



United Nations
MOLDOVA

Republica Moldova

Accelerarea progreselor către obținerea rezultatelor în cadrul ODM 6 (HIV și TB) în Republica Moldova:

o aplicare a Cadrului de Accelerare ODM



Republica Moldova

Accelerarea progreselor către obținerea rezultatelor în cadrul ODM 6 (HIV și TB) în Republica Moldova:

o aplicare a Cadrului de Accelerare ODM





United Nations

MOLDOVA

Opiniile exprimate în acest raport nu reflectă
în mod neapărat punctul de vedere al
Organizației Națiunilor Unite.

Autori: Valentina Vilc, Stepan Gheorghîța, Liliana Domente

Au contribuit: Silviu Ciobanu (OMS), Tuya Altangerel, Brian Lutz, Dumitru Vasilescu (PNUD)

Revizuit de: Arcadie Astrahan (PNUD), Alexandrina Iovita (UNAIDS)

Machetare și poze de: Ion Axenti

CUPRINS

ABREVIERI ȘI ACRONIME	8
CUVÂNT ÎNAINTE	9
REZUMAT EXECUTIV	11
MULȚUMIRI.....	14
Capitolul 1. INTRODUCERE.....	15
Capitolul 2. MAF: ACCELERAREA PROGRESULUI ÎN COMBATAREA HIV	19
1A. SITUAȚIA EPIDEMIOLOGICĂ ȘI ANALIZA PROGRESULUI SPRE REALIZAREA ODM.....	20
1B. INTERVENȚII PRIORITARE.....	27
I. Extinderea programelor de reducere a riscurilor, concentrate pe prevenirea HIV în rândul populațiilor cheie.....	28
II. Fortificarea sistemului de management de caz pentru asigurarea unei aderențe mai bune la TARV	29
III. Asigurarea depistării precoce a infecției cu HIV prin promovarea serviciilor de consiliere și testare voluntară în rândurile grupurilor vulnerabile.....	30
1C. OBSTACOLELE PRIORITARE	31
Ia. Alegerea limitată (medicamente, servicii juridice și psihologice), calitatea inadecvată a unor consumabile (prezervative)	32
Ib. Finanțare zero de la Fondul Global către anul 2015.....	32
Ic. Descentralizarea insuficientă a unor servicii (TARV, metadona, consiliere juridică, asistență psiho-socială)	33
IIa. Neexploatarea SIME-HIV	34
IIb. Lipsa coordonării dintre medicii infecționiști la nivel local și central de tratament.....	34
IIc. Lipsa regulamentului Centrelor Comunitare (CC) și exploatarea insuficientă a CC	35
IIIa. Lipsa unui mecanism cuprinzător de referire la CTV	35
IIIb. Lipsa consilierii mobile pentru grupurile cheie ale populației.....	35
IIIc. Lipsa acordării serviciilor CTV de către organizațiile care au acces la grupurile cheie ale populației.....	36
Scorecard-ul sumar.....	39
Obstacole sistemice comune pentru HIV și TB.	39
Insuficienta coordonare și implicare la nivelul central și cel local	40

Coordonare intersectorială slabă, în special la nivelul APL, pentru un sprijin individual medico-social coordonat.....	40
Intervenție prioritară pentru obstacole sistemice.....	41
Lipsa finanțării din partea guvernului pentru activitățile incluse în programul național.....	41
Insuficienta coordonare și implicare la nivelul central și cel local	41
Coordonare intersectorială slabă, în special la nivelul APL, pentru un sprijin individual medico-social coordonat.....	42
1D. SOLUȚII PRIORITARE HIV	42
Intervenția I - Extinderea programelor de reducere a riscurilor, axate pe prevenirea HIV în rândurile grupurilor cheie ale populației	42
I.1. Extinderea spectrului de servicii integrate în baza recomandărilor UNODC/WHO/UNAIDS, elaborarea și implementarea serviciilor pentru populațiile intermediare.....	42
I.2. Extinderea programelor de reducere a riscurilor în alte 5 raioane.	43
I.3. Elaborarea mecanismului de prestare a serviciilor medicale cu suport financiar din partea CNAM	43
I.4. Utilizarea programelor de reducere a riscurilor (RR), pentru a se concentra pe prevenirea transmiterii HIV de la populațiile-cheie la partenerii sexuali și clienții acestora.....	44
Intervenția II - Consolidarea sistemului de management de caz și asigurarea unei aderențe mai bune la tratamentul ARV	44
II.1. Cele 4 centre regionale de tratament (Chișinău, Bălți, Cahul și Tiraspol) utilizează în mod eficient sistemul de administrare a datelor 'SIME HIV'... ..	44
II.2. Împuternicirea și consolidarea capacității Centrelor Comunitare pentru referire activă la tratament și pentru îmbunătățirea aderenței la tratament.	44
II.3. Elaborarea planului de pledoarie pentru termen scurt în scopul alocării surselor financiare pentru TARV din bugetul de stat și alte surse alternative.....	45
Intervenția III - Asigurarea depistării precoce a infecției cu HIV prin promovarea serviciului CTV în rândurile grupurilor vulnerabile ale populației.....	45
III.1. Elaborarea unui Mecanism cuprinzător de Referire pentru servicii de Consiliere și Testare Voluntară.....	45
III.2. Dezvoltarea capacității și supravegherea serviciului CTV cu caracter de susținere.....	45
III.3. Extinderea serviciilor CTV în toate sectoarele, inclusiv ONG-uri și elaborarea conceptului de consiliere mobilă	46

Scorecard sumar al soluțiilor HIV	46
Planul de acțiuni pentru soluții sistemice	48
1E. PLANUL DE ACȚIUNI PENTRU HIV	50
1F. CONCLUZII PENTRU SEGMENTUL HIV	59
Capitolul 3. MAF: ACCELERAREA PROGRESULUI ÎN COMBATAREA TB	62
SITUAȚIA EPIDEMIOLOGICĂ ÎN DOMENIUL TB ȘI ANALIZA GENERALĂ A PROGRESSELOR CĂTRE REALIZAREA ODM	63
2A. INTERVENȚII PRIORITARE.....	68
I. Sporirea accesului persoanelor din grupurile social vulnerabile la serviciile TB	69
II. Sporirea aderenței la tratament antituberculos a persoanelor cu TB activă	70
III. Consolidarea controlului infecției TB în instituțiile specializate.....	71
2B. OBSTACOLELE PRIORITARE	73
Ia. Echipa multidisciplinară în teritoriu este pregătită insuficient pentru prestarea serviciilor de înaltă calitate	73
Ib. Mecanisme de stimulare neadecvate pentru personalul medical implicat în activitățile de control al TB	74
Ic. Lipsa măsurilor de consolidare a parteneriatului cu autoritățile publice locale (în controlul TB și HIV)	74
IIa. Lipsa screeningului pentru TB în centrele de plasament și alte locuri de cumulare a persoanelor din grupuri vulnerabile.	74
IIb. Responsabilitatea limitată a instituțiilor de medicină primară în controlul TB în teritoriu. Instruirea insuficientă a personalului din instituții medicale primare duce la depistarea insuficientă în grupurile de risc social.....	75
IIc. Informarea insuficientă despre serviciile disponibile conduce la o cerere redusă.....	75
IIIa. Tratamentul se bazează considerabil pe tratament spitalicesc și lipsesc alternative de tratament ambulatoriu și o abordare centrată pe pacient.....	76
IIIb. Lipsa infrastructurii moderne în clinicile specializate în TB (Sisteme de ventilare și lămpi bactericide insuficiente, ceea ce crește riscul expunerii personalului și pacienților la infecție)	76
IIIc. Personal insuficient pregătit în infecția respiratorie	77

2C. SOLUȚII PRIORITARE	87
Intervenția I - Sporirea aderenței la tratament antituberculos a persoanelor cu TB activă	87
I.1. Alocarea suficientă a resurselor pentru sprijinul pacienților în timpul tratamentului	87
I.2. Definirea clară a mecanismelor de stimulare pentru personalul implicat în activitățile de control al TB	87
I.3. Crearea și instruirea echipelor multidisciplinare în teritoriu	87
Intervenția II - Sporirea accesului persoanelor din grupurile social vulnerabile la serviciile TB.....	88
II.1. Examinarea persoanelor din centrele de plasament și alte locuri de cumulare prin control radiologic la adulți și IDR Mantoux 2UT la copii. Instruirea personalului din centrele de tratament cu privire la depistarea precoce, inclusiv metodele de screening.....	88
II.2. Numirea unei persoane (asistentă medicală în cadrul sistemului de asistență medicală primară), responsabile pentru desfășurarea și raportarea activităților legate de screening-ul TB în rândurile grupurilor social-vulnerabile	88
II.3. Asigurarea condițiilor alternative pentru faza de continuare a tratamentului în staționar, în instituții specializate, în special pentru persoanele fără adăpost, cele din familii vulnerabile.....	89
Intervenția III. Consolidarea controlului infecției în instituțiile specializate..	89
III.1. Modernizarea infrastructurii moderne în clinicile specializate TB.....	89
III.2. Acordarea alternativei pacientului de a alege modalitatea de tratament prin acordarea stimulentei, compensațiilor pentru pacient	89
Scorecard-ul sumar al soluțiilor pentru TB	90
III.3. Instruirea specialiștilor din cadrul serviciului sănătate publică, fiziologic (medici specializați în tratarea TB), serviciilor sociale și pacienților despre măsurile de control al infecției, protecție respiratorie	90
2D. PLAN DE ACȚIUNI PENTRU TB.....	93
2E. CONCLUZII PENTRU SEGMENTUL TB	101
Capitolul 4. ANEXE	103
1. PLANUL DE IMPLEMENTARE ȘI MONITORIZARE HIV	104
2. PLANUL DE IMPLEMENTARE ȘI MONITORIZARE TB.....	113
BIBLIOGRAFIE	124

TABELE

TABELUL 1. REZULTATE PENTRU ESTIMAREA DIMENSIUNII GRUPURILOR DE POPULAȚIE EXPUSE CELUI MAI MARE RISC, REPUBLICA MOLDOVA, 2011	24
--	----

FIGURI

FIGURA 1. DINAMICA ÎNREGISTRĂRII CAZURILOR NOI HIV ȘI VOLUMUL DE TESTĂRI LA MARCHERII VIRUSULUI HIV ÎN REPUBLICA MOLDOVA PE PERIOADA A.A. 1987 – 2011 (ABS.)	20
FIGURA 2. DISTRIBUȚIA CAZURILOR INFECȚIEI HIV ÎNREGISTRATE ÎN FUNCȚIE DE VÂRSTA LA MOMENTUL DEPISTĂRII ÎN REPUBLICA MOLDOVA, A. A. 2001-2011 (ABS.)	22
FIGURA 3. DISTRIBUȚIA CAZURILOR INFECȚIEI HIV ÎNREGISTRATE ÎN FUNCȚIE DE VÂRSTA LA MOMENTUL DEPISTĂRII ÎN REPUBLICA MOLDOVA, A.A 2001-2011 (ABS.)	23
FIGURA 4. INCIDENȚA ȘI MORTALITATEA PRIN TB, R. MOLDOVA, 1991-2011.....	63
FIGURA 5. TB MDR, CAZURI NOI ȘI TRATAMENT REPETAT, REPUBLICA MOLDOVA, 2003-2011, %.....	65
FIGURA 6. STRUCTURA SOCIALĂ A PACIENȚILOR TB, 2010.....	66

ABREVIERI ȘI ACRONIME

AIHA	– Alianța Americană Internațională pentru Sănătate	ONG	– organizație non-guvernamentală
TARV	– terapie anti-retrovirală	CNAM	– Compania Națională de Asigurări în Medicină
CC	– Centre comunitare	CNSP	– Centrul Național de Sănătate Publică
LSC	– Lucrătorii sexului comercial	SNR	– Sistemul Național de Referință
DOTS	– Tratatment observat direct, durată scurtă	PNT	– Programul Național Tuberculoză
UE	– Uniunea Europeană	OST	– terapie de substituție pentru opiacee
GF	– Fondul Global	TCIL	– testare și consiliere la inițiativa lucrătorului medical
SDBC	– Spitalul de dermatologie și boli comunicabile	PTH	– persoanele care trăiesc cu HIV
HIV	– virusul imunodeficienței umane	QALY	– ani de viață, ajustați în funcție de calitate
RR	– reducerea riscurilor	SIME HIV	– Sistem Informațional pentru monitorizare și evaluare HIV
HVB	– Hepatita virală B	SIME TB	– Sistem Informațional pentru monitorizare și evaluare TB
HVC	– Hepatita virală C	ITS	– infecții cu transmitere sexuală
UDI	– util izator de droguri injectabile	TB	– Tuberculoza
OIM	– Organizația Internațională pentru Migrație	GTL	– grupuri de lucru tehnice
APL	– administrația publică locală	UCIMP	– “Unitatea de Coordonare, Implementare și Monitorizare a Proiectului de Restructurare a Sistemului Sănătății”
ODM	– Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului (în raport se face referință la ODM 6)	UNAIDS	– Programul Națiunilor Unite privind HIV / SIDA
MDL	– Leul moldovenesc (moneda națională a Republicii Moldova)	PNUD	– Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare
TB MDR	– tuberculoză multi-drog-rezistentă	UNGASS	– Sesiunea specială a Adunării Generale a ONU
MAI	– Ministerul Afacerilor Interne	UNICEF	– Fondul Națiunilor Unite pentru Copii
MJ	– Ministerul Justiției	UNODC	– Oficiul Națiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate
MMPSF	– Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei	CTV	– consiliere și testare voluntară
MS	– Ministerul Sănătății	OMS	– Organizația Mondială a Sănătății
CSM	– bărbații care fac sex cu bărbați		
CCTM	– Cadru de Cheltuieli pe Termen Mediu		
PN SIDA	– Programul Național SIDA		
CNC	– Consiliul Național de Coordonare		
CNC	– Consiliul/Comitetul/Comisia Națională SIDA		

CUVÂNT ÎNAINTE

Republica Moldova s-a angajat, alături de alte 191 țări ale lumii, să realizeze Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului (ODM) până în anul 2015. Deși împărtășesc aceleași scopuri generale, calea aleasă de fiecare țară pentru realizarea lor și progresele sunt diferite. Inițial, Republica Moldova a stabilit obiectivele sale naționale pentru realizarea ODM în 2004. Trei ani mai târziu, în 2007, după un șir de analize și consultări cu părțile interesate, majoritatea țărilor au fost revizuite, inclusiv cele pentru ODM 6, referitoare la HIV, malarie și alte boli, cum ar fi tuberculoza (TB). Țintele revizuite au fost incluse în Strategia Națională de Dezvoltare (SND) pentru 2008 - 2011 și în viziunea privind dezvoltarea până în 2020.

Combaterea bolilor cu conotație socială, cum ar fi HIV/SIDA și tuberculoza, rămâne a fi o prioritate pentru Guvern în contextul menținerii sănătății populației. Incidența HIV/SIDA este în creștere, în pofida angajamentelor și eforturilor întreprinse de către Guvern în colaborare cu partenerii de dezvoltare ai țării. Situația cu privire la TB este de asemenea, alarmantă. Incidența tuberculozei multi-drog rezistente (TB MDR) este în creștere, în mod special în rândurile grupurilor social vulnerabile, care au devenit și mai vulnerabile din cauza crizei economice. Populația generală nu este nici ea imună la acest risc.

În 2011, pentru a accelera un progres durabil spre realizarea obiectivelor referitoare la HIV/SIDA și TB, Guvernul și părțile interesate relevante au decis să aplice Cadru de Accelerare spre Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului (MAF), metodologia folosită de Grupul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare. Cu sprijinul PNUD, OMS și altor agenții

ONU, aplicarea MAF a ajutat la investigarea factorilor determinanți sociali și medicali ai sănătății și identificarea potențialelor obstacole în cadrul și în afara sistemului medical – obstacole la nivelul socio-economic și instituțional. De asemenea, accentul a fost pus pe necesitățile grupurilor social-vulnerabile, unde se atestă focarul epidemiei HIV și TB. Marginalizarea economică și socială, stigma și discriminarea cu care se confruntă aceste grupuri sunt câteva dintre motivele de bază pentru care ele sunt vulnerabile la aceste boli.

În Planul de Acțiuni elaborat prin intermediul exercițiului MAF au fost identificate obstacolele principale care împiedică oamenii să se adreseze pentru sprijin social și asistență medicală adecvată și au fost propuse soluțiile pentru modele mai bune și mai cost-eficiente pentru îngrijire integrată a pacienților cu HIV, tuberculoză și HIV-tuberculoză. Planul de Acțiuni este un set de priorități, strategii bazate pe dovezi, care, dacă vor fi implementate eficient și durabil, ar trebui să accelereze progresele spre realizarea obiectivelor referitoare la HIV și TB. Implementarea Planului de Acțiuni necesită angajamentul susținut și coordonat al instituțiilor guvernamentale și partenerilor, inclusiv al donatorilor și societății civile. Punând în aplicare acest plan, răspunsul național va fi consolidat și riscul acestor două epidemii, care în prezent este iminent în Republica Moldova, ar fi înlăturat.



Andrei Usatii,
Ministrul Sănătății

CUVÂNT ÎNAINTE

În ultimii ani, Republica Moldova se confruntă cu un nivel constant ridicat al incidenței și prevalenței HIV/SIDA și tuberculozei, care afectează mai ales populațiile specifice și grupurile vulnerabile. În pofida multiplelor măsuri care au fost implementate cu sprijinul internațional și prin eforturi naționale, progresul către ODM 6 a fost modest, conducând la morbiditate ridicată și risc crescut de mortalitate din cauza HIV, tuberculozei și co-infecției.

În 2010, în baza celor mai bune practici la nivel mondial, Organizația Națiunilor Unite a lansat un Cadru de Accelerare ODM (MAF) pentru a evalua blocajele în calea intervențiilor existente și oferi soluții bazate pe dovezi de cele mai bune practici și cost-eficiență. Guvernul Republicii Moldova, prin intermediul Ministerului Sănătății, a condus aplicarea MAF către ODM 6, în strânsă legătură cu programele naționale în curs de implementare în domeniul combaterii ambelor infecții și adaptându-se la sistemul de sănătate din țară. Acest raport prezintă rezultatele exercițiului de diagnosticare, precum și planul de acțiune elaborat în rezultatul acestui exercițiu.

Planul de acțiune subliniază problemele critice și soluțiile, și propune un parteneriat "compact", care poate fi pus în acțiune prin

intermediul programelor naționale existente în domeniul combaterii HIV și tuberculozei. Implicarea impresionantă a părților interesate și colaborarea trans-sectorială între Ministerul Sănătății, Justiției, Muncii, Protecției Sociale și Familiei, Economiei, societatea civilă și experți în domeniul sănătății au condus la identificarea de soluții integrate și inovatoare, care merg dincolo de sectorul de sănătate. Partenerii noștri din guvern recunosc faptul că aceste acțiuni prioritare vor contribui la consolidarea răspunsului comun național pe termen scurt și pe termen mediu, în special prin prisma retragerii anticipate a surselor de finanțare.

Echipa de țară a ONU a fost privilegiată să ofere sprijin în aplicarea MAF prin eforturile comune ale PNUD și OMS, în parteneriat cu UNAIDS, UNODC, OHCHR și alte agenții. Acest efort de colaborare vine într-un timp foarte util, atât timp cât țara se confruntă cu provocări legate de crizele financiare și economice care afectează Europa, încercând în același timp să reformeze sistemul de sănătate pentru a extinde serviciile medicale și sociale de calitate pentru grupurile vulnerabile. Organizația Națiunilor Unite se angajează să susțină Guvernul în implementarea Planului de Acțiune MAF.



Nicola Harrington-Buhay,
Coordonator Rezident ONU



Jarno Habicht,
Reprezentant OMS

REZUMAT EXECUTIV

Acest raport compilează analize ale situației și rezultatele procesului de identificare a problemelor și propune soluții prioritare pentru țară, aplicând Cadrul de Accelerare ODM (MAF), metodologia aprobată de Grupul de Dezvoltare al Națiunilor Unite pentru atingerea obiectivelor în cadrul ODM 6 - privind combaterea HIV și TB - care sunt identificate ca fiind cele mai problematice pentru Republica Moldova.

HIV

În general, incidența HIV în Republica Moldova a crescut în mod semnificativ începând cu anul 2000 (a se vedea Figura 1). Până în prezent, epidemia a afectat cel mai mult utilizatorii de droguri injectabile, lucrătorii sexului comercial, bărbații care fac sex cu bărbați și partenerii lor. Printre regiunile cele mai afectate se numără orașul Bălți și regiunea transnistreană. În ultimii trei ani, numărul cazurilor de infecții noi s-a redus ușor.

Cu toate acestea, realizarea obiectivelor naționale de a reduce incidența HIV/SIDA de la 10 cazuri la 100.000 în 2006 la 8 la 100.000 persoane, precum și de a reduce numărul de cazuri noi HIV / SIDA în grupul de vârstă 15-24 ani de la 13,3 la 100.000 în 2006, la 11 la 100.000 până în 2015 este puțin probabilă dacă eforturile nu se dublează.

Tuberculoza

Tuberculoza, asemenea HIV, reprezintă o provocare importantă pentru sănătatea publică în Republica Moldova. În general, incidența tuberculozei a crescut în ultimul deceniu, de la 97.3 (la 100.000 locuitori) în 2002 la 114.3 în 2011 (a se vedea Figura 1). Aproximativ 26% din cazuri noi reprezintă TB multi-drog rezistentă (TB MDR), o ten-

dință îngrijorătoare care indică spre un tratament ineficient sau incomplet. Chiar dacă rata de mortalitate a scăzut pentru prima dată în 2008 până la 17,4 cazuri la 100.000, aceasta rămâne a fi în continuare ridicată, la 16,1 la 100.000 în 2011. În medie, aproximativ doi pacienți pe zi au decedat de TB în Moldova.

Obiectivul național de reducere a ratei mortalității asociate cu tuberculoza de la 15.9 la 100.000 persoane în 2002 până la 10 până în 2015 este puțin probabil să fie îndeplinit fără eforturi concertate.

Cele mai afectate sunt grupurile vulnerabile, cum ar fi persoanele fără adăpost sau migranții, adulții, persoanele care trăiesc cu HIV, copiii din familii sărace, persoanele aflate în detenție, copiii orfani și utilizatorii de droguri injectabile. Multe din aceste grupuri reprezintă în același timp și grupurile cele mai afectate de HIV.

În general, oprirea răspândirii acestor două infecții în termen scurt este foarte puțin probabilă, pentru a stopa răspândirea bolii fiind necesare eforturi susținute pe termen mediu și lung.

Recent, Guvernul a întreprins o serie de acțiuni pentru îmbunătățirea situației descrise mai sus, inclusiv modificarea cadrului legal (Legea cu privire la HIV, Programul

Național SIDA, Programul Național TB), și a crescut angajamentul său politic (Consiliul Național de Coordonare pentru HIV și TB, cu un secretariat și 11 grupuri de lucru tehnice (GTL) cu privire la HIV și TB. Realizări practice pozitive pot fi menționate și în furnizarea de servicii pentru HIV și TB - un pachet complet de servicii pentru populațiile-cheie, inclusiv, dar fără a se limita la programe de reducere a riscurilor, terapia de substituție cu metadonă, consiliere și testare voluntară, centrele de sănătate prietenoase tinerilor, protocoalele pentru terapia antiretrovirală, centrele comunitare pentru TB, strategia privind tratamentul direct observat (DOT), DOTS-Plus pentru TB multi-drog rezistentă și alte activități.

În pofida prognozelor destul de pesimiste pe termen scurt, Guvernul și partenerii-cheie de dezvoltare, organizațiile societății civile și autoritățile administrației publice locale subliniază existența anumitor posibilități de accelerare a progresului. Prin aplicarea metodologiei MAF standard, părțile interesate relevante au fost capabile să identifice obstacolele și să determine prioritățile în domeniile de intervenție și soluțiile fezabile, care ar permite accelerarea.

Acțiuni necesare

Intervențiile propuse atât în sectorul HIV, cât și TB au fost prioritizate după analize amănunțite ale situației epidemiologice și ale tuturor studiilor și rapoartelor disponibile, recomandărilor naționale și internaționale. Aceste intervenții pot contribui la îmbunătățirea accesului și acceptabilității de către populațiile de risc a serviciilor speciale personalizate, reducând în mod eficient

transmiterea infecțiilor și asigurând respectarea drepturilor omului ale PTH și ale persoanelor cu TB. În plus, aceste intervenții au fost identificate ca fiind cele mai fezabile și oferind cel mai mare impact, ceea ce este foarte important în situația actuală, când crizele financiare și economice recente au avut un impact negativ asupra disponibilității resurselor naționale și în condiții de diminuare a sprijinului financiar și de altă natură din partea principalilor parteneri la nivel mondial, cum ar fi Fondul Global de Combatere SIDA, Tuberculozei și Malariei (GFATM), determinând astfel probleme semnificative în ceea ce privește durabilitatea. Pe lângă aceste provocări, soluțiile mai abordează și alte probleme sistemice care împiedică progresul atât spre realizarea obiectivelor legate de HIV, cât și spre cele ce țin de TB, cum ar fi cele referitoare la guvernare - descentralizarea și coordonarea între diferite niveluri ale autorităților, servicii de sănătate și servicii sociale.

În ceea ce privește segmentul HIV, raportul MAF sugerează necesitatea de a concentra atenția asupra următoarelor domenii de intervenție: (a) extinderea programelor de reducere a riscurilor axate pe prevenirea HIV în rândurile grupurilor-cheie ale populației; (b) fortificarea sistemului de management de caz și asigurarea aderenței mai bune la tratamentul ARV și (c) asigurarea depistării precoce a infecției cu HIV prin promovarea serviciilor de consiliere și testare voluntară în grupurile-cheie ale populației.

Printre soluțiile specifice de accelerare se numără: (a) extinderea gamei integrate de servicii pentru grupurile de risc și persoanele care trăiesc cu HIV și partenerii

lor pentru a include, în afară de serviciile tradiționale de reducere a riscurilor, prevenire și tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală și TB, precum și vaccinarea împotriva și tratamentul hepatitei virale; (b) extinderea geografică a programelor de reducere a riscurilor pentru a acoperi și raioanele de sud ale republicii, unde se atestă rate ridicate ale consumului de droguri injectabile și alte comportamente de risc, dar unde în prezent rata de acoperire cu servicii este insuficientă; (c) elaborarea mecanismelor de prestare a serviciilor, inclusiv prin intermediul ONG-urilor, cu sprijin financiar la nivel național în cadrul schemei de asigurare medicală obligatorie; (d) prevenirea transmiterii de la populația de risc la populația generală prin includerea partenerilor sexuali și clienților acestora în programele de reducere a riscurilor; (e) asigurarea funcționalității Sistemului electronic de monitorizare și evaluare HIV, care a fost deja elaborat și este gata de a fi pus în aplicare în practică; (f) implicarea centrelor comunitare care prestează servicii de sprijin pentru grupurile de risc, pentru a face referire la tratamentul ARV și pentru a îmbunătăți aderența la tratament ARV; (g) promovarea și preluarea acoperirii costurilor tratamentului ARV de către fondurile sistemului național de asigurări obligatorii, identificarea finanțării alternative; (h) dezvoltarea unui mecanism de referire cuprinzător pentru consiliere voluntară și servicii de testare; (i) fortificarea capacității și supravegherea de susținere a serviciului CTV (j) extinderea serviciilor de consiliere

și testare pentru HIV, inclusiv prin utilizarea echipei mobile de CTV.

În ceea ce privește segmentul TB, exercițiul MAF a subliniat importanța concentrării pe domenii specifice de intervenție, printre care: (a) îmbunătățirea accesului pacienților din grupurile social-vulnerabile la servicii TB; (b) asigurarea aderenței la tratament anti-tuberculoză al persoanelor cu TB activă și (c) fortificarea controlului infecțiilor în instituțiile specializate.

Acest lucru ar putea fi realizat prin soluții prioritare, care includ: (a) examinarea persoanelor din centrele de plasament și alte locuri prin examinarea preventivă și consolidarea capacităților personalului în aceste locuri; (b) numirea unei persoane responsabile de TB în unitățile de asistență medicală primară, a cărei sarcină principală ar fi desfășurarea și raportarea cu privire la activitățile legate de screening-ul TB în rândurile populației din grupurile social-vulnerabile; (c) asigurarea condițiilor pentru continuarea tratamentului adaptat la necesitățile persoanelor vulnerabile; (d) alocarea de resurse suficiente și crearea de alte stimulente pentru susținerea pacienților la faza de continuare a tratamentului; (e) definirea mecanismului de stimulare a angajaților implicați în activități de control al tuberculozei. Identificarea și alocarea surselor interne și altor surse de finanțare pentru furnizorii de servicii din prima linie este o altă soluție importantă propusă în Planul de Acțiune.

MULȚUMIRI

În cadrul procesului de elaborare, prezentul Raport a beneficiat enorm de susținerea generoasă și de contribuțiile valoroase primite de la un număr mare de persoane și organizații, unele dintre care sunt menționate mai jos. Multe alte persoane au contribuit la Raport fie direct, fie prin oferirea de feedback la proiecte de raport, discuții sau indirect prin cercetările efectuate. Suntem deosebit de recunoscători colegilor de la PNUD, Tuya Altangerel, Specialist de Politici pentru ODM și Brian Lutz, Specialist Politici, Practicile legate de HIV, Sănătate și Dezvoltare, precum și colegului de la Oficiul OMS din Republica Moldova, dl. Silviu Ciobanu pentru sprijinul lor profesional în elaborarea acestui Raport.

Echipa exprimă mulțumiri speciale Dnei Nicola Harrington-Buhay, Reprezentant Coordonator al ONU și Reprezentant Rezident al PNUD, Dnei Narine Sahakyan, Reprezentant Rezident Adjunct al PNUD pentru recomandările și suportul lor profesional. Mulțumiri speciale lui Alex Oprunco, Specialist în politici la PNUD, pentru suportul analitic acordat. Totodată echipa exprimă sincere mulțumiri Dnei Kaarina Immonen, fost Coordonator Rezident ONU/Reprezentant Rezident PNUD în Moldova și dnei Matilda Dimovska, fost Reprezentant Rezident Adjunct PNUD pentru sprijinul acordat în conceptualizarea raportului. Am dori să mulțumim tuturor celor implicați direct sau indirect în elaborarea acestui raport și ne asumăm responsabilitatea pentru orice eventuale erori.

La elaborarea acestui Raport au contribuit:

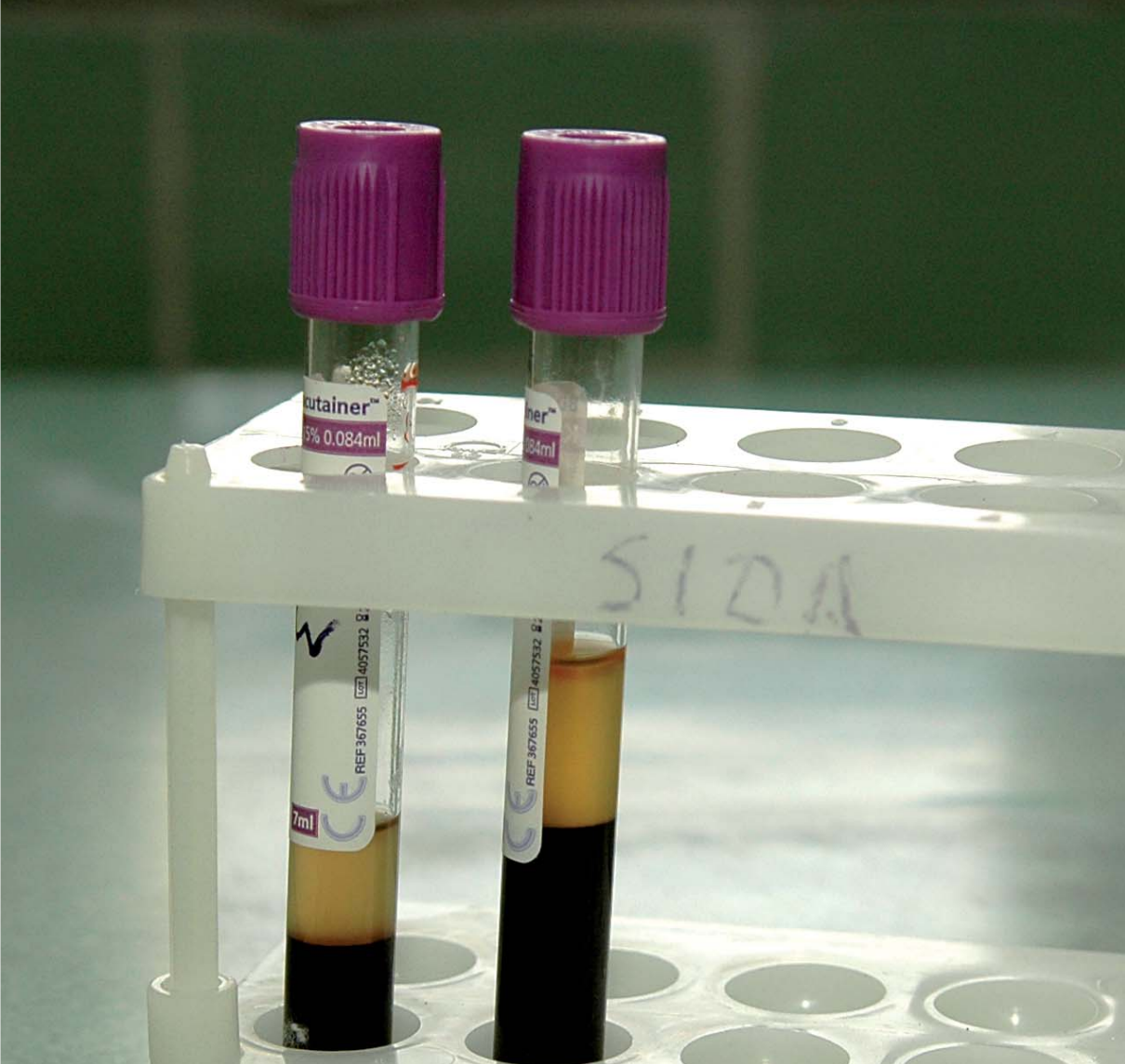
Cristina Gaberi, Ministerul Sănătății, Ștefan Gheorghiuța, Iurie Osoianu, Silvia Stratulat, Ecaterina Busuioc, Svetlana Popovici, CNSP; Gabriela Ionașcu, Alexandrina Iovița, UNAIDS; Elena Jidobin, UNODC; Ciobanu Ana, Iavorschi Constantin, Alexandru Sofia, Tudor Elena, Rusu Doina, David Aliona, Condrațchi Diana, IFP "Chiril Draganiuc"; Doltu Svetlana, Direcția Medicală a Departamentului Instituțiilor Penitenciare a Ministerului Justiției RM; Barbuța Raisa, Departament Ftiziopneumologie SCM Bălți; Kulcițkaia Stela, USMF „Nicolae Testemițanu,„ Soltan Viorel, Valeriu Crudu, Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate; Lupu Svetlana, Fundația Soros Moldova. Multe alte persoane au contribuit în mod direct sau indirect la elaborarea Raportului MAF.

Revizuit de:

Arcadie Astrahan, Consultant PNUD Moldova, Alexandrina Iovița, Consultant Monitorizare și Evaluare UNAIDS.

Proces consultativ

Raportul a fost supus mai multor runde de consultări. În special trebuie menționate cele trei ateliere naționale de lucru asupra MAF organizate în comun de către PNUD, OMS și Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Au fost organizate câteva focus-grupuri privind HIV și TB cu sprijinul PNUD. De asemenea, au avut loc interviuri în profunzime cu APL-urile – cheie pentru a asigura o mai bună înțelegere a implicării potențiale a APL în implementarea MAF.



CAPITOLUL 1.

INTRODUCERE

Implementarea Agendei naționale pentru Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului a fost o provocare de bază în procesul de dezvoltare a Republicii Moldova. De la semnarea Declarației Mileniului în anul 2000, republica a înregistrat progrese semnificative în anumite domenii ale dezvoltării umane, economiei, guvernării și managementului ecosistemelor, în timp ce în alte domenii este necesar mai mult efort susținut pentru a atinge obiectivele naționale până în 2015. Progresul poate deveni mai greu de atins în condițiile actuale de incertitudine economică și austeritate financiară. În pofida faptului că Republica Moldova a rezistat consecințelor crizei economice globale destul de bine, progresele înregistrate în realizarea obiectivelor naționale rămân a fi inegale. Principalele domenii de interes sunt ODM 2 și ODM 6, ale căror ținte Republica Moldova le-ar putea rata. În plus, riscurile în sensul decelerării sunt iminente, acest lucru fiind cauzat de sustenabilitatea limitată și incluziunea insuficientă a creșterii economice. Odată cu încetinirea creșterii economice, guvernul, susținut de partenerii săi de dezvoltare, ar trebui să ia măsuri pentru a asigura identificarea de noi oportunități de creștere și distribuirea beneficiilor sale într-o manieră mult mai cuprinzătoare și echitabilă. În general, măsurarea progreselor către ODM-urile naționale, proiectarea și implementarea de soluții fezabile și sustenabile de accelerație necesită eforturi consolidate din partea tuturor părților interesate relevante, inclusiv autorităților centrale și locale, organizațiilor societății civile, partenerilor de dezvoltare, sectorului privat și cetățenilor.

ODM 6, pe care Republica Moldova s-a angajat să-l realizeze, prevede combaterea

HIV/SIDA, tuberculozei și altor maladii. Combaterea bolilor cu conotație socială, cum ar fi HIV/SIDA și tuberculoza, rămâne a fi o prioritate pentru Guvern în contextul menținerii sănătății populației, acest lucru fiind confirmat și prin angajamentul asumat în legătură cu Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului. Incidența HIV/SIDA este în creștere în pofida eforturilor permanente întreprinse de către Guvern și sprijinului oferit de partenerii de dezvoltare ai țării. Rata de mortalitate prin tuberculoză, deși în descreștere în 2008, pentru prima dată în ultimii ani, continuă să reprezinte o amenințare pentru populația Republicii Moldova, în special în contextul crizei economice, deoarece această boală afectează în primul rând grupurile vulnerabile ale populației.

Republica Moldova dispune de toate componentele necesare pentru a asigura un răspuns național coordonat la HIV și TB. Cadrul normativ, inclusiv modificările recente la legile speciale - Legea privind prevenirea HIV și Legea privind prevenirea tuberculozei, Programele Naționale privind HIV și TB, asigură baza normativă necesară pentru stabilirea priorităților și implementarea activităților orientate spre prevenirea eficientă a HIV și TB, testare și consiliere voluntară, tratament și îngrijire. A fost creat un Consiliul Național de Coordonare (CNC) comun, din care fac parte principalele părți interesate, inclusiv specialiști multilaterali, PTH și organizațiile societății civile, diferite agenții guvernamentale și ministere, Secretariatul CNC fiind condus de consilierul Guvernului pe probleme sociale. Orientarea multilaterală a răspunsului național atât la HIV, cât și TB, este asigurată și prin grupurile de lucru permanente cu privire la supraveghere epidemiologică, educație

și tineret, grupurile vulnerabile, tratament și îngrijire pentru persoanele care trăiesc cu HIV, comunicare și prevenire, consiliere și testare voluntară, monitorizare și evaluare și grupul privind protecția socială în domeniul HIV și TB.

Deși au fost luate o serie de măsuri, pentru a combate HIV / SIDA și tuberculoza, Republica Moldova nu a îndeplinit obiectivele intermediare, prevăzute în ODM, de a reduce incidența HIV / SIDA și mortalitatea asociată cu TB până în 2006. Mai mult decât atât, aceste boli s-au răspândit cu un așa ritm, încât realizarea obiectivelor stabilite pentru 2010 și 2015 a devenit imposibilă. Acest lucru a făcut necesară revizuirea obiectivelor și stabilirea unor valori mai realizabile în acest domeniu. În același timp, odată cu revizuirea ODM în anul 2007, titlul acestui obiectiv a fost modificat prin excluderea malariei drept o maladie pentru care Republica Moldova trebuie să stabilească obiective pe termen mediu și lung. Această schimbare nu a fost reflectată în raportul ODM inițial, deoarece măsurile întreprinse în ultimii ani, pentru a preveni și combate malaria, au condus la dispariția cazurilor de îmbolnăvire cu această infecție.

În pofida tuturor eforturilor, Moldova nu pare a reuși în atingerea obiectivului pentru HIV și TB: 1) în 2011 incidența HIV este de 17,58 la 100 000 populație (obiectivul 1. - 9,6 cazuri în 2010 și 8 până în 2015); 2) incidența HIV/SIDA în grupul de vârstă 15-24 ani în 2011 este de 14,99 (obiectivul 2. - 11.2 cazuri până în 2010 și 11 cazuri până în 2015); 3) rata mortalității asociate cu tuberculoza în 2011 este de 16 (15.0 în 2010 și 10.0 în 2015). O

parte importantă a incidenței, în special pentru HIV, este reprezentată de rata semnificativ mai mare de cazuri înregistrate pe malul stâng al râului Nistru. Deși rata mortalității prin TB pare să fi stabilizat (totuși încă departe de valoarea țintă), rata TB multi-drog rezistente continuă să fie alarmantă.

Comparativ cu alte boli, situația în domeniul HIV a fost studiată relativ bine într-o serie de studii cantitative și calitative. Pentru segmentul TB există mai puține date, prioritățile fiind stabilite în baza sondajelor calitative organizate prin intermediul a 6 focus-grupuri pentru TB, inclusiv cu ftiziopneumologi din municipii și centre raionale, ftiziopneumologi, din spitale specializate, medici de familie și asistente medicale.

Un element și o sarcină comune pentru guvern, atât pentru segmentul HIV, cât și TB, este identificarea și asigurarea posibilităților de finanțare, care s-ar baza în mod progresiv pe surse naționale, CNAM, după retragerea anunțată a Fondului Global din finanțarea majorității activităților prevăzute de programele naționale. De asemenea, în procesul de aplicare pentru următoarea rundă a FG, s-a decis să se acorde prioritate și, respectiv să se modifice documentele de politici, inclusiv programele strategice naționale, pentru a se concentra pe și pentru a se adresa populațiilor cheie cu risc sporit și de a efectua o prioritizare și o alocare de resurse mai specifică și mai explicită, așa cum a subliniat și un Raport recent de Evaluare Comună elaborat de o echipă de experți internaționali recunoscuți¹. O problemă critică identificată a fost nefolosirea datelor M&E disponibile pentru fundamentarea și formularea răspun-

¹ Raportul Evaluării Comune și Anexe - PROGRAMUL NAȚIONAL PENTRU CONTROLUL ȘI PREVENIREA HIV/SIDA ȘI ITS PENTRU ANII 2011-2015; <http://aids.md/aids/index.php?cmd=item&id=1142>

sului național la HIV, astfel încât acesta să corespundă specificului epidemiei. Rezultatele principale care urmează să fie realizate prin intermediul programului trebuie identificate și prioritizate, și folosite în scopuri de planificare. Progresele realizate către aceste obiective trebuie să fie urmărite².

În aceste condiții, aplicarea metodologiei Cadrului de Accelerare a ODM (MAF) pare a fi cea mai potrivită modalitate de a identifica acțiunile prioritare și de a aborda situația în mod eficient.

Cadrul de accelerare ODM contribuie la accelerarea progreselor înregistrate la nivel de țară cu privire la ODM-urile, realizarea cărora până la 2015 în prezent pare să fie puțin probabilă. Acesta poate fi adaptat la circumstanțele din diferite țări și completează procesele existente de planificare guvernamentală, îmbunătățind în același timp coordonarea mobilizării eforturilor și resurselor aduse de către diverși parteneri. Țările pot folosi această abordare ca o modalitate de a răspunde la apelul comun de a accelera progresul realizat, lansat la reuniunea la nivel înalt privind ODM din septembrie 2010. Cadrul de accelerare ODM (MAF) pune la dispoziția părților interesate naționale o abordare sistematică pentru a identifica și analiza obstacolele care cauzează devierea sau progresul lent al ODM. Apoi, acesta își propune să genereze diagnostic comun și să recomande acțiuni cuprinzătoare, de colaborare și concentrate, bazate pe soluții de "accelerare" prioritare. De asemenea, acesta ajută guvernele să se concentreze asupra disparităților și inegalităților,

două dintre cauzele majore ale progreselor inegale, în special prin răspunsul la necesitățile păturilor vulnerabile. Experiența cu implementarea intervențiilor-pilot a demonstrat că, atunci când guvernele preiau inițiativa și beneficiază de asistență eficientă din partea tuturor partenerilor, progresul este posibil.

În timpul analizelor atât în domeniul HIV, cât și TB, a fost clarificat faptul că unele dintre soluțiile prioritare identificate pentru eliminarea obstacolelor sunt sistemice și abordează problemele comune în răspunsul atât la TB, cât și la HIV. Acțiunile pentru aceste soluții sunt comune și contribuie la creșterea fezabilității și impactului lor, pentru a aborda ambele grupuri țintă.

Acest raport cuprinde o activitate analitică intensă a experților într-un mod concis, aplicând metodologia MAF pentru ODM 6 în Republica Moldova, care conține analize detaliate, cu toate referințele și o descriere a datelor relevante disponibile. Acest Raport Sumar conține următoarele capitole, cu intervenții specifice pentru HIV și TB: Capitolul 1. Stabilirea priorităților pentru accelerare în HIV și Capitolul 2. Stabilirea priorităților pentru accelerarea în TB cu sub-capitole relevante privind: A. Intervenții prioritare; B. Obstacole prioritare; C. Soluții prioritare; D. Planul de Acțiuni pentru HIV / TB; E. Concluzii pentru segmentul HIV/TB. De asemenea, Raportul oferă o prezentare generală și analizează caracteristicile comune pentru ambele segmente, precum și intervenții specifice în domeniul HIV și TB.

² *ibid*



CAPITOLUL 2.

MAF: ACCELERAREA PROGRESULUI ÎN COMBATEREA HIV

1A. SITUAȚIA EPIDEMIOLOGICĂ ȘI ANALIZA PROGRESULUI SPRE REALIZAREA ODM³

ODM 6 ȚINTA 1. Stabilizarea răspândirii infecției HIV/SIDA către anul 2015. Reducerea incidenței HIV/SIDA la 100 mii locuitori de la 10 în 2006 până la 9,6 către anul 2010 și 8 către anul 2015.

Incidența HIV/SIDA a crescut de la 4 cazuri la 100,000 locuitori în 2000 la 19.4 cazuri la 100,000 locuitori în 2008 și s-a redus marginal la 17.2 cazuri la 100,000 locuitori în 2009 și 17.6 în 2011. Având în vedere că incidența HIV/SIDA este în continuă creștere, este dificil să înțelegem dacă declinul ușor al incidenței HIV din ultimii 3 ani reprezintă un moment de cotitură în evoluția epidemiei sau doar o îmbunătățire ușoară în rezultatele tratamentului. O situație deosebit de alarmantă este creșterea ratei HIV în Transnistria, regiunea separatistă din estul Republicii Moldova.

În 2007, după o analiză a progreselor realizate către primul set de obiective pentru 2006, ținta legată de reducerea incidenței HIV/SIDA la 100.000 locuitori a fost revizuită și redusă cu mai mult de jumătate. În 2006, incidența HIV/SIDA a fost de 14.7 cazuri, în timp ce ținta intermediară imediată prevedea 4 cazuri la 100.000 locuitori.

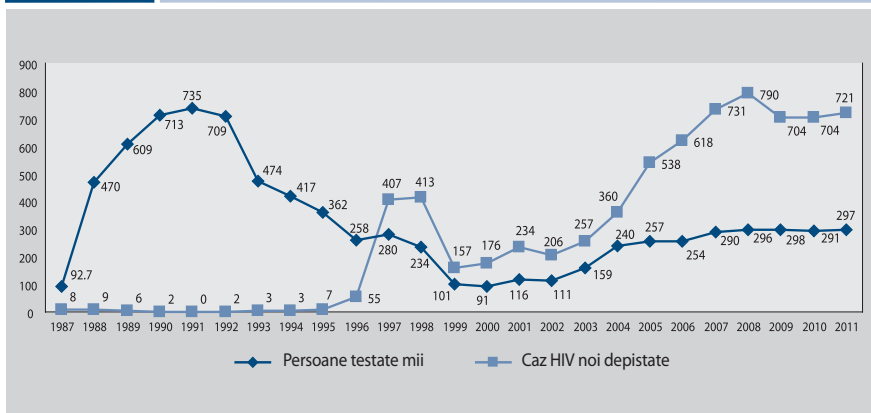
În 2011 au fost depistate 721 cazuri noi de infecție HIV, inclusiv în teritoriile de est – 227 (2010-704, în teritoriile de est – 247) (Fig.1).

Incidența infecției HIV la 100.000 populație a constituit în total 17,58 în Republica Moldova, (pentru malul drept 18,37 și în teritoriile din stânga Nistrului - 42,10).

Către finele anului 2011 prevalența infecției HIV constituie 129,04 la 100 mii de populație, inclusiv pe malul drept – 98,18 și în teritoriile de est – 292,86.

Figura 1.

Dinamica înregistrării cazurilor noi HIV și volumul de testări la markerii virusului HIV în Republica Moldova pe perioada a.a. 1987 – 2011 (abs.).



³ În baza buletinului informativ: Situația HIV/SIDA în perioada de referință 2011. Centrul Național de Sănătate Publică și Raportul II privind Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului

La situația din 1 ianuarie 2012 au fost înregistrate 7125 cazuri noi de infectare cu HIV pe ambele maluri ale râului Nistru. În ultimii 3 ani, numărul de cazuri noi de infectare cu HIV a rămas stabil.

Se atestă o variație geografică semnificativă a incidenței și prevalenței HIV, cu o prevalență semnificativ mai înaltă în câteva municipalități – cea mai înaltă prevalență se înregistrează în Bălți, în nordul Republicii Moldova, ridicându-se la 723.97; câteva orașe de pe malul stâng al Nistrului – Râbnîța (453.57), Tiraspol (219.06) și Bender (207.09), în timp ce în unele raioane, inclusiv în capitala Chișinău, rata înregistrată este mai mică decât media.

ODM 6 ȚINTA 2. Reducerea incidenței HIV/AIDS în grupul de vârstă 15-24 ani de la 13.3 cazuri per 100,000 locuitori în 2006 la 11.2 cazuri către 2010 și 11 cazuri către 2015.

HIV/SIDA afectează în mod special persoanele de vârstă reproductivă, inclusiv cele din grupul de vârstă 15-24 ani. Ca și în cazul indicatorului precedent, ținta intermediară pentru 2006, în ceea ce privește incidența HIV în grupul de vârstă 15-24 de ani, nu a fost realizată, înregistrând un rezultat de aproape trei ori mai rău decât valoarea dorită. Acesta a fost și un motiv pentru revizuirea țintelor, în 2007, de la 4 la 4,2 cazuri la 100.000 persoane până în 2010 și de 11.2 la 11 cazuri în 2015.

Cu toate acestea, spre deosebire de incidența combinată HIV / SIDA, incidența acestei infecții în grupul de vârstă 15-24 ani

a scăzut în 2008. Aceasta a fost de 16,1 cazuri la 100.000 locuitori, comparativ cu 21.2 cazuri în 2007 și 18.7 cazuri în 2006 (a se vedea graficul). Dar, în 2009, a fost înregistrat un apogeu nou în epidemia specifică de vârstă pentru grupul de vârstă 15-24 ani: 19.59 cazuri la 100.000 locuitori. Ca și în cazul incidenței combinate HIV/SIDA, incidența pentru acest grup de vârstă a fost mai mare pe malul stâng al Nistrului (39.5 cazuri la 100.000 locuitori).

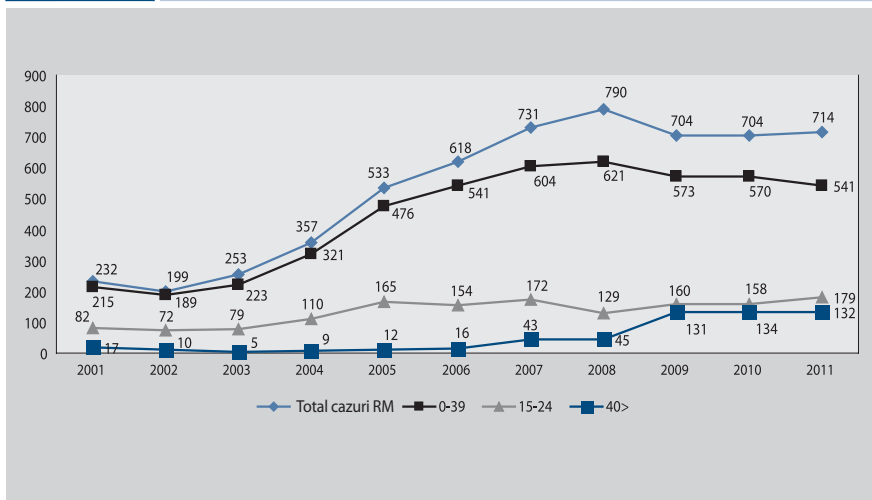
În 2011 s-a observat o diminuare a numărului de cazuri noi de infectare cu virusul HIV în segmentul de vârstă 15 - 39 ani și constituie 72,81% din numărul total de cazuri depistate.

În segmentul de vârstă 15 - 19 ani, rata constituie 2,91%, grupul de vârstă 15 - 24 ani - 18,3%, în segmentul de vârstă 0 - 39 - 75,17%, iar în segmentul de vârstă 40 ani și mai mult s-a înregistrat o creștere, rata constituind respectiv 27,82%.

De la debutul epidemiei, maladia SIDA a fost diagnosticată la 1597 persoane, ceea ce reprezintă 22,7% din numărul persoanelor infectate cu HIV. În 2011, 420 persoane au făcut boala SIDA (2010-290). Cele mai frecvente maladii SIDA indicatoare: infecția pulmonară cu *Mycobacterium tuberculosis* – 49,19%, candidoza esofagiană – 20,0% și sindromul de istovire HIV – 6,66%. Anual, datele privind supravegherea epidemiologică HIV/SIDA se raportează Centrului European de Control al Bolilor infecțioase. Trimestrial se analizează indicatorii, cu informarea Fondului Global "SIDA/TB/Malaria".

Figura 2.

Distribuția cazurilor infecției HIV înregistrate în funcție de vârsta la momentul depistării în Republica Moldova, a. a. 2001-2011 (abs.).



Tratament, îngrijire și sprijin

În vederea asigurării accesului universal la tratament pentru toți cei care au nevoie de acesta, unul dintre obiectivele principale ale Programului Național este de a asigura accesul la tratamentul ARV pentru cel puțin 80% din numărul total estimat de PTH care au nevoie de ART. Acest obiectiv a fost realizat pentru anul 2010 și este menținut în 2012 pentru cei înregistrați oficial la centrele de tratament, mai ales pentru că tratamentul este complet gratuit, datorită obținerii de către guvern a resurselor GFATM, indiferent de statutul în sistemul de asigurări de sănătate obligatorii. O constrângere reală în realizarea unei rate de acoperire de 100% este existența unui decalaj estimat semnificativ între numărul persoanelor înregistrate și numărul real al celor care sunt infectați cu HIV. Necesitatea reală pentru ART este estimată la 5683 persoane

(4380 pe malul drept și pe 1303 malul stâng al Nistrului). Necesitatea pentru tratamentul de prevenire a transmiterii de la mamă la copil pentru anul 2011 a fost estimată la 205 femei gravide HIV pozitive (163 pe malul drept și 42 pe malul stâng al Nistrului).

Cele mai importante realizări se referă la asigurarea accesului la tratamentul HIV, care este disponibil de facto la 100% pentru cei care au nevoie și doresc să facă acest tratament; realizări în descentralizarea serviciilor de tratament și acordarea îngrijirii persoanelor cu HIV în toată țara, actualizarea protocoalelor de tratament cu sprijinul financiar al OMS, inițierea creării infrastructurii pentru testarea rezistenței virale la preparatele ARV; îmbunătățirea accesibilității și calității măsurilor de profilaxie a ART pentru femeile gravide infectate cu HIV; deschiderea unei secții de

pediatrie în cadrul instituției specializate în tratamentul ARV.

Din 2011 a început descentralizarea tratamentului ARV, acesta fiind acum disponibil în partea de nord a țării în municipiul Bălți, regiunea de sud – Cahul și în centru – în Chișinău. Pe malul stâng al Nistrului, tratamentul ARV este asigurat de Centrul SIDA din Tiraspol și Râbnița, pentru cetățenii din partea de nord a Transnistriei.

A fost elaborat Regulamentul privind organizarea serviciilor de îngrijiri paliative pentru persoanele cu HIV/SIDA. Lipsesc protocolul pentru gestionarea cazurilor cu HIV. Serviciile de sprijin și îngrijire sunt evaluate ca fiind inadecvate, pe motiv că îngrijirile paliative nu sunt instituționalizate și sunt oferite aproape exclusiv de către sectorul ONG, capacitățile umane sunt subdezvoltate, conceptul de vulnerabilitate nu este suficient de dezvoltat și asistența socială bazată pe acest concept este în procesul de

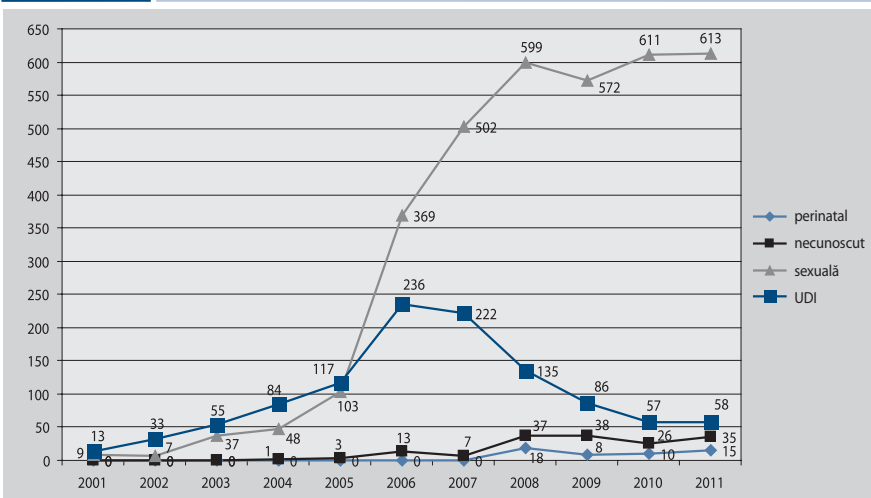
operaționalizare. Datele arată că acoperirea cu tratament ARV pentru copii este mai mică decât pentru adulți. Deficiențele în instruire, diagnosticul de laborator și monitorizarea situației în domeniul HIV/SIDA pe malul stâng al Nistrului reprezintă lacune care au nevoie de o atenție specială.

Căile de transmisie și grupurile de risc

În ultimii 5 ani, transmiterea pe cale sexuală a fost principala cale probabilă raportată pentru cazuri noi de HIV înregistrate în Republica Moldova (din 704 cazuri noi de HIV raportate în 2010, în 86,79% calea sexuală a fost menționată ca principala cale probabilă de transmitere a HIV; din 721 de cazuri noi de HIV raportate în 2011, 85,02% au menționat calea sexuală drept calea probabilă principală de transmitere a infecției cu HIV). Din numărul de cazuri HIV noi înregistrate, în care calea probabilă de transmitere a fost cea sexuală, bărbaților

Figura 3.

Distribuția cazurilor infecției HIV înregistrate în funcție de vârsta la momentul depistării în Republica Moldova, a.a 2001-2011 (abs.).



și femeilor le revin ponderi aproape egale (52,9% dintre bărbați în 2011).

Schimbările în structura de cazuri noi de HIV raportate în ceea ce privește calea probabilă de transmitere indică o creștere a vulnerabilității femeilor, în rândul cărora se înregistrează 47.71% din noile cazuri de HIV în 2011. HIV/SIDA se înregistrează preponderent în rândul tinerilor de vârstă reproductivă și economic activă, persoanele cu vârste între 15-39 ani constituind 72.81% din noile cazuri de HIV înregistrate în 2011, iar în segmentele de vârstă 20 - 24 ani - 15.39% și 25-29 de ani - 18,56%.

Începând cu 2007 au fost testate pentru HIV mai mult de 99% dintre femeile gravide,

ceea ce permite calcularea prevalenței HIV în acest grup. În ultimii 6 ani, prevalența cazurilor noi de HIV a rămas relativ stabilă.

Estimarea dimensiunii reale a grupurilor de risc are un rol important în planificarea programului. În 2011 Republica Moldova a desfășurat o activitate riguroasă pentru a estima dimensiunea grupurilor cu risc sporit de infectare, pentru a înlocui runde anterioare ale estimărilor, care aveau anumite deficiențe din cauza deficitului de date disponibile și metodologiei utilizate (în mare parte, opinia experților). Estimarea a fost făcută pentru orașele mari (Chișinău, Bălți, Tiraspol), atât pentru malul drept, cât și pentru malul stâng al râului Nistru.

TABELUL 1. REZULTATE PENTRU ESTIMAREA DIMENSIUNII GRUPURILOR DE POPULAȚIE EXPUSE CELUI MAI MARE RISC, REPUBLICA MOLDOVA, 2011

Grupul	Regiunea	Dimensiunea grupului
Utilizatorii de droguri intravenoase (UDI)	Malul drept	21061
	Malul stâng	10501
	Total	31562
Lucrătorii sexului comercial (CSW)	Malul drept	12359
	Malul stâng	2409
	Total	14768
Bărbații care fac sex cu bărbați (MSM)	Malul drept	19670
	Malul stâng	2615
	Total	22285

Repartizarea geografică a acestor cifre este importantă și din cauza discrepanței semnificative în incidența și prevalența între cele două maluri ale Nistrului, necesitând abordare diferită și volume diferite de intervenție.

Consiliere și testare pentru HIV

Accesul la servicii de consiliere și testare voluntară este asigurat în 67 cabinete de consiliere și testare voluntară, inclusiv 54 în IMSP din teritoriile din dreapta Nistrului, 5 în instituțiile penitenciare și 8 în teritoriile de est. Rata cabinetelor de consiliere și testare voluntară la 100000 populație a crescut de la 0,16 în 2007 la 1,63 în 2011. În 2011, în cabinetele de consiliere și testare voluntară au fost consiliate 81521 persoane, ceea ce constituie 38,36 % din numărul de persoane testate la marcherii HIV la inițiativa lucrătorilor medicali și la inițiativa clientului și au fost realizate 142021 sesiuni de consiliere pre-și post-test la marcherii infecției HIV. Coeficientul de revenire pentru consilierea posttestare a persoanelor consiliate pre-testare și testate la marcherii HIV constituie 74,21%.

În pofida acestor cifre, practica de testare pentru HIV, raportată și de o evaluare recentă a OMS⁴, în mod disproporționat nu reușește să acopere grupurile de populație expuse unui risc mai mare pentru HIV. De exemplu, în 2010, din 290,856 teste de screening pentru HIV efectuate, doar 3410 (0,01%) au fost UDI, dintre care 35 (1%) au avut rezultate pozitive la test, doar 2458 (0,8%) au fost LSC, dintre care 89 (3,6%) au avut rezultat pozitiv. Cu toate acestea, persoanele expuse unui risc scăzut pentru HIV au fost testate într-un număr semnificativ

mai mare, cu o rată mult mai mică de cazuri depistate. De exemplu 24786 (8%) din toți cei testați erau tineri în categoria celor care efectuează testarea obligatorie înainte de încheierea căsătoriei. Dintre ei, 37 (0,1%) au fost diagnosticați pozitiv. Nu este clar și dificil de evaluat pe cei care se găsesc în categoria "celorlalți" - un număr de 115664 (40% din toți cei testați în 2010), dintre care doar 0,02% au fost pozitivi.

În majoritatea cazurilor, vizitele la CTV sunt efectuate în baza referirii de către lucrătorii medicali, reprezentând 90.38% (89.03% în 2010) din persoanele care au beneficiat de consiliere, în timp ce nivelul adresării pentru testare prin inițiativa personală sau referire de către ONG-uri este redus, de circa 9,61% (10.97% în 2010), trezind îngrijorări cu privire la modul în care a fost promovat serviciul și cât de eficientă sau atractivă a fost promovarea.

Se pare că, deoarece rețeaua națională oficială de consiliere și testare voluntară se află în instituțiile publice de sănătate primară, aceasta rămâne a fi neatractivă pentru oamenii din rândul populațiilor de risc. Pe de altă parte, organizațiilor care desfășoară activități de mobilizare și de sprijin nu li se permite să ofere consiliere și testare, iar referirea la rețeaua oficială de la aceste organizații nu pare a fi foarte eficientă.

Contextul legal și de politici

Documentele normative au fost ajustate la Recomandările Organizației Mondiale a Sănătății, UNAIDS și Uniunii Europene, demonstrând angajamentul țării, care s-a alăturat Declarației Sesiunii Speciale a

⁴ Evaluarea componentei privind testarea la HIV a Programului Național HIV în Republica Moldova; Eramova, Ciobanu, martie 2011.

Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite cu privire la HIV/SIDA. A început să se aplice o abordare bazată pe drepturile omului, în vederea promovării principiilor de bază de nediscriminare a persoanelor sero- pozitive, minimizării consecințelor epidemiei și asigurării accesului universal în paralel cu implementarea unor intervenții cuprinzătoare și multidisciplinare.

Într-un efort de a aduce cadrul normativ în conformitate cu aceste principii de bază ale drepturilor omului a fost aprobat un Ordin al MS privind "Anularea unor acte normative de reglementare a profilaxiei și controlului infecției HIV/SIDA", iar actele normative care conțin prevederi stigmatizante au fost anulate. A fost aprobată modificarea Legii Nr. 23 din 16 februarie 2007 referitoare la prevenirea HIV/SIDA. Societatea civilă a fost consultată asupra amendamentelor. Aprobarea modificărilor la Legea Nr. 23 garantează pe deplin dreptul la viață privată și confidențialitatea informațiilor cu caracter personal și consolidează semnificativ măsurile de garanție pentru dezvăluirea statutului HIV, dreptul la nediscriminare și egalitate a persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA și dreptul persoanelor care trăiesc cu HIV / SIDA la libertatea mișcării. Acest amendament a exclus, de asemenea, orice fel de testare obligatorie la HIV și a recunoscut vulnerabilitatea femeilor la HIV.

În iunie 2011 Programul Național de Prevenire și Control HIV/SIDA și IST a fost supus

unei evaluări externe realizate de către o echipă de experți naționali și internaționali. În rezultatul evaluării au fost elaborate o serie de recomandări și au fost reformulate obiectivele programului: cum ar fi prevenirea transmiterii HIV, Hepatitei și IST, în mod special în rândul grupurilor cheie; reducerea impactului negativ a epidemiei, în special prin asigurarea tratamentului, îngrijirii și susținerii persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA și membrilor grupurilor cheie ale populației; promovarea sinergiilor cu alte componente ale sistemului medical; elaborarea unui sistem eficient de management al programului. Programul Național modificat ia în considerație aceste recomandări și va avea obiective focusate mai bine (urmează a fi adoptate).

Moldova este recunoscută drept un exemplu în regiune de bune practici, datorită modului în care a implementat cu succes Programele de Reducere a Riscului în populațiile cheie de risc din sectorul civil (UDI, LSC, BSB) și în instituțiile penitenciare (UDI). În prezent se desfășoară activități de informare/educare/mobilizare și de schimb de seringi, precum și referire la servicii medicale și sociale. Tratamentul de substituție cu metadonă se oferă atât în sectorul civil, cât și în instituțiile penitenciare (doar pe malul drept al Nistrului). În perioada de raportare serviciile au fost extinse la alte 3 localități, inclusiv pe malul stâng al Nistrului (UDI).

1B. INTERVENȚII PRIORITARE

Prima etapă în elaborarea planului de acțiuni conform metodologiei MAF este identificarea intervențiilor prioritare. Pentru a stabili intervențiile prioritare a fost efectuată colectarea, revizuirea și analiza datelor existente și a literaturii actuale a fost efectuată și o analiză a cadrului legislativ și normativ relevant.

Numeroasele studii efectuate în Moldova cu privire la HIV/SIDA reflectă situația din mai multe puncte de vedere. Rezultatele acestor studii au fost folosite atât pentru stabilirea priorităților de intervenții necesare, cât și pentru identificarea obstacolelor și soluțiilor posibile.

Următoarea etapă a fost efectuarea unui studiu sociologic calitativ. Pentru a crea o imagine mai amplă a situației epidemiologice în controlul tuberculozei și infecției HIV/SIDA și pentru a permite analiza lacunelor și prioritizarea activităților, a fost efectuat un studiu sociologic calitativ. Studiul sociologic calitativ a cuprins 4 focus grupuri. Discuțiile de grup au avut ca scop oferirea suportului informațional în cadrul proiectului MAF privind accelerarea ODM 6 – Combaterea HIV/SIDA și a Tuberculozei. Categoriile participante la studiu, în calitate de principalii actori de implementare, au fost recomandate de echipa de consultanți naționali, luându-se în considerație subiectele mai puțin explorate în cadrul altor studii cu aceeași tematică. De aceea, prioritatea s-a acordat tematicii Tuberculozei, dat fiind faptul că în domeniul HIV/SIDA în ultimul timp au fost efectuate mai multe studii care pot fi valorificate. Pentru a elucida

problemele în domeniul infecției HIV/SIDA a fost organizat un focus grup cu medicii de familie. Discuțiile de grup s-au axat pe constatarea principalelor probleme din domeniu, dificultăți de intervenție, insuficiența referire și testare, deficiențele în aderența la tratament și identificarea soluțiilor în vederea soluționării acestor probleme.

În urma analizei literaturii și realizării studiului documentar al cadrului legislativ și normativ în Moldova și luând în considerație rezultatele discuțiilor de grup cu medii de familie au fost propuse opt intervenții pentru accelerarea progresului spre ODM 6:

1. consolidarea capacităților de prevenire a infecției cu HIV în populația cheie (UDI, LSC, BSB) prin sporirea accesului la programe de diminuare a riscului și acoperirea acestei categorii la nivel nu mai mic de 60% din numărul estimat, precum și de prevenirea transmiterii infecției de la aceste populații în populația generală;
2. sporirea aderenței la tratament ARV a persoanelor cu HIV/SIDA;
3. sporirea accesului populației la servicii de consiliere și testare voluntară;
4. promovarea sinergiilor cu alte programe de sănătate, educaționale și învățământ în activități de prevenire, formare a comportamentului sigur și inofensiv ca părți integrale ale realizării strategiilor HIV/SIDA;
5. planificarea familiei pentru femeile care trăiesc cu HIV, tratamentul HIV și îngrijiri pentru femeile gravide și mame;
6. siguranța sângelui, siguranță injectiilor și intervenții universale de precauție;

- influența liderilor comunității și societății civile și cultelor religioase pentru redresarea situației epidemiologice prin infecția HIV/SIDA;
- diminuarea stigmei și discriminării persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA și membrii familiilor lor.

Toate intervențiile identificate au fost analizate din punctul de vedere al impactului care va permite accelerarea spre ODM 6, după următoarele criterii: aportul calitativ al intervenției în termen de rezultat, beneficiarii (populația afectată) și viteza impactului. De asemenea, a fost evaluată fezabilitatea acestor intervenții după criteriile guvernării, capacității, disponibilității finanțării, s-au luat în considerație și factorii suplimentari.

În conformitate cu prioritățile stabilite în PN și recomandările experților internaționali, care au evaluat PN în perioada 27 iunie – 07 iulie 2011, rezultatele discuțiilor în focus grupul cu medicii de familie, rezultatele interviurilor în profunzime cu reprezentanții ONG, care activează în domeniul HIV/SIDA și reprezentanții APL, în rezultatul consultărilor la nivel național cu părțile cheie interesate și evaluării impactului și fezabilității pentru segmentul HIV au fost prioritizate 3 intervenții din cele 8 propuse inițial. Prioritizarea acestor intervenții în mare parte a derivat din Programul Național pe SIDA actualizat (ce urmează a fi adoptat), urmată de Evaluarea Comună a Strategiilor Naționale (JANS), în iunie-iulie 2011⁵. Argumentarea la fiecare intervenție în parte este prezentată mai jos.

I. EXTINDEREA PROGRAMELOR DE REDUCERE A RISCURILOR, CONCENTRATE PE PREVENIREA HIV ÎN RÂNDUL POPULAȚIILOR CHEIE

Epidemia HIV în Republica Moldova este concentrată preponderent în anumite sub-populații, cum ar fi utilizatorii de droguri injectabile (în continuare – UDI). Acest lucru este confirmat și de „Studiile de supraveghere epidemiologică” (anul 2010), care au indicat rate foarte înalte ale prevalenței HIV în rândul UDI.

Deși în versiunea anterioară a Programului Național rolul utilizatorilor de droguri injectabile și al partenerilor lor în răspândirea epidemiei nu este subliniat, dovezile disponibile demonstrează că aceste categorii reprezintă forța motrice principală a epidemiei. Acest lucru a fost evidențiat în Raportul Evaluării Comune, care a sugerat o reevaluare a analizelor situației și a programelor, dar și a planificării strategice.

Această prioritate a fost subliniată și la masa rotundă a părților naționale interesate și în interviurile calitative în focus grup.

De aceea, în situația epidemică creată, e necesar de a stabili prioritățile printre activitățile de prevenire pentru populațiile cheie cu scop de reducere a transmiterii HIV de la populația cheie în populația generală. Dat fiind faptul că majoritatea UDI, LSC, BSB, partenerii și clienții lor sunt tineri, noul program național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015 va pune accent pe prestarea serviciilor esențiale unora dintre cei mai vulnerabili și marginalizați tineri din țară.

⁵ <http://aids.md/aids/index.php?cmd=item&id=120>

Impactul intervenției a fost evaluat ca fiind ridicat, datorită numărului de beneficiari, concentrării pe grupurile de populație expuse celui mai mare risc și datelor disponibile privind eficacitatea costurilor acestor activități. Până în 2015, cel puțin 60% din UDI, LSC și 40% din BSB din numărul estimat de grupuri de populație cu risc crescut de infectare cu HIV, ar trebui să beneficieze de acces sporit la programele de prevenire HIV. Aceste măsuri permit acoperirea și a populațiilor de trecere. Impactul parțial este posibil în termen de 3 luni, iar impactul complet în termen de 4 ani (către 2015), în conformitate cu Programul Național SIDA (PNS) 2011-2015. Având în vedere experiența pozitivă a actorilor naționali în implementarea programelor de reducere a riscurilor, capacitățile actuale, intervenția se estimează a fi fezabilă, deși vor trebui să se facă eforturi, pentru a identifica resurse financiare pentru activitățile de durabilitate și extindere, care având în vedere eficacitatea costurilor, nu ar trebui să fie excesiv de problematice. Modificări normative vor fi, de asemenea, necesare pentru a reglementa cerințele pentru furnizorii de servicii, inclusiv ONG-urile, pentru reducerea riscurilor și alte servicii.

II. CONSOLIDAREA SISTEMULUI DE MANAGEMENT DE CAZ PENTRU ASIGURAREA UNEI ADERENȚE MAI BUNE LA TARV

Tratamentul antiretroviral (ARV) este unul dintre cele mai importante progrese înregistrate de medicină în ultimele decenii. Odată cu instituirea tratamentului ARV, putem aprecia că speranța de viață a unui pacient infectat HIV aflat sub medicație ARV este foarte

lungă, fiind apreciată de unele studii ca fiind aproape egală cu a persoanei seronegative. De asemenea, tratamentul ARV conduce la îmbunătățirea calității vieții persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA.

Unul din obiectivele specifice ale „Programului național de prevenire și control HIV/SIDA și ITS pentru anii 2011 – 2015” este asigurarea cu tratament ARV a 80% din numărul estimat al persoanelor cu HIV și al bolnavilor de SIDA care necesită tratament. Intenția majoră a acestui obiectiv este îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu HIV/SIDA prin asigurarea: tratamentului ARV necesar, tratamentului infecțiilor oportuniste și asociate cu infecția HIV/SIDA, îngrijirilor la domiciliu, protecției sociale, inclusiv a copiilor orfani. Crearea unui mediu precoce ar permite o aderență mai sporită la tratamentul ARV și asigurarea unui management de caz mai eficient.

În anumite circumstanțe, terapia ARV pentru PTH este considerată și o strategie eficientă de prevenire a HIV, deoarece reduce substanțial riscul răspândirii infecției cu HIV. Rămâne de văzut dacă o astfel de strategie poate fi implementată pe scară largă și dacă este valabilă pentru epidemii concentrate, cum este situația în contextul Republicii Moldova, unde grupurile cele mai afectate se confruntă cu obstacole la testare, tratament și îngrijire timpurie și regulată.

La nivel de impact, această intervenție poate acoperi eventual o proporție semnificativă a decalajului ODM până în 2015 (o rată mai mare de supraviețuire a persoanelor cu HIV și celor care primesc tratament antiretroviral, prin aderența mai bună la tratament și un acces mai bun la serviciile ARV) și o mai bună calitate a vieții, capacitate de a lucra și de a fi

⁶ Studiiul cost-eficienței realizat de centrul regional UNAIDS și “Asigurarea Durabilității Programelor de Reducere a Riscurilor prin solicitarea finanțării din bugetele naționale”, 2010, Fundația SOROS Moldova.

util pentru societate etc. Pe lângă PTH care primesc tratament, partenerii lor și populația generală ar putea beneficia și ei în mod indirect ca urmare a efectului preventiv al tratamentului. Capacitățile actuale ale furnizorilor de servicii și ale actorilor guvernamentali implicați ne permit să estimăm că intervenția ar fi fezabilă pe termen scurt și pe termen mediu (viteză de impact). În ceea ce privește majoritatea activităților HIV și TB, având în vedere faptul că majoritatea activităților se bazează pe resursele GFATM, finanțarea va trebui să fie reevaluată și identificate resurse suplimentare. Datorită faptului că medicamentele TARV sunt achiziționate în cadrul programului național HIV și nu prin schema națională obișnuită de achiziționare a medicamentelor, va fi nevoie de operat modificări normative, pentru înregistrarea și autorizarea preparatelor antiretrovirale pe aceeași bază ca și restul medicamentelor.

III. ASIGURAREA DEPISTĂRII PRECOCE A INFECȚIEI CU HIV PRIN PROMOVAREA SERVICIILOR DE CONSILIERE ȘI TESTARE VOLUNTARĂ ÎN RÂNDURILE GRUPURILOR VULNERABILE

Consilierea și testarea voluntară reprezintă un mijloc economic foarte eficient de prevenire a transmiterii infecției HIV, care asigură: educația populației, inclusiv a persoanelor cu comportament riscant, privind modul sănătos de viață prin schimbarea comportamentului în scopul reducerii transmiterii infecției HIV; accesul precoce la îngrijiri medicale, tratamentul antiretroviral al persoanelor seropozitive; posibilitatea de prevenire a transmiterii HIV de la mamă la făt.

Asigurarea accesibilității populației la consilieri și testare voluntară contribuie la creșterea gradului de informare al populației cu privire la infecția HIV, la promovarea modului sănătos de viață, formarea comportamentului inofensiv, reducerea discriminării și stigmatizării persoanelor infectate sau afectate de infecția HIV și la creșterea accesibilității la servicii de asistență medicală, socio-psihologică a persoanelor seropozitive.

Măsurile pentru extinderea accesului la servicii de consiliere și testare includ implementarea testării și consilierii la inițiativa lucrătorului medical pentru pacienții cu semne și simptome ale infecției HIV sau cei tratați pentru boli cu aceleași forme de transmitere. Extinderea și îmbunătățirea accesului la servicii de consiliere și testare are o importanță deosebită pentru populațiile cu nivel înalt de vulnerabilitate și risc de infectare HIV, inclusiv UDI, BSB, LSC și alte persoane care practică comportament riscant. În prezent sistemul de testare și consiliere nu este concentrat pe populațiile cheie, doar 0.24% teste pozitive în total, doar 0.01% de teste în rândul UDI). ONG-urile cu acces la grupurile cheie ale populației pot asigura o utilizare eficientă pe scară largă a testelor simple, rapide în cadrul cabinetelor de consiliere și testare voluntară, inclusiv prin intermediul serviciilor mobile. Campaniile informaționale promovate în cadrul campaniei extinse de mobilizare vor crește nivelurile de sensibilizare despre serviciile disponibile de testare și consiliere și importanța cunoștințelor despre statutul HIV. Prevenirea infecției HIV prin informare a publicului și tranziția de la comportamente de risc la comportamente sigure prin intermediul serviciilor de consiliere,

depistarea precoce și inițierea timpurie a tratamentului ARV și utilizarea altor servicii psiho-sociale relevante au potențialul de a acoperi o proporție semnificativă a lacunei ODM către anul 2015. În timp ce CTV sunt acoperite de Casa Națională de Asigurări în medicină, resursele pentru

1C. OBSTACOLELE PRIORITARE

În baza datelor disponibile și după consultări largi cu părțile cheie naționale, echipa de experți a identificat și analizat fiecare domeniu de intervenție, toate obstacolele posibile care împiedică într-un fel sau altul

Intervenții	Impactul	Fezabilitatea	Clasamentul	Intervenția selectată?
Extinderea programelor de reducere a riscurilor, axate pe prevenirea HIV în rândurile grupurilor cheie ale populației	Verde	Verde slab	1	Da
Consolidarea sistemului de supraveghere și monitorizare medicală a persoanelor diagnosticate cu infecția HIV	Verde	Verde slab	2	Da
Asigurarea depistării precoce a infecției cu HIV prin promovarea serviciilor de consiliere și testare voluntară	Verde	Verde slab	3	Da

creșterea finanțării urmează a fi confirmate. Capacitățile disponibile fac intervenția fezabilă, deși calitatea insuficientă a CTV, accesul la CTV în comunități, accesarea redusă din cauza stigmei percepute și discriminării și utilizarea redusă a testelor HIV rapide din cauza costurilor înalte vor trebui abordate corespunzător.

Scorecard-ul intervențiilor HIV

Domeniile prioritare de intervenții pe segmentul HIV pot fi rezumate în următorul scorecard general:

realizarea rezultatelor pozitive. Fiecare obstacol a fost analizat prin prisma impactului pe care-l generează, adică ce impact va avea înlăturarea obstacolului asupra beneficiarilor direcți sau indirecti și prin prisma fezabilității, adică care sunt posibilele soluții de accelerare a progresului și ce organizații și resurse sunt responsabile pentru intervențiile respective.

Pe lângă obstacolele specifice pentru HIV și TB, în cadrul analizei paralele au fost identificate și câteva probleme sistemice generale.

Pentru intervenția I, Extinderea programelor de reducere a riscurilor, axate pe preve-

nirea HIV în rândurile grupurilor cheie ale populației, au fost analizate următoarele obstacole principale:

1a. Alegerea limitată (medicamente, servicii juridice și psihologice), calitatea inadecvată a unor consumabile (prezervative)

Studiile consultative recente cu beneficiarii programelor de reducere a riscurilor și consultările îndeaproape cu furnizorii de servicii arată că slaba calitate a unor produse și pachetul limitat de servicii RR este un factor de descurajare major pentru segmentele cheie ale populației care le-ar putea folosi. Având în vedere numărul de beneficiari și efectul transversal, impactul este foarte important. Deși resursele financiare pentru studii de fezabilitate sunt limitate, abordarea acestui obstacol va contribui mult la succesul intervenției prioritare. De asemenea, este foarte important să se abordeze grupurile cheie ale populației și să se asigure că programele RR sunt bine monitorizate și evaluate, având în vedere indicatorii bine stabiliți care să permită ca acțiunile relevante să fie ajustate și corectate semnificativ.

Obstacolul produce impact asupra unui număr mare de pacienți din grupurile de risc - în rândul UDI - 19000, LSC - 9000, BSB - 9000. De asemenea, se produce un impact și asupra populațiilor de legătură (partenerii lor), numărul cărora este semnificativ - 60% din grupul de populație: partenerii UDI - 12700 persoane, clienții LSC - 26.000 persoane, partenerii clienților LSC - 17.000 persoane și partenerii de sex feminin ai BSB - 7300 persoane⁷. Provocarea pentru îndepărtarea obstacolului în termen scurt este condiționată de bugete restrânse,

precum și lipsa surselor de finanțare de stat alocate pentru activitățile legate de reducerea riscurilor, retragerea treptată a FG din Moldova și faptul că nu există mecanisme de utilizare a fondurilor publice pentru contractarea ONG-urilor sau acreditarea limitată a ONG-urilor.

Se estimează că oferirea unor produse și servicii de înaltă calitate va crește atractivitatea unor astfel de servicii și va stopa răspândirea în continuare a HIV. Creșterea atractivității serviciilor va crește și stimularea cererii pentru servicii mai multe și mai bune, fapt demonstrat de studii de calitate cu beneficiarii recentei ai programelor RR. În cele din urmă, toți pot beneficia de servicii inovatoare și mai cuprinzătoare.

1b. Finanțare zero de la Fondul Global către anul 2015

Aceasta este o problemă majoră, care are un impact semnificativ, identificat și ca o problemă sistemică comună, relevantă și pentru sectorul TB (descriș aici).

Motivul principal pentru selectarea acestui blocaj pentru abordare este necesitatea stringentă de a rezolva problema retragerii planificate a FG din finanțarea programelor de reducere a riscurilor. Acest lucru este direct legat de succesul programelor RR și are un impact foarte mare asupra populațiilor cheie, care sunt principalul obiectiv în cadrul Programului Național revizuit, dar, de asemenea, este la fel de relevant pentru intervenția următoare în tratamentul ARV și aderența la tratament. Deși abordarea acestei probleme nu este fezabilă din punctul de vedere al identificării de resurse financiare alternative din bugetul de stat și de la alți

⁷ Sursa – Studiu, Modalitățile de transmitere, UNAIDS, noiembrie 2010

donatori internaționali, problema va trebui în mod inevitabil să fie abordată și guvernul s-a angajat în mod clar să facă acest lucru. În cadrul Conferinței Naționale cu privire la HIV/SIDA din decembrie 2011, oficialul Prim-ministrului a declarat că tratamentul HIV va fi o prioritate și că soluțiile pentru insuficiența în acoperirea financiară vor fi găsite. Grupurile de lucru guvernamentale, cu participarea Ministerului Finanțelor și CNAM, sunt create pentru a propune mecanisme pentru tratament, reducerea riscului și alte componente importante din resursele guvernamentale. Protecția drepturilor omului ale PTH a fost, de asemenea, identificată ca fiind importantă și a determinat modificarea legii cu privire la HIV, pentru a exclude orice fel de discriminare a persoanelor HIV pozitive, adoptată de către Parlament în aprilie 2012. Având în vedere numărul mare al populației care beneficiază în mod direct, impactul transversal, dar și disponibilitatea unor mijloace specifice concrete de monitorizare și evaluare, abordarea acestui obstacol este estimată a fi una dintre cele mai importante măsuri în răspunsul național la HIV.

Grupurile afectate și dimensiunea acestora sunt similare cu cele descrise la obstacolul reflectat anterior. Impactul transversal al obstacolului este relevant pentru toate segmentele, în special categoria de vârstă 15 – 24 ani. În plus, acest lucru produce efect și asupra altor componente ale răspunsului național la infecția HIV referitor la disponibilitatea tratamentului și îngrijirii.

Disponibilitatea soluției pe termen scurt este o provocare din cauza bugetelor reduse pentru următorii ani (inclusiv pentru programele naționale, bugetele APL, MF și CNAM), lipsa unor dispoziții privind alocările

financiare pentru tratament și RR în cadrul noului Cadru de Cheltuieli pe Termen Mediu (CCTM). Pe lângă fondurile interne de la guvern, există posibilitatea de a identifica donatori internaționali noi, inclusiv din Uniunea Europeană.

Ic. Descentralizarea insuficientă a unor servicii (TARV, metadona, consiliere juridică, asistență psiho-socială)

Există dovezi clare ale existenței unei legături între rezultatele obținute în prevenirea, tratamentul infecției HIV și disponibilitatea și accesibilitatea serviciilor în regiuni. Abordarea problemei înseamnă abordarea atât a ofertei, cât și a cererii. Eliminarea obstacolului va face posibilă îmbunătățirea accesului, acceptabilității și echității pentru persoanele din grupurile de risc, persoanele HIV pozitive și cele afectate. Extinderea serviciilor (nu numai RR, dar și a tratamentului și asistenței juridice și psiho-sociale), deja a început cu extinderea tratamentului și centrelor sociale pentru PTH. Totuși, acest lucru ar trebui realizat în paralel cu promovarea acestor servicii prin mijloace disponibile, cum ar fi rețele de la egal la egal, îmbunătățirea calității și conținutului etc. Cheltuielile geografice ale serviciilor disponibile de asemenea s-au dovedit a fi extrem de cost-eficiente, producând un impact direct și orientat asupra calității vieții persoanelor bolnave de SIDA și reducând transmiterea infecției.

Descentralizarea a fost prezentă pe agenda Guvernului de ceva vreme, dar până în prezent, progresele au fost modeste/ lente. Faza-pilot a fost un succes (servicii juridice, servicii de metadona, asistență psiho-socială, asistență de la egal la egal etc.). Deși

în ceea ce privește realizarea succeselor pe termen scurt există anumite limitări din cauza resurselor financiare care trebuie investite, în ansamblu va exista un impact semnificativ direct și transversal pentru intervenție prioritară, dacă obstacolul va fi eliminat.

Pentru abordarea acestei probleme este nevoie de un angajament ferm al autorităților guvernamentale și locale. Mai multe schimbări structurale și normative au fost deja implementate.

Pentru Intervenția II, consolidarea sistemului de supraveghere și monitorizare medicală a persoanelor diagnosticate cu infecția HIV, au fost analizate următoarele obstacole prioritare:

Ila. Neexploatarea SIME-HIV

Sistemul de monitorizare și evaluare SIME-HIV este un instrument eficient pentru coordonarea eforturilor între lanțurile medicale în răspunsul la HIV. Acesta permite extinderea considerabilă a supravegherii medicale și epidemiologice. Eficiența sa este dovedită în domeniul TB și ITS, unde acesta a fost pe deplin funcțional în Moldova de mai mulți ani. Un avantaj major este faptul că sistemul este pregătit din punctul de vedere tehnic și pentru abordarea acestui obstacol nu sunt necesare resurse financiare semnificative. Totuși impactul eliminării acestui obstacol este semnificativ și este specific, și bine direcționat. Eliminarea obstacolului va asigura accesul la supravegherea sănătății și începutul precoce al TARV și va oferi oportunități de planificare și de achiziții pentru TARV. Pe lângă PTH, acest obstacol produce un impact transversal asupra oamenilor care trăiesc cu HIV, care încă nu au

început TARV. SIME HIV a fost elaborat, dar momentan nu este operațional din cauza obstacolelor administrative existente și capacitatea noii instituții responsabile de operarea SIME HIV rămâne a fi subdezvoltată.

Ilb. Lipsa coordonării dintre medicii infecționiști la nivel local și central de tratament

Sistemul actual de coordonare între diagnostic și monitorizarea tratamentului este realizat de către diferiți specialiști medicali, care nu fac parte din aceeași structură de management, ceea ce conduce la calitate slabă și rezultatele de tratament limitate. Acest lucru este raportat de către specialiștii din centrele de tratament HIV și alte părți implicate. Prin eliminarea acestei bariere se va îmbunătăți calitatea tratamentului și va fi stimulat începutul precoce al tratamentului. De asemenea, Guvernul (MS) s-a angajat să opereze schimbări structurale, pentru a oferi o structură unică de management care ar unifica diferitele niveluri ale răspunsului medical la HIV. Impactul pentru realizarea intervenției prioritare de îmbunătățire a calității tratamentului este semnificativ. Beneficiul va consta din rezultatele de sănătate îmbunătățite pentru ODM 6 (HIV), ca urmare a supravegherii medicale permanente și începerii timpurii a TARV, precum și o aderență crescută pentru PTH, în special cele care urmează tratamentul ARV. Fezabilitatea eliminării acestui obstacol este parțial legată de implementarea SIME-HIV (vezi obstacolul precedent), dar ar putea avea limitări și din cauza stigmatizării și discriminării persoanelor cu HIV de către personalul medical, fapt ce a fost raportat în mai multe studii⁸.

⁸ Raportul studiului privind starea social-economică a PTH, 2011 (raport preliminar); Studiul Indicele Stigmatizării 2011 (raport preliminar); Studiul privind perceperea discriminării, 2010;

IIc. Lipsa regulamentului Centrelor Comunitare (CC) și exploatarea insuficientă a CC

Cele câteva centre comunitare care există pentru a acorda diferite tipuri de sprijin pentru persoanele din grupurile de risc în prezent administrate de ONG-uri cu finanțare din sursele GFATM sunt lanțuri eficiente în prevenirea și monitorizarea non-medicală. Asistența psihosocială acordată în cadrul acestor centre, sprijinul reciproc sunt mijloace eficiente și pentru creșterea aderenței la tratament și accesului la populațiile de risc și cele intermediare. În prezent nu există cerințe oficiale pentru standarde de prestare a serviciilor de către centrele comunitare pentru PTH. Potrivit Programului Național, 10% din PTH care vor fi supravegheate vor beneficia de asistență psiho-socială în centrele comunitare. Aprobarea Regulamentului CC și funcționalitatea acestor centre sunt dependente reciproc și pot fi considerate un impediment întreg. Sprijinul psiho-social este în prezent disponibil din sursele Runderi VIII a GFATM. Evoluțiile recente confirmă practica pozitivă pentru sustenabilitatea a 4 centre sociale regionale, care vor fi preluate, pentru a fi finanțate de către autoritățile publice locale.

Pentru Intervenția III, asigurarea depistării precoce a infecției cu HIV prin promovarea serviciilor de consiliere și testare voluntară, au fost analizate următoarele obstacole principale:

IIIa. Lipsa unui mecanism cuprinzător de referire la CTV

Rata acordării serviciilor de CTV pentru persoanele cărora li s-a făcut referire din diferite locuri, inclusiv CSP este extrem de redusă. Acest lucru este deosebit de

important pentru specialiști care oferă servicii reprezentanților populațiilor cheie (narcologi, specialiști IST etc.)⁹. Pe plan internațional specialiștii CTV recomandă și subliniază faptul că pentru anumite categorii de pacienți cu aceleași modele de transmitere ar trebui să se recomande testarea la HIV. Lipsa de orientări pentru referire la CTV pentru specialiștii din domeniul medical și non-medical de asemenea contribuie la această situație. Eliminarea acestui obstacol va spori accesul și cererea pentru CTV din partea populației țintă. Avantajul constă și în faptul că nu se prevăd obstacole semnificative pentru eliminarea acestei bariere, astfel încât rezultatul poate fi realizat rapid și disponibilitatea CTV îmbunătățită. Acest obstacol produce impact direct asupra tuturor grupurilor de risc și obstacol indirect asupra persoanelor cu semne clinice de infecții cu transmitere sexuală și UDI și partenerii lor sexuali și clienții (circa 1.500 persoane).

IIIb. Lipsa consilierii mobile pentru grupurile cheie ale populației

În Republica Moldova nu există niciun concept de CTV mobilă. Birourile CTV sunt amplasate în instituții medicale, cel mai frecvent în cadrul centrelor medicilor de familie, ONG-urile nu oferă consiliere. În acest fel, consilierea populațiilor cheie nu se asigură. Conform unor studii recente, inclusiv BSS, studiul adresării la CTV și rapoartele de evaluare CTV, cererea pentru consiliere între populații cheie este mare, dar acoperirea cu CTV oficială este extrem de redusă (0,01% și 0,8% pentru UDI și LSC respectiv). Îndepărtarea acestui obstacol va avea un impact semnificativ, avantajul fiind

⁹ Evaluarea componentei privind testarea la HIV a Programului Național HIV în Republica Moldova (OMS 2011)

că lucrul asupra conceptului a început deja. De asemenea, s-a sugerat faptul că consilierea mobilă ar funcționa bine în regiunile în care sunt disponibile programele de reducere a riscurilor. Consolidarea măsurilor în baza acestor programe ar spori durabilitatea și eficiența costurilor.

Impactul acestui obstacol este semnificativ pentru persoanele testate și consiliate - 4000 (6% din numărul estimat al populațiilor-cheie (UDI, LSC, BSB).

Elaborarea acestui concept a început deja, dar prevederile normative vor trebui să fie ajustate, pentru a oferi cerințe specifice pentru serviciul respectiv.

IIIc. Lipsa acordării serviciilor CTV de către organizațiile care au acces la grupurile cheie ale populației

În timp ce scopul serviciilor de CTV mobilă este de a îmbunătăți testarea și consili-

erea HIV, prin lucrul direct cu populațiile cheie, ele vor juca un rol mai important în furnizarea serviciilor de consiliere și testare voluntară populațiilor cheie. CTV disponibile în instituțiile medicale de asistență primară nu acoperă în mod corespunzător populația cheie, oferind cea mai mare parte de servicii populației generale, cuplurilor înainte de căsătorie. Cabinetele CTV din clinici nu sunt atractive pentru UDI, LSC și BSB. Pe de altă parte, ONG-urile care desfășoară activități de informare și mobilizare a populațiilor cheie nu pot fi contractate de către autoritățile publice în cadrul regimului normativ existent pentru furnizarea de servicii de consiliere și testare voluntară sau alte servicii similare pentru populațiile expuse celui mai mare risc. Referirea la rețeaua oficială (publică) de CTV din partea organizațiilor care lucrează cu populațiile expuse celui mai mare risc, de asemenea s-a dovedit a fi inefficientă.

SCORECARD-UL OBSTACOLELOR HIV

Intervenția	Obstacolul	Impact direct	Impact transversal	Impact general	Disponibilitatea soluției în termen scurt	Clasamentul
Extinderea programelor de reducere a riscurilor axate pe prevenirea HIV în grupurile-cheie ale populației	Ia. Alegerea limitată (medicamente, servicii juridice și psiho-sociale), calitatea proastă a unor consumabile (prezervative)	60% din numărul estimat al populației cheie, UDI – 19000, LSC - 9000 și 40% BSB - 9000	60% din grupul de populație: Partenerii UDI – 12700 persoane, clienții LSC – 26000 persoane, partenerii clienților LSC – 17000 persoane și partenerile de sex feminin ale BSB – 7300 persoane,	Verde	Verde slab	1

Intervenția	Obstacolul	Impact direct	Impact transversal	Impact general	Disponibilitatea soluției în termen scurt	Clasamentul
	Finanțare 0 către 2015 de la Fondul Global	60% din numărul estimat al populației cheie, UDI – 19000, LSC - 9000 și 40% BSB - 9000	60% din grupul de populație; Partenerii UDI – 12700 persoane, clienții LSC – 2600 persoane, partenerii clienților LSC – 17000 persoane și partenerile de sex feminin ale BSB – 7300 persoane: 60% din grupul de populație; Partenerii UDI – 12700 persoane, clienții LSC – 2600 persoane, partenerii clienților LSC – 17000 persoane și partenerile de sex feminin ale BSB – 7300 persoane:	Verde	Verde slab	2
	Insuficiența descentralizării unor servicii (TARV, metadona, asistență juridică, psiho-socială)	60% din numărul estimat al populației cheie, UDI – 19000, LSC - 9000 și 40% BSB - 9000	60% din grupul de populație; Partenerii UDI – 12700 persoane, clienții LSC – 2600 persoane, partenerii clienților LSC – 17000 persoane și partenerile de sex feminin ale BSB – 7300 persoane:	Verde slab	Verde slab	3

Intervenția	Obstacolul	Impact direct	Impact transversal	Impact general	Disponibilitatea soluției în termen scurt	Clasamentul
Fortificarea sistemului de supraveghere și monitorizare medicală a persoanelor diagnosticate cu infecția HIV prin consolidarea echipelor multidisciplinare în baza cabinetelor teritoriale de tratament.	SIME HIV ne exploatat	Numărul PTH care vor fi supravegheați medical 6000	Numărul PTH care vor fi supravegheați medical 6000, care în prezent nu sunt incluși și TARV 4000	Verde	Verde slab	1
	Lipsa coordonării dintre medicii infecționiști la nivel local și centrul de tratament.	Numărul PTH care vor fi supravegheați medical 6000	Numărul PTH care vor fi supravegheați medical 6000, care în prezent nu sunt incluși și TARV 4000	Verde	Verde slab	2
	Lipsa regulamentului Centrelor Comunitare(CC) și ne-exploatarea CC în mod eficient	600	600	Verde slab	Verde slab	3
Asigurarea depistării precoce a infecției cu HIV prin promovarea serviciului CTV	Lipsa unui mecanism clar de referire la CTV de către specialiștii din medicina primară, specialiștii din asistența spitalicească și serviciile medico-sociale conexe (centre comunitare etc.).	Numărul mediu de persoane testate și consiliate în ultimii 3 ani - 100000	Numărul mediu de persoane testate și consiliate în ultimii 3 ani - 100000	Verde slab	Verde	1
	Lipsa concepțului de consiliere mobilă în populația cheie	6% din numărul populației cheie estimat 4000	6% din numărul populației cheie estimat 4000	Verde slab	Verde slab	2

Intervenția	Obstacolul	Impact direct	Impact transversal	Impact general	Disponibilitatea soluției în termen scurt	Clasamentul
Asigurarea depistării precoce a infecției cu HIV prin promovarea serviciului CTV.	Lipsa CTV oferite de organizațiile care au acces la populațiile de risc.	Numărul mediu de beneficiari ai serviciului de testare și consiliere în ultimii 3 ani – toate persoanele testate și consiliate.	Numărul mediu de beneficiari ai serviciului de testare și consiliere în ultimii 3 ani - 100000	Verde slab	Verde	3

Experiența internațională și bunele practici arată că un număr mare de CTV sunt asigurate de furnizorii non-guvernamentali de servicii, pentru care sunt specifice cerințe înalte față de serviciile oferite și o cerere mare pentru nivelul de servicii.

Eliminarea obstacolului va contribui la creșterea numărului de persoane testate, generând un impact major asupra grupurilor de risc, partenerilor și clienților lor. Disponibilitatea soluției pe termen scurt se referă numai la lipsa unor prevederi normative și nu necesită investiții financiare, producând în același timp un impact semnificativ.

Scorecard-ul sumar

În general, toate obstacolele identificate și analizate pentru domeniile prioritare de intervenție sunt rezumate în Scorecard-ul obstacolelor HIV.

Obstacole sistemice comune pentru HIV și TB

În timpul exercițiului MAF, o echipă de experți naționali și specialiști în domeniul analizei au identificat probleme sistemice comune, care sunt similare pentru HIV și TB. Acest lucru este determinat parțial de faptul că mecanismele de control pentru segmentul TB și HIV împărtășesc același mecanism de coordonare pe țară (NCC), finanțat din resursele Fondului Global (peste 90%), dar, de asemenea, ca urmare a aspectelor sociale comune ale bolilor. Următoarele obstacole au fost identificate în baza studiilor disponibile și datelor statistice în domeniul HIV și TB. Acestea sunt abordate parțial în analiza fiecăruia dintre ele (vă rugăm să consultați în continuare informația pentru fiecare obstacol și soluție) și eliminarea lor servește pentru identificarea zonelor de intervenții prioritare în ambele domenii. O evaluare generală contribuie la creșterea semnificativă a impactului abordării acestor probleme

În mod corespunzător, deoarece le dă un plus de valoare și sporește numărul combinat de persoane care vor beneficia direct și indirect din aceste soluții. Deși ar trebui identificate resursele suplimentare pentru soluționarea unora dintre problemele existente, angajamentul Guvernului și necesitatea de abordare a problemelor, dar și luând în considerație impactul combinat extins pentru realizarea obiectivelor ODM le face o prioritate pentru identificarea rapidă a soluțiilor. Multe dintre aceste probleme din sistemul de sănătate au fost identificate în trecut sau vor fi identificate în timpul viitoarelor revizuirii de programe (JANS pentru HIV, iulie 2011 și revizuirea la mijloc de termen pentru programul TB Național programat pentru februarie 2013). Următoarele obstacole comune sunt relevante pentru cele mai importante domenii de intervenție, care au fost identificate separat pentru fiecare domeniu.

Obstacolele prioritare comune sunt:

Nefinanțarea de către guvern a activităților prevăzute de programul național (vezi descrierea obstacolelor din câmpurile separate)

Retragerea treptată a FG din Moldova și a multor altor programe naționale (ex. programul de imunizări după absolvirea GAVI), din cauza inexistenței unei linii comune de buget pentru toate programele naționale, face ca aceasta să fie o prioritate. Pentru Programul Național HIV, costurile neacoperite vor crește pentru 2014 și 2015 la 19.2 și 38.2 mln MDL și pentru Programul TB la 9.4 și 32.9 mln MDL corespunzător. Acest lucru presupune că mai puțin de 15% din necesitățile totale pentru TB și HIV vor fi acoperite de către Programele Naționale¹⁰.

Insuficienta coordonare și implicare la nivelul central și cel local

Deși mecanismul de coordonare pe țară (în Republica Moldova - Consiliul Național de Coordonare) este comun pentru TB și HIV, reprezentat de diferite ministere din cadrul Guvernului și secretariatul oficial, coordonarea dintre punctele focale guvernamentale este slabă iar Ministerul Sănătății, și agențiile acestuia și ONG-urile active în domeniu asigură cea mai mare parte din implementare. De asemenea, mai multe studii și consultări cu părțile interesate raportează drept o problemă majoră parteneriatele la nivel local, lipsa coordonării cu autoritățile publice locale și incapacitatea APL de a elabora planuri corespunzătoare de intervenție locală pentru segmentul HIV și TB.

Coordonare intersectorială slabă, în special la nivelul APL, pentru un sprijin individual medico-social coordonat

Studiile relevante indică lipsa coordonării sau foarte puțină coordonare între serviciile medicale și sociale pentru a oferi un sistem de sprijin individualizat, multilateral coordonat în vederea asigurării depistării precoce și aderenței la tratament, atât pentru HIV, cât și TB. În pofida faptului că a fost creat un grup de lucru special în cadrul Mecanismului de Coordonare pe țară - grupul tehnic de lucru pentru protecția socială pentru HIV și TB (regulamentul național privind ajutorul social pe motive de vulnerabilitate generală este de asemenea disponibil), în practică, grupurile sau persoanele vulnerabile care trăiesc cu HIV sau TB nu beneficiază de asistență socială, cu excepția pachetelor oferite în cadrul FG. De asemenea, se atestă lipsa

¹⁰ Estimările pentru 2015 - ambele programe - 10.017 mln MDL acoperite și 71.034 neacoperite.

echipelor multidisciplinare calificate care ar putea evalua individual și oferi asistență oamenilor în comunități.

În ceea ce privește impactul, s-a raportat pe larg faptul că adresarea slabă, inițierea și aderența la tratament insuficientă sunt în mare parte cauzate de factori sociali și economici¹¹. De asemenea, există constrângeri legate de obținerea datelor credibile despre numărul de persoane cu HIV sau TB care beneficiază de sprijin social, din cauza protecției datelor confidențiale.

Obstacolele detaliate specifice pentru domeniu și soluțiile corespunzătoare sunt descrise în capitolele specifice pentru HIV și TB.

INTERVENȚIE PRIORITARĂ PENTRU OBSTACOLE SISTEMICE

Lipsa finanțării din partea guvernului pentru activitățile incluse în programul național

Soluțiile detaliate aplicabile pentru sectoarele HIV sau TB sunt propuse în secțiunea corespunzătoare (în mod specific în HIV II.3 și TB). La nivel național sistemic, abordarea acestui obstacol necesită implicarea părților interesate multiple și voința administrativă și politică. De asemenea, sunt necesare și modificări la unele acte normative. Abordarea problemei în sine nu necesită investiții financiare - principalele activități sunt legate de analiza bugetelor și mecanismelor existente în diferite sectoare, consultări aprofundate și colaborare între principalele părți interesate la nivel național cu Ministerul Finanțelor, Casa Națională de Asigurări Medicale, Ministerul Sănătății, Ministerul Protecției sociale și Ministerul Justiției. Soluțiile principale sunt:

- Crearea de grupuri de lucru inter-ministeriale pentru identificarea resurselor financiare specifice pentru activitățile acoperite în prezent de GFATM
- Aprobarea mecanismelor de finanțare a serviciilor medicale prin intermediul ambelor modalități principale:
 - Schemă generală de rambursare pentru prestarea serviciilor de către CNAM din fondurile de asigurări medicale;
 - Finanțare din programe naționale din bugetul guvernului pentru activități specifice sectorului (proceduri speciale pentru achiziționarea medicamentelor, achiziționarea testelor rapide și altor teste de diagnostic etc.);
- Aprobarea mecanismelor de achiziționare a altor servicii mixte și non-medicale (sprijin psiho-social, indemnizații și stimulente sociale, servicii juridice etc.).

Insuficienta coordonare și implicare la nivelul central și cel local

Soluțiile detaliate pentru sectoare sunt propuse în secțiunile relevante în partea referitoare la coordonarea cu autoritățile locale. Calitatea colaborării dintre autoritățile centrale și locale este o problemă continuă în diferite sfere în Republica Moldova. Guvernul a aprobat Strategia Națională de Decentralizare și Planul Național pentru anii 2012-2015¹⁴. Activitățile prevăzute în strategie vizează îmbunătățirea coordonării și aplicarea documentelor de politici naționale la nivel local, inclusiv prin elaborarea planurilor locale de acțiune. Acest instrument urmează a fi folosit pentru coordonarea răspunsului comun la HIV și TB. Capacitatea Mecanismului național de coordonare de asemenea ar trebui abordată ca o problemă aparte.

¹¹ Evaluarea factorilor de risc asociați cu aderența la tratament a pacienților cu tuberculoză multi-drog rezistentă (TB MDR) înscrisi în tratamentul DOTS Plus.

¹² Sănătatea migraților moldoveni - Impactul situației social-economice.

¹⁴ <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=344005>.

Soluțiile principale sunt:

- Dezvoltarea capacităților mecanismului național de coordonare pentru programare și monitorizare coordonată:
 - Revizuirea termenelor de referință ai Mecanismului Național de coordonare;
 - Revizuirea termenelor de referință ale grupurilor tehnice de lucru;
 - Instruirea pentru Mecanismul Național de Coordonare.
- Consolidarea capacităților autorităților locale de a elabora și implementa planurile locale de acțiune pentru răspuns la HIV și TB în conformitate cu programele naționale

Coordonare intersectorială slabă, în special la nivelul APL, pentru un sprijin individual medico-social coordonat

Soluțiile detaliate pentru sectoare sunt propuse în secțiunile relevante (HIV toate activitățile în intervenția II și TB I.2., I.3., II.1., III.3.). La nivel de reglementare, echipele multidisciplinare și managementul competent de caz sunt domeniile în care sunt necesare intervenții pentru abordarea problemei.

Soluțiile fezabile sunt:

- Extinderea bunelor practici la centrele comunitare (centrele regionale de asistență socială pentru HIV și centre comunitare pentru TB);
- Elaborarea și aprobarea regulamentului național și standardelor de calitate pentru managementul de caz în HIV și TB;
- Modificări la nivel normativ pentru reglementarea serviciilor medico-sociale;
- Formarea capacității/pregătirea echipelor multidisciplinare și a managerilor de caz.

1D. SOLUȚII PRIORITARE HIV

După prioritizarea obstacolelor și intervențiilor au fost identificate și evaluate soluțiile potențiale pe termen scurt și mediu pentru fiecare obstacol, care vor permite o accelerare rapidă spre țintele ODM prioritare. Identificarea soluțiilor posibile a fost bazată pe soluții dovedite și studii de caz, interviuri cu experți, focus-grupuri, precum și documente guvernamentale și evaluările internaționale. Pentru fiecare soluție a fost creat un profil care reflectează impactul și fezabilitatea soluției (de exemplu, magnitudinea, durabilitatea și viteza impactului, disponibilitatea fondurilor). Această informație a servit drept bază pentru prioritizarea soluțiilor.

Principalele soluții de accelerare identificate și prioritizate pentru cele trei domenii de intervenție sunt:

Intervenția I - Extinderea programelor de reducere a riscurilor, axate pe prevenirea HIV în rândurile grupurilor cheie ale populației

I.1. Extinderea spectrului de servicii integrate în baza recomandărilor UNODC/WHO/UNAIDS, elaborarea și implementarea serviciilor pentru populațiile intermediare

Profil soluție I.1

Soluția va aborda obstacolele legate de lipsa serviciilor inovative și atractive (pachete de servicii) și va contribui la creșterea cererii pentru servicii RR din partea grupurilor cheie ale populației. Serviciile disponibile în prezent sunt:

1. Programe de oferire a acelor și seringilor (SAS);
2. Terapia de substituție cu opioide (OST);

- și alte forme de tratament împotriva dependenței de droguri;
3. Testare și consiliere HIV (T&C);
 4. Terapie anti-retrovirală (TARV);
 5. Programe de furnizare de prezervative pentru UDI și partenerii sexuali ai acestora;
 6. Informare, educație și comunicare specializată (IEC) pentru UDI și partenerii sexuali ai acestora.

Serviciile ce urmează a fi extinse:

1. Prevenirea și tratamentul infecțiilor sexuale transmisibile (IST);
2. Vaccinarea, diagnosticul și tratamentul hepatitei virale;
3. Prevenirea, diagnosticul și tratamentul tuberculozei (TB).

Impactul direct se va produce asupra grupurilor de risc, iar impactul transversal asupra partenerilor și clienților acestora, precum și asupra persoanelor afectate.

Deși sunt necesare surse financiare suplimentare pentru implementare, eficiența costurilor în acest caz este evidentă. Un avantaj este experiența pozitivă a țării în implementarea pachetului de bază de servicii RR.

1.2. Extinderea programelor de reducere a riscurilor în alte 5 raioane

Profilul soluției 2 se referă în cea mai mare parte la obstacolul "Descentralizarea insuficientă a unor servicii" și ar asigura extinderea acoperirii geografice a programelor RR. Soluția va asigura o mai bună acoperire geografică cu programe RR. Serviciile de prevenire a HIV vor fi mai aproape de clienți, făcând astfel aceste servicii mai accesibile din punctul de vedere geografic și mai echitabile.

Beneficiarii direcți vor fi grupurile de risc ale populației din regiuni, dar și grupurile intermediare. Regiunile finale exacte vor trebui stabilite după o analiză aprofundată. Criteriile evidente pentru selectare vor fi raioanele cu o incidență mai înaltă (ex. Basarabeasca, Ceadâr-Lunga, Comrat, Râșcani, Râbnîța, Slobozia), unde incidența este mai mare decât media și unde există proximitate geografică la cel mai apropiat centru HIV disponibil. Din nou, experiența pozitivă de implementare a pachetului de bază de programe RR în majoritatea regiunilor din Moldova este un avantaj și extinderea ar trebui să fie doar tehnică. Este necesară instruirea personalului nou și va fi nevoie de resurse financiare suplimentare, care vor fi eficiente din punctul de vedere al costurilor și vor contribui la acumularea de economii de mijloace financiare pentru măsuri preventive mai ieftine.

1.3. Elaborarea mecanismului de prestare a serviciilor medicale cu suport financiar din partea CNAM

Profilul soluției 3 abordează obstacolele: A. Lipsa unor intervenții inovatoare (servicii neatractive) și sortiment redus (preparate medicamentoase, servicii juridice și psihologice), calitate precară la unele consumabile (prezervative). De asemenea, aceasta prevede extinderea serviciilor RR cu fondurile durabile ale CNAM. De asemenea, aceasta prevede implicarea societății civile în prestarea serviciilor pentru RR; inclusiv servicii paralele de egal la egal și alte servicii care s-au dovedit a fi eficiente în comparație cu serviciile prestate de furnizori publici. Această soluție va avea nevoie cel mai mult de modificări cu caracter normativ la schema existentă de achiziții de servicii.

De asemenea, aceasta va asigura un nivel mai mare de participare a organizației PTH și de incluziune socială.

I.4. Utilizarea programelor de reducere a riscurilor (RR), pentru a se concentra pe prevenirea transmiterii HIV de la populațiile cheie la partenerii sexuali și clienții acestora

Această soluție abordează problema opririi răspândirii infecției în rândul populației generale. Impactul populației intermediare asupra răspândirii infecției în populația generală nu a fost studiat suficient până în prezent, dar datele colectate în cadrul interviurilor în focus grupuri și din raportările furnizorilor de servicii sugerează că acesta este un pas important. Această soluție poate închide o mare parte din lacuna în realizarea ODM către 2015, privind grupurile expuse celui mai mare risc de infectare cu HIV (UDI, LSC, BSB). Accesul acestor grupuri la programe de prevenire va crește cu 60%, reducând riscul transmiterii HIV/SIDA în rândul acestor grupuri și interacțiunea lor cu populația generală. Practic nu va fi necesar niciun efort instituțional suplimentar din cauza programelor RR stabilite deja, care vor fi folosite și pentru partenerii din grupul de risc și clienții lor, contribuind astfel la creșterea numărului de beneficiari. Capacitățile necesare există deja, iar resursele financiare pentru materialele de schimb suplimentare (siringi și prezervative) vor fi eficiente din punctul de vedere al costurilor. Aceste afirmații sunt susținute de concluziile studiului cost-eficienței realizat de UNAIDS.

Intervenția II - Consolidarea sistemului de management de caz și asigurarea unei aderențe mai bune la tratamentul ARV

II.1. Cele 4 centre regionale de tratament (Chișinău, Bălți, Cahul și Tiraspol) utilizează în mod eficient sistemul de administrare a datelor 'SIME HIV'

Urgentarea soluționării problemelor tehnice și administrative pentru lansarea SIME HIV, sistem automatizat de administrare de date.

Profilul soluției 1 prevede implementarea corespunzătoare a sistemului de administrare date SIME HIV, descris la secțiunea dedicată obstacolului IIa. În corespundere cu reorganizarea recentă a sistemului de prevenire, tratament și sprijin pentru HIV, sistemul de administrare a datelor poate fi lansat în mod fezabil în scurt timp, reținerea fiind cauzată doar de motive administrative și tehnice. Activitatea eficientă a SIME HIV va asigura calitatea supravegherii medicale și va genera date fiabile la nivel național pentru planificare strategică, evaluarea necesităților sistemice și date pentru supravegherea medicală și epidemiologică individuală și la nivelul sănătății publice.

II.2. Împuternicirea și consolidarea capacității Centrelor Comunitare pentru referire activă la tratament și pentru îmbunătățirea aderenței la tratament.

Profilul soluției 2 se referă la obstacolele legate de colaborarea insuficientă între sectorul medical și cel social (obstacolele IIb, IIc și IIIa) prin asigurarea unei coordonări mai bune în efortul multi-sectorial pentru inițierea precoce și aderența la tratament. Centrele de comunicare asigură furnizarea sprijinului psiho-social pentru PTH. Capacitățile suplimentare pentru referirea unui număr mai mare de persoane la alte servicii, inclusiv TARV vor contribui la

creșterea aderenței la tratament. Gama serviciilor de îngrijire acordate va fi mult mai cuprinzătoare și incluzivă în raport cu alte necesități ale pacientului (de exemplu, sociale etc.). Capacitatea necesară este disponibilă. Se observă mici obstacole în asigurarea cu personal și asigurarea continuității începând cu 2015 (Lipsa finanțării de la FG). Recent, în ultima lună, 3 din cele 4 centre planificate au fost deschise și sunt deja operaționale. Este necesară delimitarea clară a autorităților responsabile, protocoalelor de referire și canalelor de comunicare între serviciul de sănătate și cel de protecție socială pentru a îmbunătăți coordonarea și oferi servicii mai bune.

II.3. Elaborarea planului de pledoarie pentru termen scurt, în scopul alocării surselor financiare pentru TARV din bugetul de stat și alte surse alternative

Profilul soluției 3 abordează problema retragerii Fondului Global din finanțarea programului național (IIb). Implementarea soluției va avea un impact semnificativ, deoarece fără implicarea guvernului va fi imposibil de a realiza planuri și programe de finanțare și programe care să acopere costurile tratamentului pentru PTH. Această soluție nu necesită finanțare pe termen scurt pentru promovare, dar va necesita fonduri enorme pentru activități (prelucrul achiziționării de medicamente TARV și a consumabilelor de laborator relevante pentru monitorizarea clinică a pacienților). Succesul majorității altor soluții este determinat de această măsură crucială. În același timp, realocarea resurselor financiare din bugetul de stat și bugetul CNAM va necesita lucru analitic asupra prioritizării și analizelor financiare, inclusiv specialiști din partea părților implicate de bază, cum ar fi

Ministerul Sănătății, Ministerul Finanțelor și alte părți implicate.

Timpul estimat pentru planificare/elaborare 3 luni.

Timpul estimat pentru implementare - 2014 (testare), 2015 implementare.

Timpul estimat pentru a vedea rezultatele pe teren - către sfârșitul anului 2015 vor fi vizibile unele rezultate semnificative.

Intervenția III - Asigurarea depistării precoce a infecției cu HIV prin promovarea serviciului CTV în rândurile grupurilor vulnerabile ale populației

III.1. Elaborarea unui Mecanism cuprinzător de Referire pentru servicii de Consiliere și Testare Voluntară

Profil soluție 1. Soluția va îmbunătăți numărul de cazuri în care referirea la consiliere și testare se face din inițiativa medicilor și altor specialiști medicali și în paralel de ONG-uri care au acces la grupurile de risc, oferind CTV grupurilor cheie ale populației și persoanelor vulnerabile. O acțiune, elaborarea unui manual de referire va face posibilă creșterea numărului de persoane care beneficiază de consiliere pre- și post-testare. Produsul direct va fi realizarea serviciilor de prevenire HIV prin intermediul serviciilor de consiliere, creșterea nivelului de informare, schimbarea de comportament, referire către alte servicii de prevenire, inclusiv pentru persoanele din grupurile de risc sporit, adresabilitatea după servicii de supraveghere.

III.2. Dezvoltarea capacității și supravegherea serviciului CTV cu caracter de susținere

Abordează problema calității consilierii și testării în cadrul cabinetelor existente și

extinse de CTV, după ce ONG-urilor li se va permite să ofere serviciile CTV grupurilor vulnerabile (grupurile expuse celui mai mare risc și grupurile intermediare - partenerii și clienții acestora), inclusiv consiliere și testare de tip outreach (vezi soluțiile anterioare).

Raportul privind evaluarea cuprinzătoare a serviciilor CTV, realizat de OMS, arată că impactul rețelei existente de CTV este insuficient, din cauza mai multor factori - inclusiv orientare spre testarea populației generale în care rata rezultatelor pozitive la test este redusă, amplasarea și programul de lucru al instituțiilor de sănătate primară și neatractivitatea pentru grupurile de risc, cum ar fi UDI și LSC.

Creșterea calității CTV prin organizarea sesiunii de instruire a personalului, inclusiv ONG-urilor, va crește accesul populațiilor cheie la serviciile CTV. Impactul indirect - număr mai mare al grupurilor-cheie ale populației testate și consiliate, scăderea numărului de persoane care nu au venit la vizite de supraveghere, egalitatea/segmentul populației afectate de impact.

Este necesar un cadru normativ nou care să

stabilească standarde minime de calitate și acreditarea organizațiilor care oferă CTV de către guvern, pentru a asigura buna calitate a serviciilor prestate.

III.3. Extinderea serviciilor CTV în toate sectoarele, inclusiv ONG-uri și elaborarea conceptului de consiliere mobilă

Profil soluție 3. Soluția se referă la obstacolul legat de supravegherea și furnizarea insuficiente pentru CTV. Acest lucru va asigura consilierea și testarea grupurilor vulnerabile și de risc, inclusiv prin permisiunea de a oferi CTV și contractarea ONG-urilor care au acces la grupurile de risc, elaborarea conceptului de consiliere mobilă. Extinderea serviciilor după reformarea CTV va asigura accesul echitabil din punctul de vedere geografic și între diferite grupuri ale populației. Rezultatul va fi crearea unei rețele naționale de cabinete CTV. Impactul și fezabilitatea sunt similare celor prezentate la soluția precedentă.

Scorecard sumar al soluțiilor HIV

Tabelul prezintă rezumatul soluțiilor prioritizate în baza impactului și fezabilității:

Intervenții	Soluții	Impact	Fezabilitate	Clasamentul priorității
Extinderea programelor de reducere a riscurilor, axate pe prevenirea HIV în rândurile grupurilor cheie ale populației	Extinderea spectrului de servicii integrate în baza recomandărilor UNODC/WHO/UNAIDS, elaborarea și implementarea serviciilor pentru populațiile intermediare	Verde	Verde	1

Intervenții	Soluții	Impact	Fezabilitate	Clasamentul priorității
Obstacolul corespunzător: la și Ic, parțial Ib (prin soluția I.3.)	Extinderea programelor de reducere a riscurilor pentru alte 5 raioane (eventual Basarabeasca, Ceadâr-Lunga, Comrat, Râșcani, Râbnița, Slobozia).	Verde	Verde slab	2
	Elaborarea mecanismului de prestare a serviciilor medicale cu suport financiar din partea CNAM.	Verde slab	Verde slab	3
	Utilizarea programelor de reducere a riscurilor pentru a se concentra pe prevenirea transmiterii HIV de la populațiile cheie la partenerii sexuali și clienții acestora.	Verde	Verde slab	3
Consolidarea sistemului de management de caz și asigurarea unei aderențe mai bune la tratamentul ARV	Cele 4 centre regionale de tratament asigură funcționalitatea SIME HIV.	Verde	Verde slab	1
	Exploatarea CC pentru referire la TARV și aderență mai mare la tratament.	Verde slab	Verde	2
	Obstacolul corespunzător: IIa, IIb, IIc, obstacol sistemic comun I și III	Elaborarea planului de pledoarie pe termen scurt în adresa Guvernului în scopul alocării surselor financiare pentru TARV din bugetul de stat și alte surse alternative.	Verde slab	Verde slab
Asigurarea depistării precoce a infecției cu HIV prin promovarea serviciului CTV în rândurile grupurilor vulnerabile ale populației	Elaborarea unui Mecanism cuprinzător de Referire la CTV.	Verde	Verde slab	1
	Dezvoltarea capacității și supravegherea serviciului CTV în vederea susținerii acestuia.	Verde slab	Verde	2
	Obstacolele corespunzătoare: IIIa-IIIc	Extinderea serviciilor CTV în toate sectoarele, inclusiv ONG-uri și elaborarea conceptului de consiliere mobilă.	Verde slab	Verde slab
Soluții sistemice		Verde	Verde	1

Planul de acțiuni pentru soluții sistemice

Obstacolele sistemice vor fi abordate prin eforturi mai ample și pe termen mai lung realizate în comun de către toți partenerii și MS în general și se vor baza pe rezultatele reformelor curente în sistemul de sănătate (ex. planul de reformare a instituțiilor spita-

licești, reforma sistemului de asistență medicală primară, finanțarea sistemului de sănătate, strategia Casei Naționale de Asigurări Medicale) și vor fi abordate separat, inclusiv prin revizuirii planificate ale programelor (ex. revizuirea Programului Național TB va fi efectuată de OMS în februarie 2013).

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Costul estimat (USD)	Partenerii potențiali/ propuși
Intervenția sistemică Care corespunde soluției sistemice					
1.	Lipsa finanțării din partea guvernului pentru activitățile incluse în programul național.	Crearea de grupuri de lucru inter-ministeriale pentru identificarea resurselor financiare specifice pentru activitățile acoperite în prezent de GFATM. Aprobarea mecanismelor de finanțare a serviciilor medicale prin intermediul ambelor modalități principale: <ul style="list-style-type: none"> ■ Schemă generală de rambursare pentru prestarea serviciilor de către CNAM din fondurile de asigurări medicale; ■ Finanțare din programe naționale din bugetul guvernului pentru activități specifice sectorului (proceduri speciale pentru achiziționarea medicamentelor, achiziționarea testelor rapide și altor teste de diagnostic etc.); 	Activitatea prevăzută în soluție poate fi efectuată în cadrul metodologiei regulate de colaborare inter-ministerială.	Nu sunt necesare resurse financiare suplimentare.	MS, MF, MMPSF, CNAM, Cancelaria de Stat

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Costul estimat (USD)	Partenerii potențiali/ propuși
		Aprobarea mecanismelor de achiziționare a altor servicii mixte și non-medicale (sprijin psiho-social, indemnizații și stimulente sociale, servicii juridice etc.).	Activitatea prevăzută în soluție poate fi efectuată în cadrul metodologiei regulate de colaborare inter-ministerială.	Nu sunt necesare resurse financiare suplimentare	MS, MF, MMPSE, CNAM, Cancelaria de Stat
2.	Insuficienta coordonare și implicare la nivelul central și cel local	<p>Dezvoltarea capacităților mecanismului național de coordonare pentru programare și monitorizare coordonată</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Revizuirea termenelor de referință ai Mecanismului Național de coordonare; ■ Revizuirea termenelor de referință ai grupurilor tehnice de lucru; ■ Instruirea pentru Mecanismul Național de Coordonare. <p>● Consolidarea capacităților autorităților locale de a elabora și implementa planurile locale de acțiune pentru răspuns la HIV și TB în conformitate cu programele naționale - centrele raionale principale (Chișinău, Tiraspol, Bălți, Cahul).</p>	<p>Coordonarea și întreprinderile părților interesate din cadrul mecanismului național de coordonare.</p> <p>Materiale de instruire și formatori - cursuri de instruire în raioanele principale.</p>	<p>Nu sunt necesare resurse financiare limitare</p> <p>10 000</p>	<p>Toți actorii din partea Mecanismului Național de Coordonare</p> <p>APL, secretariatul MNC și experți</p>

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Costul estimat (USD)	Partenerii potențiali/propuși
3	Coordonare intersectorială slabă, în special la nivelul APL, pentru un sprijin individual medico-social coordonat.	<ul style="list-style-type: none"> • Extinderea bunelor practici la centrele comunitare (centrele regionale de asistență socială pentru HIV și centre comunitare pentru TB). • Elaborarea și aprobarea regulamentului național și standardelor de calitate pentru managementul de caz în HIV și TB. • Modificări la nivel normativ pentru reglementarea serviciilor medico-sociale. • Formarea capacității/pregătirea echipelor multidisciplinare și a managerilor de caz. 	<p>Vezi soluțiile II</p> <p>Formarea grupurilor de lucru</p> <p>Activitatea va fi organizată în cadrul instruirilor regionale ale MDT și sistemului național de referire</p>	<p>Costurile pentru soluția II.1.2.</p> <p>Nu sunt necesare resurse financiare</p> <p>Nu sunt necesare resurse financiare</p>	APL, SNR, MS, MMPSF, MNC

1E. PLANUL DE ACȚIUNI PENTRU HIV

Planul de acțiuni a fost elaborat după identificarea și prioritizarea intervențiilor, obstacolelor și soluțiilor, permițând un progres accelerat spre realizarea ODM 6 pe termen scurt și mediu. În primul rând au fost identificate activitățile necesare pentru implementarea soluțiilor. Apoi au fost evaluate

rolurile și partenerii responsabili de bază, care au fost implicați. În ultimul rând a fost realizată o evaluare a capacității necesare și identificarea bugetului corespunzător. Această activitate a fost urmată de elaborarea planului de monitorizare și evaluare pentru implementarea Planului de Acțiune, în vederea susținerii eforturilor de coordonare ale guvernului.

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Costul estimat (USD)	Partenerii potențiali/ propuși
I. Extinderea programelor de reducere a riscurilor, axate pe prevenirea HIV în rândurile grupurilor cheie ale populației.					
Soluțiile corespunzătoare I.1. – I.4.					
1.	Extinderea spectrului de servicii integrate în baza recomandărilor UNODC/WHO/UNAIDS, elaborarea și implementarea serviciilor pentru populațiile intermediare.	Asigurarea accesului UDI, în funcție de necesitățile specifice vârstei și de gen, la servicii comprehensive de prevenire HIV, inclusiv în sectorul penitenciar.	Serviciile de prevenire HIV vor fi incluse în pachet complet de servicii pentru UDI, pentru aproximativ 60% din populația UDI estimată, inclusiv prevenirea supradozajului, servicii de reabilitare și consumabile adecvate.	650 000	Dispensarul Narcologic Republican
		Extinderea terapiei de substituție cu opioide (OST).	UDI vor fi acoperiți cu OST în cadrul proiectelor de reducere a riscurilor.	50 000	Fundația SOROS Moldova
		Consolidarea activităților de profilaxie HIV în rândurile BSB și partenerilor lor sexuali. Elaborarea și implementarea activităților profilactice specifice care vizează BSB implicați în activități de sex comercial.	Acoperirea a 40% din numărul estimat de BSB prin intermediul ONG-urilor.	80 000	Fundația SOROS Moldova

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Costul estimat (USD)	Partenerii potențiali/ propuși
		Consolidarea activităților de profilaxie HIV în rândurile LSC și partenerilor lor sexuali. Programul de granturi.	Acoperirea a 60% din numărul estimat de LSC prin intermediul ONG-urilor.	100 000	Fundația SOROS Moldova
		<p>Asigurarea accesului la imunizarea împotriva virusului Hepatitei B (UDI, BSB, LSC), asigurarea testării și tratamentului pentru cei co-infecțați.</p> <p>Achiziționarea consumabilelor suplimentare va spori atractivitatea măsurilor de prevenire (siringi, prezervative) pentru beneficiari. Serviciile devin mai solicitate.</p> <p>Pentru UDI, achiziționarea de dezinfectanți, unguente, tifon, vitamine și alte produse para-farmaceutice.</p> <p>Pentru LSC, procurarea absorbantilor și prezervativelor pentru femei.</p>	Pentru a evita co-infecțarea cu VHB, persoanele eligibile (cele neinfectate cu VHB) vor fi vaccinate cu trei doze de vaccin VHB.	150 000	Ministerul Sănătății

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Costul estimat (USD)	Partenerii potențiali/ propuși
		Pentru BSB procurarea de lubrefianți pe baza de apă și prezervative cu duritate sporită.	- Achiziționarea de consumabile	840 000	
			și distribuirea lunară a acestora, sumele estimate pentru un an:		
			pentru UDI – 14 000,	120 000	
			pentru LSC – 2 000,	60 000	
			pentru BSB – 1000.	40 000	
		Desfășurarea activităților de schimbare a comportamentului, inclusiv consiliere pentru partenerii sexuali și clienții grupurilor cheie ale populației.	- Procurarea de diverse consumabile (cartele telefon, lame de ras, obiecte de igienă personală) pentru motivarea persoanelor din grupurile de risc, pentru atractivitate și înrolare în programe de RR.	60 000	
			Este necesară desfășurarea unor studii operative pentru a identifica cele mai bune metode de acoperire a acestor grupuri, cum ar fi Planul de Schimbare a Comportamentului.	800 000	

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Costul estimat (USD)	Partenerii potențiali/ propuși
2.	Extinderea programelor de reducere a riscurilor în alte 5 raioane.	<p>Extinderea activităților de profilaxie HIV în rândurile UDI.</p> <p>Extinderea activităților de profilaxie HIV în rândurile LSC.</p> <p>Extinderea activităților de profilaxie HIV în rândurile BSB.</p>	Începând cu anul 2013, activitățile de prevenire HIV pentru UDI , LSC și BSB vor fi extinse, pentru a include alte 5 raioane (Sud și regiunea transnistreană, eventual raioanele Basarabeasca, Ceadâr-Lunga, Comrat, Râșcani, Râbnița, Slobozia) prin intermediul programelor de granturi mici.	175 000	Fundația SOROS Moldova
3.	Extinderea mecanismelor de furnizare a serviciilor medicale alternative, inclusiv cu sprijinul financiar din partea Casei Naționale de Asigurări Medicale (CNAM).	Implicarea activă a CNAM va face posibil de implementat programele curente și planificate de Reducere a Riscurilor, inclusiv elaborarea mecanismelor de contractare a ONG-lor, pentru prestarea serviciilor pentru populația cheie.	- Dialog între MS și CNAM.	6 000	MS/CNAM/ ONU
			- Elaborarea mecanismului de contractare de către CNAM a ONG-lor, pentru prestarea serviciilor medicale.	4 000	

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Costul estimat (USD)	Partenerii potențiali/ propuși
			- Instruirea furnizorilor de servicii primare (ONG-urile care implementează proiecte de reducere a riscurilor).	20 000	
4.	Utilizarea programelor de reducere a riscurilor pentru prevenirea transmiterii HIV de la populațiile cheie la partenerii sexuali și clienții acestora.	Activități și necesități similare celor prezentate în cadrul soluțiilor pentru serviciile de reducere a riscurilor pentru populațiile expuse celui mai mare risc.	Modificări în regulamentul și standardele serviciilor RR. Utilizarea acelorași centre și programe ca și pentru grupurile de risc.	Se va evalua doar pentru materiale suplimentare de schimb.	aceiași
II. Consolidarea sistemului de management de caz și asigurarea unei aderențe mai bune la tratamentul ARV.					
Soluțiile corespunzătoare II.1. – II.3.					
1.	Cele 4 centre regionale de tratament (Chișinău, Bălți, Cahul și Tiraspol) utilizează în mod eficient sistemul de administrare a datelor 'SIME HIV'.	Lansarea bazei de date va îmbunătăți calitatea supravegherii medicale a persoanelor care trăiesc cu HIV. Introducerea retrospectivă a datelor supravegherii de ambulatoriu va permite o prognozare mai bună a necesităților de preparate ARV, a acordării asistenței medicale și planificării investigațiilor de laborator pentru determinarea eficienței tratamentului ARV.	- Asigurarea funcționalității SIME-HIV în toate teritoriile administrative ale țării.	3 400	- Centrul Național de Management în Sănătate.
			- Introducerea retrospectivă a datelor supravegherii epidemiologice și clinice începând cu anul 2003.	11 000	- Centrul Republican SIDA și Dermatovenerologie.
			- Introducerea continuă a datelor supravegherii epidemiologice și clinice pentru cazurile noi.	1 400	

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Costul estimat (USD)	Partenerii potențiali/ propuși
2.	Consolidarea capacității Centrelor Comunitare pentru participare eficientă în referire la TARV și îmbunătățirea aderenței la TARV.	<p>Utilizarea Centrelor Comunitare va asigura un punct de pornire în sistemul de prestare a serviciilor, suplimentar la acordarea sprijinului psiho-social pentru PTH, inclusiv servicii de tratament. Acest lucru va îmbunătăți aderența la tratament și calitatea vieții.</p> <p>Instituționalizarea instruirii și consolidării capacităților lucrătorilor medicali, non-medicali și asistenților sociali în domeniul managementului de caz HIV.</p>	<p>- Fortificarea mecanismelor de referire la nivel regional, unde CC vor fi unul din punctele de intrare în prestarea serviciilor.</p> <p>- Asigurarea instruirii personalului.</p> <p>Instruirea personalului care lucrează în instituțiile rezidențiale sub egida MMPSF și APL pentru acordarea de servicii pentru PTH și persoanele afectate de HIV și combaterea stigmatizării și discriminării; Construirea capacității echipelor multidisciplinare în management de caz, pentru persoanele infectate cu și afectate de HIV prin SNR.</p>	30 000	<p>primării: Chișinău, Bălți, Comrat, Tiraspol</p> <p>MMPSF și APL</p>

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Costul estimat (USD)	Partenerii potențiali/ propuși
3.	Elaborarea planului de pledoarie pe termen scurt în scopul alocării surselor financiare pentru TARV din bugetul de stat și alte surse alternative.	<p>Implicarea statului în finanțările planificate și programate pentru acoperirea cheltuielilor de tratament ARV destinat PTH.</p> <p>Un grup de lucru ar trebui să se întrunească în mod regulat pentru a susține MS în dialogul cu Ministerul Finanțelor (?).</p>	Elaborarea planului de finanțare în baza CCTM de alocare a surselor financiare din bugetul de stat, destinate TARV.	0	MS și Ministerul Finanțelor?

III. Asigurarea depistării precoce a infecției cu HIV prin promovarea serviciului de consiliere și testare voluntară (CTV) în rândurile grupurilor cheie ale populației și partenerilor acestora Soluții corespunzătoare III.1. – III.3.

1.	Elaborarea unui Mecanism cuprinzător de Referire la CTV.	Asigurarea serviciilor de prevenire HIV prin consiliere poate contribui la sensibilizarea, schimbarea promptă a comportamentului și facilitarea referirii la alte servicii sociale.	Elaborarea consultativă a Mecanismului de Referire.	2 000	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie/Centrul Național SIDA și Centrul Dermatovenerologie
			Consultări și fortificarea capacității furnizorilor publici de servicii și ONG-urilor pentru a asigura implementarea Mecanismului de Referire.	6 000	

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Costul estimat (USD)	Partenerii potențiali/ propuși
2.	Dezvoltarea capacității și supravegherea serviciului CTV în vederea susținerii acestuia	<p>Consolidarea mecanismului de asigurare a calității, inclusiv prin supraveghere axată pe pacient a calității ședințelor de CTV și instruire continuă la locul de muncă.</p> <p>Utilizarea consilierilor CTV în calitate de formatori și asigurarea orarului de instruire în calitate de studii continui.</p>	Elemente de control al calității există, dar ar trebui revăzute și instituționalizate într-un format clar de evaluare și canale de feedback între instituția care exercită controlul la nivel central și furnizorii publici de servicii și ONG-uri la nivel local. Instruirea continuă a consilierilor și instruirea inițială a consilierilor noi ar trebui oferite în baza necesităților.	urmează a fi calculat	<p>Spitalul de Dermatovenerologie și Boli Comunicabile</p> <p>ONG-uri internaționale</p>
3.	Extinderea serviciilor CTV prin intermediul tuturor furnizorilor disponibili, inclusiv ONG-urilor și elaborarea schemelor de consiliere mobilă	Elaborarea criteriilor pentru acreditarea ONG-urilor în vederea acordării serviciilor CTV.	Elaborarea și aprobarea criteriilor.	500	<p>ONG / CNAM</p> <p>Spitalul de Dermatovenerologie și Boli Comunicabile</p>
		<p>Instruirea consilierilor ONG în consiliere pre- și post-testare.</p> <p>Asigurarea ONG-urilor cu echipament CTV necesar.</p> <p>Promovarea CTV în rândurile grupurilor expuse riscului cel mai mare.</p>	Planificarea și desfășurarea instruirii.	2 500	

Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Costul estimat (USD)	Partenerii potențiali/ propuși
	Elaborarea unei scheme de consiliere mobilă va ajuta la îmbunătățirea accesului confidențial la servicii nemedicale și va genera cererea printre grupurile cheie ale populației	Achiziționarea echipamentului	20 000	ONG / CNAM Spitalul de Dermatovenerologie și Boli Comunicabile
		Desfășurarea activităților de promovare a CTV printre grupurile cheie ale populației	2 000	
		2 autori cu activitate în domeniu HIV vor elabora conceptul	1 000	
		Crearea a 2 echipe mobile, care vor asigura consilierea în rândurile populației cheie	20 000	
		Procurarea a 2 automobile pentru deplasarea echipelor mobile pentru CTV	80 000	

1F. CONCLUZII PENTRU SEGMENTUL HIV

În pofida eforturilor depuse în vederea controlului și supravegherii HIV/SIDA în ultimii ani, incidența acestei infecții în Republica Moldova continuă a fi înaltă. La situația anului 2011, în Republica Moldova erau înregistrate în total 7125 de persoane seropozitive, prevalența HIV constituind astfel 0,17%. Incidența acestei infecții a rămas la același nivel în ultimii trei ani. Deci, în 2009, incidența HIV a fost 17.12, în 2010 - 17.12, iar în 2011 - 17.58.

În contextul situației epidemiologice și incidenței anuale a infecției HIV / SIDA în Republica Moldova există un risc semnificativ că obiectivele propuse în cadrul ODM 6 nu vor fi atinse până în 2015. Acest lucru este confirmat și de rezultatele mai multor studii. Conform datelor epidemiologice din a doua generație în rândul populației cu risc sporit de infectare (2009-2010), prevalența HIV în Chișinău, capitala țării, se ridică la 16,4% în rândul UDI, în rândul LSC - 6,8%, BSB - 0,7%. Aceste rezultate confirmă faptul că situația epidemiologică privind

HIV în Republica Moldova face parte din categoria de epidemie concentrată în populației cu risc ridicat de infectare (potrivit clasificăției OMS).

În baza metodologiei MAF, sunt necesare 3 intervenții prioritare pentru supravegherea și controlul infecției HIV/SIDA în Moldova, acestea fiind identificate ca intervenții care contribuie la progrese mai rapide spre atingerea obiectivelor ODM 6.

Aceste intervenții au fost definite luând în considerație situația epidemiologică actuală în țară, cadrul juridic care este în vigoare, și anume Programul Național de Prevenire și Control al infecției HIV / SIDA și ITS pentru 2011 - 2015. Acestea s-au bazat și pe studiile efectuate despre problema infecției HIV / SIDA, rezultatele cercetărilor calitative (focus-grupuri cu PTH, medicii de familie și interviuri în profunzime cu reprezentanții ONG-urilor și APL), discuții la masă rotundă desfășurate la 9-10 februarie 2012, la care au participat toate părțile interesate - reprezentanți ai Centrului Național de Sănătate Publică, Dispensarului Republican de Narcologie, Centrului Național de Management în Sănătate, Ministerului Justiției, Ministerului Finanțelor, Ministerului Muncii și Protecției Sociale, PNUD, UN-AIDS, OMS și ONG-urilor.

Intervențiile axate pe creșterea accesului la serviciile de prevenire, tratament, îngrijire și sprijin pentru persoanele cu risc ridicat de infectare (UDI, BSB, LSC) și membrii comunității PTH au fost considerate cele mai importante. Fiecare dintre aceste intervenții vor contribui la accelerarea progresului spre realizarea obiectivelor

ODM 6 și vor îmbunătăți ulterior situația epidemiologică din țară.

Intervenția I "Extinderea programelor de reducere a riscurilor axate pe prevenirea HIV în rândul populațiilor cheie" va contribui la realizarea unei rate de acoperire a numărului estimat de populații cu risc ridicat de infectare de cel puțin 60% până în 2015, reducând astfel riscul de transmitere a HIV în rândul acestor populații și la partenerii lor sexuali și clienți.

Intervenția II "Fortificarea sistemului de management de caz și asigurarea unei aderențe mai bune la tratamentul ARV" va crește aderența la tratament a PTH și va contribui la îmbunătățirea calității vieții acestora, precum și va reduce riscul de transmitere a virusului HIV la alte persoane, deoarece tratamentul ARV este considerat și o metodă de prevenire a HIV.

Intervenția III "Asigurarea depistării precoce a HIV prin promovarea serviciilor CTV în rândul populațiilor cheie de risc" va contribui la asigurarea depistării timpurii a persoanelor infectate, în special a celor cu risc ridicat de infecție, și în cele din urmă înscrierea timpurie în tratamentul ARV.

O necesitate comună pentru toate intervențiile este îmbunătățirea coordonării diferitelor activități și diferitor sectoare, ceea ce va duce și la îmbunătățirea managementului de caz în domeniul HIV și va asigura o continuitate a îngrijirii oferite persoanelor care trăiesc cu HIV.

Pentru fiecare intervenție au fost elaborate liste de obstacole și soluții care au fost ulterior analizate folosind o metodă specială,

pentru a identifica cele mai importante soluții pentru o aplicare eficientă și rapidă a intervențiilor. Majoritatea blocajelor care au fost identificate sunt legate de buget, finanțare și extindere a serviciilor existente. Ca urmare, a fost elaborat un plan de acțiuni la nivel de țară, implementarea căruia considerăm că va permite accelerarea în atingerea obiectivelor ODM 6. Acest plan de acțiune nu își propune să înlocuiască strategiile și planurile de acțiune existente, dar vine ca o continuare și finalizare a acestora.

Atingerea obiectivelor ODM 6 până în 2015 va fi posibilă dacă planul de acțiune propus va fi susținut și pus în aplicare printr-un angajament politic puternic și cu o finanțare adecvată. Implementarea monitorizării și evaluării este de asemenea importantă pentru a permite o evaluare a progresului curent.

Următoarele lecții au fost învățate ca urmare a acestui exercițiu:

Participarea activă a tuturor părților intere-

sate relevante, inclusiv ministere, instituțiile societății civile și parteneri de dezvoltare este esențială pentru asigurarea unui răspuns eficient la epidemia HIV.

Un parteneriat constructiv între toate părțile interesate, cu o distribuție clară a rolurilor și responsabilităților, mai ales între organizațiile guvernamentale și non-guvernamentale, este necesar pentru implementarea intervențiilor.

Pentru a pune în aplicare planul de acțiune, părțile interesate deja implicate în activitățile de răspuns la HIV ar trebui să contribuie cu fonduri suplimentare, asigurându-se în același timp de raționalizarea cheltuielilor curente.

În același timp, există soluții cu impact ridicat la costuri reduse.

Asistența tehnică și financiară oferită de către organizațiile internaționale (UNAIDS, OMS etc.), precum și de parteneri noi în acest domeniu (cum ar fi Fundația Soros), este esențială pentru implementarea cu succes a programului național.



CAPITOLUL 3.

MAF: ACCELERAREA PROGRESULUI ÎN COMBATEREA TB

SITUAȚIA EPIDEMIOLOGICĂ ÎN DOMENIUL TB ȘI ANALIZA GENERALĂ A PROGRELOR CĂTRE REALIZAREA ODM

ODM ȚINTA 3. Oprirea și începutul inversării răspândirii tuberculozei până în anul 2015. Reducerea ratei mortalității asociate cu tuberculoza de la 15,9 (per 100 000 persoane) în 2002 la 15,0 în 2010 și 10,0 în 2015.

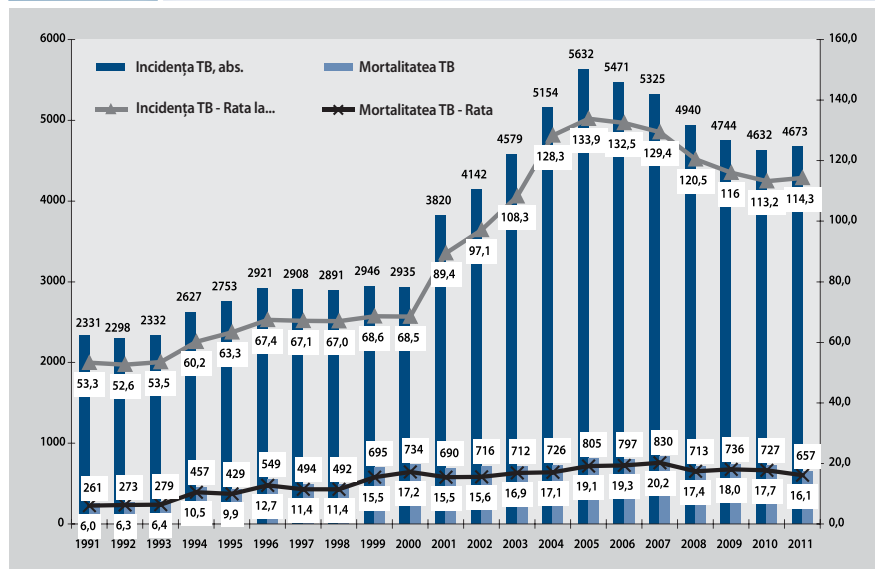
Tuberculoza rămâne a fi o problemă importantă pentru sănătatea publică, care trezește îngrijorări serioase în Republica Moldova. Controlul TB este o prioritate pentru Guvernul Republicii Moldova.

În ceea ce privește țintele legate de HIV, progresul lent atins în reducerea ratelor de mortalitate asociate cu tuberculoza a fost un

motiv cheie pentru revizuirea țintelor ODM pentru 2010 și 2015. Cu toate acestea, spre deosebire de incidența HIV, mortalitatea cauzată de tuberculoză s-a redus în 2008 pentru prima oară în ultimul deceniu. În 2009 incidența era de 17,4 cazuri per 100 000 persoane, iar în 2011 aceasta era de 16,1, comparativ cu 20,2 cazuri în 2007 și 19,3 cazuri în 2006. Totuși, progresele realizate nu sunt constante. Obiectivul național de reducere a ratei mortalității asociate cu tuberculoza de la 15,9 la 10 în 2015 probabil nu va fi atins dacă în perioada rămasă nu vor fi întreprinse eforturi majore.

În general, incidența TB a crescut în ultimul deceniu de la 97,3 (per 100 000 persoane) în 2002 la 114,3 în 2011. Numărul cazurilor noi înregistrate în 2011 a fost de 3,833 sau 93,8

Figura 4. Incidența și mortalitatea prin TB, R. Moldova, 1991-2011.



la 100,000 persoane. Numărul de cazuri noi din 2011 a indicat o creștere ușoară cu 2.3% față de anul precedent, dar și o scădere cu 7.9% față de anul 2007. Numărul recidivelor înregistrate a fost de 839 în 2011 sau 20.5 la 100,000 persoane, cu o scădere de 8% față de totalul în 2010.

Rata cazurilor noi de tuberculoză pulmonară a fost de 83.4 per 100,000 persoane pentru 2011, o creștere de 2.2% față de 2010. Este îngrijorător faptul că din numărul total de cazuri noi înregistrate în 2011, circa 38% sunt destructive, 37,4% cu microscopie pozitivă, forme considerate cele mai contagioase și care pot fi un semn al diagnosticării tardive a tuberculozei.

Grupurile de vârstă cele mai afectate: în 2011 au fost afectate în special persoanele cu vârste între 35 și 54 ani, în perioada cea mai productivă a vieții lor. Grupul de vârstă cel mai afectat în rândul adulților este reprezentat de persoane cu vârste între 25-34 ani și 5-14 ani în rândul copiilor. În 2011 au fost depistate 225 de cazuri noi la copii, sau 26.4 la 100,000 de persoane. Analiza datelor a remarcat o creștere cu 11,1% față de 2010, dar în același timp o scădere cu 18,2% față de 2007. Circa două treimi din cazurile noi de tuberculoză înregistrate în 2011 au fost la copiii din mediul rural. În concluzie, copiii din mediul rural au fost de două ori mai susceptibili la infectarea cu tuberculoză.

În același timp, a crescut numărul de cazuri noi diagnosticate în rândul emigranților în ultimii ani, majoritatea cărora, ca urmare a schimbărilor frecvente de adresă, nu se supun tratamentului pentru tuberculoză.

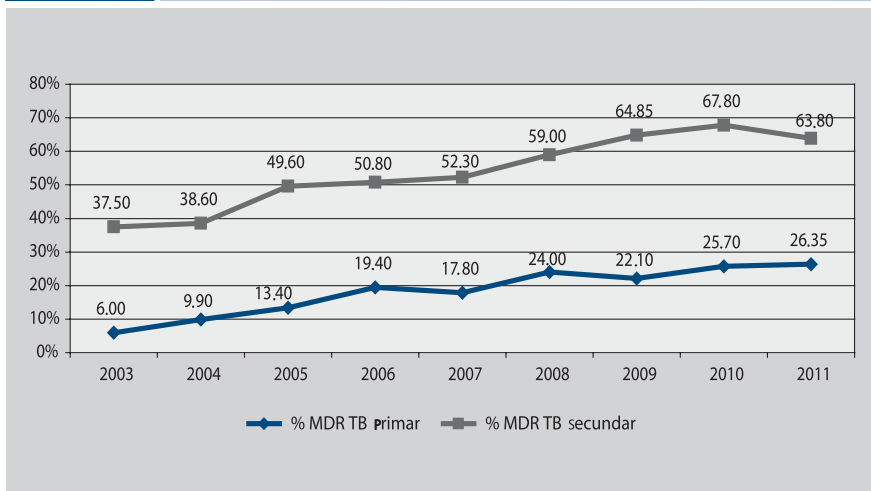
Din cauza aderenței scăzute la tratament și mobilității ridicate a persoanelor, dintre care unele nu dețin polițe obligatorii de asigurări de sănătate, incidența tuberculozei multi-drog rezistente este în creștere în rândul acestei categorii de populație.

Un fapt alarmant este că în anul 2011 numărul persoanelor cu tuberculoză a crescut în rândul persoanelor infectate cu HIV. Din 4631 de pacienți TB noi și / sau cazuri de recidivă în 2011, 254 sau 5,1% aveau în același timp și HIV.

Succesul tratamentului și rezistența TB

Rezultatele tratamentului pentru cohorta de pacienții cu tuberculoză nu au înregistrat mari progrese în 2011. Astfel, doar 57.3% dintre pacienții diagnosticați pentru prima dată cu tuberculoză pulmonară cu spută pozitivă în anul precedent au încheiat tratamentul cu succes. Astfel, rata de succes a constituit o deviere de (-20,7%) față de obiectivul Programului Național de Control al Tuberculozei (PNCT) pentru anii 2011 – 2015 (78%). Acest indicator este influențat și de rata de abandon, care rămâne la un nivel înalt în 2010, 12,0 dintre pacienții cu TB abandonând tratamentul.

Rata succesului este influențată și de numărul în creștere a formelor de tuberculoză rezistente la medicamente. În 2011 rata TB multi-drog rezistente (MDR) în totalul cazurilor noi cu spută pozitivă a fost de 26.3% (dublă față de media din Europa). Dintre acestea, doar 63.8% s-au înscris pentru tratament repetat.

Figura 5.**TB MDR, cazuri noi și tratament repetat, R.Moldova, 2003-2011, %.**

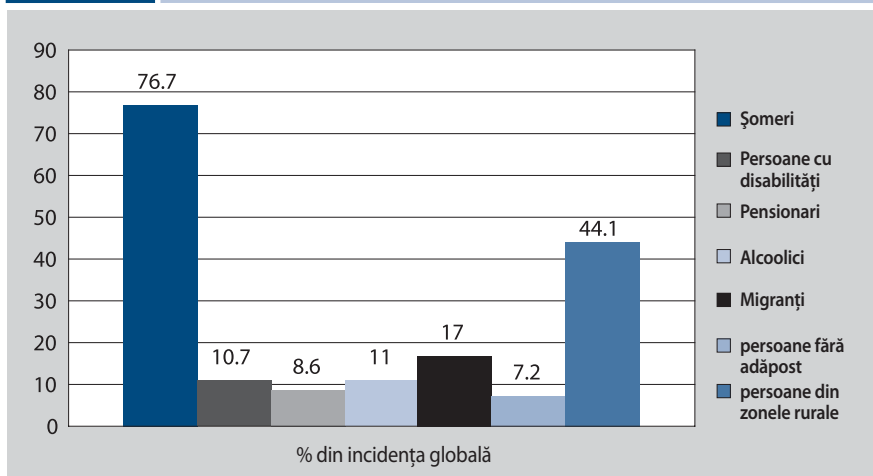
Rezultatele tratamentului DOTS Plus pentru pacienții incluși în tratament în anul 2008 au fost evaluate după cum urmează: tratament de succes printre pacienții cu MDR TB a fost obținut doar în 48,7% cazuri, iar 26,1% dintre pacienții care au beneficiat de tratamentul DOTS Plus l-au abandonat, 9,7% au decedat, iar în 15,3% dintre cazuri tratamentul a eșuat. Prin urmare, rata de succes a constituit o deviere de 11,3% față de rezultatul scontat din PNCT 2011-2015.

Succesul tratamentului tuberculozei depinde de mai mulți factorii clinici, economici, dar și de problemele legate de prestatorii de servicii, cum ar fi managementul pacienților, calitatea și continuitatea tratamentului, cunoștințele pacienților despre tuberculoză și tratament.

Contextul social

Infecția TB în Republica Moldova este strâns legată de factori sociali. În prezent se atestă o extindere a grupului de persoane expuse riscului sporit de infectare, în special persoanele din grupurile social vulnerabile. Alături de foștii deținuți, care reprezintă un grup "tradițional" de risc, numărul persoanelor care fac abuz de alcool, muncitorilor necalificați, numărul persoanelor din alte categorii social vulnerabile a crescut considerabil în ultimii ani. Dintre acestea fac parte persoanele neangajate în câmpul muncii, persoanele fără adăpost, migranții, refugiații, dependenții de droguri și persoanele care trăiesc sub pragul sărăciei.

În structura socială a pacienților TB cea mai mare parte o constituie persoanele neangajate în câmpul muncii (76.7%), dar de asemenea locuitorii din zonele rurale, care trăiesc

Figura 6.**Structura socială a pacienților TB, 2010.**

Sursa: <http://monitoring.mednet.md:8090/db/tb>

sub pragul sărăciei - 44, migranții (17%), persoanele care fac abuz de alcool (11%) și persoanele cu dizabilități (10,7%) etc.

Studiile arată că situația economică a pacientului influențează succesul tratamentului, pierderea locului de muncă sau siguranței, având potențialul de a influența negativ aderența pacienților la tratament. Există un risc major de abandonare a tratamentului de către pacienți, estimat la $\approx 20\%$ pentru respondenții cu un venit lunar mic, aceștia reprezentând, în medie, jumătate dintre respondenți ($\approx 51\%$). Fiecare al doilea respondent ($\approx 47\%$) a pierdut locul de muncă sau unele venituri suplimentare din cauza faptului că s-a infectat cu tuberculoză. Pentru această categorie de respondenți un risc major de non-aderență a fost estimat până la 20%.

Slaba coordonare între serviciile de asistență medicală și socială și alte servicii este de

asemenea raportată ca o preocupare care necesită un răspuns adecvat și stimularea persoanelor să rămână în tratament. Acest lucru este valabil la nivel de comunitate locală, dar și la nivel regional și național. Nu există reglementări specifice de recunoaștere și susținere a persoanelor vulnerabile afectate de TB care au nevoie de tratament, dar pot pierde venitul din această cauză.

Condițiile precare din spitale și transmiterea intra-spitalicească a infecției impune provocări suplimentare pentru persoanele care se conformează tratamentului spitalicesc prescris, din cauza opțiunilor limitate de alternativă sau lipsei totale a abordării axate pe pacient.

Programul Național de Control al Tuberculozei pentru anii 2011 – 2015

Programul Național de Control al Tuberculozei pentru anii 2011 – 2015 a fost elaborat

În conformitate cu legislația specială cu privire la TB, Strategia Națională de Dezvoltare pentru anii 2008 – 2011, Politică Națională de Sănătate și Standardele OMS privind controlul TB. Scopul Programului Național de Control al Tuberculozei pentru anii 2011-2015 rezidă în ameliorarea sănătății populației prin reducerea poverii tuberculozei în Republica Moldova, în conformitate cu Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului și obiectivele Parteneriatului "StopTB".

Programul prevede următoarele obiective principale:

- asigurarea unui diagnostic calitativ, cu obținerea către anul 2015 a unei rate de detecție a cazurilor de tuberculoză pulmonară cu microscopia pozitivă de peste 70%;
- realizarea și menținerea către anul 2015 a accesului universal la tratamentul eficient al tuturor formelor de tuberculoză, 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 tuberculoză multidrogrezistentă nu mai joasă de 60%;
- asigurarea către anul 2015 a suportului social pentru cel puțin 90% dintre pacienții cu tuberculoză din categoriile socialmente vulnerabile;
- asigurarea către anul 2015 a controlului eficient al coinfecției TB/HIV, cu reducerea ratei de coinfecție TB/HIV printre cazurile de tuberculoză sub 3%;
- sporirea către anul 2015 a 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%, precum și a ratei de revaccinare de 85%;

- dezvoltarea și aplicarea către anul 2014 a rezultatelor cercetărilor științifice și operaționale în domeniul controlului tuberculozei cu realizarea a cel puțin 7 cercetări;
- consolidarea către anul 2015 a unui sistem eficient de management, coordonare, monitorizare și evaluare a Programului.

Ca și în sectorul HIV, marea majoritate a planului național este acoperită financiar din resursele Fondului Global. Runda 11-a a fost înlocuită cu un mecanism de finanțare de tranziție, pentru care Moldova nu a fost eligibilă. Această reducere semnificativă planificată a resurselor reprezintă o mare provocare care ar putea împiedica realizarea măsurilor adecvate de diagnosticare și tratament pentru următorii doi ani. Deficitul estimat al programului este de aproximativ 35%, iar la momentul actual estimarea pentru deficitul de acoperire pentru diagnostic și tratament pentru anul 2015 este mai mare de 95% și, respectiv, 80%.

În timpul elaborării noului Program Național au fost luate în considerație unele probleme și recomandări din evaluarea planului anterior. Evaluarea planului anterior a fost realizată cu sprijinul biroului OMS în Republica Moldova¹⁵.

Sunt disponibile o serie de studii care oferă analize cuprinzătoare ale situației TB în Moldova, cum ar fi:

- Evaluarea factorilor de risc asociați cu aderența la tratament a pacienților cu tuberculoză multi-drog rezistentă (TB MDR) înscriși în tratamentul DOTS Plus.
- Factorii de risc asociați cu situațiile de abandon și eșec al tratamentului strict supravegheat al tuberculozei în Republica Moldova

¹⁵ <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=344005>.

- Un studiu calitativ pentru evaluarea implementării DOTS cu specialiști medicali
- Tuberculoza în Moldova: Cunoștințe, Atitudini și Practici în Comportamentul Populației
- Tuberculoza în Moldova: Cunoștințe, Atitudini și Practici
- Raportul "Supravegherea rezistenței la medicamentele anti-tuberculoase. Republica Moldova – 2006. Studiu Național."
- **Evaluarea intervențiilor de control al infecțiilor în tuberculoza drog-rezistentă în Republica Moldova** (Raportul Misiunii pentru Controlul Infecției în Tuberculoză, Moldova, 22 - 28 noiembrie 2009.

2A. INTERVENȚII PRIORITARE

În cadrul exercițiului MAF experții au revizuit și analizat toată literatura și datele existente despre controlul tuberculozei în republică și au efectuat o revizuire a cadrului legal și normativ. Această etapă a fost completată și de discuțiile în focus – grupuri: I focusgrup – cu pacienții TB, al II-lea - cu medicii ftiziopneumologi responsabili pentru tratament specific pentru TB și al III-lea – cu medicii de familie. Tot la această etapă au fost efectuate interviuri aprofundate cu reprezentanții ONGurilor, care activează în domeniul tuberculozei și reprezentanții APL. Această etapă a contribuit la obținerea unei imagini asupra problemelor în controlul tuberculozei în republică din diferite perspective și în baza experiențelor diferite. Următorul pas a fost consultarea la nivel național cu părțile cheie interesate, care a avut loc la masa rotundă din 9-10 februarie 2012. Această

etapă a permis prioritizarea intervențiilor necesare, obstacolelor și soluțiilor posibile.

După ce au analizat situația epidemiologică curentă în ceea ce privește tuberculoza în Republica Moldova, părțile implicate au identificat o serie de intervenții din planurile și programele existente, care ar putea conduce la realizarea mai rapidă a ODM 6. Printre acestea se numără sporirea accesului persoanelor din grupele social-vulnerabile la serviciile TB; reducerea stigmei și discriminării; fortificarea parteneriatului cu administrația publică locală (APL) în controlul TB; fortificarea diagnosticului de laborator; consolidarea capacităților pentru realizarea controlului eficient al co-infecției TB/HIV; fortificarea controlului infecției în instituțiile specializate TB, sporirea aderenței la tratament antituberculos a persoanelor cu TB activă.

Toate intervențiile identificate au fost analizate și prioritizate prin prisma impactului și fezabilității, care ar permite atingerea mai rapidă a ODM 6. Acestea s-au bazat pe următoarele criterii: contribuția intervenției la rezultatul general, impactul asupra beneficiarilor direcți și indirecti (grupurile afectate) și viteza impactului. De asemenea a fost evaluată fezabilitatea acestor intervenții după criteriile guvernării, capacității, disponibilității finanțării, s-au luat în considerație și factorii suplimentari.

Prioritizarea intervențiilor a fost efectuată în baza datelor obținute din strategiile incluse în Programul Național de Control al Tuberculozei, situației epidemiologice actuale, rezultatelor studiilor recente efectuate în domeniul TB, rezultatelor focus - grupurilor, rezultatului interviurilor aprofundate

cu reprezentanții ONG, care activează în domeniul dat, reprezentanții APL. Acestea au fost urmate de discuții la masa rotundă din 9-10 februarie 2012, la care au participat reprezentanții spitalelor specializate în tratamentul TB, ai Catedrei de Pneumoftiziologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrului Național de Management în Sănătate, Ministerului Sănătății, Ministerului Justiției, Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei, ONG-urilor și altor parteneri relevanți.

După aceste evaluări au fost identificate trei intervenții prioritare. Prima este “Sporiirea accesului persoanelor din grupurile social vulnerabile la serviciile TB”, a doua – “Creșterea aderenței la tratamentul TB al persoanelor cu TB activă” și a treia – “fortificarea controlului în instituțiile specializate în tratamentul TB”. Argumentarea acestor intervenții este prezentată mai jos.

I. SPORIREA ACCESULUI PERSOANELOR DIN GRUPURILE SOCIAL VULNERABILE LA SERVICIILE TB

Toate datele disponibile confirmă faptul că infectarea cu TB se produce în cea mai mare parte în rândurile grupurilor vulnerabile. Din cauza situației epidemiologice, una dintre liniile cele mai importante de acțiune în cadrul Programului Național de Control al TB pentru perioada anilor 2011-2015 este depistarea activă a tuberculozei, în special în rândurile grupurilor afectate ale populației. Acestea sunt persoanele fără adăpost, persoane din comunități izolate, din zone cu nivel social-economic scăzut, copii și tineri ai străzii, migranți, deținuți și persoane eliberate din detenție. Acest lu-

cru va contribui la asigurarea unui diagnostic calitativ, cu obținerea ratei de detecție a cazurilor de tuberculoză pulmonară cu microscopie pozitivă de peste 70% către anul 2015 și suportul acordat pacienților din grupurile vulnerabile ale populației în vederea continuării tratamentului.

În prezent, creșterea numărului de persoane infectate se înregistrează cel mai mult în rândurile pacienților din grupurile social vulnerabile. Alături de persoanele din grupurile sociale de risc bine cunoscute (foști deținuți, persoanele care fac abuz de alcool, persoanele antrenate în muncă grea necalificată) a crescut în mod semnificativ numărul persoanelor din alte categorii. Acestea include șomerii, persoanele fără adăpost, migranții, refugiații, dependenții de droguri, persoanele sub pragul sărăciei. În rândurile acestor grupuri au fost depistate forme distructive (forme avansate de TB pulmonară), rezistente la preparatele anti-tuberculoză, inclusiv TB MDR.

Unul dintre motivele de bază ale ratei scăzute a succesului terapeutic este depistarea tardivă a cazurilor de TB, astfel ponderea formelor distructive constituie 38% din cazurile noi de tuberculoză pulmonară înregistrate în anul 2011.

Analiza datelor prezente în SIME TB scoate în evidență faptul că unul dintre motivele depistării tardive este lucrul nesatisfăcător cu grupurile cu risc sporit de îmbolnăvire de TB. Astfel ponderea formelor distructive, printre acestea, este una majorată comparativ cu valoarea medie a acestui indicator pe țară. Deosebit de nefavorabil este acest indice în rândurile persoanele ce fac abuz de alcool (59,4), celor fără loc

permanent de trai (57,8%), invalizilor (51,8), migranților (48,6%), precum și altor grupuri de risc.

Aceași idee este confirmată și de ponderea deosebit de scăzută a cazurilor depistate activ (prin control profilactic) în diferite grupuri de risc sporit de îmbolnăvire de tuberculoză. Din numărul total de pacienți cu TB sau din grupurile de risc înregistrat în 2010, doar 23.3 au fost diagnosticați prin control profilactic. În rândurile pacienților cu consecințe post-tuberculoză, ponderea cazurilor depistate activ este de doar 8.9%.

II. SPORIREA ADERENȚEI LA TRATAMENT ANTITUBERCULOS A PERSOANELOR CU TB ACTIVĂ

Prioritizarea acestei intervenții a fost argumentată și de obiectivele Planului de acțiuni privind implementarea Programului Național de Control al Tuberculozei pentru anii 2011-2015: realizarea și menținerea către anul 2015 a accesului universal la tratamentul eficient al tuturor formelor de tuberculoză, cu obținerea unei rate de succes a tratamentului cazurilor noi de tuberculoză pulmonară cu microscopie pozitivă de cel puțin 78%. Alte obiective ale acestui program includ o rată de succes a tratamentului pentru tuberculoza multidrog-rezistentă, care este de cel puțin 60% până în 2015 și acordarea sprijinului social pentru cel puțin 90% dintre bolnavii de tuberculoză în categoria persoanelor social-vulnerabile. **Rezultatele tratamentului** pentru pacienții cu tuberculoză nu au înregistrat nici un progres semnificativ în 2011. Dintre pacienții diagnosticați pentru prima dată cu tuberculoză pulmonară cu spută pozitivă în anul precedent, au încheiat tratamentul cu succes numai 57,3%. Prin

urmare, rata de succes a constituit o deviere de (-20.7%) față de rezultatul scontat din PNCT 2011-2015. Acest indicator a fost influențat și de **rata de abandon sau rata de eșec**, care, în anul 2010, rămâne mare și a constituit 12,0 %. Rata succesului este influențată și de creșterea numărului cazurilor de tuberculoză rezistentă. Circa 276 de persoane sau 23.2% din cele 1188 de cazuri noi de tuberculoză din 2011 au constituit tuberculoză multidrogrezistentă.

Una dintre problemele cele mai stringente și persistente în controlul tuberculozei este necompliancea pacienților cu tratamentul prescris, exprimată prin administrarea neregulată a medicamentelor antituberculoză sau abandonul tratamentului.

Rata eșecului în rândul populațiilor social-vulnerabile este după cum urmează: persoanele fără adăpost - 14.5%, persoanele care fac abuz de alcool - 13.4%, migranți - 10.1%, urmași de foști deținuți - 9.2% și șomeri - 8.8%.

Rezultatele tratamentului DOTS Plus pentru pacienții incluși în tratament în anul 2008 au fost evaluate după cum urmează: tratament de succes printre pacienții cu MDR TB a fost obținut doar în 48,7% cazuri, iar 26,1% dintre pacienții care au beneficiat de tratamentul DOTS Plus l-au abandonat, 9,7% au decedat, iar în 15,3% tratamentul a eșuat. Prin urmare, rata de succes a constituit o deviere de 11,3% față de rezultatul scontat din PNCT 2011-2015.

Succesul tratamentului tuberculozei depinde de mai mulți factorii clinici, economici, dar și de problemele legate de prestatorii de servicii, cum ar fi managementul pacienților, calitatea și continuitatea tratamentului, cunoștințele pacienților despre tuberculoză și tratament.

III. CONSOLIDAREA CONTROLULUI INFECȚIEI TB ÎN INSTITUȚIILE SPECIALIZATE

Asigurarea controlului infecției în instituțiile medicale este una dintre direcțiile prevăzute în programul național de control TB pentru anii 2011-2015. Aceasta ar permite realizarea și menținerea accesului universal la tratamentul eficient al tuturor formelor de tuberculoză. Dacă s-ar realiza acest deziderat, ar fi atinsă o rată de succes de 78% în tratamentul cazurilor noi de tuberculoză pulmonară cu spută pozitivă și o rată de succes în tratamentul tuberculozei multi-drog rezistente de cel puțin 60% până în 2015. Organizația Mondială a Sănătății (OMS), în Strategia Stop TB și politicile sale recente privind controlul infecției tuberculoase, subliniază în mod clar importanța implementării măsurilor eficiente de control al infecției în spitalele și clinicile specializate.

Identificarea recentă a tuberculozei multi-drog rezistente (TB MDR) și tuberculozei extensiv-drogrezistente (TB XDR) în contextul pandemiei HIV a concentrat atenția și preocuparea asupra controlului infecției și siguranței generale în instituțiile specializate TB, atât din punctul de vedere al siguranței pacienților, cât și al lucrătorilor medicali. Unul dintre indicatorii respectării controlului infecției în staționare este numărul personalului medical infectat cu tuberculoză, care conform datelor statistice instituționale pe anul 2010, constituie 8 persoane.

Având în vedere proiectarea și utilizarea excesivă a infrastructurilor medicale existente în spitale și lipsa atenției asupra controlului infecției din partea managerilor și personalului medical, există un risc înalt de transmitere intra-spitalicească a TB în instituțiile specializate. Datele studiului efectuat în Moldova au confirmat transmiterea nosocomială a TB MDR și TB XDR în instituțiile specializate¹⁶. Aceasta este o

SCORECARD-UL INTERVENȚIILOR TB

Intervenții	Impact	Fezabilitate	Rangul
I. Sporirea aderenței la tratamentul antituberculos a persoanelor cu TB activă	Verde	Verde slab	1
II. Sporirea accesului persoanelor din grupurile social vulnerabile (migranților, persoanelor din azil, persoanelor fără adăpost, utilizatorilor de droguri, persoanelor care fac abuz de alcool, deținuților și persoanelor eliberate din penitenciare, copiii și tinerii străzii etc.) la serviciile TB	Verde	Verde slab	2
III. Consolidarea controlului infecției TB în instituțiile specializate	Verde	Verde slab	3

¹⁶ Controlul insuficient al infecției crește riscul reinfectării cu TB MDR sau XDR. Valeriu Crudu, Sabine Ruch-Gerdes, Stefan Niemann, Nicolae Moraru, Larisa Carchilan, Victor Lesan, Galina Blagodeteleva, Ecaterina Stratan.

problemă care trebuie abordată cu promptitudine de către sistemul de sănătate și lucrătorii medicali.

La fiecare dintre intervenții au fost identificate un șir de sub-intervenții. Pentru Intervenția II **Sporirea accesului persoanelor din grupurile social vulnerabile la serviciile TB** sub-intervențiile identificate au fost:

- depistarea activă a tuberculozei;
- intensificarea activităților de pleoarie și educație orientate spre prevenirea maladiilor sociale și promovarea modului sănătos de viață;
- îmbunătățirea aderenței la tratament (asigurarea transportului, oferirea stimulentei pentru tratament, remunerarea lucrătorilor outreach pentru efectuarea DOT);
- cazare pentru perioada de continuare a tratamentului, oferirea sprijinului psihologic și juridic;
- consolidarea parteneriatelor cu autoritățile locale în controlul TB;
- revizuirea modalităților alternative de DOT pentru pacienții din grupurile vulnerabile);
- identificarea persoanelor care au abandonat tratamentul și re-înrolarea lor în tratament;
- oferirea stimulentei pentru implicarea crescută a ONG-urilor locale pentru controlul TB prin implementarea programelor de granturi mici și activităților de instruire;
- susținerea tratamentului continuu printre pacienții din locurile de detenție și cei eliberați din locuri de detenție.

Pentru intervenția I Creșterea aderenței la tratament antituberculos a persoanelor cu

TB activă au fost identificate următoarele sub-intervenții:

- asigurarea aprovizionării neîntrerupte cu preparate antituberculoase;
- fortificarea capacităților resurselor umane implicate în controlul TB;
- elaborarea și implementarea mecanismelor certe de stimulare a personalului implicat în activitățile de control al TB;
- asigurarea sprijinului în scopul creșterii complianței la tratament (materiale educaționale și informative pentru pacienți);
- oferirea stimulentei pentru aderența la tratament: pachete igienice și alimentare pentru pacienți, rambursarea costurilor de călătorie, cheltuieli suplimentare pentru pacienți;
- implicarea serviciilor sociale în susținerea aderenței la tratament (sprijin pentru angajare în câmpul muncii, asigurare cu locuință, aprovizionarea cu îmbrăcăminte etc. pentru cei săraci);
- consolidarea parteneriatelor cu autoritățile locale în controlul TB;
- managementul reacțiilor adverse, inclusiv îmbunătățirea accesului la tratamentul reacțiilor adverse;
- identificarea unor alternative la protocoalele de tratament curente, prin intermediul studiilor comportamentale care ar viza creșterea aderenței la tratament, încurajarea și sprijinirea cercetărilor pentru dezvoltarea și validarea instrumentelor de prognoză orientate spre identificarea factorilor legați de pacient, a celor sociali și culturali legați de aderența scăzută la tratament, în special pentru TB drog-rezistentă;
- reducerea stigmei și discriminării.

Pentru intervenția III Fortificarea controlului infecției TB în instituțiile specializate au fost identificate următoarele sub-intervenții:

- consolidarea controlului infecției la nivel administrativ în instituțiile specializate;
- consolidarea controlului infecției la nivel ingineresc în instituțiile specializate;
- consolidarea controlului infecției, inclusiv protecția personalului, în instituțiile specializate.

2B. OBSTACOLELE PRIORITARE

După identificarea intervențiilor prioritare și sub-intervențiilor necesare pentru accelerarea progresului spre ODM 6, au fost identificate obstacolele potențiale la aceste intervenții. Pentru fiecare sub-intervenție au fost identificate obstacolele specifice sectorului, care afectează în mod direct performanța sectorului și care pot fi abordate în cadrul unui minister, și obstacolele transversale, care afectează mai multe sectoare și necesită un răspuns integrat între ministere/agenții. Obstacolele specifice fac parte din patru categorii: politică și planificare; buget și finanțare; furnizarea serviciului și utilizarea serviciului (cererea).

Obstacolele au fost identificate în baza rezultatelor studiilor recente în domeniul tuberculozei din Republica Moldova, focus-grupurilor cu pacienți TB, medicii ftizio-pneumologi și medicii de familie, interviurilor aprofundate cu reprezentanții ONG-urilor și APL, opiniilor experților în domeniul tuberculozei, discuțiilor care au avut loc la masa rotundă din 9-10 februarie 2012.

Au fost create profiluri pentru fiecare obstacol, care au inclus impactul direct și

transversal depășirii obstacolului (numărul de persoane care vor atinge ținta ODM 6, populația afectată), precum și disponibilitatea soluțiilor potențiale. Ca rezultat au fost elaborate profiluri pentru fiecare obstacol, în care a fost evaluat impactul eliminării/reducerii obstacolului. De asemenea, au fost identificate un șir de obstacole pentru fiecare sub-intervenție.

Profilurile selective pentru obstacolele identificate sunt prezentate mai jos.

Pentru Intervenția I au fost analizate următoarele obstacole prioritare:

1a. Echipa multidisciplinară în teritoriu este pregătită insuficient pentru prestarea serviciilor de înaltă calitate

Deși în Moldova a fost introdusă abordarea multi-disciplinară prin care vor fi create echipe la nivel de comunitate, capacitatea acestor echipe continuă a fi extrem de joasă și acoperirea asigurată de ele este insuficientă.

Eficiența echipelor multidisciplinare la nivel de comunitate pentru depistarea precoce a fost demonstrată, asigurând aderența corespunzătoare la tratament și măsurile de control în TB. În regiune există experiență pozitivă, în Rusia și țările baltice. În timp ce impactul eliminării acestui obstacol este unul semnificativ, implementarea nu necesită resurse și cheltuieli majore. Impactul direct va afecta în mod special pacienții cu TB activă și membrii familiilor acestora, un impact transversal va fi și creșterea gradului de responsabilitate pentru depistare precoce și tratament al TB, conducând la scăderea ratei de transmitere a TB în societate, în special în rân-

durile membrilor familiei persoanelor infectate cu TB.

Ib. Mecanisme de stimulare neadecvate pentru personalul medical implicat în activitățile de control al TB

Studiile arată că stimulentele adecvate pentru personalul medical la un nivel primar influențează calitatea măsurilor de control al TB. Discuțiile în focus grupuri și studiile recente au stabilit că remunerarea medicilor de familie pentru cazurile noi depistate în 2007 a fost percepută ca o procedură mai eficientă de stimulare comparativ cu remunerarea pentru tratamentul finalizat cu succes (bonus pentru indicatorul de performanță) aplicată în 2012. Abordarea acestui obstacol ar putea conduce la o îmbunătățire semnificativă în rata de depistare a TB, dar și în aderența la tratament și incidența generală. Prin sporirea aderenței la tratament al bolnavilor de TB va scădea incidența TB și a TB MDR.

Mecanismul actual de stimulare este și el greoi: pentru a primi bonusul pentru finalizarea cu succes a tratamentului (bonus pentru indicator de performanță), medicii se confruntă cu birocrăție, care implică evaluarea responsabilităților comune și remunerarea medicilor de familie și pulmonologilor în proces.

Ic. Lipsa măsurilor de consolidare a parteneriatului cu autoritățile publice locale (în controlul TB și HIV)

Ca și în cazul HIV, măsurile de control al TB necesită implicarea multiplelor părți interesate la nivelul comunității. Datele disponibile în Republica Moldova relevă

probleme în cooperarea și parteneriatul cu autoritățile locale în asigurarea unui răspuns local coordonat la TB. Acest lucru este important și pentru prioritizarea problemei TB pentru autoritățile locale responsabile pentru furnizorii specifici de servicii pentru persoanele cu TB și HIV (spitalele TB, pulmonologi și infecționiști la nivelul asistenței primare etc.)

Parteneriatul consolidat cu APL în controlul TB va contribui la o acceptare mai bună și sprijin pentru persoanele cu TB în comunitate, iar astfel va crește aderența la tratament și va scădea incidența TB și a TB MDR. De asemenea, se dorește o conlucrare mai eficientă dintre diferiți actori sociali în vederea prevenirii și controlului TB¹⁷.

Aceasta fiind o problemă sistemică, valabilă și problematică pentru prevenirea altor boli, cum ar fi HIV, eliminarea acestei bariere va avea un impact important la nivel comunitar și regional asupra persoanelor afectate sau cu risc de infectare cu TB, HIV și alte boli care au un impact social.

Pentru Intervențional au fost analizate următoarele obstacole prioritare:

Ila. Lipsa screeningului pentru TB în centrele de plasament și alte locuri de cumulare a persoanelor din grupuri vulnerabile.

În Moldova există instituții de asistență socială permanentă și centre de asistență socială temporară (centre sociale), care oferă servicii pentru persoanele vulnerabile, cum ar fi persoanele fără adăpost, persoanele cu handicap, centre de triaj pentru delincvenți minori etc. În prezent nu se

¹⁷ Focus grup cu medicii de familie, 2012.

efectuează un screening adecvat pentru beneficiarii acestor centre. Eliminarea acestui obstacol este relativ ușor de realizat, este cost-eficientă și fezabilă, iar impactul asupra populației țintă este semnificativ.

Depistarea intensivă a TB în rândul grupurilor celor mai vulnerabile, în locurile de cumulare a acestora, s-a dovedit a fi o soluție practică și eficientă¹⁸. Numărul persoanelor care eventual vor atinge obiectivul ODM prin depășirea acestui obstacol se ridică la 30% din populația RM din categoria social vulnerabilă. Impactul transversal va fi creșterea ratei de depistare a TB și ulterior scăderea incidenței TB și a numărului de surse de infectare în cadrul grupului vulnerabil și descreșterea numărului de cazuri de contaminare. O soluție pe termen scurt disponibilă în prezent este instruirea personalului furnizorilor primari de servicii din locurile în care sunt concentrate grupurile vulnerabile.

IIb. Responsabilitatea limitată a instituțiilor de medicină primară în controlul TB în teritoriu. Instruirea insuficientă a personalului din instituțiile medicale primare duce la depistarea insuficientă în grupurile de risc social.

O sarcină importantă în depistarea precoce a TB îi revine sectorului medical, care, conform datelor disponibile, nu dispune de capacitate și este lipsit de răspundere pentru depistarea și monitorizarea cazurilor de TB. Numirea unui specialist medical, cum ar fi un doctor, sau a unei asistente specializate, care ar fi responsabilă pentru coordonarea asistenței în cazurile de TB la nivelul asistenței primare, în special în regiunile cu concentrație înaltă a TB, ar putea fi

o soluție simplă și în același timp eficientă. Abordarea acestui obstacol va conduce la îmbunătățirea ratei de depistare a TB în comunitățile țintă și la nivel regional. Lipsa unei persoane responsabile de tuberculoză la nivelul asistenței medicale primare reduce responsabilitatea asistenței medicale primare și autorităților publice din domeniul sănătății din regiuni și subminează importanța activităților TB. Indicatorii de evaluare a implicării asistenței medicale primare în depistarea TB nu au fost elaborați corespunzător. Medicii de familie recunosc faptul că dedică puțin timp prevenirii acestei maladii, dat fiind faptul că sunt suprasolicitați cu diferite activități și categorii de pacienți.

O soluție rezonabilă pentru acest obstacol este numirea unei persoane specifice responsabile de TB, care ar conduce și raporta activitățile legate de screening-ul TB în rândurile grupurilor social vulnerabile. Această soluție pe termen scurt nu necesită investiții semnificative.

IIc. Informarea insuficientă despre serviciile disponibile conduce la o cerere redusă.

Accesul limitat al persoanelor din grupurile social vulnerabile la serviciile de sănătate și medicale determină depistarea tardivă a TB. S-a dovedit că insuficiența conștientizării riscurilor infecției și comportamentelor sigure, precum și lipsa informațiilor despre serviciile gratuite disponibile pentru TB determină cererea redusă pentru servicii medicale, depistarea insuficientă și succesul redus al tratamentului pentru TB. Această problemă a fost identificată drept un obstacol important pentru creșterea ratei de depistare pentru grupurile vulnerabile. În

¹⁸ (C. Didelescu. Depistarea intensivă a TB la persoanele instituționalizate. REVISTA MEDICALA ROMANA – VOL. LV, NR. 1, AN 2008).

¹⁹ Focus grup cu medicii de familie, 2012.

timp ce profilul persoanelor expuse riscului face sarcina destul de dificilă, furnizarea de informații relevante prin implicarea ONG-urilor și a altor agenți din prima linie care lucrează cu populațiile vulnerabile, folosind un limbaj accesibil, ar putea duce la eliminarea acestei bariere. Practica pozitivă din regiune, de asemenea, ar trebui utilizată în soluționarea acestui obstacol. Campaniile de informare pentru beneficiari în limbaj accesibil și cu intervenții în grupurile de risc de asemenea ar trebui luate în considerație în calitate de soluție pe termen scurt pentru acest obstacol.

Pentru intervenția III au fost analizate următoarele obstacole prioritare:

IIIa. Tratamentul se bazează considerabil pe tratament spitalicesc și lipsesc alternative de tratament ambulatoriu și o abordare centrată pe pacient

Mai multe rapoarte efectuate de către experții internaționali recomandă luarea de măsuri în vederea soluționării problemei transmiterii intra-spitalicești a TB M/XDR. Prima problemă în acest sens este lipsa alternativei de tratament extra-spitalicesc și condițiile proaste în spitale. Circa 5000 de persoane pe an primesc tratament spitalicesc în instituțiile specializate în tratarea TB²⁰.

Eliminarea acestui obstacol va produce un impact asupra răspândirii intra-spitalicești și calității serviciilor prestate. De asemenea, aceasta va crește atractivitatea și acceptarea tratamentului. O soluție propusă este optimizarea îngrijirii spitalicești prin abordarea centrată pe pacient, cu accent pe tratamentul extra-spitalicesc și implicarea comunității. Acest lucru va contribui la reducerea ratelor de abandonare a

tratamentului la etape timpurii și va ajuta la îmbunătățirea rezultatelor tratamentului.

IIIb. Lipsa infrastructurii moderne în clinicile specializate în TB (Sisteme de ventilare și lămpi bactericide insuficiente, ceea ce crește riscul expunerii personalului și pacienților la infecție)

Lipsa mijloacelor tehnice moderne pentru prevenirea transmiterii TB în interiorul instituțiilor medicale și întreținerea corespunzătoare a acestor mijloace a fost raportată în mod repetat ca fiind una dintre cauzele majore ale transmiterii intra-spitalicești a infecției. Ventilația adecvată în instituțiile medico-sanitare este esențială pentru prevenirea transmiterii infecțiilor prin aer și este insistent recomandată pentru controlul răspândirii TB. Ar trebui acordată prioritate realizării ACH adecvate folosind sistemele de ventilație. Cu toate acestea, în unele instituții nu este posibil să se realizeze o ventilație adecvată. În astfel de cazuri, o opțiune complementară este folosirea sălii la etajele de sus sau aplicarea măsurilor de protecție cu dispozitive de raze ultraviolete germicide de iradiere (UVGI). Aceste mijloace de control de mediu nu generează aer proaspăt sau aer direcțional (Politica OMS cu privire la controlul infecției TB în instituțiile medicale, locurile de cumulare și gospodării, OMS, 2009)

Eliminarea acestui obstacol va asigura protecția adecvată a tuturor pacienților care beneficiază de tratament intra-spitalicesc și a personalului medical din aceste instituții. O soluție ar fi evaluarea situației în fiecare teritoriu și asigurarea cu minimum necesar, inclusiv includerea în buget a modificărilor necesare.

²⁰ Datele Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

IIIc. Personal insuficient pregătit în infecția respiratorie

Deși instruirea cu privire la măsurile de protecție pentru personalul medical se face în mod continuu, de regulă la această instruire participă doar specialiștii medicali, cum ar fi medicii, dar nu și asistentele sau personalul tehnic. Instruirile ar trebui să se extindă astfel încât să includă în mod de rutină tot personalul din instituțiile specializate în TB. Impactul s-ar răsfrânge atât

asupra pacienților din instituțiile spitalicești specializate, cât și asupra personalului acestor instituții. Obstacolul poate fi eliminat cu ușurință și constituie astfel o prioritate.

Impactul transversal va fi reducerea numărului de contacte și a transmiției nosocomiale a TB, inclusiv a TB drog-rezistente, micșorarea numărului de eșecuri terapeutice din motivul TB MDR nosocomiale; creșterea ratei succesului și creșterea numărului de internări în staționare TB.

Scorecard-ul obstacolelor

Intervenția	Sub-intervenția	Obstacolul	Impact direct	Impact transversal	Impact general	Disponibilitatea soluției în termen scurt	Ran-gul
Asigurarea aderenței la tratament antituberculos a persoanelor cu TB activă	Asigurarea aprovizionării neîntrerupte cu preparate antituberculoase	Lipsa asigurării financiare garantate din partea statului, care menține riscul de întrerupere a asigurării cu medicamente și conduce la creșterea numărului de cazuri netratate	4 802 (4 344 adulți + 458 copii)	Toată populația, în special copiii și persoanele de vârstă aptă de muncă (și grupurile vulnerabile)	Verde	Verde slab	1
	Consolidarea capacităților resurselor umane implicate în controlul TB	Echipa multidisciplinară în teritoriu insuficient pregătită pentru prestarea serviciilor de înaltă calitate	4 802 (4344+458 copii)	Toată populația, în special copiii și persoanele de vârstă aptă de muncă	Verde	Verde	1
		Resurse umane insuficiente implicate în controlul TB pentru a face față cerințelor actuale și insuficiența specialiștilor în teritorii	4 802 (4344+458 copii)	Toată populația, în special copiii și persoanele de vârstă aptă de muncă	Verde	Verde slab	2

Scorecard-ul obstacolelor

Intervenția	Sub-intervenția	Obstacolul	Impact direct	Impact transversal	Impact general	Disponibilitatea soluției în termen scurt	Ran-gul
	Elaborarea și implementarea mecanismelor de stimulare a personalului implicat în activitățile de control al TB	Bonusurile/ resursele financiare sunt prea dispersate în rândurile membrilor grupului, conducând la stimulente insuficiente	4 802 (4344+458 copii)	Toată populația, în special copiii și persoanele de vârstă aptă de muncă	Verde	Verde	1
		Lipsa mecanismelor certe de stimulare (cum ar fi xxx) a personalului implicat în activitățile de control al TB	4 802 (4344+458 copii)	Toată populația, în special copiii și persoanele de vârstă aptă de muncă	Verde	Verde slab	2
	Asigurarea suportului în vederea creșterii complianței la tratament, consolidarea parteneriatului cu APL în controlul TB	Capacități și resurse insuficiente pentru a acoperi toți pacienții și asigura aderența la tratament.	4 802 (4344+458 copii)	Toată populația, în special copiii și persoanele de vârstă aptă de muncă	Verde	Roșu slab	3
		Informarea insuficientă a bolnavilor și membrilor familiilor vis-a-vis de căile de transmitere și conduită.	4 802 (4344+458 copii)	Toată populația, în special copiii și persoanele de vârstă aptă de muncă	Verde slab	Verde	1
		Lipsa măsurilor de consolidare a parteneriatului cu APL în controlul TB	4 802 (4344+458 copii)	Toată populația, în special copiii și persoanele de vârstă aptă de muncă	Verde	Verde slab	2
	Managementul reacțiilor adverse, accesul la tratamentul reacțiilor adverse	Personalul medical este insuficient pregătit în managementul reacțiilor adverse și respectiv informarea „insuficientă” a utilizatorilor de servicii în recunoașterea și declararea fenomenelor adverse	4 802 (4344+458 copii)	Toată populația, în special copiii și persoanele de vârstă aptă de muncă	Verde	Verde	1

Scorecard-ul obstacolelor

Intervenția	Sub-intervenția	Obstacolul	Impact direct	Impact transversal	Impact general	Disponibilitatea soluției în termen scurt	Rangul
	Identificarea unor alternative la protocoale actuale de tratament, prin intermediul cercetărilor comportamentale pentru a crește aderența la tratament, și încurajarea și sprijinirea studiilor pentru dezvoltarea și validarea instrumentelor predicatorie pentru a identifica factorii legați de pacient, sociali și culturali asociați cu aderență scăzută la tratamentul și dezvoltarea TB drog-rezistente	Neacoperire financiară a elaborării protocoalelor și efectuării studiilor comportamentale	4 802 (4344+458 copii)	Toată populația, în special copiii și persoanele de vârstă aptă de muncă	Verde	Roșu slab	1
	Reducerea stigmei și discriminării	Informare redusă a societății despre TB, considerată actual drept o condamnare	4 802 (4344+458 copii)	Toată populația, în special copiii și persoanele de vârstă aptă de muncă	Verde	Verde	1
		Lipsa suportului psihologic, social și de altă natură pentru bolnavii cu TB activă, aflați la tratament	4 802 (4344+458 copii)	Toată populația, în special copiii și persoanele de vârstă aptă de muncă	Verde	Verde slab	2
Sporirea accesului persoanelor din grupurile social vulnerabile la serviciile TB	Depistarea activă a tuberculozei	Responsabilitatea redusă a instituțiilor medicale primare în controlul TB în teritoriu. Pregătirea insuficientă a personalului medical primar conduce la detectarea insuficientă în grupurile social vulnerabile.	30% din populație (toate persoanele și gospodăriile care trăiesc sub pragul sărăciei)	90% din persoanele social vulnerabile	Verde	Verde	1

Scorecard-ul obstacolelor

Intervenția	Sub-intervenția	Obstacolul	Impact direct	Impact transversal	Impact general	Disponibilitatea soluției în termen scurt	Ran-gul
		Lipsa screeningului pentru TB în centrele de plasament și alte locuri de cumulare a persoanelor din grupuri vulnerabile.	30% populație	90% din persoanele social vulnerabile	Verde	Verde	2
		Informarea insuficientă a persoanelor social-vulnerabile cu privire la serviciile disponibile. Accesibilitatea limitată a persoanelor social vulnerabile la serviciile medicale duce la depistarea inadecvată a TB.	30% populație	90% din persoanele social vulnerabile	Verde	Verde	3
	Intensificarea activităților de pledoarie și educație orientate spre prevenirea maladiilor sociale și promovarea modului sănătos de viață	Deficit de personal medical implicat în activități de control al tuberculozei	30% populație	90% din persoanele social vulnerabile	Verde	Roșu slab	3
		Responsabilitate și capacitatea insuficientă a APL în elaborarea și implementarea programelor la nivel local.	30% populație	90% din persoanele social vulnerabile	Verde slab	Verde slab	1

Scorecard-ul obstacolelor							
Intervenția	Sub-intervenția	Obstacolul	Impact direct	Impact transversal	Impact general	Disponibilitatea soluției în termen scurt	Ran-gul
		Stigma și discriminarea condiționează un grad sporit de vulnerabilitate a persoanelor cu tuberculoză și periclitează implementarea cu succes a activităților de profilaxie, tratament, îngrijire și suport.	30% populație	90% din persoanele social vulnerabile	Verde	Roșu slab	2
	Îmbunătățirea aderenței la tratament (furnizarea transportului, oferirea stimulentei pentru tratament, remunerarea lucrătorilor outreach pentru efectuarea DOT, cazarea în timpul tratamentului în faza de continuare, oferirea suportului psihologic și juridic, consolidarea parteneriatului cu APL în controlul TB, examinarea modalităților alternative de DOT pentru pacienți din grupurile social vulnerabile)	Politica intersectorială slabă. Lipsa planului intersectorial și a mecanismului de realizare a acestuia	65% din bolnavii cu TB incluși în tratament	50% pacienți TB care fac parte din grupurile social vulnerabile	Verde	Verde slab	1

Scorecard-ul obstacolelor

Intervenția	Sub-intervenția	Obstacolul	Impact direct	Impact transversal	Impact general	Disponibilitatea soluției în termen scurt	Ran-gul
		Lipsa echipelor multidisciplinare (intersectoriale), pentru reacționare promptă în caz de întrerupere a tratamentului și prestare de servicii sociale complexe. Deficiență în logistica intersectorială, ce nu prevede alte tipuri de servicii DOT, nu neapărat în condiții de ambulatoriu.	65% din bolnavii cu TB incluși în tratament	50% pacienți TB care fac parte din grupurile social vulnerabile	Verde	Verde slab	2
		Resurse umane slab instruite în activități TB. Deficiențe de monitorizare și raportare a diverselor activități TB.	65% din bolnavii cu TB incluși în tratament	50% pacienți TB care fac parte din grupurile social vulnerabile	Verde slab	Verde slab	3
		Implicarea redusă a organizațiilor neguvernamentale în activități TB, ceea ce se soldează cu prestarea redusă a serviciilor acceptabile și accesibile pentru populație și suprasolicitarea personalului medical.	65% din bolnavii cu TB incluși în tratament	50% pacienți TB care fac parte din grupurile social vulnerabile	Verde slab	Verde slab	4

Scorecard-ul obstacolelor

Intervenția	Sub-intervenția	Obstacolul	Impact direct	Impact transversal	Impact general	Disponibilitatea soluției în termen scurt	Ran-gul
	Identificarea persoanelor care au abandonat tratamentul cu reincluderea în tratament	Nu se oferă servicii de reincludere în tratament, lăsând persoanele care au abandonat tratamentul în afara sistemului medical	12% din populație	12% din persoanele social vulnerabile	Verde	Verde slab	1
		Integrarea insuficientă a serviciilor sociale și de asistență medicală primară pentru a motiva reincluderea în tratament	12% din populație	12% din persoanele social vulnerabile	Verde	Roșu slab	3
		Sprijin și pledoarie insuficientă despre consecințele abandonului, care ar permite menținerea tuturor pacienților în tratament. Implicarea redusă a societății și comunității față de persoanele expuse celui mai mare risc	12% din populație	12% din persoanele social vulnerabile	Verde slab	Verde	2
	Stimularea inițiativelor ONG-urilor locale în TB, prin implementarea programelor de granturi mici și training-uri	Lipsa cadrului legal care reglementează activitatea ONG-urilor în controlul TB	65% din bolnavii cu TB incluși în tratament	50% pacienți TB care fac parte din grupurile social vulnerabile	Verde	Verde slab	1
	Suportul tratamentului antituberculos al pacienților cu TB aflați în detenție și celor eliberați din penitenciare	Dependența de finanțare din surse externe, aportul bugetului limitat, ceea ce menține riscul de pierdere a rezultatelor obținute în controlul TB în detenție	17 500 persoane aflate în detenție	300 persoane anual	Verde	Verde slab	2

Scorecard-ul obstacolelor

Intervenția	Sub-intervenția	Obstacolul	Impact direct	Impact transversal	Impact general	Disponibilitatea soluției în termen scurt	Rangul
		Instruirea insuficientă a personalului medical, inclusiv „lucrul în echipă” cu alte servicii penitenciare și sistemul civil de sănătate duce la activități neconcordante	17 500	300 persoane anual	Verde	Roșu slab	3
		Lipsa serviciilor sociale integrate și informare insuficientă a deținuților în perioada detenției și după eliberare, conduc la abandonarea tratamentului	400 persoane anual	300 persoane anual	Verde	Verde slab	1
Consolidarea controlului infecției în instituțiile specializate	Consolidarea controlului infecției la nivel administrativ în instituțiile specializate	Absența planului de control al infecției TB la nivel național și teritorial Absența planului de control al infecției TB la nivel regional afectează implementarea activităților cu impact rapid	4 802 (4344+458 copii)	3746 (78%)	Verde	Verde slab	4

Scorecard-ul obstacolelor

Intervenția	Sub-intervenția	Obstacolul	Impact direct	Impact transversal	Impact general	Disponibilitatea soluției în termen scurt	Ran-gul
		Personal pregătit insuficient cu privire la măsurile de control al infecției și fără cunoștințe suficiente despre cum să procedeze în cazul identificării unei persoane care prezintă simptome de TB și măsurile pentru controlul mediului sau protecție respiratorie.	4 802 (4344+458 copii)	3746 (78%)	Verde	Verde	2
		Pacient slab informat în conduita publică și protecția respiratorie, fapt ce contribuie la răspândirea infecției în societate	4 802 (4344+458 copii)	3746 (78%)	Verde	Verde	3
		Raționalizarea îngrijirii spitalicești prin abordare centrată pe pacient, cu accent pe tratamentul extra-spitalicesc și implicarea comunității.	4 802 (4344+458 copii)	3746 (78%)	Verde	Verde	1
	Consolidarea controlului infecției la nivel ingineresc în instituțiile specializate TB	Lipsește evaluarea complexă a sediilor, sistemelor existente de ventilație și funcționalității lor, iar aceasta nu permite aprecierea adecvată a asigurării infrastructurii și aprecierea corespunderii lor. cerințelor contemporane de control al infecției	4 802 (4344+458 copii)	3746 (78%)	Verde slab	Verde	3

Scorecard-ul obstacolelor							
Intervenția	Sub-intervenția	Obstacolul	Impact direct	Impact transversal	Impact general	Disponibilitatea soluției în termen scurt	Ran-gul
		Lipsa spațiului pentru trierea persoanelor simptomatice și amplasarea cabinetelor medicilor, care determină amplasarea în același loc a pacienților somatici și celor suspecți, trierea este superficială și conduce la transmiterea infecției	4 802 (4344+458 copii)	3746 (78%)	Verde	Verde slab	2
		Lipsa infrastructurii moderne în clinicile specializate în TB (Sisteme de ventilare și lămpi bactericide insuficiente, ceea ce crește riscul expunerii personalului și pacienților la infecție)	4 802 (4344+458 copii)	3746 (78%)	Verde	Verde slab	1
	Consolidarea controlului infecției la nivel de protecție personală în instituțiile specializate TB	Personal insuficient pregătit cu privire infecția respiratorie	4 802 (4344+458 copii)	3746 (78%)	Verde	Verde	1
Pacient slab informat despre protecția respiratorie		4 802 (4344+458 copii)	3746 (78%)	Verde slab	Verde	3	
În instituțiile medicale specializate nu există o persoană responsabilă de protecția personală și instruirea continuă sau monitorizarea sistematică a cerințelor de igienă și sanitare		4 802 (4344+458 copii)	3746 (78%)	Verde	Verde slab	2	

2C. SOLUȚII PRIORITARE

Soluțiile identificate au fost prioritizate și puse în succesiune pentru a maximiza magnitudinea și viteza impactului privind obiectivele ODM prioritare.

După prioritizarea obstacolelor și intervențiilor au fost identificate și evaluate soluțiile potențiale pe termen scurt pentru fiecare obstacol, care vor permite o accelerare rapidă spre țintele ODM prioritare. Identificarea soluțiilor posibile a fost bazată pe soluții dovedite și studii de caz, interviuri cu experți / focus-grupuri, precum și documente guvernamentale și evaluări. Pentru fiecare soluție a fost creat un profil care reflectă impactul și fezabilitatea soluției (de exemplu, magnitudinea, durabilitatea și viteza impactului, disponibilitatea fondurilor). Această informație a servit drept bază pentru prioritizarea soluțiilor.

Principalele soluții de accelerare identificate și prioritizate pentru cele trei domenii de intervenție sunt:

Intervenția I - Sporirea aderenței la tratamentul antituberculos a persoanelor cu TB activă

1.1. Alocarea suficientă a resurselor pentru sprijinul pacienților în timpul tratamentului

Creșterea ratei succesului și descreșterea incidenței și mortalității în rezultatul TB și TB MDR este o soluție orientată spre necesitățile reale ale pacientului și este un răspuns la problema aderenței la tratament. Sprijinul continuu adaptat pentru fiecare pacient poate contribui la eficiența tratamentului și scăderea surselor de infecție. Acest lucru ar putea necesita o abordare multi-sectorială, inclusiv indemnizații sociale și stimulente, inclusiv rambursarea cheltuielilor de transport, medicamente și alimente suplimentare.

1.2. Definirea clară a mecanismelor de stimulare pentru personalul implicat în activitățile de control al TB

Alocările din buget (CNAM) nu corespund necesităților. Circa 4802 de persoane vor fi afectate pozitiv prin eliminarea acestui obstacol conform datelor de la CNAM (Formularul 30). Se va îmbunătăți asistența medicală spitalicească, iar acest lucru ar putea conduce la creșterea aderenței la tratamentul pacienților cu TB.

Motivarea adecvată a personalului implicat în activitățile de control al TB va conduce la creșterea responsabilității față de prestarea serviciilor, contribuind astfel la creșterea aderenței la tratament a persoanelor cu TB și la reducerea incidenței prin TB și TB MDR. Remunerarea medicilor de familie pentru cazurile noi depistate în 2007 a fost percepută ca o procedură mai eficientă de stimulare comparativ cu remunerarea pentru tratamentul finalizat cu succes (bonus pentru indicatorul de performanță) aplicată în 2012.

Schema de motivare a personalului medical nu funcționează eficient: pentru a primi banii pentru finalizarea cu succes a tratamentului (bonus pentru indicator de performanță), medicii trebuie să parcurgă un proces birocratic, ceea ce creează divergențe între medicii de familie și ftziatri. Motivarea pentru încheierea cu succes a tratamentului (bonus pentru indicatorul de performanță) nu este funcțională, deoarece mulți lucrători medicali raportează că nu au primit banii, iar alții că au primit până la 200 de lei, deoarece banii sunt distribuiți pentru un număr mai mare de lucrători medicali²¹.

1.3. Crearea și instruirea echipelor multidisciplinare în teritoriu

Implicarea activă multidisciplinară în activitățile de control al tuberculozei va favoriza

²¹ "Factorii de risc asociați cu situațiile de abandon și eșec al tratamentului strict supravegheat al tuberculozei în Republica Moldova", 2009.

depistarea oportună, efectuarea DOT, care la rândul său va spori aderența la tratament și va reduce rata de abandonuri. De asemenea, acest lucru este foarte important din punctul de vedere al educației, informării și promovării unui mod de viață sănătos. Echipele multi-disciplinare oferă și sprijin psiho-social, implicarea altor specialiști medicali (narcolog, psihologi etc.) Evaluarea precoce a echipelor existente demonstrează eficiența în sensul asigurării aderenței la tratament și respectului pentru necesitățile și drepturile unei persoane. Echipele multidisciplinare sunt foarte eficiente în activitățile de control al tuberculozei pentru grupurile social vulnerabile (exemplu – organizarea controlului tuberculozei în regiunea Tomsk, Federația Rusă; Letonia). Un sistem profesional de referire este esențial pentru eforturi coordonate și pentru a asigura succesul tratamentului.

Intervenția II - Sporirea accesului persoanelor din grupurile social vulnerabile la serviciile TB

II.1. Examinarea persoanelor din centrele de plasament și alte locuri de cumulare prin controlul radiologic la adulți și IDR Mantoux 2UT la copii. Instruirea personalului din centrele de tratament cu privire la depistarea precoce, inclusiv metodele de screening.

Unele categorii de persoane, cum ar fi migranții, persoanele fără adăpost și șomerii, reprezintă grupurile principale de risc de infectare cu TB. Datele existente arată că multe dintre aceste persoane nu au acces la asistența medicală primară și screening-ul preventiv pentru TB. Acest lucru duce la un diagnostic târziu, eșecul de a stabili diagnosticul și la existența unei surse continue de infectare. În timp ce soluția ar putea necesita redistribuirea mijloacelor de screening și

resurse financiare suplimentare, eficiența costurilor poate fi demonstrată datorită impactului semnificativ.

Screening-ul pentru TB în grupurile vulnerabile va reduce transmiterea TB prin depistare precoce și tratament corect al cazurilor de TB activă (prioritate în activitățile de control TB). Diagnosticul activ al tuberculozei cu screening obligatoriu al persoanelor din cadrul grupurilor vulnerabile va reduce rata transmiterii tuberculozei nu numai în cadrul acestui grup al populației, dar și în societate în general. În cazul depistării TB vor fi identificate toate persoanele care au contactat cu bolnavul și vor fi examinate pentru a permite trasarea infecției și oprirea răspândirii acesteia. Stabilirea unui program de screening pentru depistarea TB va reduce incidența tuberculozei. Depistarea precoce a tuberculozei reduce semnificativ costurile tratamentului și contribuie la descreșterea ratei mortalității.

II.2. Numirea unei persoane (asistentă medicală în cadrul sistemului de asistență medicală primară), responsabile pentru desfășurarea și raportarea activităților legate de screening-ul TB în rândurile grupurilor social-vulnerabile

Numirea unei persoane responsabile de TB la nivelul instituțiilor medicale primare, care va efectua și raporta activitățile legate de screening-ul TB în grupurile social vulnerabile va contribui la creșterea responsabilității asistenței medicale primare pentru măsurile specifice de prevenire și monitorizare a TB.

Această persoană poate fi o asistentă din cadrul sistemului de asistență medicală primară, în special în localitățile în care există un focar al TB. În Moldova AMP (asistența medicală din cadrul instituțiilor de asistență medicală primară) este responsabilă de examinarea grupului de risc pentru tubercu-

loză și pentru depistarea persoanelor cu tuberculoză dintre persoanele care prezintă simptome de TB. O opțiune bună ar fi numirea unei persoane din cadrul AMP în calitate de persoană responsabilă pentru depistarea tuberculozei în cadrul grupurilor social vulnerabile.

Argumentarea este că depistarea TB printre persoanele afectate de boală ar trebui să se desfășoare în localitățile care se află cel mai aproape de pacient, iar instruirea ar trebui să se axeze pe depistarea TB în grupurile vulnerabile. Instruirea personalului medical cu privire la depistarea precoce și metodele de screening aplicabile grupurilor vulnerabile este de asemenea necesară.

II.3. Asigurarea condițiilor alternative pentru faza de continuare a tratamentului în staționar, în instituții specializate, în special pentru persoanele fără adăpost, cele din familii vulnerabile

Persoanele vulnerabile, marginalizate și fără adăpost adesea duc lipsă de sprijin constant și monitorizare din partea comunității, fapt ce conduce la creșterea ratei eșecului și creșterea numărului de cazuri de îmbolnăvire cu TB drog-rezistentă. Revizuirea criteriilor pentru internare la spital, asigurarea cazării și acordarea serviciilor medicale în vederea sporirii complianței la tratament vor conduce la micșorarea ratei de abandon și creșterea ratei de succes la tratament anti-TB. Dificultățile tehnice în proiectare și implementare ar putea necesita implicarea CNAM.

Intervenția III. Consolidarea controlului infecției în instituțiile specializate

III.1. Modernizarea infrastructurii moderne în clinicile specializate TB

Buna funcționare a lămpilor bactericide, a sistemului de ventilare va contribui la scă-

derea transmiterii nosocomiale a infecției în rândul personalului medical și pacienților care se află la tratament staționar, la micșorarea ratei de eșec terapeutic din motivul TB MDR nosocomiale. Ventilația adecvată în instituțiile medico-sanitare este esențială pentru prevenirea transmiterii infecțiilor prin aer și este insistent recomandată pentru controlul răspândirii TB. Ar trebui acordată prioritate realizării ACH adecvate folosind sistemele de ventilație. Cu toate acestea, în unele instituții nu este posibil să se realizeze o ventilație adecvată. În astfel de cazuri o opțiune complementară este folosirea sălii la etajele de sus sau aplicarea măsurilor de protecție cu dispozitive de raze ultraviolete germicide de iradiere (UVGI).

III.2. Acordarea alternativei pacientului de a alege modalitatea de tratament prin acordarea stimulentei, compensațiilor pentru pacient

Acordarea alternativei pacientului de a alege modalitatea de tratament și asigurarea financiară a acestor modalități. Unii pacienți nu se simt în siguranță în staționar din cauza condițiilor igienice precare și anturajului neprietenos (foști deținuți, oameni ai străzii). Consumul de alcool, dezordinea, conflictele, abuzul fizic sunt principalele probleme din spitale, pe care lucrătorii medicali nu le pot soluționa întotdeauna. Pe de altă parte, condițiile în spital sunt considerate benefice pentru unii pacienți (persoane singure, persoane din familii vulnerabile, persoane fără adăpost etc.), însă mai puțin favorabile pentru alte categorii de cetățeni care refuză internarea în spital sau sunt internați formal (Focus-grup cu pacienții TB, 2012). Mulți dintre pacienți ar prefera să fie tratați la domiciliu sau într-o instituție extra-spitalicească. Acest lucru poate produce un impact asupra costurilor per caz tratat, din cauza reducerii costului tratamentului spitalicesc și reducerii

transmiterii intra-spitalicești a TB MDR, fapt deja demonstrat de studiile disponibile.

III.3. Instruirea specialiștilor din cadrul serviciului sănătate publică, ftziologic (medici specializați în tratarea TB), serviciilor sociale și pacienților cu privire la măsurile de control al infecției, protecția respiratorie

Implementarea soluției ar avea un impact esențial, personalul și pacienții instruiți vor pune corect în aplicare procedurile opera-

ționale ale Planului de control al infecției. Procedura stabilește rolurile și responsabilitățile specialiștilor implicați în implementarea planului de control al infecției.

În rezultat am elaborat un scorecard cu clăsamamentul soluțiilor pe termen scurt, pentru a accelera progresul spre țintele prevăzute la obiectivul ODM 6. Doar soluțiile cărora li s-a atribuit rangul 1-3 au fost incluse în Planul de Acțiuni MAF în baza impactului lor și evaluării fezabilității. Pentru a prezenta o imagine mai amplă, celelalte soluții sunt de asemenea prezentate în tabelul de mai jos.

SCORECARD-UL SUMAR AL SOLUȚIILOR PENTRU TB

Intervenții/obstacol	Soluții	Impact	Fezabilitate	Prioritate Rangul
<p>Asigurarea aderenței la tratament antituberculos a persoanelor cu TB activă</p> <p>Obstacolul</p> <p>1. Lipsa suportului psihologic, social și de altă natură pentru bolnavii cu TB activă, aflați la tratament</p> <p>2. Capacități și resurse insuficiente pentru a acoperi toți pacienții și a asigura aderența la tratament.</p> <p>3. Mecanisme de stimulente neadecvate pentru personalul medical implicat în activitățile de control al TB</p> <p>4. Echipă multidisciplinară în teritoriu insuficient pregătită pentru prestarea serviciilor de înaltă calitate.</p> <p>5. Lipsa măsurilor de consolidare a parteneriatului cu autoritățile publice locale</p>	Alocarea suficientă a resurselor pentru sprijinul pacienților în timpul tratamentului	Verde	Verde slab	1
	Definirea clară a mecanismelor de stimulare pentru personalul implicat în activitățile de control al TB	Verde	Verde slab	2
	Crearea și instruirea echipelor multidisciplinare în teritoriu pentru a susține aderența la tratament	Verde slab	Verde slab	3
	Definirea mecanismelor de consolidare a parteneriatului cu APL în controlul TB	Verde slab	Verde slab	4

Intervenții/obstacol	Soluții	Impact	Fezabilitate	Prioritate Rangul
<p>Sporirea accesului persoanelor din grupurile social vulnerabile la serviciile TB</p> <p>Obstacolele corespunzătoare:</p> <p>1. Lipsa screeningului pentru TB în centrele de plasament și alte locuri de cumulare a persoanelor din grupuri vulnerabile. Responsabilitatea instituțiilor de asistență medicală primară în controlul TB în regiuni.</p> <p>2. Instruirea insuficientă a personalului din instituțiile medicale primare duce la depistarea insuficientă în grupurile de risc social.</p> <p>3. Lipsa echipelor multidisciplinare (intersectoriale) pentru reacționare promptă în caz de întrerupere a tratamentului și prestare de servicii sociale complexe. Deficiență în logistica intersectorială, ce nu prevede alte tipuri de servicii DOT, nu neapărat în condiții de ambulatoriu.</p> <p>4. Informarea insuficientă despre serviciile disponibile conduce la o cerere redusă. Acces limitat al persoanelor din grupuri social vulnerabile la servicii de sănătate și medicale determină depistarea tardivă a TB.</p>	<p>Examinarea persoanelor din centrele de plasament și altor locuri de cumulare prin control radiologic la adulți și IDR Mantoux 2UT la copii. Instruirea personalului din centrele de plasament cu privire la depistarea precoce, despre metodele de screening aplicabile grupurilor vulnerabile.</p>	Verde	Verde slab	1
	<p>Numirea unei persoane responsabile de TB la nivelul instituțiilor medicale primare, care va efectua și raporta activitățile legate de screening-ul TB în grupurile social vulnerabile.</p>	Verde	Verde slab	2
	<p>Asigurarea condițiilor alternative pentru faza de continuare a tratamentului în staționar, în instituții specializate, în special pentru persoanele fără adăpost, cele din familii vulnerabile</p>	Verde	Verde slab	3

Intervenții/obstacol	Soluții	Impact	Fezabilitate	Prioritate Rangul
	Petrecerea campaniilor de informare cu apropierea serviciilor de beneficiar, publicarea materialelor informaționale, realizarea spoturilor video și audio despre TB.	Verde slab	Verde slab	4
Consolidarea controlului infecției în instituțiile specializate	Modernizarea infrastructurii în instituțiile specializate TB	Verde	Verde slab	1
Obstacolele corespunzătoare: 1. Lipsa infrastructurii moderne în clinicile specializate în TB (Sisteme de ventilare și lămpi bactericide insuficiente, ceea ce crește riscul expunerii personalului și pacienților la infecție)	Acordarea alternativei pacientului de a alege modalitatea de tratament și asigurarea financiară a acestor modalități prin acordarea stimulentei, compensațiilor pentru pacient	Verde	Verde slab	2
2. Raționalizarea îngrijirii spitalicești prin abordare centrată pe pacient, cu accent pe tratament extra-spitalicesc și implicarea comunității. 3. Personal insuficient pregătit cu privire la infecția respiratorie	Instruirea specialiștilor din cadrul serviciului sănătate publică, ftziologic, serviciilor sociale și pacienților cu privire la măsurile de control al infecției, protecția respiratorie	Verde slab	Verde slab	3

2D. PLAN DE ACȚIUNI PENTRU TB

După identificarea și prioritizarea soluțiilor la obstacole, a fost elaborat planul de acțiuni pentru a permite accelerarea spre ținta ODM 6 legată de TB în termen scurt și mediu. În primul rând au fost identificate activitățile necesare pentru implementa-

rea soluțiilor. Apoi, în baza consultărilor cu părțile interesate, au fost identificați partenerii și estimate necesitățile de finanțare. În cele din urmă a fost elaborat un plan de monitorizare și evaluare pentru a permite guvernului și partenerilor să implementeze soluțiile formulate în termenele stabilite.

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Finanțarea soluției (estimări, dolari SUA)	Partenerii potențiali
Intervenția 1. Asigurarea aderenței la tratamentul antituberculos al persoanelor cu TB activă Obstacolul corespunzător:					
1. Lipsa suportului psihologic, social și de altă natură pentru bolnavii cu TB activă, aflați la tratament. 2. Capacități și resurse insuficiente pentru a acoperi toți pacienții și a asigura aderența la tratament. 3. Mecanisme de stimulente neadecvate pentru personalul medical implicat în activitățile de control al TB 4. Echipă multidisciplinară în teritoriu insuficient pregătită pentru prestarea serviciilor de înaltă calitate. 5. Lipsă măsurilor de consolidare a parteneriatului cu autoritățile publice locale (în controlul TB).					
1.	Alocarea suficientă a resurselor pentru sprijinul continuu al pacienților în timpul tratamentului și monitorizare după încheierea tratamentului	Oferirea de stimulente pentru creșterea aderenței la tratament, oferirea de suplimente în formă de cec/voucher (\$3) la primirea fiecărei doze Rambursarea costurilor de călătorie a pacienților la centrul de tratament, în sumă de 2\$ Asigurarea sprijinului în vederea creșterii aderenței la tratament acoperirea cheltuielilor adiționale suportate de pacienți (acte, certificate)	Mecanismul de acordare a suplimentului	Cel puțin 9 936 000 Cel puțin 2 592 000 Cel puțin 1 900 000	MS, PNCT, CNAM, FG APL MMPSF, autoritățile locale.

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Finanțarea soluției (estimări, dolari SUA)	Partenerii potențiali
2.	Elaborarea unui mecanism de stimulare bazată pe performanță pentru personalul medical implicat în controlul TB	Elaborarea unui mecanism de stimulare a personalului AMP implicat în activitățile de control al TB	Mecanisme de stimulare a personalului AMP implicat în activitățile de control al TB		MS, CNAM, PNCT
		Implementarea bonificației indicator de performanță medicului de familie pentru depistarea precoce a TB în valoare de 40 de dolari SUA		920 000	
		Implementarea bonificației indicator de performanță medicului de familie pentru finalizarea tratamentului pacientului cu TB în valoare de 5 dolari SUA		1 472 000	
3.	Crearea și instruirea echipelor multidisciplinare în teritoriu	Elaborarea regulamentului de funcționare a echipei multidisciplinare în cadrul administrației publice locale în cooperare cu ONG-urile specializate Elaborarea Fișelor de post pentru membrii echipei. Instruirea echipelor multidisciplinare	Operarea reglementărilor pentru echipa multidisciplinară Fișele de post pentru membrii echipei Sesiuni de training Elaborarea manualelor, materialelor de referință pentru ședințele de instruire Materialele imprimate	40 000	MS, PNCT, MMPSF, autoritățile locale.

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Finanțarea soluției (estimări, dolari SUA)	Partenerii potențiali
<p>Intervenția 2. Sporirea accesului persoanelor din grupurile social vulnerabile la serviciile TB</p> <p>Obstacolul corespunzător:</p> <p>1. Lipsa screeningului pentru TB în centrele de plasament și alte locuri de cumulare a persoanelor din grupuri vulnerabile. Responsabilitatea instituțiilor de asistență medicală primară în controlul TB în regiuni.</p> <p>2. Instruirea insuficientă a personalului din instituțiile medicale primare duce la depistarea insuficientă în grupurile de risc social.</p> <p>3. Lipsa echipelor multidisciplinare (intersectoriale) pentru reacționare promptă în caz de întrerupere a tratamentului și prestare de servicii sociale complexe. Deficiență în logistica intersectorială, ce nu prevede alte tipuri de servicii DOT, nu neapărat în condiții de ambulatoriu.</p> <p>4. Informarea insuficientă cu privire la serviciile disponibile conduce la o cerere redusă. Accesul limitat al persoanelor din grupuri social vulnerabile la servicii de sănătate și medicale determină depistarea tardivă a TB.</p>					
1	Examinarea persoanelor din centrele de plasament și alte locuri de cumulare prin control radiologic la adulți și IDR Mantoux 2UT la copii. Instruirea personalului din centrele de plasament cu privire la depistarea precoce, despre metodele de screening aplicabile grupurilor vulnerabile.	Instruirea personalului centrelor de plasament (adăposturi) cu privire la depistarea precoce	Sesiuni de training pentru personalul din centrele de plasament Elaborarea manualelor, materialelor de referință pentru ședințele de instruire Materialele imprimare	40 000	MS, PNCT, CNAM, FG USMF „Nicolae Testemițanu” MMPSF

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Finanțarea soluției (estimări, dolari SUA)	Partenerii potențiali
		<p>Asigurarea diagnosticului diferențial, prin metode clinico-radiologice moderne, al persoanelor cu simptome clinice caracteristice tuberculozei</p> <p>Asigurarea examinărilor radiologice ale persoanelor simptomatice</p> <p>Asigurarea serviciilor de înaltă performanță pentru persoanele simptomatice (examinări TC, RMN)</p> <p>Procurarea echipamentului radiologic digital mobil</p>	<p>Procurarea utilajului radiologic mobil (utilizare regională)</p> <p>Procurarea peliculei radiologice pentru echipamentul radiologic digital mobil</p>	<p>8 368 923</p> <p>375 000 pentru un echipament radiologic staționar – sunt necesare 2</p>	
		<p>Asigurarea creării bazei de date computerizate pentru persoanele examinate prin intermediul echipamentului digital mobil</p>	<p>Elaborarea bazei de date computerizate centralizate pentru persoanele examinate prin intermediul echipamentului digital mobil</p> <p>Echipe computer</p> <p>Elaborare website</p>	<p>Cost estimat per soft – 60 000 și întreținerea anuală – 6 000</p>	

⋮

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Finanțarea soluției (estimări, dolari SUA)	Partenerii potențiali
		<p>Depistarea activă a tuberculozei (asigurarea examinărilor radiologice) în grupurile vulnerabile ale populației - utilizând inclusiv și echipele mobile de screening</p> <p>Depistarea activă a tuberculozei - radiografie pentru adulți și IDR Mantoux 2UT pentru copii) în grupurile vulnerabile</p> <p>Elaborarea și implementarea mecanismelor de stimulare economică a personalului din centrele de plasament, ONG-uri, voluntarilor în activitățile de screening al TB în grupuri vulnerabile</p>	<p>Salarizarea personalului care exploatează echipamentul radiologic digital mobil</p> <p>Procurarea peliculei radiologice pentru depistarea activă a tuberculozei în grupurile vulnerabile</p> <p>Procurarea Tuberculinei și seringilor tuberculinice pentru depistarea activă a tuberculozei la copii în grupurile vulnerabile</p>	10 089 090	
2	Numirea unei persoane responsabile de TB la nivelul instituțiilor medicale primare, care va efectua și raporta activitățile legate de screening-ul TB în grupurile social vulnerabile	Elaborarea și implementarea mecanismelor de stimulare a personalului din instituțiile de asistență medicală primară implicat în activitățile de control al TB în grupurile vulnerabile;	Elaborarea fișelor de post și a mecanismului de remunerare a personalului AMP care va implementa și raporta activitățile în controlul TB în cadrul populației din grupuri social vulnerabile		MoH, NTCP, NHIC, FG, USMF „Nicolae Testemițanu”

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Finanțarea soluției (estimări, dolari SUA)	Partenerii potențiali
		Asigurarea remunerării personalului din cadrul asistenței medicale primare, care va realiza și raporta activitățile în controlul TB în cadrul populației din grupurile social vulnerabile		91 640	
		Instruirea personalului din rețeaua de asistență medicală primară (AMP)	Elaborarea manualelor, materialelor de referință pentru ședințele de instruire Materialele imprimate	40 000	
3	Asigurarea condițiilor alternative pentru faza de continuare a tratamentului în staționar, în instituții specializate, în special pentru persoanele fără adăpost, cele din familii vulnerabile	Elaborarea și implementarea unui nou mecanism de plată pentru tratamentul în staționar din fondurile CNAM (guvern), în instituții specializate, în special pentru persoanele fără adăpost, cele din familii vulnerabile Desfășurarea activităților în rândurile pacienților cu TB în timpul aflării lor la spital Crearea grupurilor de sprijin de la egal la egal cu implicarea foștilor pacienți cu TB	Implementarea unui nou mecanism de plată pentru tratamentul în staționar, în instituții specializate, în special pentru persoanele fără adăpost, cele din familii vulnerabile Pliante, postere pentru pacienți TB aflați în staționar Crearea grupurilor de suport „de la egal la egal”	72 000	MoH, NTCP, NHIC, FG, MMPSF

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Finanțarea soluției (estimări, dolari SUA)	Partenerii potențiali
		Instruirea personalului medical din instituții specializate în activități de educare a pacienților cu TB pe perioada aflării în staționar Crearea grupurilor de consiliere în vederea creșterii complianței la tratament a pacienților cu TB:	Sesiuni de training pentru personalul medical mediu din instituții specializate Elaborarea manualelor, materialelor de referință pentru ședințele de instruire Materialele imprimate		

Intervenția 3. Consolidarea controlului infecției în instituțiile specializate
Obstacolul corespunzător:

1. Lipsa infrastructurii moderne în clinicile specializate în TB (Sisteme de ventilare și lămpi bactericide insuficiente, ceea ce crește riscul expunerii personalului și pacienților la infecție)
2. Raționalizarea îngrijirii spitalicești prin abordare centrată pe pacient, cu accent pe tratament extra-spitalicesc și implicarea comunității.
3. Personal insuficient pregătit cu privire la infecția respiratorie

1	Modernizarea infrastructurii în instituțiile specializate în TB	Modernizarea infrastructurii în instituțiile specializate în tratamentul TB: procurarea dispozitivelor cu filtre HEPA pentru curățarea aerului în saloane, procurarea lămpilor UV, respiratoarelor Mentenanța permanentă a sistemelor de ventilație mecanică din instituțiile specializate de ftiziopneumologie și LR. Asigurarea cu mijloace individuale de control al infecției pentru personalul din instituțiile specializate de ftiziopneumologie și LR	Dispozitive cu filtre HEPA Lămpi UV ecranizate Echipament pentru măsurarea vitezei fluxului de aer Echipament pentru măsurarea intensității razelor Mijloace individuale de control al infecției (respiratoare) Dispozitiv pentru testul de etanșiere a respiratoarelor	460 800 276 610 1 075 821	MS, PNCT, FG OMS
---	---	--	--	---	---------------------------------------

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Finanțarea soluției (estimări, dolari SUA)	Partenerii potențiali
2	Acordarea alternativei pacientului de a alege modalitatea de tratament și asigurarea financiară a acestor modalități prin acordarea stimulentei, compensațiilor pentru pacient și asigurarea supravegherii de către un specialist	Elaborarea și implementarea mecanismelor de stimulare a pacienților cu TB în scopul mării complianței la tratament	Mecanismul de acordare a suplimentului	Cel puțin 9 936 000	MS, PNCT FG CNAM
		Asigurarea suportului în vederea creșterii complianței la tratament: pachete alimentare și igienice (bon) pentru pacienți la ridicarea fiecărei doze		Cel puțin 2 592 000	
		Asigurarea suportului în vederea creșterii complianței la tratament: rambursarea cheltuielilor de transport pentru pacienți pentru a se prezenta la centrul de tratament		Cel puțin 1 900 000	
		Asigurarea sprijinului în vederea creșterii aderenței la tratament, acoperirea cheltuielilor adiționale suportate de pacienți			
		Asigurarea suportului în scopul creșterii complianței la tratament: materiale educaționale și informative pentru pacienți			

	Categoria soluției	Descrierea soluției	Necesitățile percepute	Finanțarea soluției (estimări, dolari SUA)	Partenerii potențiali
3	Instruirea specialiștilor din cadrul serviciului sănătate publică, serviciilor sociale și pacienților cu privire la măsurile de control al infecției, protecția respiratorie	Instruirea și reinstruirea personalului	Sesiuni de training Elaborarea manualelor, materialelor de referință pentru ședințele de instruire Materialele imprimate	40 000	MS, FG PNCT, USMF „Nicolae Testemițanu”

2E. CONCLUZII PENTRU SEGMENTUL TB

Având în vedere situația epidemiologică actuală în Republica Moldova, există un risc semnificativ ca aceasta să nu fie în măsură să realizeze țintele prevăzute pentru ODM 6 pentru TB până în 2015. În pofida tuturor eforturilor făcute în ultimii ani în controlul TB, Republica Moldova se află încă printre primele 15 țări din regiunea europeană cu o incidență ridicată a TB MDR.

Analizele și dovezile arată că doar DOT nu s-a dovedit a fi eficientă în ultimii ani prin intermediul programelor de control al tuberculozei. Abordarea vastă, multidisciplinară, includerea sprijinului din partea comunității și administrațiilor publice locale și implicarea diferitelor părți interesate va conduce la o mai bună calitate a serviciilor de asistență medicală și socială. Această abordare poate favoriza, de asemenea, o abordare centrată pe pacient, care ar asigura respectul pentru drepturile pacienților cu TB și îmbunătăți rezultatele măsurilor

de control al tuberculozei în țară. Soluțiile descrise mai sus subliniază importanța supravegherii epidemiei și furnizării de servicii flexibile, de calitate pentru grupuri de populație critice. Coordonarea dintre profesioniștii în asistența medicală primară, medicii specializați în tratamentul TB și instituțiile specializate, precum și serviciile sociale, reprezintă cheia succesului. Măsurile de finanțare și susținere a furnizorilor de servicii din prima linie care lucrează nemijlocit cu grupurile țintă au fost de asemenea subliniate ca o soluție de primă prioritate. Societatea civilă moldovenească ar trebui să continue să se implice în controlul tuberculozei și ar trebui luate măsuri pentru a sprijini ONG-urile și furnizorii de servicii din prima linie, care au acces direct la și lucrează cu populațiile vulnerabile.

Intervențiile s-au axat pe îmbunătățirea accesului grupurilor social vulnerabile la serviciile de TB, asigurarea aderenței la tratamentul anti-tuberculoză a persoanelor cu TB activă și consolidarea controlului asupra infecției TB în unitățile specializate.

Toate acestea au fost considerate ca fiind cele mai importante lucruri de făcut în termen scurt și mediu și fiecare dintre aceste intervenții va contribui la îmbunătățirea situației epidemiologice în țară, făcând astfel posibil un progres mai rapid spre atingerea obiectivelor ODM 6.

Intervenția I "Sporirea accesului grupurilor social vulnerabile (migranți, persoanele care provin din aziluri, persoanele fără adăpost, utilizatorii de droguri, persoanele care abuzează de alcool, deținuți și foști deținuți, copiii și tinerii străzii etc.) la serviciile TB" și Intervenția II "Asigurarea aderenței la tratamentul TB a persoanelor cu TB activă" vor contribui la realizarea unei rate de succes a tratamentului de 78% pentru cazurile noi de tuberculoză pulmonară cu frotiu spută pozitiv și o rată de succes a tratamentului de cel puțin 60% pentru cazurile de tuberculoză multidrog-rezistente până în 2015. O soluție importantă subliniată aici este de a permite mai mult tratament ambulatoriu pentru TB pentru pacienții eligibili prin revizuirea criteriilor de spitalizare în cazurile de TB.

Implementarea intervenției III "Fortificarea controlului infecției TB în instituții specializate" va contribui la reducerea incidenței totale a tuberculozei, aducând-o sub nivelul de 90.0 cazuri la 100.000 de persoane înregistrate și ar reduce prevalența TB MDR.

Deoarece țara este în prezent în imposibilitatea de a acoperi toate costurile legate de implementarea acestui plan de acțiuni, este foarte important de a atrage donatori și diferiți parteneri, având la bază acest plan de acțiune, în care au fost stabilite prioritățile pentru activități pentru următorii 2-5 ani. Planul de acțiuni poate fi implementat cu succes în Republica Moldova dacă va fi susținut de către toate părțile interesate - nu numai Ministerul Sănătății, dar și alte ministere, societatea civilă și partenerii de dezvoltare. Planul de monitorizare inclus poate ajuta guvernele și partenerii să evalueze cele mai importante repere și progresul general în implementarea soluțiilor. Planul de acțiune MAF subliniază importanța utilizării resurselor existente în mod eficient (de exemplu, prin sistemul național de asigurări de sănătate), căutând în același timp resurse suplimentare prin intermediul partenerilor importanți, cum ar fi Uniunea Europeană și alții. Alocarea eficientă a mecanismului de finanțare de tranziție de la Fondul Global de Combatere a HIV, malariei și tuberculozei către activitățile prioritare descrise în acest raport este, de asemenea, crucială. Echipa de Țară a Organizației Națiunilor Unite (UNCT), în special prin intermediul OMS, UNAIDS, PNUD și alte organizații, va continua să sprijine eforturile țării de a accelera progresele în combaterea epidemiei TB.

CAPITOLUL 4.

ANEXE



1. PLANUL DE IMPLEMENTARE ȘI MONITORIZARE HIV

ODM	Soluțiile cheie	Sub-activități	Perioada propusă pentru implementare (2012 - 2015)					Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)					Partenerii responsabili		
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015					
I. Extinderea programelor de reducere a riscurilor, axate pe prevenirea HIV în rândurile grupurilor cheie ale populației															
MDG6	Extinderea spectrului de servicii integrate în baza recomandărilor UNODC/WHO/UNAIDS, elaborarea și implementarea serviciilor pentru populațiile intermediare	Serviciile de prevenire HIV vor fi incluse într-un pachet complet de servicii pentru UDI, pentru aproximativ 60% din populația UDI estimată UDI vor fi acoperiți cu OST cu metadonă în cadrul proiectelor de reducere a riscurilor. Acoperirea a 40% din numărul estimat de BSB prin intermediul ONG-urilor	X	X	X	X	Numărul categoriilor generice de servicii (ținta - 9, OMS/UNAIDS/UNODC)	Pondere UDI acoperiți din totalul estimat	Pondere UDI acoperiți din totalul estimat	Pondere UDI acoperiți din totalul estimat	Pondere UDI acoperiți din totalul estimat	Pondere UDI acoperiți din totalul estimat	Pondere UDI acoperiți din totalul estimat	MS FSM	

ODM	Soluțiile cheie	Sub-activități	Perioada propusă pentru implementare (2012 - 2015)					Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)				Partenerii responsabili
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015		
		Acoperirea a 60% din numărul estimat de LSC de sex feminin, inclusiv prin intermediul ONG-urilor			X	X	Ponderea LSC acoperiți din totalul estimat	Ponderea LSC acoperiți din totalul estimat	Ponderea LSC acoperiți din totalul estimat	Ponderea LSC acoperiți din totalul estimat		
		Vaccinare cu trei doze de vaccin VHB		X	X	X	Ponderea populației cheie eligibile vaccinate	Ponderea populației cheie eligibile vaccinate	Ponderea populației cheie eligibile vaccinate	Ponderea populației cheie eligibile vaccinate		
		Achiziționarea și distribuirea consumabilelor			X	X	Nr. pachete distribuite per numărul estimat al populațiilor cheie per an	Nr. pachete distribuite per numărul estimat al populațiilor cheie per an	Nr. pachete distribuite per numărul estimat al populațiilor cheie per an	Nr. pachete distribuite per numărul estimat al populațiilor cheie per an		
		Asigurarea diagnosticului și tratamentului hepatitelor virale			X	X	Ponderea populației cheie testate la HVB/HVC	Ponderea populației cheie testate la HVB/HVC	Ponderea populației cheie testate la HVB/HVC	Ponderea populației cheie testate la HVB/HVC		

ODM	Soluțiile cheie	Sub-activități	Perioada propusă pentru implementare (2012 - 2015)					Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)					Partenerii responsabili					
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013		2014	2015			
									Ponderea persoanelor acoperite din totalul estimat	Ponderea persoanelor acoperite din totalul estimat	Ponderea persoanelor acoperite din totalul estimat	Ponderea persoanelor acoperite din totalul estimat		Ponderea persoanelor acoperite din totalul estimat	Ponderea persoanelor acoperite din totalul estimat	Ponderea persoanelor acoperite din totalul estimat	Nr. consumabile distribuite per numărul estimat al populațiilor de risc cheie per an	Nr. consumabile distribuite per numărul estimat al populațiilor de risc cheie per an
Elaborarea mecanismului de prestare a serviciilor medicale cu suport financiar din partea CNAM	Activități IEC cu partenerii și clienții grupurilor de populație cheie	X	X	X	X	Nr. consumabile distribuite per numărul estimat al populațiilor de risc cheie per an	Nr. consumabile distribuite per numărul estimat al populațiilor de risc cheie per an	Nr. consumabile distribuite per numărul estimat al populațiilor de risc cheie per an	Nr. consumabile distribuite per numărul estimat al populațiilor de risc cheie per an	Nr. consumabile distribuite per numărul estimat al populațiilor de risc cheie per an	Nr. consumabile distribuite per numărul estimat al populațiilor de risc cheie per an	Nr. consumabile distribuite per numărul estimat al populațiilor de risc cheie per an	Ponderea grupurilor populației cheie înscrise în programul RR din totalul estimat	Ponderea grupurilor populației cheie înscrise în programul RR din totalul estimat	Ponderea grupurilor populației cheie înscrise în programul RR din totalul estimat	Ponderea grupurilor populației cheie înscrise în programul RR din totalul estimat		
		Procurarea a diverse consumabile (cartele telefon, lame de ras, obiecte de igienă personală) pentru motivarea persoanelor din grupurile de risc, pentru atraktivitate și înrolare în programe de RR	X	X	X	X	Mecanism elaborat și instituționalizat											
		Elaborarea mecanismului de contractare ONG de CNAM pentru acordarea serviciilor medicale	X	X														

ODM	Soluțiile cheie	Sub-activități	Perioada propusă pentru implementare (2012 - 2015)					Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)					Partenerii respon-sabili			
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013		2014	2015	
	Utilizarea programelor de reducere a riscurilor pentru populațiile cheie la partenerii sexuali și clienții acestora.	Instruirea beneficiarilor din teren (ONG-uri care implementează proiecte de prevenire a transmiterii HIV de la populațiile cheie la partenerii sexuali și clienții acestora.	X													
		Studii operative efectuate în vederea identificării intervențiilor pentru populațiile intermediare					Studii operative efectuate									
		Activități IEC cu partenerii și clienții grupurilor de populație cheie	X	X	X	X	Ponderea persoanelor acoperite din totalul estimat	Ponderea persoanelor acoperite din totalul estimat	Ponderea persoanelor acoperite din totalul estimat	Ponderea persoanelor acoperite din totalul estimat	Ponderea persoanelor acoperite din totalul estimat	Ponderea persoanelor acoperite din totalul estimat	Ponderea persoanelor acoperite din totalul estimat			
	Extinderea programelor RR pentru alte 5 raioane	Începând cu anul 2013, activitățile de prevenire HIV pentru UDI, LSC și BSB vor fi extinse pentru a include alte 5 raioane (Sud și regiunea transnistreană) prin intermediul programelor de granturi mici		X	X	X										

ODM	Soluțiile cheie	Sub-activități	Perioada propusă pentru implementare (2012 - 2015)					Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)					Partenerii responsabili	
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015				
II. Consolidarea sistemului de management de caz și asigurarea unei aderențe mai bune la tratamentul ARV														
	4 centre regionale de tratament asigură funcționalitatea SIME HIV	Implementarea unei baze de date în timp real (BD) în toate teritoriile administrative ale țării	X				Nr. de raioane/ regiuni în care este implementată BD							- Centrul Național de Management în Sănătate Centrul Republican SIDA și Dermatovenerologie
		Introducerea retrospectivă a datelor supravegherii epidemiologice și clinice începând cu anul 2003	X				Nr. PTH introduce retroactiv în SIME-HIV din totalul cazurilor înregistrate							
	Asigurarea exploatării Centrelor Comunitare	Introducerea continuă a datelor supravegherii epidemiologice și clinice pentru cazurile noi	X	X	X	X	Nr. cazuri noi introduse în SIME-HIV							Primării: Chișinău, Bălți, Comrat, Tiraspol
		Mecanisme de referire la nivel regional, unde CC vor fi unul dintre punctele de intrare în prestarea serviciilor	X				Nr. de CC deschise Nr. cazuri referite la centrele de tratament							Nr. de CC deschise Nr. cazuri referite la centrele de tratament

ODM	Soluțiile cheie	Sub-activități	Perioada propusă pentru implementare (2012 - 2015)				Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)				Partenerii responsabili
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	
		Asigurarea funcționalității celor 4 CC (Chișinău, Comrat, Țiraspol, Bălți)	X	X	X	X	Nr. de CC care au activat pe parcursul anului fără întrerupere Nr. beneficiari pe an	Nr. de CC care au activat pe parcursul anului fără întrerupere Nr. beneficiari pe an	Nr. de CC care au activat pe parcursul anului fără întrerupere Nr. beneficiari pe an		
		Instruirea personalului din instituțiile rezidențiale ale MMPSF și APL pentru acordarea serviciilor pentru PTH/combaterea stigmatizării și discriminării					Nr. persoane instruite				MS MMPSF GFATM
	Elaborarea planului de pleoară pentru termen scurt în adresa Guvernului în scopul alocării surselor financiare pentru TARV din bugetul de stat și alte surse alternative	Consolidarea capacității echipelor multidisciplinare în managementul de caz pentru PTH prin intermediul SNR	X				Nr. echipe instruite Nr. persoane referite prin intermediul sistemului SNR	Nr. persoane referite prin intermediul sistemului SNR	Nr. persoane referite prin intermediul sistemului SNR	Nr. persoane referite prin intermediul sistemului SNR	MS Centrul Național SIDA și DV Guvernul

ODM	Soluțiile cheie	Sub-activități	Perioada propusă pentru implementare (2012 - 2015)					Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)					Partenerii responsabili	
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015				
		Elaborarea planului de pledoarie în adresa Guvernului pentru finanțarea în baza CCTM și alocarea surselor financiare din bugetul de stat, destinate TARV	X				Plan elaborat							
		Alocarea surselor financiare din bugetul de stat, destinate TARV			X	X		% de acoperire finanțarea a necesităților			% de acoperire finanțarea a necesităților			
III. Asigurarea depistării precoce a infecției cu HIV prin promovarea serviciilor de consiliere și testare voluntară (CTV) pentru populațiile cheie														
	Elaborarea unui Mecanism cuprinzător de Referire la CTV	Elaborare consultativă a Mecanismului de Referire	X				Mecanism elaborat							Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
		Consultări și consolidarea capacității furnizorilor publici de servicii și ONG-urilor pentru a asigura implementarea Mecanismului de Referire (4 seminare pentru circa 120 de persoane)	X											- Nr. seminare organizate - Nr. personal instruit, dezagregat pe tipul furnizorului de servicii

ODM	Soluțiile cheie	Sub-activități	Perioada propusă pentru implementare (2012 - 2015)					Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)					Partenerii responsabili			
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2012	2013		2014	2015	
	Dezvoltarea capacității și supravegherea serviciului CTV cu caracter de susținere	O echipă de autori cu experiență în elaborarea materialelor în domeniul HIV care vor elabora conceptul	X				Concept elaborat									
		Fortificarea mecanismului de asigurare a calității, inclusiv prin supraveghere axată pe pacient a calității ședințelor de CTV și instruire continuă la locul de muncă	X	X												
		Utilizarea consilierilor CTV în calitate de formatori și asigurarea orarului de instruire în calitate de studii continue					Ponderea noilor consilieri CTV instruiți	Ponderea noilor consilieri CTV instruiți	Ponderea noilor consilieri CTV instruiți	Ponderea noilor consilieri CTV instruiți	Ponderea noilor consilieri CTV instruiți	Ponderea noilor consilieri CTV instruiți	Ponderea noilor consilieri CTV instruiți	Ponderea noilor consilieri CTV instruiți	Ponderea noilor consilieri CTV instruiți	MS
		2 autori cu activitate în domeniul HIV vor elabora conceptul	X				Concept elaborat prin metodă participativă și avizat de MS									

ODM	Soluțiile cheie	Sub-activități	Perioada propusă pentru implementare (2012 - 2015)					Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)					Partenerii responsabili
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015			
		Crearea a 2 echipe mobile care să asigure CTV pentru populația cheie	X	X	X	X	Nr. vizite efectuate de echipă. Nr. beneficiari din populația cheie deserviți Nr. beneficiari CTV	Nr. vizite efectuate de echipă. Nr. beneficiari din populația cheie deserviți Nr. beneficiari CTV	Nr. vizite efectuate de echipă. Nr. beneficiari din populația cheie deserviți Nr. beneficiari CTV				
		Procurarea a 2 automobile pentru deplasarea echipelor mobile pentru CTV	X				Nr. automobile procurate						
	Extinderea serviciilor CTV în toate sectoarele, inclusiv ONG-uri și elaborarea conceptului de consiliere mobilă	Elaborarea criteriilor pentru acreditarea ONG-urilor în vederea acordării serviciilor CTV		X				Criteriile elaborate					
		Instruirea furnizorilor de servicii din sectorul public și ONG-uri		X				Persoane instruite					
		Asigurarea ONG-urilor cu echipament CTV necesar		X				Nr. cabinete CTV echipate					
		Promovarea CTV în rândurile populațiilor cu risc sporit de infectare		X	X	X		Nr. de beneficiari	Nr. de beneficiari	Nr. de beneficiari	Nr. de beneficiari		

2. PLANUL DE IMPLEMENTARE ȘI MONITORIZARE TB

ODM	Intervențiile principale	Intervențiile indicative	Perioada de implementare (2012 - 2015)					Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)					Partenerii responsabili										
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015													
Asigurarea aderenței la tratament antituberculos a persoanelor cu TB activă																							
	Alocarea suficientă a resurselor pentru susținerea bolnavilor până la vindecarea completă	Asigurarea suportului în vederea creșterii aderenței la tratament, acordarea suplimentului sub formă de bon în valoare de 50 de lei, la ridicarea fiecărei doze										Numărul pacienților cu TB asistați					MS, PNCT, CNAM, FG APL Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei						
		Rambursarea cheltuielilor de transport pentru pacienți pentru a se prezenta la centrul de tratament, în valoare de 20 de lei										Numărul pacienților cu TB asistați					MS, PNCT, CNAM, FG APL						
	Definirea certă/clară a mecanismelor de stimulare pentru personalul implicat în activitățile de control al TB	Asigurarea sprijinului în vederea creșterii aderenței la tratament, acoperirea cheltuielilor adiționale suportate de pacienți (documente, certificate)										Numărul pacienților cu TB asistați					MS, PNCT, CNAM, FG APL						

ODM	Intervențiile principale	Intervențiile indicative	Perioada de implementare (2012 - 2015)				Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)				Partenerii responsabili			
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015				
		Elaborarea unui mecanism de stimulare a personalului AMP implicat în activitățile de control al TB								Mecanism elaborat; Mecanism implementat				MS, PNCT, CNAM, FG
		Implementarea bonificației indicator de performanță medicului de familie pentru finalizarea tratamentului pacientului cu TB, în valoare 500 de lei								Numărul persoanelor motivate				MS, PNCT, CNAM, FG
	Crearea și instruirea echipelor multidisciplinare în teritoriu.	Implementarea bonificației indicator de performanță medicului de familie pentru finalizarea tratamentului pacientului cu TB, în valoare de 800 de lei								Numărul persoanelor motivate				MS, PNCT, CNAM, FG
		Elaborarea regulamentului de funcționare a echipei multidisciplinare								Regulamentul elaborat				MS, PNCT, MMPFSF

ODM	Intervențiile principale	Intervențiile indicative	Perioada de implementare (2012 - 2015)					Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)				Partenerii responsabili
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015		
		Elaborarea fișelor de post pentru membrii echipei Instruirea echipelor multidisciplinare					Fișele de post elaborate					MS, PNCT, MMPSF
							Numărul echipelor multidisciplinare instruite					MS, PNCT, MMPSF
Sporirea accesului persoanelor din grupurile social vulnerabile la serviciile TB												
ODM 6	Examinarea persoanelor din centrele de plasament și alte locuri de cumulare prin control radiologic la adulți și IDR Mantoux 2UT la copii	Instruirea continuă a personalului centrelor de plasament cu privire la depistarea precoce Asigurarea diagnosticului diferențial, prin metode clinico-radiologice moderne, al persoanelor cu simptome clinice caracteristice tuberculozei Asigurarea examinărilor radiologice ale persoanelor simptomatice					Numărul personalului din centrele de plasament instruit					MS, PNCT, CNAM, FG USMF „Nicolae Testemițanu” Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei
							Ponderele pacienților cu diagnosticul de tuberculoză stabilit din numărul total de pacienți cu simptome suspecte la tuberculoză					MS, PNCT, CNAM, FG
							Numărul investigațiilor radiologice realizate					MS, PNCT, CNAM, FG

ODM	Intervențiile principale	Intervențiile indicative	Perioada de implementare (2012 - 2015)				Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)				Partenerii responsabili	
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015		
		Asigurarea serviciilor de înaltă performanță pentru persoanele simptomatice (examinări TC, RMIN)					Numărul persoanelor simptomatice cu investigații de înaltă calitate realizate					MS, PNCT, CNAM, FG
		Procurarea echipamentului digital radiologic mobil					Numărul echipei-mentului digital radiologic staționar procurat					MS, PNCT, CNAM, FG autoritățile locale
		Elaborarea bazei de date computerizate pentru persoanele examinate prin intermediul echipamentului digital mobil					Bază de date funcțională					PNCT CMS
		Procurarea peliculei radiologice pentru echipamentul radiologic digital mobil					Numărul persoanelor din grupurile speciale examinate la TB prin metoda radiologică					MS, PNCT, CNAM, FG

ODM	Intervențiile principale	Intervențiile indicative	Perioada de implementare (2012 - 2015)				Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)				Partenerii responsabili			
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015				
		Salarizarea personalului care exploatează echipament digital radiologic mobil								Numărul persoanelor salarizate				MS, PNCT, CNAM, FG
		Depistarea activă a tuberculozei (asigurarea examinărilor radiologice) în grupurile vulnerabile de populație								Numărul persoanelor din grupurile speciale examinate la TB prin metoda radiologică				MS, AMP, PNCT
		Depistarea activă a tuberculozei (IDR Mantoux ZUT la copii) în grupurile vulnerabile								Numărul persoanelor din grupurile speciale examinate la TB prin IDR Mantoux ZUT				MS, AMP, PNCT
		Procurarea peliculei radiologice pentru depistarea activă a tuberculozei în grupurile vulnerabile								Numărul peliculelor procurate				MS, PNCT, CNAM, FG
		Procurarea Tuberculinei și seringilor tuberculice pentru depistarea activă a tuberculozei la copii în grupurile vulnerabile								Numărul tuberculinei, seringilor procurate				MS, PNCT, CNAM, FG

ODM	Intervențiile principale	Intervențiile indicative	Perioada de implementare (2012 - 2015)				Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)				Partenerii responsabili
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	
	Numirea persoanei responsabile de TB la nivelul AMP, care va realiza și raporta activitățile legate de screeningul TB în rândurile populației din grupurile social vulnerabile	Elaborarea și implementarea mecanismelor de stimulare economică a personalului din centrele de plasament, ONG-uri, voluntarilor în activitățile de screening al TB în grupuri vulnerabile					Mecanism elaborat; Mecanism implementat				MS, PNCT, OMS
		Elaborarea și implementarea mecanismelor de stimulare a personalului din instituțiile de asistență medicală primară implicat în activitățile de control al TB în grupurile vulnerabile; asistență medicală primară (AMP)					Mecanism elaborat; Mecanism implementat				MS, PNCT, OMS
		Asigurarea remunerării personalului din cadrul asistenței medicale primare, care va realiza și raporta activitățile în controlul TB în cadrul populației din grupurile social vulnerabile					Numărul asistenților medicali din AMP, care își desfășoară activitatea în controlul TB salariați				MS, PNCT, CNAM, FG

ODM	Intervențiile principale	Intervențiile indicative	Perioada de implementare (2012 - 2015)				Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)				Partenerii responsabili	
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015		
	Asigurarea condițiilor alternative pentru faza de continuare a tratamentului în staționat, în instituții specializate, în special pentru persoanele fără adăpost, cele din familii vulnerabile.	<p>Instruirea personalului din rețeaua de asistență medicală primară (AMP)</p> <p>Elaborarea și implementarea mecanismului de plată a tratamentului în staționat, în instituții specializate, în special pentru persoanele fără adăpost, cele din familii vulnerabile</p> <p>Realizarea activităților de educare a pacienților cu TB</p>					Numărul personalului din rețeaua AMP instruit în controlul TB					MS, PUNCT, USMF „Nicolae Testemițanu”
							Mecanism elaborat; Mecanism implementat					MS, PUNCT, CNAM, FG Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, autoritățile locale
							Numărul activităților realizate					MS, PUNCT, Centrul PAS Soros Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, autoritățile locale
		Dezvoltarea și susținerea grupurilor de suport „egal de la egal”					Numărul intrunirilor realizate în cadrul instituțiilor specializate					MS, PUNCT, Centrul PAS Soros Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, autoritățile locale

ODM	Intervențiile principale	Intervențiile indicative	Perioada de implementare (2012 - 2015)				Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)				Partenerii responsabili	
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015		
		Instruirea personalului medical mediu din instituții specializate în activități de educare a pacienților cu TB pe perioada aflării în staționar					Numărul personalului medical mediu din instituții specializate instruit cu privire la activități de educare a pacienților cu TB					MS, PNCT, USMF „Nicolae Testemițanu”
		Asigurarea suportului în vederea creșterii complianței la tratament a pacienților cu TB; stabilirea grupurilor de consilieri. Numărul de consilieri instruiți.										MS, PNCT, Centrul PAS Soros Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, autoritățile locale
Consolidarea controlului infecției în instituțiile specializate												
	Modernizarea infrastructurii în instituțiile specializate TB	Modernizarea infrastructurii în instituțiile specializate TB prin fortificarea nivelului ingineresc de control infecțios; procurarea dispozitivelor cu filtre HEPA pentru curățarea aerului în saloane, procurarea lămpilor U/V ecranizate					Numărul dispozitivelor cu filtre HEPA pentru curățarea aerului în saloane, lămpilor U/V ecranizate procurate					MS, PNCT, OMS

ODM	Intervențiile principale	Intervențiile indicative	Perioada de implementare (2012 - 2015)				Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)				Partenerii responsabili	
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015		
		Mentenanța permanentă a sistemelor de ventilație mecanică din instituții specializate de fiziopneumologie și LR					Numărul sistemelor de ventilație mecanică care funcționează					MS, PNCT, OMS
		Asigurarea cu mijloace individuale de control al infecției pentru personalul din instituțiile specializate de fiziopneumologie și LR					Numărul respiratoarelor procurate Asigurarea permanentă cu mijloace individuale de control al infecției					MS, PNCT, OMS
		Asigurarea măsurilor de control al infecției din LR, procurarea filtrelor HEPA					Numărul filtrelor HEPA procurate					MS, PNCT, OMS
		Procurarea echipamentului pentru măsurarea vitezei fluxului de aer și intensității razelor UV					Numărul echipamentului procurat pentru măsurarea vitezei fluxului de aer și intensității razelor UV					MS, PNCT, OMS

ODM	Intervențiile principale	Intervențiile indicative	Perioada de implementare (2012 - 2015)				Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)				Partenerii responsabili
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	
	Acordarea alternativei de a pacientului de a alege modalitatea de tratament și asigurarea financiară a acestor modalități prin acordarea stimulentei, rambursărilor pentru pacient	Procurarea dispozitivului pentru testul de etanșiere a respiratoarelor.					Numărul dispozitivelor procurate pentru testul de etanșiere a respiratoarelor.				MS, PNCT, OMS
		Elaborarea și implementarea mecanismelor de stimulare a pacienților cu TB în scopul mării complianței la tratament					Mecanism elaborat; Mecanism implementat				MS, PNCT, MMPSF FG APL, OMS
		Asigurarea suportului în vederea creșterii complianței la tratament: pachete alimentare și igienice (bon) pentru pacienți la ridicarea fiecărei doze					Numărul pacienților cu TB asistați				MS, PNCT, MMPSF FG APL, OMS

ODM	Intervențiile principale	Intervențiile indicative	Perioada de implementare (2012 - 2015)				Indicatori de monitorizare (2012 - 2015)				Partenerii responsabili
			2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	
		Asigurarea suportului în vederea creșterii complianței la tratament: rambursarea cheltuielilor de transport pentru pacienți pentru a se prezenta la centrul de tratament					Numărul pacienților cu TB asistați				MS, PNCT, MMPSF, FG, APL, OMS
		Asigurarea sprijinului în vederea creșterii aderenței la tratament, acoperirea cheltuielilor adiționale suportate de pacienți					Numărul pacienților cu TB asistați				MS, PNCT, MMPSF, FG, APL, OMS
		Asigurarea suportului în scopul creșterii complianței la tratament: materiale educaționale și informative pentru pacienți					Numărul pacienților cu TB asistați				MS, PNCT, MMPSF, FG, APL, OMS
	Instruirea serviciului sănătate publică, fiziopneumologie, AMP și serviciul social în măsuri de control al infecției	Instruirea și reinstruirea personalului					Numărul persoanelor instruite				MS, FG, PNCT, USMF „Nicolae Testemițanu”

BIBLIOGRAFIE

HIV

1. Bivol S., Scutelnicuic O., Parkhomenko J., "Evaluation of services of Prevention of HIV Mother to Child Transmission in the Republic of Moldova". Report 2009. Chisinau 2010. In print.
2. Center PAS. Progress reports for the project Social Support to PLWH and Strengthenin ARV Treatment Adherence. Unpublished work.
3. European AIDS Treatment Group et al. Access to ARV drugs in seven Former Soviet Union countries in year 2007.
4. GenderDoc-M. Progress Report on the Project "Social Integration of the LGBT community in Moldova". Submitted to Cordaid Foundation February, 2006. Unpublished work.
5. Gutu Luminita, „Epidemiological and social aspects of the HIV/AIDS in the Republic of Moldova” thesis of doctor in medicine, Chisinau, 2009.
6. IDIS Viitorul. "Youth in Moldova 2008. Assessment of the situation of Youth in the Republic of Moldova". Chisinau 2009. In print.
7. Ministry of Health of the Republic of Moldova. Order no. 344 from 05.09.2007 „Regarding the development of Voluntary Counseling and testing Service”.
8. Moldovan National League of People Living with HIV in Moldova. Report on the situation in the Republic of Moldova as of April 2006. Unpublished work.
9. Mortimore G., "A review of the current National HIV/AIDS delivery infrastructure including the development of a new organizational model for the coordination of HIV/AIDS prevention, treatment and care services in the Republic of Moldova." December 2009. Unpublished work.
10. National Blood Transfusion Center. "Blood Safety in the Health System of the Republic of Moldova in years 2008-2009 and Future Perspectives." Report presented for UNGASS progress report 2010. Unpublished work.
11. National Blood Transfusion Center. Annual activity report 2008. Unpublished work.
12. National Center of Health Management. National Report Republic of Moldova. "Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS." January 2006 – December 2007. Chisinau 2008.
13. National Center of Health Management. "National monitoring data of the activity of VCT centers in years 2008 and 2009." Data extracted from national VCT data base.
14. National Center for Preventive Medicine. National HIV Database 2008.
15. National Coordination Council for HIV/AIDS & TB of the Republic of Moldova. Assessment Report: HIV/AIDS M & E System. Chisinau, 2009. Unpublished work.
16. National Coordination Council for HIV and TB. National HIV/AIDS Monitoring and Evaluation Plan 2006 – 2010. Updated and amended after MTR 2008. Unpublished work.

17. National Coordination Council, UNAIDS Moldova. "Midterm Review of the National Programme on Prevention and Control of HIV/AIDS/STIs 2006-2010." March 2009. Accessed on January 15, 2010: <http://www.aids.md/information/library/d31118/>.
18. Project Coordination, Implementation and Monitoring Unit of the Ministry of Health of the Republic of Moldova. MOL-607-G03-H. "Scaling-up Access to Prevention, Treatment and Care under the National Program for Prevention and Control of HIV/AIDS/STIs 2006-2010". Grant Performance Report. External Print Version, 17 December 2009. Unpublished work.
19. Scutelnicuic O., Bivol S., "Behavioral and Sentinel HIV Surveillance Moldova 2007". Chisinau, 2010.
20. Scutelnicuic O., Iliinschi E., "Surveillance of Risk Behavior associated to HIV. Assessment of Risks to HIV infection among young Injecting Drug Users, Men having Sex with Men, Commercial Sex Workers and Juveniles in Detention." Chisinau 2010.
21. Scutelnicuic O., Condrat I., Gutu L., "Youth's Knowledge, Attitudes and Practices regarding HIV/AIDS." 2008, Chisinau. Rolsi Media SRL, 2008. ISBN 978-9975-9526-3-7.
22. Scutelnicuic O., Bivol S., Osoianu L., "Families and Children Affected by HIV and AIDS Situation Analysis 2008." Survey Report
23. Scutelnicuic et al. 5-year evaluation. Republic of Moldova. Health Impact Evaluation Study Area 3. HIV/AIDS Report. Chisinau 2008
24. Smolskaya T., Yakovleva A., Kasumov V., Gheorgitsa S., "HIV Sentinel Surveillance in highrisk groups in Azerbaidjan, Republic of Moldova and in the Russian Federation."
25. Soltan V., Damian E, Bivol S. HIV Prevalence among New TB registered Cases in the Republic of Moldova. Operational study. Final report. Chisinau 2008
26. Steffan E., Sokolowski S., "The Health Risks of Migration: The Link between Health and Migration with Particular Consideration of Knowledge and Attitudes towards HIV/STIs and the Sexual Practices of Moldovan Migrants." Final report. Unpublished work.
27. Subata E., "Final Report on the Evaluation of Methadone Maintenance Therapy in the Republic of Moldova 2007". Unpublished work.
28. Subata E., "Final Report on the Evaluation of Opioida Substitution Therapy in the Republic of Moldova 2009". Unpublished work.
29. Technical Working Group on HIV Care and Treatment. Activity report for mid-term evaluation, 2009. Unpublished work.
30. USAID Project on HIV/AIDS and Hepatitis B and C Prevention. "Medical personnel's knowledge, attitudes, and practices with regard to nosocomial infections supervision and control (based on the results of sociological research)." Study report. Unpublished work.

TB

1. Assessment of risk factors associated with adherence to treatment of patients with multi-drug resistant tuberculosis (MDR TB) enrolled in the DOTS Plus treatment. Chisinau 2010
2. Risk factors associated with the abandonment and failure of the strictly supervised treatment of tuberculosis in the Republic of Moldova. Chisinau 2009
3. Tuberculosis in Moldova: Knowledge, Attitude and Practice in Population Behaviour. Chisinau 2004
4. Tuberculosis: Knowledge, Attitudes and Practices. Chisinau 2008
5. The report „Anti-tuberculosis drug resistance surveillance. Republic of Moldova– 2006. National Study”
6. NATIONAL PROGRAMME on tuberculosis control for 2011-2015
7. WHO policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households, WHO, 2009
8. Report of the Mission for Infection Control in Tuberculosis, Moldova, November 22 – 28, 2009
9. Health systems and M/XDR TB mission report to Moldova. Bert Schreuder, 1 iulie 2011
10. GLT monitoring mission to the Republic of Moldova october 2011, temporary advisor Dr. Soren Thybo
11. Worldwide: Incentives for Tuberculosis Diagnosis and Treatment, 2008, Center for Global Development | www.cgdev.org
12. Ciurea D (2007). Studiu de fezabilitate privind necesitatile din Asistenta Medicala Primara [Feasibility study: development of a master plan and assessment of primary health care]. Chisinau, World Bank (<http://www.ms.md/public/international/proiects/AsistentaSociala/>)
13. Mobile targeted digital chest radiography in the control of tuberculosis among hard to reach groups. Health Protection Agency Centre for Infections for Department of Health – November 2007
14. C. Didelescu. Depistarea intensivă a TB la persoanele instituționalizate. REVISTA MEDICALĂ ROMÂNĂ – VOL. LV, NR. 1, AN 2008



United Nations

MOLDOVA

Națiunile Unite
Str. 31 August 1989, 131, Chișinău
MD-2012, Republica Moldova
www.un.md