sunt nevoiți să le procure, se numără cele pentru contracararea reacțiilor adverse ale terapiei cu preparate antituberculoase de linia II și pentru îngrijiri paliative în TBC.

Modul în care CNAM plătește prestatorii are implicații directe asupra performanței NTP. CNAM încheie contracte cu instituțiile AMP în baza unei sume *per capita* fixe pentru populația deservită, cu o ajustare în funcție de performanță. Până la finele anului 2012 suma achitată instituțiilor AMP era constituită în proporție de 95 la sută dintr-o sumă de capitație fixă și doar 5 la sută era ajustarea în funcție de performanță; în ianuarie 2013 proporțiile s-au schimbat, constituind 85 și 15 la sută respectiv. Plățile corelate cu performanța țin de funcțiile corespunzătoare de filtrare și direcționare a accesului (*gatekeeping*), screening al maladiilor netransmisibile, prestarea serviciilor de asistență mamelor și copiilor și prevenirea și îngrijirea în TBC (Tabelul 22). Deși serviciile TBC au pondere maximală, atunci când sunt aplicate la cota performanței egală cu doar 15 la sută (5 la sută în 2012) din buget, acestea generează un venit suplimentar pe care prestatorii din sistemul AMP nu-l consideră ca fiind un stimulent substanțial.

Tabelul 22. Indicatorii și ponderea acestora, corelată cu performanța, în calculul bugetului CNAM, februarie 2013

Indicator	Ponderea (puncte)
Spitalizare corespunzătoare (general)	20
Screening al afecțiunilor netransmisibile:	
Hipertensiune arterială	1+3.5+4
Diabet zaharat	4+3.5+4
Screening cervical	5
Screening la cancer	10
Sănătatea mamei și copilului:	
Vizite prenatale timpurii	30
Administrarea acidului folic în timpul sarcinii	5
Administrarea fierului în timpul sarcinii	5
Screening ecografic	5
Alte servicii mamei și copilului	5+5+5
Vizita precoce a copilului după naștere	20+20
TBC:	
Fiecare persoană din grupul de risc supus screening-ului TB	4
Fiecare persoană diagnosticată cu TBC	10
Fiecare cură de tratament TBC finalizată	80

Notă: Suma cumulativă a punctelor determină valoarea (monetară) a fiecărui punct. Fiecărei unități îi este atribuită o sumă egală cu numărul punctelor de performanță acumulate înmulțit cu valoarea monetară a punctului.

Contractele pe care CNAM le încheie cu spitalele generale pot fi subdivizate în cele pentru asistență ambulatorie, care este capitată (însă fără ajustări în funcție de performanță) și cele pentru asistență în staționar, care se bazează pe prețul fix al cazului tratat ajustat la complexitatea generală a îngrijirilor. Complexitatea cazului este definită de sistemul grupurilor înrudite de diagnostic (DRG), care evaluează fiecare internare în funcție de diagnoză, proceduri, vârstă și comorbiditățile existente. În practică, aceasta înseamnă că pentru ca spitalele să-și maximizeze veniturile, acestea trebuie să trateze cât mai mulți pacienți, în special cu o complexitate clinică a cazului mai mare, și cât mai rapid posibil.

Contractele încheiate de CNAM cu spitalele specializate, așa ca spitalele de ftiziopneumologie, sunt în afara sistemului DRG – care de altfel le-ar face financiar nedurabile – și se bazează pe o sumă fixă pentru fiecare zi-pat spitalicesc. Acest aranjament, totuși, este un stimulent clar pentru internări în staționar pe termen lung, astfel fiind abandonat de multe țări din regiune.

În regiunea transnistriană serviciile de sănătate sunt finanțate prin impozitare, deși au fost duse discuții repetate de trecere la asigurările obligatorii de asistență medicală. Un volum redus de servicii elementare sunt oferite cu titlu gratuit, în timp ce autoritățile sanitare centrale stabilesc prețurile pasibile de achitare pentru alte servicii. Diagnosticul și tratamentul TBC sunt oferite gratuit, însă celelalte servicii aferente TBC urmează a fi achitate. Autoritățile sanitare centrale dispun de fonduri foarte limitate: echipei de evaluare i s-a comunicat că acestea ar fi suficiente pentru acoperirea a doar 57 la sută din necesitățile estimate pentru 2013. Dat fiind faptul că 80 la sută din finanțe sunt cheltuite pentru salariile personalului, există o limitare drastică a finanțării disponibile pentru consumabile (inclusiv, medicamente), capital (infrastructură și echipament) și costurile operaționale. Situația ar putea deteriora în continuare, deoarece Federația Rusă își reduce volumul alocațiilor alimentare destinate instituțiilor medico-sanitare din regiunea transnistriană, iar viitorul suport internațional este incert.

Cadrelle medicale

De la dobândirea independenței, peste 40 la sută din lucrătorii medicali au părăsit sistemul sanitar din Moldova, mulți migrând peste hotare. Ca rezultat, în prezent numărul mediu de medici (35,9 la 100.000 populație) și personal medical mediu (77,3 la 100.000 populație) din Republica Moldova este mai mic decât mediile pe UE. Cea mai mare discrepanță se atestă cu medicina de familie – 52 la 100.000 populație comparativ cu 85 la 100.000 în UE. La începutul anului 2011 MS a raportat un deficit de 1.031 medici (inclusiv, 286 medici de familie) și 916 asistenți medicali (inclusiv, 283 asistenți medicali ai medicului de familie).

Principalele țări de destinație pentru lucrătorii medicali din Moldova sunt Italia, România și Franța (Italia fiind îndeosebi populară printre personalul medical mediu), iar principalele motive pentru părăsirea țării sunt salariile mici, condițiile precare de muncă și tehnologiile depășite, lipsa oportunităților de dezvoltare profesională, riscurile mari pentru sănătate, lipsa condițiilor adecvate de trai și infrastructura deficientă la nivel comunitar. Cu certitudine, toți acești factori exercită o și mai mare influență asupra medicilor, descurajându-i de la intrarea în rezidențiat în domeniul fiziatriei. MS a elaborat o Strategie de dezvoltare a resurselor umane din sistemul

sănătății, grație suportului oferit de Banca Mondială, care-și propune drept scop ameliorarea situației prin așa inițiative, ca ajustarea învățământului medical la nevoile curente, o planificare mai bună a resurselor și creșterea motivării personalului medical.

Formarea profesională a medicilor în Republica Moldova este asigurată în cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu” (USMF), care și-a demarat activitatea la Chișinău în 1945. Formarea profesională a personalului medical mediu are loc în cele 5 colegii medicale localizate la Bălți, Cahul, Chișinău, Orhei și Ungheni. Formarea postuniversitară este asigurată prin programul de rezidențiat și doctorat în una din cele 32 de specialități. Programul de rezidențiat este gestionat de USMF în cadrul Facultății de Rezidențiat și Educație Continuă speciale. Disciplinele clinice ale universității sunt repartizate între toate spitalele mari din capitală, iar studiile clinice de învățământ superior și mediu de specialitate au loc în cadrul al 72 de instituții medico-sanitare publice din toată țara. Colegiile medicale sunt absolvite de asistenți medicali, moașe, felceri, tehnicieni dentari, igienisti și epidemiologi, și personalul de laborator.

În regiunea transnistriană anual circa 50–70 de medici absolvesc Universitatea de Stat din Transnistria și două colegii medicale – la Tiraspol și Bender.

Educația medicală continuă este reglementată prin Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic.²⁹ Potrivit acestei legi, fiecare medic este obligat să acumuleze un anumit număr de ore de educație continuă și să ia cu succes un examen o dată la fiecare 5 ani, prin care își confirmă calificările anterioare sau i se acordă o nouă categorie de calificare. În cadrul USMF există o Facultate specială de Educație Continuă, care organizează cursuri de instruire și examene periodice. În practică, totuși, studiile medicale continue nu satisfac cerințele muabile ale profesiei medicale, care include – de exemplu, în cazul controlului TBC – însușirea noilor politici și protocoale, conduita comorbidităților TBC, conlucrarea cu serviciile sociale, comunicarea eficientă cu pacienții și altele. În pofida colaborării robuste și integrării serviciilor TBC și AMP și a experienței de succes a multor țări din regiune – inclusiv, în România vecină – Abordarea Practică a Sănătății Pulmonare, sau PAL (OMS, 2013a) nu a fost adoptată în calitate de strategie de bază pentru fortificarea depistării precoce și conduitei cazurilor de TBC la nivel de AMP.

Numărul cadrelor medicale este în declin și în regiunea transnistriană, fapt determinat de migrațiune (preponderent în Europa de est) și decalajul de înlocuire a personalului pensionat pe motiv de vârstă. Salariile sunt mici (150–200 dolari SUA pe lună unui medic), iar salariile relativ mai mari din zonele rurale totuși sunt insuficiente pentru atragerea cadrelor noi, rezultând în multe posturi vacante.

Produse medicale, vaccinuri și tehnologii medicale

Achizițiile de produse medicale se conduc de 2 hotărâri de Guvern cu privire la stabilirea condițiilor de marketing și folosire a dispozitivelor medicale și cu privire la aprobarea regulamentului pentru procurarea medicamentelor și a altor produse cu destinație medicală.³⁰

29 Legea nr.264-XVI din 27 octombrie 2005

30 Hotărârea Guvernului nr.96-XVI din 13 aprilie 2007; Hotărârea Guvernului nr.568 din 10 septembrie 2009

Agencia Medicamentului organizează achiziții centralizate din sursele bugetare destinate programelor naționale sau speciale, așa ca NTP. Instituțiile medico-sanitare pot, de asemenea, procura anumite tipuri de produse medicale din propriile fonduri și din sursele extrabugetare după o coordonare în prealabil cu MS și primirea aprobării oficiale.

Un volum impunător de echipament a fost oferit ca ajutor umanitar și prin proiecte de dezvoltare: în 2009, grație suportului oferit de UE, a fost livrat echipament modern de bază centrelor de sănătate rurale, centrele de sănătate autonome și centrelor medicilor de familie (3,9 milioane euro); în 2010 Agenția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare (SDC) a dotat cu echipament serviciul pediatric de urgență și terapie intensivă din țară și a susținut pilotarea unui sistem de gestionare a tehnologiilor medicale; iar în anii 2009–2010 Guvernul Japoniei a oferit echipament modern spitalelor raionale din Criuleni și Anenii-Noi, la fel ca și Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă.

În cadrul MS există o direcție de gestionare a dispozitivelor medicale, care este responsabilă de autorizațiile de import și monitorizarea valorificării echipamentului. În proces de elaborare este un sistem electronic de inventariere a dispozitivelor medicale. Gestionarea dispozitivelor medicale la nivel instituțional se limitează la întreținere, care este problematică din cauza co-existenței tehnologiilor noi de rând cu cele vechi și lipsa specialiștilor calificați în acest domeniu. În majoritatea cazurilor întreținerea este delegată sectorului privat. Aceasta pune probleme de întreținere a echipamentului, de exemplu, a hotelor cu flux laminar și a sistemelor de ventilare mecanică achiziționate din sursele grant-ului FG.

Informațiile de sănătate

Pentru AMP au fost elaborate separat două sisteme informaționale automatizate, numite “Medex 2.0” și “Cabinet Manager”. Ambele sunt integrate în procesele clinice și sunt folosite zilnic, însă prezintă rapoarte cu informații la CNMS doar pe suport de hârtie. În prezent MS încearcă să identifice sistemul cel mai potrivit pentru implementare la scară națională. Sisteme informatice separate au fost elaborate și pentru NTP și NAP; acestea sunt corelate cu sistemul informatic de la CNMS. La nivel de spital situația este și mai fragmentată, deoarece fiecare spital mare din capitală a încercat să-și elaboreze propriul sistem informațional.

Telemedicina a fost testată ca proiect-pilot în câteva instituții medico-sanitare. Introducerea e-sănătății face parte din portofoliul de e-servicii și e-registre ce urmează a fi elaborate în cadrul unui proiect mai mare de e-transformare a Guvernării. Printre prioritățile pentru 2013 se regăsesc elaborarea unui sistem informațional medical integrat pentru spitale și un sistem informațional automatizat pentru AMP.

Prestarea serviciilor

La finele anului 2010 în Republica Moldova existau 84 de spitale (inclusiv, 2 dispensare cu paturi). Printre acestea se regăseau 34 de spitale raionale, 10 – municipale și 18 spitale republicane aflate în subordinea MS, plus 11 spitale afiliate altor sectoare, la care se mai adăugau 11 spitale private. Peste 50 la sută din spitale (18 republicane, 9 municipale, 8 prestatori paraleli și 9 private) sunt amplasate în municipiul Chișinău. La finele anului 2010

instituțiile AMP erau formate din 37 centre ale medicilor de familie, acoperind 216 centre medicale, 556 oficii ale medicilor de familie și 359 oficii medicale; mai existau, de asemenea, 46 de centre de sănătate autonome cu 71 oficii ale medicilor de familie și 44 oficii medicale. În municipiul Chișinău mai există și 5 asociații medicale teritoriale (AMT), în componența cărora intră 12 centre ale medicilor de familie, 5 secții consultativ-diagnostice și 53 secții consultative. Centrele medicilor de familie și secțiile consultativ-diagnostice prestează atât servicii AMP, cât și asistență specializată ambulatorie.

Majoritatea spitalelor publice nu au beneficiat de investiții capitale considerabile de la dobândirea independenței țării, iar stocul de echipament învechit variază între 60 și 80 la sută. Un studiu efectuat în 2009 și 2010 (Edwards, 2011) a constatat probleme de siguranță structurală în 10 (16,4 la sută) din instituțiile evaluate, cea mai mare parte a cărora au fost edificate la finele secolului XIX sau în prima jumătate a secolului XX; un mare grad de uzură a fost semnalat și în rețelele de alimentare cu energie, apă și canalizare ale majorității spitalelor. Grație suportului oferit de Banca Mondială, 36 centre de sănătate și oficii ale medicilor de familie au fost renovate în perioada anilor 2010–2011, iar altele 38 urmează a fi renovate în 2011–2013. Proiectul din partea Băncii Mondiale, împreună cu UE și Banca de Dezvoltare a Consiliului Europei, contribuie, de asemenea, la renovarea Spitalului Clinic Republican – unul din cele mai mari spitale universitare din țară.

MS a elaborat în 2009 un Plan Național General al Spitalelor, grație suportului oferit de Banca Mondială, care reflectă intențiile guvernului de a dezvolta sectorul spitalicesc până în 2018. Acesta se axează pe regionalizarea serviciilor spitalicești la nivel local și pe consolidarea rețelei de spitale din Chișinău. Actualmente sunt inițiate noi studii pentru elaborarea planurilor pentru centralizarea / regionalizarea serviciilor specifice în spitalele de la Cahul și Bălți, începând cu serviciile de chimioterapie și radioterapie pentru tratamentul afecțiunilor maligne; dezvoltarea serviciilor de asistență de lungă durată în Republica Moldova; și “operaționalizarea” concluziilor Planului Național General al Spitalelor prin raționalizarea în continuare a rețelei spitalicești din toată țara, în deosebi în Chișinău.

În Republica Moldova, medicul de familie este responsabil de un teritoriu cu o anumită populație și servește în calitate de filtru pentru asistența medicală secundară sau terțiară. Acești medici activează în cadrul AMT în municipii sau în cadrul secțiilor consultativ-diagnostice în raioane. Pacienții cu suspiciune de TBC sunt examinați prin microscopia sputei și radiografie toracică și/sau sunt trimiși la medicul ftiziatru raional pentru confirmarea diagnozei. Medicul ftiziatru trimite înapoi la AMP pacienții cu TBC confirmată ce sunt eligibili pentru tratament ambulatoriu. În practică, majoritatea pacienților cu TBC, inclusiv toți cei cu frotiul sputei pozitiv și cu MDR-TBC, sunt spitalizați pentru perioade lungi de timp, chiar dacă starea sănătății acestora nu impune această necesitate, și sunt trimiși înapoi la AMP doar după finalizarea etapei intensive a tratamentului.

Până în 2008 centrele AMP erau arondate (și dependente) la cel mai apropiat spital raional; de atunci, tot mai multe din acestea și-au căpătat autonomie, devenind entități raionale ce-și gestionează de sine-stătător contractele cu CNAM, cu gestionarea conturilor curente proprii și procesul decizional privind repartizarea (pușinelor) resurse eliberate ca rezultat al eficientizării.

Cu toate acestea, diferă foarte mult între ele capacitatea și experiența acestora de a-și gestiona și organiza prestarea asistenței medicale independent și mai eficient. Unora din entitățile vizitate de echipa de evaluare li s-a acordat doar recent (ianuarie 2013) acest nou statut.

Asistența medicală secundară este prestată de instituții spitalicești raionale și municipale, ce oferă servicii de staționar și ambulatoriu. În municipii, AMT amplasate în incinta fostelor policlinici și independent de spitalele municipale, asigură prestarea serviciilor ambulatorii. Deoarece CNAM încheie contracte pentru serviciile de staționar și ambulatoriu separat una de alta, sursele financiare alocate nu pot fi transferate între servicii; de exemplu, nu este posibil de transferat economiile generate din reducerea duratei asistenței TBC în staționar pentru fortificarea asistenței ambulatorii. Asistența terțiară este oferită prin intermediul spitalelor specializate din Chișinău și unele raioane. Cele 2 spitale de ftiziopneumologie de la Vorniceni și Chișinău (unde sunt tratați majoritatea pacienților cu MDR-TBC) încheie contracte separate cu CNAM.

Ministerul Justiției, Ministerul Apărării, Ministerul Afacerilor Interne (în jurisdicția căruia intră poliția, grănicerii și izolatoarele de detenție preventivă) și Cancelaria de Stat dețin propriile structuri paralele de asistență medicală. Bugetul acestora vine de la ministerele respective, deși MJ și serviciul grăniceri încheie, contracte, de asemenea, cu CNAM. Aceste structuri pot oferi servicii TBC ambulatorii și spitalicești.

Există și o rețea mică de servicii și instituții medico-sanitare comerciale private sau non-profit. Unele din organizațiile comerciale private încheie contracte cu CNAM, deși nu pentru servicii TBC. Majoritatea organizațiilor private non-profit sunt ONG-uri ce sunt beneficiari secundari ai grant-urilor FG pentru serviciile de prevenire și asistență în HIV sau TBC. În pofida implicării de lungă durată a acestora, ONG-urile continuă să-și desfășoare activitatea într-un impas juridic fără un cadru clar de reglementare ce ar stipula tipul asistenței pe care acestea au dreptul s-o presteze și fără statutul de prestator de asistență medicală, oficial listat, cu care CNAM ar putea încheia contracte pentru servicii.

În regiunea transnistriană, potrivit ultimelor date publicate de OMS (Rockenschaub et al., 2012), AMP este reprezentată prin policlinicile municipale (care prestează, de asemenea, asistență ambulatorie specializată), 37 de centre ambulatorii de sănătate sătești – efectivul de cadre al fiecărui fiind format dintr-un medic generalist, pediatru, obstetrician/ginecolog, stomatolog, asistenți medicali și moașe – și 60 de unități de felcer și moașe – fiecare dotat cu un felcer, un asistent medical sau o moașă, deservind între 300 și 1.500 locuitori.

Regiunea dispune de 4.335 paturi spitalicești – un număr mai mic decât în anii recentți, însă în continuare prea mare pentru o populație de 600.000 locuitori. Asistența medicală secundară este asigurată prin 5 spitale raionale (1.525 paturi), 2 spitale municipale (605 paturi) și 1 spital rural (30 paturi). Asistența terțiară este oferită printr-o rețea de spitale: Spitalul Republican de la Tiraspol (665 paturi), Spitalul Republican pentru Ocrotirea Sănătății Mamei și Copilului (375 paturi), Spitalul Republican de Psihiatrie (230 paturi), Spitalul Republican pentru Invalizii celui de-al doilea Război Mondial (305 paturi), Dispensarul de Dermatovenerologie (50 paturi), Spitalul Republican de Boli Infecțioase (300 paturi), secția HIV a Spitalului Raional din Slobozia (30 paturi), Spitalul Republican de Ftiziopneumologie (200 paturi) din Bender

și secția TBC a Spitalului Raional din Dubăsari (50 paturi). Autoritățile centrale ale afacerilor interne din regiune dețin o policlinică pentru funcționarii săi publici, iar autoritățile centrale de justiție din regiune dispun de 2 spitale. Mai mult ca atât, mai există și un Spital Militar rusesc care deservește armata rusească dislocată în regiunea transnistriană. Numărul mare de spitale moștenite de pe timpuri sovietice reprezintă în prezent o provocare pentru autoritățile sanitare centrale din regiune în aspect de gestionare și finanțare adecvată.

Recomandări

- Se va lua în considerare o relaționare administrativă diferită de cea actuală pentru medicii ftiziatri raionali pentru a asigura o colaborare mai strânsă și un suport tehnic mai robust prestatorilor AMP, la fel ca și profilaxia și îngrijirea TBC și MDR-TBC în condiții ambulatorii.
- Medicamentele necesare pentru susținerea tratamentului TBC și MDR-TBC și îngrijirile paliative vor fi oferite gratuit.
- Actualele mecanisme de finanțare pentru serviciile TBC ambulatorii și de staționar vor fi evaluate cu precauție și reproiectate în vederea intensificării stimulentei legate de performanța AMP și înlăturarea celor legate de internare și spitalizarea de lungă durată.
- Educația medicală continuă va fi reconceptualizată pentru a include abordări mai actuale pentru profilaxia și controlul MDR-TBC.
- Abordarea Practică a Sănătății Pulmonare, PAL (OMS, 2013a) va fi introdusă ca modalitate de asigurare a implicării durabile a AMP în depistarea precoce și tratamentul ambulatoriu al cazurilor de TBC și MDR-TBC.
- Se va include de urgență în sistemul sanitar capacități pentru întreținerea și deservirea periodică a echipamentului, inclusiv pentru cele achiziționate de NTP, care vor fi stipulate în toate contractele încheiate cu organizațiile din sectorul privat.
- Sistemele informaționale medicale vor fi reformate în continuare pentru a asigura interconexiunea corespunzătoare cu sistemele valorificate în prezent, așa ca SIME-TB, și continuitatea îngrijirii pacienților între diversele niveluri de asistență medicală.
- Implementarea Planului Național General al Spitalelor va fi folosit ca oportunitate pentru reducerea numărului de paturi TBC și promovarea serviciilor ambulatorii pentru majoritatea pacienților cu TBC și MDR-TBC.
- Va fi elaborat un cadru juridic pentru contractarea ONG-urilor de către CNAM pentru prestarea în bază de performanță a serviciilor TBC.
- Va fi elaborat un cadru juridic ce va permite prestarea serviciilor TBC în cadrul rețelei de instituții medico-sanitare private. Aceasta va avea loc concomitent cu elaborarea politicilor și protocoalelor naționale și se va subordona NTP în contextul unui parteneriat public–privat.

Bibliografie

- AIDS in Moldova (2013). National strategy application joint assessment [web site]. Chișinău, AIDS in Moldova – UNAIDS Moldova Project (<http://aids.md/aids/index.php?cmd=item&id=918>, accessed 11 February 2013).
- Berger D (2011). Community involvement in tuberculosis care and prevention: Republic of Moldova – situational analysis on the model and implementation of Round 9 of the Global Fund. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Cercone J (2012). Technical Assistance to the Ministry of Health and the National TBC Program in investment planning and improvement of TBC service delivery system in the Republic of Moldova [consultancy report]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- ClinicalTrials.gov (2012). Safety and efficacy trial of delamanid for 6 months in patients with multidrug resistance [web site]. Bethesda, MD, U.S. National Library of Medicine (<http://clinicaltrials.gov/show/NCT01424670>, accessed 11 February 2013).
- Crudu V (2009). Anti-tuberculosis drug-resistance surveillance, Republic of Moldova, 2006. Chișinău, National Tuberculosis Institute.
- Dara M et al. (2012). Minimum package for cross-border TBC control and care in the WHO European Region: a Wolfheze consensus statement. *European Respiratory Journal*, 40:1081–1090.
- Edwards N (2011). Improving the hospital system in the Republic of Moldova. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Policy Paper Series, No.1; <http://www.euro.who.int/en/countries/republic-of-moldova/publications2/health-policy-paper-series-no.-1.-improving-the-hospital-system-in-the-republic-of-moldova>, accessed 11 November 2013).
- EEAS (2013). Moldova [web site]. Brussels, European External Action Service (http://eeas.europa.eu/moldova/index_en.htm, accessed 11 November 2013).
- Eramova I, Ciobanu S (2011). Evaluation of the HIV testing component of the National HIV Programme in Moldova. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://aids.md/aids/index.php?cmd=item&id=1255>, accessed 11 February 2013).
- Farmer, P (2001). *Infections and inequalities: the modern plagues*. Berkeley: University of California Press.
- Gelmanova IY et al. (2011). “Sputnik”: a programmatic approach to improve tuberculosis treatment adherence and outcome among defaulters. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 15(10):1373–1379.
- Global Fund (2013). Moldova [web site]. Geneva, The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (<http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/MDA>, accessed 11 February 2013).
- Godwin P (2011). Joint assessment report and annexes: Moldova National Programme for

HIV/AIDS and STIs Control and Prevention 2011–2015. Chișinău, AIDS in Moldova – UNAIDS Moldova Project (<http://aids.md/aids/index.php?cmd=item&id=1142>, accessed 23 November 2013).

Government of the Republic of Moldova (2007a). National Health Policy 2007–2021. Chișinău, Government of the Republic of Moldova (http://www.old.ms.gov.md/_files/920-NATIONAL%2520HEALTH%2520POLICY.pdf, accessed 23 November 2013).

Government of the Republic of Moldova (2007b). Healthcare System Development Strategy 2008–2017. Chișinău, Government of the Republic of Moldova (http://www.old.ms.gov.md/_files/1281-Strategia_2008_2017_eng.pdf, accessed 23 February 2013).

Greene, J (2004). An ethnography of nonadherence: culture, poverty, and tuberculosis in Urban Bolivia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28(3): 401–425.

Institute for Penal Reform (2013). Institute for Penal Reform [web site]. Chișinău, Institute for Penal Reform (<http://irp.md/index.php>, accessed 31 July 2013).

International Centre for Prison Studies (2013). World prison population list (9th edition). London, International Centre for Prison Studies (www.prisonstudies.org/publications/list/179-world-prison-population-list-9th-edition.html, accessed 24 July 2013).

IOM (2012). Extended migration profile of the Republic of Moldova. Chișinău, International Organization for Migration.

Kavtaradze M, Ciobanu S (2012). Joint tuberculosis control programme review mission to the Republic of Moldova. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/170087/e96605.pdf, accessed 22 October 2013).

Lonnroth K et al. (2008). Alcohol use as a risk factor for tuberculosis: a systematic review. *BMC Public Health*, 8:289.

Ministry of Health (2009). National guidelines on treatment and care in HIV/AIDS. Chișinău, Ministry of Health (<http://aids.md/aids/files/538/national-guidelines-diagnosis-treatment-hiv-2009-ro.pdf> [in Romanian], accessed 11 February 2013).

Ministry of Health (2010). National TBC Control and Prevention Programme 2011–2015. Chișinău, Ministry of Health (http://old.ms.gov.md/_files/8861-PNCT%25202011-2015.pdf [in Romanian], accessed 11 February 2013).

Ministry of Health (20012a). National clinical protocol “Tuberculosis in adults”. Chișinău, Ministry of Health.

Ministry of Health (2012b). National clinical protocol “Tuberculosis in children”. Chișinău, Ministry of Health.

Ministry of Justice (2013). Department of Penitentiary Institutions [web site]. Chișinău, Ministry of Justice of the Republic of Moldova (www.penitenciar.gov.md/ro/Statistic.html, accessed 24 July 2013).

- National Centre for Health Management (2012). System of information for monitoring and evaluation of tuberculosis (SIME-TB) database [online database]. Chișinău, National Centre for Health Management (<http://demo.cnms.md/en/sime-tb-0>, accessed 11 February 2013).
- National Coordination Council (2012). Republic of Moldova: progress report on HIV/AIDS. Chișinău, National Coordination Council ([http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_MD_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_MD_Narrative_Report[1].pdf), accessed 23 November 2013).
- Orenstein EW et al. (2009). Treatment outcomes among patients with multidrug-resistant tuberculosis: systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 9(3):153–161.
- Rehm J et al. (2009). The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis: a systematic review. *BMC Public Health*, 9:450.
- Rockenschaub G et al. (2012). Rapid health system assessment in Transnistria. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Policy Paper Series No. 10).
- Salakaia A, Mirtskhulava V (2011). The Global Drug Facility mission report – Republic of Moldova: Monitoring mission fifth year direct procurement, 3–7 October, 2011. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Schreuder B (2011). HSS and M/XDR TBC mission report to Moldova. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Scutelnicuic O (2008). Tuberculoza: cunoștințe, atitudini și practice [Tuberculosis: knowledge, attitude and practice]. Chișinău, Ministry of Health.
- Stop TBC Partnership (2013). TBC REACH [web site]. Geneva, Stop TBC Partnership (www.stoptb.org/global/awards/tbreach/interactive/index.html, accessed 4 October 2013).
- Stratan E, Romancenco E, Turcan N (2011). Surveillance of drug-resistant tuberculosis in Moldova [operational research study]. Chișinău, National Tuberculosis Institute.
- Stratan E, Romancenco E, Turcan N (2012). Study on nosocomial transmission of MDR-TBC by assessing the genotype diversity of *M. tuberculosis* DNA [operational research study]. Chișinău, National Tuberculosis Institute (<http://ftiziopneumologie.asm.md/node/80>, accessed 23 November 2013).
- Subata E (2008). Evaluation of opioid substitution therapy in the Republic of Moldova. Vilnius, Vilnius Centre for Addictive Disorders (<http://aids.md/aids/files/657/report-methadone-maintenance-therapy-moldova-2008-en.pdf>, accessed 23 November 2013).
- Thybo S (2010). Green Light Committee monitoring mission to the Republic of Moldova. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Thybo S (2011). Green Light Committee monitoring mission to the Republic of Moldova: PMDT monitoring report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

- Turcanu G, Domete S, Buga M, Richardson E (2012). Republic of Moldova: health system review. *Health Systems in Transition* 14(7): 1–151 (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/178053/HiT-Moldova.pdf, accessed 18 October 2013).
- UNAIDS (2012). UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (<http://www.unaids.org/en/resources/publications/2012/name,76121,en.asp>, accessed 11 November 2013).
- WHO (2007). Plan to stop TBC in 18 high-priority countries in the WHO European Region, 2007–2015. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/pre-2009/plan-to-stop-tb-in-18-high-priority-countries-in-the-who-european-region,-20072015, accessed 18 October 2013).
- WHO (2010). European status report on alcohol and health 2010. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf, accessed 24 October 2013).
- WHO (2011a). Roadmap to prevent and combat drug-resistant tuberculosis. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2011/roadmap-to-prevent-and-combat-drug-resistant-tuberculosis, accessed 18 October 2013).
- WHO (2011b). Consolidated action plan to prevent and combat multidrug- and extensively drug-resistant TBC in the WHO European Region 2011–2015. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-first-session/documentation/working-documents/wd15-consolidated-action-plan-to-prevent-and-combat-multidrug-and-extensively-drug-resistant-tuberculosis-in-the-who-european-region-20112015, accessed 18 October 2013).
- WHO (2012a). Global Tuberculosis Report 2012. Geneva, World Health Organization (www.who.int/tb/publications/global_report/en/, accessed 18 October 2013).
- WHO (2013a). Practical Approach to Lung Health [web site]. Geneva, World Health Organization (www.who.int/tb/health_systems/pal/en/, accessed 26 October 2013).
- WHO (2013b). European health for all database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://data.euro.who.int/hfad/>, accessed 11 February 2013).
- World Bank (2013a). Moldova overview [web site]. Washington, DC, World Bank (<http://www.worldbank.org/en/country/moldova/overview>, accessed 11 November 2013).
- World Bank (2013b). Moldova economic update – April 2013 [web site]. Washington, DC, World Bank (<http://www.worldbank.org/en/news/feature/2013/04/10/moldova-economic-update>, accessed 11 November 2013).
- World Care Council (2006). The Patients' Charter for tuberculosis care. Viols-en-Laval, World Care Council (www.who.int/tb/publications/2006/istc_charter.pdf, accessed 26 October 2013).

FOAIA DE PARCURS PENTRU IMPLEMENTAREA RECOMANDĂRILOR EVALUĂRII

Acțiunile recomandate	Planul de implementare (trimestrul după recomandarea acțiunii)				Autoritățile responsabile
	T1	T2	T3	T4	
STRATEGIILE, STRUCTURA, BUGETUL ȘI PRINCIPALELE REALIZĂRI ÎN CADRUL N.T.P.					
Identificarea activă a suportului financiar suplimentar sau de alt gen din partea autorităților administrației publice locale pentru intervenții cost-eficiente	X	X	X	X	MS, autoritățile publice locale, NTP, partenerii naționali
Identificarea și asigurarea suportului financiar internațional sau de alt fel în Republica Moldova, inclusiv în regiunea transnistriană	X				MS, NTP, partenerii internaționali
Instituirea unei unități NTP centrale, cu capacități, autoritate tehnică și răspundere față de MS		X			MS
Crearea unui grup de lucru național pentru elaborarea unui plan strategic pentru asistența ambulatorie în vederea îmbunătățirii aderenței la tratament	X				MS, NTP
DEPISTAREA CAZULUI ȘI DIAGNOSTICUL					
Revizuirea grupurilor populaționale de risc pentru screening-ul la TBC	X				MS, NTP
Elaborarea protocoalelor naționale pentru depistarea activă a cazurilor și examinarea contacților		X			NTP
Folosirea consecventă a testului Xpert MTB/RIF	X	X	X	X	NTP
Asigurarea transportului eficient al probelor de spută pentru TSM	X				NTP, MS
Asigurarea confirmării bacteriologice și TSM pentru toți pacienții TBC	X	X	X	X	NTP
Instruirea personalului în testarea Xpert MTB/RIF		X	X		NTP
TRATAMENTUL ȘI CONDUITA CAZULUI					
Revizuirea politicilor de spitalizare și a planului de reducere a asistenței spitalicești în TBC				X	NTP
Alinierea stimulentei și a factorilor favorizanți disponibili din partea CNAM și grant-ul FG			X		NTP, partenerii naționali, CNAM

Acțiunile recomandate	Planul de implementare (trimestrul după recomandarea acțiunii)				Autoritățile responsabile
	T1	T2	T3	T4	
Documentarea, monitorizarea și evaluarea diverselor inițiative realizate în vederea îmbunătățirii conduitei cazului	X	X	X	X	NTP, partenerii naționali
Revizuirea criteriilor pentru asistența oferită de MMPSF			X		MMPSF, NTP
Revizuirea legislației în vigoare pentru a permite lucrătorilor nemedicali ai ONG-urilor să aplice proceduri simple, așa ca colectarea sputei și observarea administrării preparatelor antituberculoase			X		MS, NTP
Elaborarea protocolului pentru diagnosticul și tratamentul infecției TBC latente la adulți			X		NTP
TBC LA COPII					
Diseminarea printre clinicienii de la toate nivelurile a protocoalelor naționale privind conduita TBC la copil	X				NTP
Elaborarea unui algoritm specific pentru diagnosticul și tratamentul infecției TBC latente		X			NTP
Abandonarea revaccinării BCG la copiii de vârstă 6–7 ani		X			NTP, MS
Introducerea TCT înainte de vaccinare BCG		X			NTP, MS
TBC CU REZISTENȚĂ MEDICAMENTOASĂ					
Asigurarea TSM pentru toți pacienții	X	X	X	X	NTP
Monitorizarea și evaluarea reacțiilor adverse la ampicilină	X	X	X	X	NTP, AMDM
Elaborarea protocolului național privind îngrijirile paliative pentru TBC		X			NTP
Elaborarea și adoptarea cadrului juridic pentru folosirea compasională a remediilor antituberculoase		X	X		NTP, MS
TBC ȘI HIV					
Crearea unui subgrup de lucru în cadrul CNC pentru elaborate foi de parcurs pentru implementarea TBC/HIV		X			MS
Finalizarea implementării SIME-HIV și compararea încrucișată a datelor			X		NAP
Elaborarea mecanismelor ce ar asigura diagnosticarea TBC în rândul PTHIV fără risc de infectare TBC		X			NTP, NAP
Elaborarea unui mecanism pentru diagnostic adecvat și oportun, tratament și îngrijiri a infecției HIV în cadrul spitalului MDR-TBC de la Vorniceni	X	X			NTP

Acțiunile recomandate	Planul de implementare (trimestrul după recomandarea acțiunii)				Autoritățile responsabile
	T1	T2	T3	T4	
Planificarea și bugetarea TPI pentru toate cazurile cu infecție TBC latentă printre PTHIV		X			NAP
Revizuirea protocolului național privind conduita TBC/HIV		X			NTP
Revizuirea protocolului național privind conduita HIV/SIDA			X		NAP
CONTROLUL TBC ÎN PENITENCIARE					
Crearea unei comisii naționale în care să intre MS și MJ pentru dezbateră și convenirea asupra formelor directe și efective de colaborare	X				MS, MJ, NTP
Fortificarea colaborării tehnice cu autoritățile sanitare din sectorul civil și penitenciar din regiunea transnistriană	X				MS, MJ, NTP
Autoritățile de pe ambele maluri ale Nistrului: identificarea în comun și mobilizarea suportului financiar internațional sau de alt fel	X				NTP, MS, MJ
Asigurarea aprovizionării cu preparate antituberculoase de linia I și II în toate penitenciarele pe ambele maluri ale Nistrului	X	X	X	X	NTP, MS, MJ
Asigurarea controlului infecțios în izolatoarele de urmărire penală	X	X	X	X	MJ, NTP
Asigurarea monitorizării și supervizării tuturor instituțiilor penitenciare pe ambele maluri ale Nistrului	X	X	X	X	NTP
Fortificarea supravegherii tratamentului pacienților TBC după eliberarea din penitenciare	X	X	X	X	NTP, partenerii naționali
Planificarea corespunzătoare a tranziției asistenței medicale din penitenciare de la MJ la MS				X	NTP, MS, MJ
ALTE GRUPURI VULNERABILE ȘI DETERMINANTELE SOCIALE					
Crearea unei colaborări între NTP și Centrul național pentru prevenirea, diagnosticul și tratamentul diabetului zaharat (CNPDTD)			X		NTP, CNPDTD
Revizuirea legislației adoptate de MMPSF pentru includerea mai multor pacienți TBC în criteriile de eligibilitate pentru pensia de dizabilitate		X			NTP, MMPSF
Organizarea screening-ului și tratamentului afecțiunilor cauzate de consumul de alcool în rândul pacienților TBC			X		NTP

Acțiunile recomandate	Planul de implementare (trimestrul după recomandarea acțiunii)				Autoritățile responsabile
	T1	T2	T3	T4	
Elaborarea unei evaluări socioeconomice a pacienților pentru elaborarea unui plan individualizat de finalizare a tratamentului TBC	X				NTP
CONTROLUL INFECȚIOS ÎN TBC					
CNSP și NTP: elaborarea în comun a politicilor recomandate pe plan internațional pentru controlul infecțios al TBC		X			NTP, CNSP
Desemnarea comisiilor multidisciplinare la nivel central și periferic pentru elaborarea Planului Național de Control Infecțios și planurile locale de control infecțios		X	X		NTP, NCPH
Creșterea competențelor CNSP	X	X	X	X	NTP, partenerii naționali și internaționali, CNSP
Asigurarea educației continue a personalului din CNSP și NTP în materie de control infecțios al TBC	X	X	X	X	NTP, CNSP
Asigurarea ventilației mecanice în spitalul MDR-TBC de la Vorniceni (blocul vechi și nou) în regim non-stop	X	X	X	X	NTP
GESTIONAREA MEDICAMENTELOR ȘI A ALTOR BUNURI CONSUMABILE					
Revizuirea folosirii capreomicinei în conformitate cu profilul de rezistență al țării	X				NTP
Îmbunătățirea și simplificarea procedurilor de licitare prin introducerea mecanismelor de achiziție în comun și mecanisme de achiziții internaționale		X			MS
Aplicarea la FG pentru un grant pentru preparatele antituberculoase în doze pediatrice pentru întreaga țară și un grant pentru remediile antituberculoase de linia I pentru regiunea transnistriană	X				NTP
Achiziția preparatelor antituberculoase de linia I sub formă de combinații în doză fixă	X	X	X	X	NTP
Fortificarea farmacovigilenței	X	X	X	X	NTP
Planificarea finanțării suplimentare pentru tratamentul tuturor pacienților diagnosticați cu MDR-TBC înainte de epuizarea grant-ului FG				X	NTP, MS
MONITORIZARE ȘI EVALUARE					
Revizuirea SIME-TB potrivit recomandărilor evaluării		X	X		NTP

Acțiunile recomandate	Planul de implementare (trimestrul după recomandarea acțiunii)				Autoritățile responsabile
	T1	T2	T3	T4	
Desemnarea unui colaborator dedicat monitorizării și supervizării TBC responsabil pentru regiunea transnistriană	X				NTP, MS
Asigurarea validării lunare a datelor la distanță și generarea / interpretarea trimestrială (nu mai târziu de 2 săptămâni de la finele trimestrului) și anuală (către finele lunii aprilie) a rapoartelor	X	X	X	X	NTP
Revizuirea termenilor de referință pentru colaboratorii unității de monitorizare și unități de supervizare și instruire din cadrul NTP, cu creșterea competențelor acestora	X	X	X	X	NTP
Efectuarea supervizării tuturor instituțiilor TBC de bază	X	X	X	X	NTP
DEZVOLTAREA RESURSELOR UMANE					
Elaborarea unui plan al resurselor umane pentru NTP		X	X	X	NTP, MS
Sporirea beneficiilor profesionale legate de riscurile ocupaționale aferente TBC și stimulentele oferite prestatorilor TBC în funcție de rezultate		X	X	X	MS
STUDII OPERAȚIONALE					
Elaborarea agendei pentru studiile operaționale		X			
Efectuarea studiilor operaționale și documentarea bunelor practici			X	X	
ETICA ȘI DREPTURILE OMULUI					
Revizuirea criteriilor de excludere din tratamentul MDR-TBC folosite de consiliul național pentru MDR-TBC		X			NTP
Ducerea evidenței activității consiliului național pentru tratamentul MDR-TBC	X	X	X	X	NTP
Pregătirea unui plan pentru punerea în practică a legii privind izolarea involuntară și tratamentul la nivel rațional	X				NTP, autoritățile locale
P.C.M.S. ȘI IMPLICAREA COMUNITĂȚII					
Elaborarea unei strategii și plan național pentru PCMS		X	X		NTP, CNSP, partenerii naționali
Revizuirea tuturor materialelor PCMS	X				NTP, CNSP

Acțiunile recomandate	Planul de implementare (trimestrul după recomandarea acțiunii)				Autoritățile responsabile
	T1	T2	T3	T4	
Realizarea PCMS la nivel național			X	X	CNSP, partenerii naționali
Revizuirea componenței CNC	X				MS
Crearea unei platforme pentru ONG-urile active în domeniul TBC			X		MS
Traducerea și diseminarea cartei pacientului			X	X	NTP
SISTEMUL DE SĂNĂTATE ȘI CONTROLUL TBC					
Revizuirea poziției administrative a medicilor fiziatrilor din raioane		X			MS, NTP
Evaluarea și revizuirea mecanismelor financiare existente privind serviciile TBC ambulatorii și spitalicești		X			MS, NTP
Revizuirea programului de studiu pentru educația medicală pentru reflectarea mai bună a prevenirii și controlului MDR-TBC				X	MS, NTP
Introducerea PAL		X	X	X	NTP, MS
Dezvoltarea capacităților pentru întreținerea și deservirea periodică a echipamentului medical			X	X	MS
Stabilirea unei interconexiuni mai bune între SIME-TB și sistemul informatic medical			X		MS, NTP
Examinarea oportunității reducerii numărului de paturi TBC în Planul Național General al Spitalelor			X	X	MS, NTP
Elaborarea și aprobarea cadrului juridic pentru contractarea de către CNAM a ONG-urilor pentru prestarea serviciilor TBC		X			MS, partenerii naționali, NTP
Elaborarea și aprobarea cadrului juridic ce va permite prestarea serviciilor TBC în instituțiile medico-sanitare private		X			MS, NTP

Notă privind acronimele atribuite anumitor autorități: Ministerul Sănătății (MS); Ministerul Justiției (MJ); Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei (MMPSF); Centrul Național de Sănătate Publică (CNSP); Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM); Programul Național de profilaxie și control al Tuberculozei (NTP)

Note: principalele măsuri recomandate sunt evidențiate cu caractere albine

Anexa 2

MEMBRII ECHIPEI DE EVALUARE

Membrii echipei de evaluare (internaționali)

Sevim Ahmedov	Consilier tehnic senior pentru tuberculoză, USAID, Washington DC, SUA
Kai Blondal	Specialist în bolile respiratorii și membru al GLC regional pentru regiunea europeană a OMS, Reykjavik, Islanda
Andrei Dadu	Colaborator tehnic, programul TBC și M/XDR-TBC, BRE OMS, Copenhaga, Danemarca
Pierpaolo de Colombani	Colaborator tehnic, programul TBC și M/XDR-TBC, BRE OMS, Copenhaga, Danemarca (conducătorul echipei)
Smiljka de Lussigny	Colaborator tehnic, programul HIV/SIDA, ITS și hepatite virale, BRE OMS, Copenhaga, Danemarca
Nigor Muzafarova	Colaborator tehnic, programul TBC și M/XDR-TBC, BRE OMS, Copenhaga, Danemarca
Pierre Yves Norval	Specialist în sănătatea publică, directorul TBTEAM, Beaumont, Franța
Cristian Popa	Specialist în bolile respiratorii, Institutul "Marius Nasta", București, România
Oriol Ramis	Specialist în medicina comunitară, Barcelona, Spania
Sabine Ruesch-Gerdes	Șeful Laboratorului Național de Referință pentru micobacterii, Borstel, Germania
Jonathan Stillo	Antropolog, Universitatea Municipală din New York; membru internațional al Colegiului Nou European, București, România
Erika Vitek	Consilier tehnic senior pentru tuberculoză, USAID, Kiev, Ucraina

Membrii echipei de evaluare (naționali)

Victor Burinschi	Director de program, UCIMP, Chișinău
Silviu Ciobanu	Coordonator de program maladii transmisibile, OMS, Chișinău, Republica Moldova
Victoria Petrică	Coordonator de program, UCIMP, Chișinău
Valeriu Crudu	Coordonator de program, PAS, Chișinău
Rita Seicaș	Coordonator de program, PAS, Chișinău
Ecaterina Axenti	Unitatea de monitorizare și evaluare, IFP
Ilie Cernenco	Unitatea de monitorizare și evaluare, IFP

Alți membri

David Kokiashvili	Specialist în monitorizare și evaluare, Global Fund, Geneva, Elveția
Tatiana Vinichenko	Manager de portofoliu, Fondul Global, Geneva, Elveția

Traducători

Natalia Romandaș
Maria Postevca
Elisaveta Onofreiciuc
Tatiana Kuzminov

Anexa 3

AGENDA EVALUĂRII PROGRAMULUI

Luni, 4 februarie 2013			
09.00 – 09.45	Ședința de informare cu Ministerul Sănătății (toți evaluatorii internaționali) Local: Ministerul Sănătății		
10.00 – 12.30	Ședința comună a experților internaționali și naționali Local: hotelul LeoGrand		
13.30 – 16.00	Prezentări și dezbateri: <ul style="list-style-type: none">Reformele în derulare / preconizate de MS (foaia de parcurs, restructurarea spitalelor, reformele sănătății publice, AMP) și cadrul juridic relevant pentru NTP		
16.30 – 17.30	Prezentări și dezbateri (continuare): <ul style="list-style-type: none">Corelarea NTP cu sistemul sănătății, resursele umane, finanțare etc.NTP: structură, scopuri, obiectivele trasate, gestionare, progrese realizate		
Marți–vineri, 5–8 februarie 2013 (vizite în teritoriu, vezi Anexa 4)			
Sâmbătă, 9 februarie 2013			
09.00 – 11.00	Lucrul în grup privind vizitele în teritoriu: pregătirea prezentărilor și a rapoartelor		
11.00 – 17.00	<ul style="list-style-type: none">Dezbaterile vizitelor în teritoriu în ședință plenară: prezentările fiecărei echipe ce a avut deplasări în teritoriu și dezbaterile acestora; pregătirea rapoartelor privind vizitele în teritoriuRedistribuirea experților (internaționali și naționali) în noi grupuri în funcție de domeniile tematice și în baza capitolelor raportului de evaluare Local: hotelul LeoGrand		
Duminică, 10 februarie 2013			
	Continuarea lucrului în grup al echipelor Local: hotelul LeoGrand		
Luni, 11 februarie 2013			
09.00 – 12.00	<ul style="list-style-type: none">Depozitul TBC centralLaboratorul Național de Referință TB	<ul style="list-style-type: none">IFP	<ul style="list-style-type: none">Managerul NTPMS (direcția finanțe)
14.00 – 16.45	<ul style="list-style-type: none">Agenția Națională a MedicamentuluiCNSP	<ul style="list-style-type: none">AMT RâșcaniAMT Botanica	<ul style="list-style-type: none">CNAMMMPSF
17.00 – 18.00	Totalizare (toți interviuatorii): concluzii și recomandări Local: hotelul LeoGrand		
Marți, 12 februarie 2013			
09.00 – 12.00	Masă rotundă <ul style="list-style-type: none">PAS, ChișinăuUCIMP, ChișinăuFundația Soros Moldova, ChișinăuAFI, ChișinăuSMIT, BălțiSperanța Terrei, Bălți Local: hotelul LeoGrand		

14.00 – 16.45	<ul style="list-style-type: none">• USMF (educația continuă; formarea profesională medicală)• MS (resurse umane)• CNSP	<ul style="list-style-type: none">• Spitalul TBC Municipal• NTP (unitatea de monitorizare)• CNMS	<ul style="list-style-type: none">• UNAIDS• Centrul Național pentru Prevenirea, Diagnosticul și Tratamentul Complicațiilor Diabetului Zaharat
17.00 – 18.00	Totalizare (toți interviatorii): concluzii și recomandări Local: hotelul LeoGrand		
Miercuri, 13 februarie 2013			
09.00 – 12.00	<ul style="list-style-type: none">• Parteneriatul public-privat cu Moldcell	<ul style="list-style-type: none">• MJ (DIP)• Penitenciarul Pruncul	<ul style="list-style-type: none">• Banca Mondială
14.00 – 16.45	<ul style="list-style-type: none">• SDMC	Masă rotundă Local: hotelul LeoGrand <ul style="list-style-type: none">• Organizația Internațională a Migrației (IOM)• UNICEF• UNODC• UNDP	
17.00 – 18.00	Dezbaterea principalelor constatări și recomandări (toți evaluatorii) Local: hotelul LeoGrand		
Joi, 14 februarie 2013			
09.00 – 11.00	Dezbaterea principalelor constatări și recomandări <ul style="list-style-type: none">• IFP• PAS• UCIMP• MS		
11.30 – 12.30	Întrevedere cu Ministerul Sănătății		
14.00 – 16.30	Lucru în grupuri Local: hotelul LeoGrand		
16.45 – 18.00	Dezbaterea principalelor constatări și recomandări Local: hotelul LeoGrand		
Vineri, 15 februarie 2013			
09.00 – 11.00	Totalizare: principalele constatări și recomandări ale evaluării <ul style="list-style-type: none">• IFP• PAS• UCIMP• MS		
13.00 – 15.00	Totalizare: coordonare și logistică Local: hotelul LeoGrand		

Anexa 4

PROGRAMUL VIZITELOR ÎN TERITORIU

Echipa 1 (Sud): P de Colombani (coordonatorul echipei de evaluare), S Ahmedov, J Stillo, E Vitek, D Kokiashvili, V Burinschi, V Petrică, S Ciobanu	
Mărti, 5 februarie 2013	
09.30 – 12.30	Raionul Cimișlia : spitalul raional; centrul medicilor de familie, cabinetul medicului ftiziatru Ecaterinovca : oficiul medicilor de familie
15.00 – 18.00	Raionul Cantemir : spitalul raional; centrul medicilor de familie, cabinetul medicului ftiziatru Satul Gotești : oficiul medicilor de familie
Miercuri, 6 februarie 2013	
09.30 – 13.00	Comrat (UTA Găgăuzia): centrul medicilor de familie, cabinetul medicului ftiziatru, magazinul alimentară Satul Chirsova : oficiul medicilor de familie
15.30 – 18.00	Raionul Cahul : spitalul raional, cabinetul medicului ftiziatru; secția TARV; centrul comunitar
Joi, 7 februarie 2013	
09.00 – 12.00	Raionul Anenii-Noi : spitalul raional, cabinetul medicului ftiziatru; centrul medicilor de familie; grup de medicii de familie
14.30 – 18.00	Raionul Ștefan-Vodă : centrul medicilor de familie, cabinetul medicului ftiziatru Satul Ermoclia : oficiul medicilor de familie
Vineri, 8 februarie 2013	
09.00 – 10.00	Tiraspol (regiunea transnistriană): întrevedere cu autoritățile sanitare centrale
10.15 – 13.30	Tiraspol (regiunea transnistriană): dispensarul municipal TBC; centrul SIDA; centrul social
15.30 – 18.30	Satul Parcani : centrul medical sătesc (cabinetul medicului ftiziatru) Bender (regiunea transnistriană): spitalul TBC, laboratorul regional de referință TBC

Echipa 2 (Nord): PY Norval (coordonatorul echipei), N Muzafarova, S Ruesch-Gerdes, C Popa, V Crudu, E Axenti	
Mărti, 5 februarie 2013	
09.30 – 12.00	Raionul Florești : AMP și cabinetul medicului ftiziatru din staționar; paturi spitalicești TBC
15.00 – 17.30	Raionul Soroca : AMP și cabinetul medicului ftiziatru din secția consultativ-diagnostică (raională); paturi spitalicești TBC Satul Zastinca : oficiul medicilor de familie
Miercuri, 6 februarie 2013	
09.30 – 12.00	Municipiul Bălți : spitalul municipal (staționar / secția consultativ-diagnostică, TBC/HIV, pediatrie, MDR); laboratorul regional de referință
15.00 – 17.30	Raionul Sângerei : AMP și cabinetul medicului ftiziatru din secția consultativ-diagnostică Satul Belicenii-Vechi : oficiul medicilor de familie
Joi, 7 februarie 2013	
10.00 – 12.00	Râbnita : spitalul raional (cabinetul medicului ftiziatru, centru comunitar, secția TARV)

14.30 – 17.00	Raionul Rezina : AMP și cabinetul medicului ftiziatru din secția consultativ-diagnostică; centrul comunitar Satul Țareuca : oficiul medicilor de familie
Vineri, 8 februarie 2013	
09.30 – 12.00	Raionul Dondușeni : AMP și cabinetul medicului ftiziatru din secția consultativ-diagnostică Satul Târnova : centru de reabilitare a copiilor cu TBC

Echipa 3 (Centru): A Dadu (coordonatorul echipei), K Blondal, O Ramis, I Cernenco	
Martți, 5 februarie 2013	
09.30 – 12.00	Raionul Strășeni : AMP și cabinetul medicului ftiziatru din secția consultativ-diagnostică; centrul comunitar Satul Sireți : oficiul medicilor de familie
15.00 – 17.30	Raionul Ungheni : AMP și cabinetul medicului ftiziatru din secția consultativ-diagnostică; centrul comunitar Satul Costuleni : oficiul medicilor de familie
Miercuri, 6 februarie 2013	
09.00 – 16.30	Tiraspol (regiunea transnistriană): penitenciarul 2, penitenciarul 3
Joi, 7 februarie 2013	
09.30 – 12.00	Raionul Ialoveni : AMP și cabinetul medicului ftiziatru din secția consultativ-diagnostică; centrul comunitar Satul Costești : oficiul medicilor de familie
14.30 – 17.00	Raionul Hâncești : AMP și cabinetul medicului ftiziatru din secția consultativ-diagnostică; centrul comunitar Satul Lapușna : oficiul medicilor de familie
Vineri, 8 februarie 2013	
09.00 – 13.00	Vorniceni : spitalul MDR-TBC, laboratorul regional de referință
15.30 – 17.30	Raionul Criuleni : AMP și cabinetul medicului ftiziatru din secția consultativ-diagnostică; centrul comunitar

Anexa 5

PROFESIONIȘTII INTERVIEVAȚI

CHIȘINĂU

Institutul de Sănătate și Asistență Medico-Socială

Dorin Rotaru

director

Agenții internaționale

Cornel Rîșcanu

manager, programe de sănătate, UNICEF

Angela Capcelea

coordonator de program, UNICEF

Ina Tcaci

coordonator de program, UNODC

Dumitru Vasilescu

proiectul MAF, PNUD

Semion Terzioglo

coordonator de program, IOM

Irina Guban

coordonator, sectorul sănătății și social, Banca Mondială

Jarno Habicht

reprezentantul de țară, OMS

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

Constantin Iavorschi

șef, Catedra de Ftiziopneumologie

Aurelia Ustian

conferențiar, Catedra de Ftiziopneumologie

Stela Culcițaia

conferențiar, Catedra de Ftiziopneumologie

Adrian Cotelea

conferențiar, Catedra de Ftiziopneumologie

Vasile Zlepca

conferențiar, Catedra de Ftiziopneumologie

Evelina Lesnic

conferențiar, Catedra de Ftiziopneumologie

Valentina Vilc

șef de studii, Catedra de Ftiziopneumologie

Viorel Prisăcari

șef, Catedra de Epidemiologie

Ministerul Sănătății

Andrei Usatîi

ministru

Cristina Gaberi

șef, Direcția Programe Naționale

Svetlana Cotelea

șef, Direcția Sănătate Publică

Lilia Gantea

director, Direcția Finanțe și Buget

Aliona Andronatii

director, Asistența Medicală Spitalicească

Marcela Țîrdea

director, Unitatea de Monitorizare și Evaluare

Adriana Tudor

consilier

Andrei Matei

șef, Direcția Finanțe, Buget și Asigurări în Sănătate

Andrei Romancenco

șef, Direcția Managementul Resurselor Umane

Ministerul Justiției

Veaceslav Ceban

director, Departamentul Instituții Penitenciare

Svetlana Doltu

șef, Serviciul Medical, Departamentul Instituții Penitenciare

Angela Ciubotaru

director adjunct, Serviciul Medical, Departamentul Instituții Penitenciare

Irina Barbîroș

director adjunct, Organizare și Medicină Preventivă, Departamentul Instituții Penitenciare

Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei

Oleg Barcari

șef, Direcția Reforma Asistenței Sociale

Diana Doros

Direcția politici de asigurare a egalității de gen și prevenirea violenței

Spitalul Clinic Municipal de Ftziopneumologie

Maria Cetulean	director
Vasile Popa	director adjunct
Carmina Paladi	șef, Secția Terapie 1
Galina Demișcan	șef, Secția Terapie 2
Lidia Marcoci	șef, Secția Tratament Pediatric
Margareta Martiniuc	șef, Laborator
Liudmila Egorova	șef, Farmacie

Centrul Național pentru Prevenirea, Diagnosticul și Tratamentul Complicațiilor Diabetului Zaharat

Natalia Pălărie	director
-----------------	----------

Centrul Național de Sănătate Publică

Stela Gheorghiță	director adjunct
Ștefan Gheorghiță	director adjunct
Anatolie Melnic	coordonatorul Programului Național de Imunizări
Ecaterina Busuioc	specialist în infecții nosocomiale, Centrul SIDA

Agenția Medicamentului

Alexandru Coman	director
Ludmila Bumacov	director adjunct
Silvia Cebotari	Departamentul Achiziții
Elvira Istratii	Departamentul Farmacovigilență

Compania Națională de Asigurări în Medicină

Iurie Osoianu	director adjunct
---------------	------------------

Spitalul Republican de Dermatologie și Maladii Comunicabile

Iulian Oltu	director
Lucia Pîrîțînă	director adjunct, coordonatorul Programului Național de control HIV/SIDA
Svetlana Popovici	doctor infecționist specialist în domeniul TARV
Rodica Băț	laborant
Maria Supostat	asistenta medicală șefă

Institutul de Ftziopneumologie "Chiril Draganiuc"

Liliana Domete	director, managerul NTP
Ana Ciobanu	director adjunct
Sofia Alexandru	director adjunct
Constantin Iavorschi	director adjunct
Ecaterina Axenti	medic, Unitatea de Monitorizare și Evaluare
Ilie Cernenco	medic, Unitatea de Monitorizare și Evaluare
Ana Donica	șef, secția MDR-TBC
Lidia Rivneac	șef, secția TBC
Alexandru Buga	epidemiolog
Elena Romancenco	șef, Laboratorul Național de Referință pentru TBC
Ecaterina Stratan	medic laborant, Laboratorul Național de Referință pentru TBC
Nadejda Țurcan	medic laborant, Laboratorul Național de Referință pentru TBC
Angelina Djugostran	șef, Farmacie

ONG-uri

Victor Volovei	director executiv, UCIMP
Victoria Petrică	coordonator de program, UCIMP
Victor Burinschi	director de program, UCIMP
Viorel Soltan	director, PAS
Andrei Moșneaga	director de program, PAS
Valeriu Crudu	coordonator de program, PAS
Rita Seicaș	PAS
Liliana Caraulan	PAS
Lilian Severin	director, AFI
Feodora Rodiucova	președinte, Speranța Terrei
Oxana Rușineanu	președinte, SMIT
Nina Tudoreanu	director de proiect, “Pentru Prezent și Viitor”
Liliana Gherman	director, programul sănătate publică, Fundația Soros Moldova
Vitalie Slobozian	coordonator de program resurse umane, Fundația Soros Moldova

Spitalul Penitenciar Pruncul

Mihaela Manea	șef adjunct, sănătatea în penitenciar
---------------	---------------------------------------

Asociația Medicală Teritorială, Botanica

Victor Puiu	director
Tamara Codreanu	director adjunct
Viorica Ciubotaru	medic ftiziatru
Ludmila Burlacu	asistent medical TBC
Lidia Sula	asistent medical TBC
Ludmila Dubina	medic de familie

Asociația Medicală Teritorială, Râșcani

Valentina Pîslari	director
Elena Rotaru	director adjunct
Larisa Diordieva	medic ftiziatru
Elena Roșca	asistent medical TBC
Olga Rusnac	infecționist, testare și consiliere HIV

RAIOANE

Anenii-Noi

Ludmila Rebdev	medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Carolina Stratan	medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie

Bălți

Raisa Barbuță	coordonator TBC raional
Aglaia Crăciun	șef, secția consultativ-diagnostică, Spitalul Municipal
Elena Bălan	medic ftiziatru, secția consultativ-diagnostică, Spitalul Municipal
Vera Dubciac	medic ftiziatru, secția consultativ-diagnostică, Spitalul Municipal
Nina Eșan	șef, secția MDR TBC, Spitalul Municipal
Raisa Gițu	șef, secția TBC, Spitalul Municipal
Ala Ivanova	șef, secția TBC pediatrie, Spitalul Municipal

Petru Alexandriuc	șef, secția medicală, Spitalul Municipal
Valentina Borș	asistent medical senior pentru TBC, Spitalul Municipal
Angela Vasilian	asistent medical statistician, Spitalul Municipal
Nadejda Priscu	șef, Laboratorul Regional de Referință
Victor Bălan	laborant, Laboratorul Regional de Referință
Zinaida Solcan	laborant, Laboratorul Regional de Referință
Elizaveta Cojocari	laborant, Laboratorul Regional de Referință

Bender (Transnistria region)

Nelea Obezzenko	Acting Director, TBC Hospital
Alexandr Gribanov	Head, MDR-TBC Ward, TBC Hospital
Anzhela Malenkaya	Senior Nurse, MDR-TBC Ward, TBC Hospital
Victor Onufrienko	Head, Treatment Ward 3, TBC Hospital
Tatiana Maxim	Head, Regional Reference Laboratory, TBC Hospital
Alevtina Rudenko	Head, Pharmacy, TBC Hospital
Vera Moldovan	Assistant Medic ftiziatru, Health Centre, Parcani village

Cahul

Olga Dermenji	coordonator, Centru Comunitar
Vasile Saporet	medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Alexandru Chedruc	medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Olga Pleșca	medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie

Cantemir

Nicolae Bădănaș	medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Felixa Butuc	medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Feodosia Diacenco	medic de familie, Oficiul Medicului de Familie, Gotești

Cimișlia

Vitalie Gorodnici	medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Maria Caitas	medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Iulia Vlas	medic de familie, Oficiul Medicului de Familie, Ecaterinovca

Comrat (Găgăuzia)

Anastasia Țurcan	medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Maria Cora	medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Feodosia Mesa	medic de familie, Oficiul Medicului de Familie, Chirsova

Criuleni

Nicolae Covalciuc	medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
-------------------	--

Dondușeni

Tatiana Bețivu

Elena Rusu

Ludmila Prisăcari

Veronica Sorocean

Raisa Carazan

Raisa Furtună

Lidia Cernei

Vitalie Pricop

Silvia Drumea

Parascovia Saragova

Svetlana Galușnic

Tatiana Gurieva

Emil Volcanovici

Galina Sliusari

Victor Josan

director, Centrul de Reabilitare a Copiilor cu TBC, Tîrnova

șef de secție, Centrul de Reabilitare a Copiilor cu TBC, Tîrnova

asistent medical superior, Centrul de Reabilitare a Copiilor cu TBC, Tîrnova

șef, secția educație, Centrul de Reabilitare a Copiilor cu TBC, Tîrnova

profesor, Centrul de Reabilitare a Copiilor cu TBC, Tîrnova

educator, Centrul de Reabilitare a Copiilor cu TBC, Tîrnova

asistent medical psihoterapeut, Centrul de Reabilitare a Copiilor cu TBC, Tîrnova

director, Spitalul Raional

coordonator TBC raional

medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie

asistent medical, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie

laborant, Centrul Medicilor de Familie

director adjunct, Centrul Medicilor de Familie

medic de familie, Centrul Medicilor de Familie

medic de familie, Centrul Medicilor de Familie

Florești

Ion Manole

Lidia Cislari

Tatiana Rotaru

Lidia Graur

Svetlana Ursu

Ala Galacova

Lolita Șvet

Lidia Bălan

Livia Lăcustă

director adjunct, Spitalul Raional

coordonator TBC raional

medic ftiziatru, secția TBC, Spitalul Raional

asistent medical TBC, secția TBC, Spitalul Raional

asistent medical TBC, secția TBC, Spitalul Raional

laborant, Spitalul Raional

medic ftiziatru, secția consultativ-diagnostică, Spitalul Raional

senior TBC, secția consultativ-diagnostică, Spitalul Raional

asistent medical TBC, secția consultativ-diagnostică, Spitalul Raional

Hâncești

Mihai Cocervei

Miron Popa

Ana Rusu

medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie

medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie

medic de familie, Oficiul Medicului de Familie, Lapușna

Ialoveni

Grigore Profir

Zinaida Bălan

Valeriu Cernid

Gheorghe Negru

medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie

medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie

medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie

medic de familie, Oficiul Medicului de Familie, Costești

Rezina

Nina Postu	coordonator TBC raional
Ana Grițco	asistent medical TBC, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Maria Ceban	asistent medical TBC, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Minodora Dobrovolscaia	laborant, Centrul medicilor de familie
Larisa Grițco	psiholog, Centru Comunitar
Nina Gorea	asistent medical TBC, Centru Comunitar

Rîbnița (regiunea transnistriană)

Anatol Gîrlea	director, spitalul raional
Natalia Antoniu	coordonator TBC raional
Oxana Gonciar	asistent medical TBC, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Irina Casatchina	laborant, Centrul Medicilor de Familie
Cristina Gumennaia	șef, Centru Comunitar
Boris Cegrineț	Centrul Raional pentru tratamentul HIV, Spitalul Raional

Sângerei

Ilie Vizir	coordonator TBC raional
Iurie Vieru	medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Rodica Vieru	asistent medical TBC, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Felixa Corotinscaia	asistent medical TBC, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Tatiana Rusu	laborant, Centrul Medicilor de Familie
Angela Ginju	asistent medical, Oficiul Medicului de Familie, Belicenii-Vechi

Soroca

Olga Șamaev	coordonator TBC raional
Silvia Pîslari	medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul medicilor de familie
Zinaida Scoruc	asistent medical senior pe TBC, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Lidia Țurcan	asistent medical TBC, Cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Taisia Gostanari	laborant, Centrul Medicilor de Familie
Oleg Cupriev	șef, secția TBC, Spitalul Raional
Galina Frunze	asistent medical senior pe TBC, Spitalul Raional
Ana Chiperi	asistent medical pentru proceduri, Spitalul Raional
Valeriu Sochircă	asistent medical, Oficiul Medicului de Familie, Zastinca
Maia Mînăscuță	asistent medical, Oficiul Medicului de Familie, Zastinca

Ștefan-Vodă

Boris Moraru	medic ftiziatru, Cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Parascovia Boian	pediatru TBC, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie

Ivan Niculiță	medic de familie, Oficiul Medicului de Familie, Ermoclia
Strășeni	
Gheorghe Damaschin	medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, Centrul Medicilor de Familie
Eugen Nichiforeac	coordonator TBC și psiholog, Centru Comunitar
Lilia Balaur	medic de familie, Oficiul Medicului de Familie, Sireți
Tiraspol (regiunea transnistriană)	
Vasilii Gumennîi	șef, autoritățile sanitare centrale din regiunea transnistriană
Kirill Burciu	șef adjunct, autoritățile sanitare centrale din regiunea transnistriană
Elena Palii	consilier juridic, autoritățile sanitare centrale din regiunea transnistriană
Oxana Dolgușeva	managerul programului TBC din regiunea transnistriană
Nina Loseva	coordonator TBC pentru Tiraspol și 3 comunități din Slobozia
Tatiana Alexeenco	șef, secția ambulatorie TARV, Dispensarul Municipal de Tuberculoză
Natalia Sazonova	șef, laboratorul TARV, Dispensarul Municipal de Tuberculoză
Xenia Belevici	șef, Centrul de Suport Social pentru Persoanele ce trăiesc cu HIV
Petr Zubreiciuc	șef adjunct, autoritățile centrale de justiție
Veceslav Pozdniacov	director, Centrul Medical și de Asistență Socială, autoritățile centrale de justiție
Anatolii Fraseniuc	director în exercițiu, penitenciarul 3
Andrei Golșa	inspector sanitar senior și epidemiolog, autoritățile centrale de justiție
Ungheni	
Ion Buiciuc	medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, centrul medicilor de familie
Emilia Daduș	medic ftiziatru, cabinetul medicului ftiziatru, centrul medicilor de familie
Maria Păduraru	medic de familie, Oficiul Medicului de Familie, Costuleni
Vorniceni	
Victor Vovc	director, Spitalul MDR-TBC
Grigore Rusu	șef, secția tratament MDR-TBC, Spitalul MDR-TBC
Timofei Popescu	șef, Laboratorul Regional de Referință pentru TBC, Spitalul MDR-TBC

Anexa 6

PROFILURILE PACIENȚILOR INTERVIEWAȚI

Echipa de evaluare a organizat 2 focus-grupuri cu pacienții în incinta IFP și a Spitalului Clinic Municipal de Ftiziopneumologie din Chișinău. În primul grup au fost incluși 4 pacienți cu MDR-TBC luați în tratament pentru prima oară, iar în grupul al doilea – 5 pacienți cu MDR-TBC anterior pierduți din supravegherea tratamentului. Pe durata celor 2 săptămâni ale evaluării au mai fost organizate interviuri suplimentare cu pacienții, diverse ca durată. Focus-grupurile și interviurile au fost organizate în limbile română și rusă (cu traducere consecutivă), în funcție de preferințele pacienților.

Kolea este un bărbat cu MDR-TBC de circa cincizeci de ani, este căsătorit și are o fiică mică. Soția acestuia activează într-un depozit din Călărași în Republica Moldova. Kolea a activat în construcții ca migrant mai mult de 20 ani, făcând repetat naveta pentru câteva luni în Ucraina sau Federația Rusă, întorcându-se ulterior acasă. Kolea a descris condițiile deplorabile de trai și muncă cât a fost migrant. Acesta a relatat: “Noi lucrăm pentru a ne întreține familiile și uităm de existența noastră”. Dânsul s-a plâns că a trăit în condiții foarte aglomerate, în care mai mulți bărbați partajau același apartament și tot la ce se gândeau aceștia era să aducă bani acasă. Dânsul a mai relatat că nu erau suficiente produse alimentare: “Când aveam mâncare, mâncam; când nu aveam mâncare, nu mâncam. Nu este frig afară pentru că este vara, însă condițiile sunt foarte rele”. În timpul aflării sale în Federația Rusă în vara anului 2012, Kolea a început să tușească foarte mult în ultima lună de lucru. Nu s-a adresat pentru a primi tratament fiind acolo, a cumpărat preparate antitusive eliberate fără prescripție medicală și a continuat să lucreze până la sfârșitul contractului. Tusea nu s-a rezolvat și atunci când s-a întors în Moldova (unde are asigurare medicală), fiind diagnosticat primar cu MDR-TBC. Kolea a luat legătura cu ceilalți moldoveni cu care lucra în Federația Rusă, însă nici unul din aceștia nu prezenta careva simptome. Kolea nu știe dacă era deja bolnav când a ajuns în Federația Rusă sau dacă s-a infectat fiind acolo. Când a fost întrebat cum a reacționat atunci când a fost diagnosticat, acesta a afirmat: “Cel mai greu a fost să aud că am tuberculoză”. Dânsul nu cunoștea foarte multe despre boală, doar că este “o boală dificilă: nu știam dacă te poți vindeca sau nu. Credeam că doar foarte puțini oameni pot fi tratați”. Acum dânsul afirmă că “putea susține un examen în materie de TBC”, adică că ar cunoaște foarte multe despre aceasta. Era ferm convins că va finaliza tratamentul, însă situația economică de acasă ar fi o provocare. Kolea este îngrijorat de ceea ce i se va întâmpla când se va întoarce acasă. Dânsul afirmă că va fi “încă o gură de hrănit” pentru ai săi, deoarece nu va fi apt de muncă în ultimele 18 luni de tratament. S-ar putea ca acesta să nu mai fie în stare să se reîntoarcă la munca dificilă din construcții pe care a efectuat-o de-a lungul ultimelor două decenii. Dânsul a relatat că pensia de 100 lei moldovenești (aproximativ 8 dolari SUA) pe care o va primi ca pacient TBC nu va fi suficientă pentru a-și întreține familia, chiar și în condițiile în care soția sa continuă să lucreze.

Cristina este o femeie de circa 70 ani, originară din nordul țării, este îmbrăcată toată în haine roșii din lână, are unghii lungi cu manichiură și este dispusă să vorbească în fața grupului.

Dânsa a fost diagnosticată cu MDR-TBC după câteva tentative de tratament nereușit al pneumoniei. Dânsa este în prezent pensionată, fost conductor de tramvai, care se plânge că pensia sa este prea mică deoarece anii lucrați în Ucraina nu au fost luați în calcul. Până să fie diagnosticată cu TBC, dânsa locuia într-un sat, îngrijind de micul nepot, în timp ce fiul său și nora lucrau în Moscova și Kiev respectiv. Fiul său a activat anterior într-un colhoz, însă când dânsa s-a îmbolnăvit prima oară acesta s-a văzut nevoit să-și lepede serviciul acolo. Acum fiul lucrează în construcții în Federația Rusă. Chiar dacă dispunea de poliță de asigurare medicală, Cristina a amânat adresarea la medic, lecuindu-se cu ceaiuri și miere. În final, au trecut 3 luni de la debutul simptomelor și primirea tratamentului TBC. Inițial, i-a fost stabilit diagnoza de pneumonie, fiind nevoită să achite 450 lei (circa 38 dolari SUA) pentru o cură de 10 injecții costisitoare cu antibiotici. Antibioticii nu au soluționat problema; la fel n-a ajutat nici spitalizarea ulterioară cu pneumonie. Din spusele acesteia, când a fost transferată în spital la Chișinău, dânsa era aproape moartă. Medicii și asistenții medicali s-au aflat în permanență la patul ei în primele 4 zile, fapt pentru care își exprimă aprecierea profundă pentru îngrijirile primite. Cristina a izbucnit în lacrimi de câteva ori pe durata desfășurării focus-grupurilor. Ea își face griji pentru nepotul său, care este acum îngrijit de un vecin în etate. Pentru dânsa cel mai mare motiv de îngrijorare este cum va supraviețui atunci când va fi externată din spital. Condițiile la domiciliu sunt rele pentru ea. Dânsa a relatat că nu are încălzire și că este foarte scump de încălzit apa pentru baie cu electricitate. Costul pentru electricitate din factura primită recent se ridică la 502 lei (aproximativ 42 dolari SUA), inclusiv și pentru o sumă datorată din lunile precedente. Această sumă depășește pensia sa pe motiv de vârstă de 500 lei. Cristina a afirmat că este foarte norocoasă să se fi aflat în spital în timpul iernii, economisind bani pe încălzire. Atunci când a fost întrebată despre cum vor sta lucrurile când va reveni acasă pentru faza de continuare, dânsa a afirmat: “Nu pot să-mi imaginez – uneori parcă n-aș vrea să plec [din spital]”. Cristina a menționat că ajutorul material ar ușura finalizarea tratamentului pentru pacienți ca dânsa. Referindu-se la costul de a fi bolnav (chiar și atunci când asistența este oferită gratuit), dânsa a menționat că spitalizarea – fie într-un spital raional sau în capitală – costă bani: “Trebuie să te pregătești pentru spitalizare economisind bani pentru transport, mâncare și hainele pe care trebuie să le ai cu tine”. Ea a mai specificat că în spitalul de ftiziopneumologie nu se obișnuiește să faci plăți neoficiale, însă astfel de plăți sunt necesare în alte părți ale sectorului sănătății. Unul din aspectele mai tulburătoare din istoria Cristinei este că a fost inițial spitalizată în secția pentru TBC sensibilă la medicamente și doar după ce i-a fost stabilită diagnoza de MDR-TBC după 6 săptămâni dânsa a fost transferată în secția pentru MDR-TBC. Dat fiind faptul că testul Xpert MTB/RIF este disponibil pe loc, diagnoza corectă urma să fi fost stabilită în câteva zile, nu săptămâni.

Serghei este un bărbat liniștit de circa 40 ani, care a lucrat în Chișinău ca instalator de geamuri timp de 15 ani. dânsul este căsătorit și locuiește împreună cu soția și 2 copii (15 și 4 ani respectiv). Din cauza lipsei asigurării medicale, acesta nu s-a adresat după asistență medicală timp de 2 luni de la debutul simptomelor. Serghei a relatat că la început s-a simțit foarte slăbit și transpira profund noaptea. Către momentul adresării la medic, el a slăbit deja cu 13 kg. De când a început tratamentul pentru MDR-TBC, Serghei nu și-a văzut soția și copiii în ultimele 5 luni. El se teme că-i va infecta.

Mircea este un bărbat de 28 ani din vecinătatea lui Ștefan-Vodă. Dânsul locuiește cu soția și părinții în etate. Mircea a activat în construcții de la vârsta de 18 ani, mai întâi – în România, apoi – în Federația Rusă. Deși familia acestuia nu este înstărită, casa lor este una din cele mai drăguțe din sat, deoarece are un gard din piatră construit în jur, curtea este pavată în mozaică din cărămizi și are o poartă nouă. Mircea este mândru de lucrările pe care le-a făcut acasă, care au fost posibile datorită banilor economisiți lucrând în Federația Rusă. Mircea a relatat grupului că în Federația Rusă locuia într-un apartament împreună cu alți 4 bărbați ce activau în construcții când a început să simtă dureri în piept. Nu s-a adresat după asistență medicală acolo, însă când s-a revenit în Moldova, chiar dacă nu avea asigurare medicală, s-a adresat într-o clinică din orașul adiacent și a fost diagnosticat cu pneumonie. Aceasta a urmat o cură de antibiotici, pentru care a plătit din propriul buzunar, însă durerea în piept nu trecea. A mai fost la vreo 2 alți medici și de fiecare dată a fost tratat de pneumonie cu antibiotici, toate fiind achitate din buzunar. Cel de-al treilea medic a solicitat un test al sputei, însă acesta s-a dovedit a fi negativ. Medicul i-a sugerat să se adreseze într-o clinică privată pentru efectuarea bronhoscopiei (pentru care a fost nevoit să achite 235 lei moldovenești – circa 20 dolari SUA). Acesta a urmat procedura, iar rezultatul investigației s-a dovedit pozitiv pentru TBC sensibilă la medicamente. La momentul diagnosticului, Mircea nu cunoștea nimic despre TBC, însă acum afirmă că știe deja foarte multe. Dânsul a clarificat că la început dormea în altă odaie, separat de soția sa și că la moment se folosește în continuare de un set separat de tacâmuri (ce i-a fost sugerat la spital). Dânsul este aproape de finalizarea tratamentului și-și dorește să revină la lucru. Când a fost bolnav, el s-a văzut nevoit să împrumute o mulțime de bani de la prieteni pentru a supraviețui. Mircea a spus că a fost norocos că a avut de la cine împrumuta, însă trebuie să revină la lucrul său în construcții pentru a putea întoarce datoriile.

Olga este o femeie tânără, elegant îmbrăcată, de circa 25 ani din Chișinău, care lucrează casier într-un magazin alimentar. Când a revenit de la mare în august 2012, aceasta a fost supusă fluorografiei obligatorii anuale (impusă tuturor persoanelor ce activează în industria alimentară) și i s-a diagnosticat TBC. Olga provine dintr-o familie din clasa medie, este mama a 2 copii mici, este educată și duce o viață relativ confortabilă. În ultimele 5 luni și jumătate dânsa primea medicamente antituberculoase de linia I de la asociația medicală teritorială arondată. Ea a insistat să primească tratament ambulatoriu chiar de la început, astfel încât să poată continua să îngrijească de copii. În după-amiaza în care ne-am întâlnit aceasta și-a băut pastilele, înghițindu-le cu apă carbogazoasă. Ea ne-a spus că nu înțelege cum putea să se fi îmbolnăvit, deoarece niciodată nu a prezentat careva simptome. Dânsa era frustrată pentru că a fost nevoită să-și părăsească locul de muncă și aștepta cu nerăbdare să-și termine tratamentul. Dânsa ne-a relatat că testele sale sunt toate negative, însă examenul fluorografic denotă unele “infiltrate” cu aspect anormal. În fișele medicale Olga avea rezultate negative ale microscopiei sputei, culturii și testului Xpert MTB/RIF pe toată durata tratamentului. Nu este exclus faptul că dânsa nu a avut TBC niciodată.

Ștefan este un bărbat înalt de 33 de ani cu MDR-TBC și HIV, originar din regiunea de nord a țării. Din tinerețe și-a început viața cu infracțiuni minore și a fost încarcerat cea mai mare parte din ultimii 12 ani. Atunci când nu era în penitenciar, lucra în construcții, de regulă, cu betonul. A fost diagnosticat cu infecția HIV în 1997. În 2009 Ștefan a fost diagnosticat cu

MDR-TBC și a primit tratament aflându-se în închisoare. Dânsul deja a beneficiat de ajutorul unic de 1.510 lei moldovenești (aproximativ 128 dolari SUA) oferit de Ministerul Justiției foștilor deținuți eliberați, însă acesta nu avea o casă unde să se întoarcă. El nu știe unde se va duce sau ce va face după eliberare, însă speră să-și finalizeze tratamentul MDR-TBC în spital.

Mihai este mecanic și lăutar la nunți, de circa 40 ani, un bărbat prietenos pus pe glume și gata să-și relateze istoria. Aceasta are MDR-TBC și în trecut a fost pierdut din tratamentul supravegheat. În 2001 soția acestuia a plecat să lucreze în Italia. De atunci dânsa nu s-a mai întors și s-a mutat acolo permanent împreună cu copilul lor și părinții ei. Acesta a rămas singur și a devenit depresat și a început să abuzeze de alcool. Aceasta s-a întâmplat atunci când el a fost diagnosticat prima oară. A fost lăutar la multe nunți, cântând la acordeon în pivnițe. Era un lucru greu. Dânsul a afirmat că până la momentul diagnosticării, “jumătate dintr-un plămân era plin cu apă”. Nu a vrut să se adreseze la medic, însă mamă sa l-a impus. Maică-sa l-a vizitat la spital în fiecare zi pentru a-i aduce mâncare. Mihai este foarte recunoscător pentru îngrijirea primită în spital și în particular pentru medicamentele antituberculoase de linia II: “Medicamentele sunt foarte bune. Sunt puternice, dar bune”. Se confruntă cu problema reacțiilor adverse – tolerează cu greu etionamida și cicloserina, cauzându-i cefalee, greață și insomnie. Mihai este ferm convins că va finaliza la timp tratamentul. Atunci când a fost întrebat ce va face după aceea, a spus că se va muta înapoi la maică-sa și când se va simți destul de bine, va redeveni lăutar la nunți. A spus că din cauză că plămânii îi sunt afectați, el va încerca să compenseze aceasta prin înregistrarea în prealabil a cântecelor sale, sincronizându-și mișcarea buzelor cu cântatul la acordeon.

Vlad este un bărbat palid și scund de 24 ani, care vorbește doar rusește și care are MDR-TBC de la vârsta de 18 ani. acesta a lucrat în construcții la Chișinău, unde dânsul afirmă că a fost în contact cu cineva care avea TBC. Vlad și-a început terapia târziu și și-a abandonat tratamentul supravegheat din cauză că îngrijea de mama sa invalid. Acum acesta a revenit în spital la tratamentul pentru MDR-TBC, iar sora sa mai mică îngrijește de mama și bunica lor. Vlad s-a autocaracterizat ca “cel mai dificil pacient”: el trebuia să fie spitalizat după ce s-a îmbolnăvit grav și a slăbit cu 10 kg, când a fost diagnosticat pentru prima oară. A întrerupt primul său tratament doar după 2 săptămâni pentru că era unicul îngrijitor pentru maică-sa și nu-și putea permite să fie spitalizat pentru 6 luni. Ca rezultat, plămânii acestuia sunt grav afectați și el prezintă o dispnee pronunțată.

Radu este un jurist de circa 35 ani, cu ochi albaștri deschiși și cu o bărbuță scurtă, originar din nordul țării. Dânsul are MDR-TBC după ce a statat tratamentul precedent. Anterior obișnuia să călătorească mult în diferite țări din regiune, la fel ca și prin Republica Moldova și regiunea transnistriană, comercializând diferite lucruri. Se plângea mereu de faptul că nu era în stare să continue faza ambulatorie a tratamentului din cauza deplasărilor frecvente. Acesta a mai menționat, de asemenea, că medicii nu au respectat confidențialitatea în trecut – dânsul își dorea ca statutul său de pacient TBC să rămână în secret, însă obligativitatea de a se prezenta zilnic la secția TBC pentru tratament a dezvăluit multor persoane prezența infecției sale. Radu se aprinde foarte ușor. El a sugerat că pentru persoane ca dânsul, care călătoresc mult,

trebuie de introdus un fel de cartele, legate de fișa medicală de bază. Acesta a spus că aceasta i-ar permite să se afle în cele trei comunități, unde-i familia sa sau în care are afaceri, și să continue să primească tratament. Totuși, dat fiind faptul ca dânsul este pacient cu MDR-TBC, aceasta este complicat.

Gheorghe este un bărbat de circa 50 ani, ce are MDR-TBC și mai multe episoade de pierdere din supravegherea tratamentului. Dânsul este fost militar, care continuă cu mândrie să-și demonstreze medaliile din conflictele armate din Transnistria și Cecenia. El a abandonat tratamentul supravegheat și s-a autodescris ca fiind un pacient dificil. Gheorghe are, de asemenea, probleme psihologice și se enervează foarte ușor. Dânsul afirma că este veteran și că ar trebui să primească o pensie mai mare. Acesta pretindea, de asemenea, că mâncarea din spital nu este suficient de bună. Este dificil de vorbit cu Gheorghe: acesta domină conversația în focus-grup, însă nu poate să-și descrie exact care sunt principalele sale probleme. În timp ce primește tratament corespunzător pentru MDR-TBC, acesta nu beneficiază de careva suport psihologic, însă este evident că acesta are nevoie acută de aceasta.

