

EVALUAREA NECESITĂȚII DE ASISTENȚĂ SPECIALIZATĂ DE STAȚIONAR PENTRU TUBERCULOZĂ ÎN CONDIȚIILE TRANZIȚIEI EPIDEMIOLOGICE ȘI A RECOMANDĂRILOR OMS 2021 PRIVIND TRATAMENTUL TUBERCULOZEI MULTIDROG REZISTENTE

RAPORT SUMAR



pqs
we act today for tomorrow's future!

Contribuții:

Acest raport a fost elaborat de către echipa TB REP 2.0 a Centrului pentru Politici si Analize în Sănătate, cu suportul tehnic al consilierului regional pentru regiunea Europei de Est si Asiei Centrale a Parteneriatului Stop TB.

Echipa Centrului PAS aduce mulțumiri Programului Național de Răspuns la Tuberculoză pentru oferirea tuturor datelor necesare pentru analiză și estimare, precum și pentru colectarea de date adiționale pe parcursul anului 2021.

CONTEXT

Pe parcursul ultimelor două decenii Republica Moldova și-a consolidat semnificativ răspunsul la tuberculoză (TB) bazat pe recomandări internaționale, începînd cu implementarea DOTS în 2001 și lărgindu-și cadrul de referință prin adoptarea tuturor abordărilor clinice și de diagnostic recomandate de OMS, fortificarea rețelei de laboratoare; consolidarea acțiunilor de control a TB în sistemul penitenciar; integrarea serviciilor de depistare și managementul cazurilor de TB la nivel de AMP; introducerea și promovarea tehnicilor de diagnostic molecular rapid pentru TB și DR-TB la nivel național; adoptarea strategiilor internaționale de tratament recomandate pentru tratarea cazurilor de TB rezistentă la medicamente, inclusiv utilizarea schemelor scurte a medicamentelor noi și din 2020, administrarea regimurilor orale în condiții de studiu operațional; implicarea comunității și implicarea societății civile la toate etapele de răspuns la tuberculoză, inclusiv informare, mobilizare socială, depistare activă în grupurile cheie, fortificarea suportului pacienților pentru asigurarea complianței la tratament ș.a, dar și adoptarea modelului centrat pe persoană; fortificare sistemului informational și implementarea la scară național și extinderea tratamentului cu suport video. Pentru a sprijini acțiunile sus-menționate, statul implementează cu succes proiecte cu suportul Fondului Global de Combatere a SIDA, tuberculozei și malariei.

În același timp, Ministerul Sanatatii (MS) și Programul Național de Răspuns la TB sunt îngrijorați de faptul că în pofida investițiilor substanțiale în program, atingerea indicatorilor legați de TB-MDR sunt cu tendință modestă de ameliorare și este necesară utilizarea mai eficientă a resurselor existente în condițiile micșorării numărului de cazuri, precum și de preluare graduală a costurilor de program și activităților finanțate de către Fondul Global. Deși pe parcursul ultimilor 5 ani a crescut substanțial bugetul alocat pentru serviciile medicale specializate de ambulator și AMP pentru suportul aderenței al pacienților, precum și pentru procurarea medicamentelor de linia 2 din bugetul de stat, costurile de întreținere a infrastructurii de staționar utilizate suboptimal sunt mari. În consecință, Programul Național s-a angajat să evalueze critic sistemul de curent de servicii specializate de staționar TB și să propună modificări pentru a rezolva problemele existente și provocările ulterioare. Acest raport prezintă principalele probleme identificate în timpul analizei cu accent pe sistemul de servicii medicale de staționar privind TB.

Această analiză rapidă repetată vine să furnizeze date actualizate privind necesitatea de servicii specializate de staționar pentru perioada 2021-2030, utilizînd aceeași metodologie de evaluare externă efectuată în perioada decembrie 2011-februarie 2012 în cadrul asistenței tehnice pentru Ministerul Sănătății și Programul Național de Control al TB în planificarea de investiții și îmbunătățirea sistemului de servicii medicale privind TBC în Republica Moldova.¹

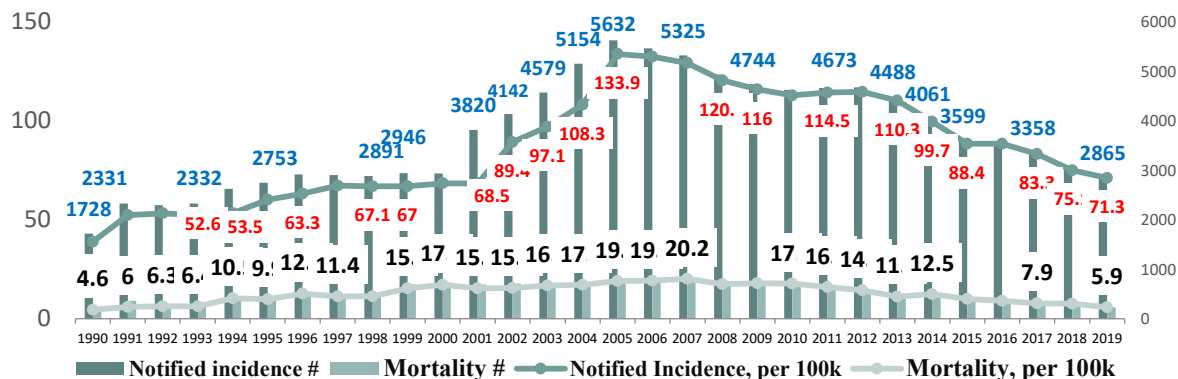
¹ Sanigest (2012). Raport de consultanță "Asistență tehnică pentru Ministerul Sănătății și Programul Național de Control al TBC în planificarea de investiții și îmbunătățirea sistemului de servicii medicale privind TBC în Republica Moldova".

Având în vedere schimbările de ordin epidemiologic, dar și inovațiile și revizuirea metodelor de diagnostic, introducerea schemelor noi de tratament, precum și adoptarea prestării de servicii centrate pe persoană și elaborarea unui nou Program de Răspuns la Tuberculoză pentru anii 2021-2025 aliniat la Strategie de Eliminare a Tuberculozei 2030, a apărut necesitatea actualizării estimării necesității de servicii de tip staționar în Republica Moldova.

ANALIZA SUMARĂ A SITUAȚIEI EPIDEMIOLOGICE A TUBERCULOZEI ȘI A PRINCIPALELOR PROVOCĂRI ÎN RĂSPUNSUL TUBERCULOZEI

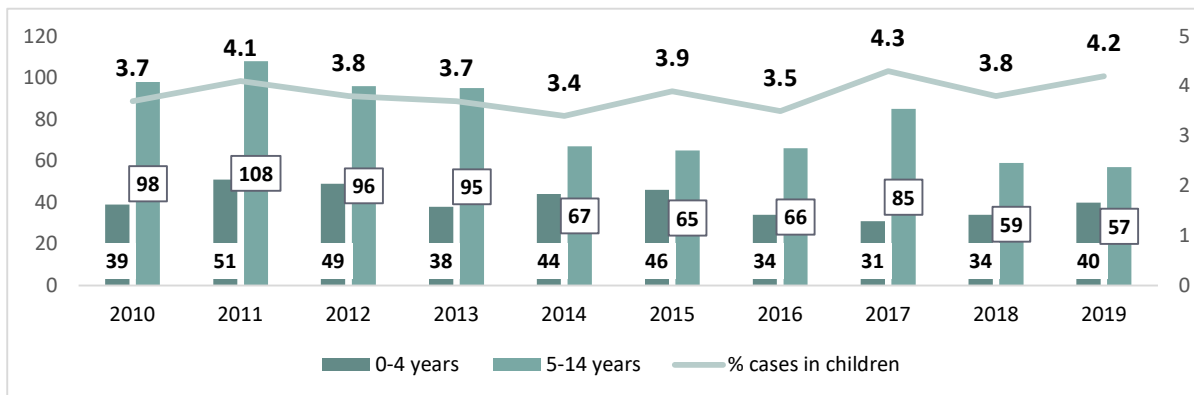
La nivel de impact, numărul anual de cazuri notificate de TB este în continuă scădere din anul 2006, la fel și indicatorul de mortalitate. În același timp, problema majoră o reprezintă rezistența înaltă la medicamente.

Figura 1: Numărul de cazuri notificate, incidența, mortalitatea de tuberculoză în Republica Moldova, anii 1990-2019



Totodată, în anul 2020, cifra de cazuri notificate a scăzut cu circa 39% față de 2019, o consecință a măsurilor restrictive luate pentru lupta cu pandemia COVID-19. La fel, se atestă scăderea numărului de cazuri notificate la copii, de la 140 cazuri în 2010 până la 97 cazuri în 2019.

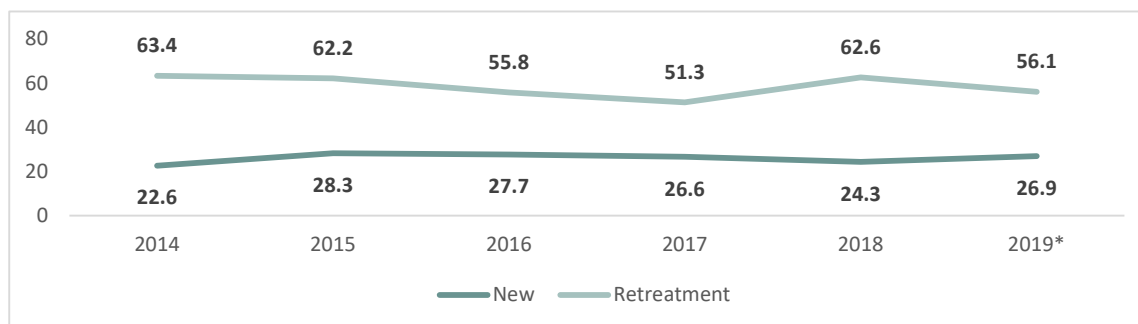
Figura 2: Numărul de cazuri notificate în grupurile de vârstă 0-4 ani și 5-14 ani (2010-2019)



Prevalența MDR-TB în Moldova continuă să fie extrem de mare atât printre cazurile noi (26.9% în 2019), cât și printre cazurile de retratament (56% în 2019), prezentând o

provocare serioasă pentru program în ceea ce privește capacitatea de gestionare a lor, inclusiv și din punct de vedere a resurselor financiare necesare.

Figura 3: Prevalența TB MDR printre cazurile TB notificate (noi și retratament)



La nivel de rezultat, rezultatele suboptimale ale tratamentului MDR-TB rămân a fi problema cheie. În timp ce principala cauză a rezultatelor nesatisfăcătoare a tratamentului o reprezintă rata înaltă a MDR-TB cu rezultate de succes al tratamentului de 55% (similar mediei pe regiunea Europei de Est și a Asiei Centrale), rata pierderii din supraveghere constituie circa 20% în cohortele TB-MDR pe parcursul ultimului deceniu, legat de migrație, dar și de aflarea lungă în spitalizare și pierderea din supraveghere la etapa externare și înainte de a ajunge în supraveghere la nivel de ambulatoriu, unde pacienții beneficiază de un pachet comprehensiv de suport.

Tabelul 1: Rezultatele tratamentului, cazuri RR/MDR-TB, cohortele 2013-2017

	2013		2014		2015		2016		2017	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cohorta RR -TB	943	-	919	-	996	-	979	-	975	
Succes	538	57	457	49.7	487	48.9	518	53.9	537	55.1
Eșec	93	9.9	142	15.5	177	17.8	132	13.5	124	12.7
Deces	112	11.9	129	14	120	12	125	12.8	117	12
Pierdere din supraveghere	194	20.6	188	20.5	202	20.3	198	20.2	197	20.2
Neevaluat	6	0.6	3	0.3	10	1	6	0.6	0	0

ANALIZA EVOLUȚIEI CAPACITĂȚII SERVICIULUI SPITALICESC DE TUBERCULOZĂ

La nivelul randamentului/procesului, cea mai mare problemă este că organizarea acordării asistenței medicale cu un component excesiv de spitalizare este încă la ordinea zilei, în pofida recomandărilor făcute de către evaluarea efectuată în anul 2012. Deși echipa PNCT a făcut pași constanți pentru a reduce capacitatea excesivă de paturi de staționar și se observă micșorarea duratei de spitalizare și a ratei de spitalizare, acești indicatori sunt încă mult peste țintele stabilite de a reduce atât rata de spitalizarea cât și durata de spitalizare. Analiza efectuată atestă în continuare rate de spitalizare excesive a pacienților cu TB.

Tabelul 2: Dinamica paturilor specializate pentru tratamentul tuberculozei,

	2008	2011	2013	2015	2017	2019	2020	
IFP “Chiril Draganiuc”	300	300	660	660	550 +35 pneumo	360 + 40 pneumo	340 + 30 pneumo + 10 -ger.	275 + 40 pneumo
Spitalul de boli tuberculoase Vorniceni, r-l Straseni	250	250	x	x	x	x	x	x
SCMF, Chisinau	325 (245 + 80)	375 (300 + 75 copii)	?	375 (300 + 75 copii)	265 (205 + 60 copii)	215 (155 + 60 copii)	200 (140 + 60 copii)	200 (140 + 60 copii)
SCM Balti	140 (110 +30)	170 (140 + 30 copii)	?	140	100	75	30	30
SRP, Chisinau	x	40 psiho-ft.	40	40	40	40	40	10
SRP, Balti	x	25 narco-TB 25 psiho TB	30 Psiho Narco	x	x	x	x	x
SR Soroca	30	30	?	x	x	x	x	x
SR Floresti	20	20	?	x	x	x	x	x
SR Hincesti	25	25	?	x	x	x	x	x
Total	1,090	1,260		1,215	955	690	610	515

În anul 2017, MSMPS împreună cu PNCT au elaborat o foaie de parcurs pentru modernizarea serviciului de ftiziopneumologie ², care avea drept scop eficientizarea tratamentului persoanelor cu TB prin depistare precoce și extinderea tratamentului tuberculozei în condiții de ambulator cu inițierea și administrarea integrală în condiții de ambulator a 60% din cazurile de TB sensibilă și 40% din cazurile noi de TB MDR, și o medie de 30 zile pentru cazuri de TB sensibilă și 90 zile pentru TB MDR. Totuși, practica de spitalizare a pacienților cu TB este în continuare una peste nivelulul țintelor: 68.5% din cazurile noi de TB, de toate formele (în 2018), înregistrate în Republica Moldova pe parcursul ultimilor trei ani (în sectorul civil, pe malul drept) au fost spitalizate pentru tratament, ceea ce întrece necesitățile clinice ale pacienților. Totodată, se atestă o reducere semnificativă a duratei de spitalizare în cazul TB MDR de la 188.7 zile în 2015 la 102 zile în 2018.

² Ministerul Sanatatii a Republicii Moldova. Ordin nr 305 din 14.04.2017 cu privire la aprobarea Foi de parcurs pentru modernizarea serviciului de ftiziopneumologie pentru

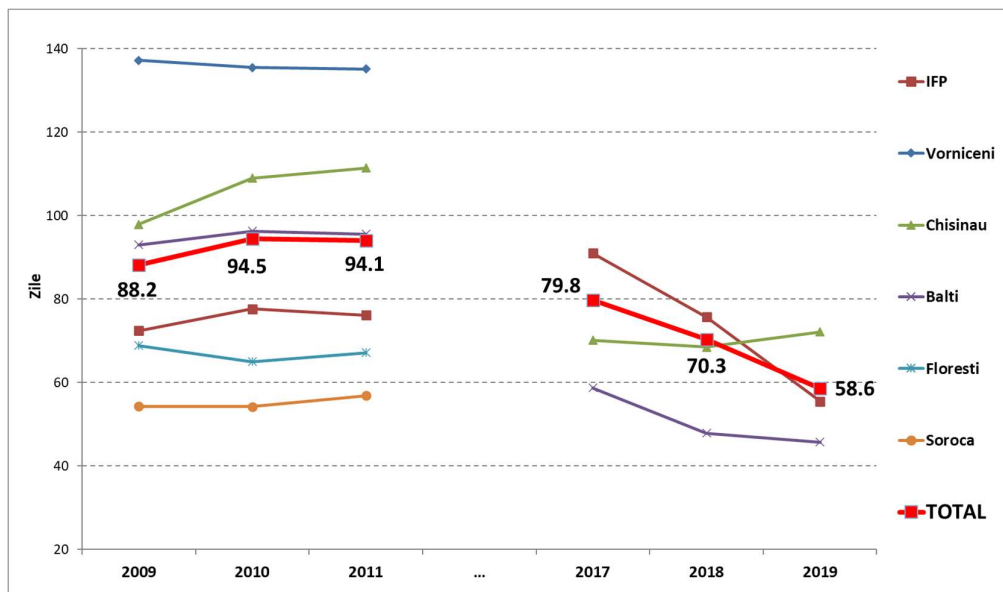
Tabelul 3: Rata spitalizării și durata medie de spitalizare 2015-2018

	2015	2016	2017	2018
Rata spitalizare a cazurilor noi	70.2	69.5	67.4	68.5
Durata medie spitalizare, cazuri noi	67.3	66	64.8	56.8
Rata spitalizare cazuri MDR-TB	87.8	86.1	86.3	80.4
Durata medie spitalizare, MDR-TB, zile	188.7	172.3	147.2	102

Cauzele principale de progres încet sunt mecanismele existente de contractare de către CNAM, care leagă finanțarea instituției specializate în baza de un anumit număr de zile-pat per caz pentru validare, ceea ce nu permite micșorarea duratei de spitalizare, precum și reducerea spitalizărilor fără un impact semnificativ asupra finanțării răspunsului la TB. Pe parcursul anilor 2017-2020 au avut loc mai multe discuții între conducerile CNAM și MSMPS, precum și echipa PNCT, inclusiv și o rezoluție a Comisiei Sănătate și Protecție Socială a Parlamentului Republicii Moldova, însă nu a fost luată o decizie privind schimbarea mecanismului de contractare care să decupleze finanțarea instituțiilor de tip staționar de rata de ocupare a patului.

Totuși, în dinamică se observă o tendință pozitivă față de analiza efectuată anterior. Durata medie de spitalizare s-a îmbunătățit semnificativ în cei trei ani (2017-2019) comparativ cu primii trei ani analizați în evaluarea anterioară (2009-2011), de la 94.1 zile în 2011 la 58.6 zile în 2019. Aceste ameliorări se observă în special în cazul IFP, dar și SCM Bălți, la nivelul SCMF Chisinau fiind observată o tendință stabilă la nivel de circa 70 zile per caz.

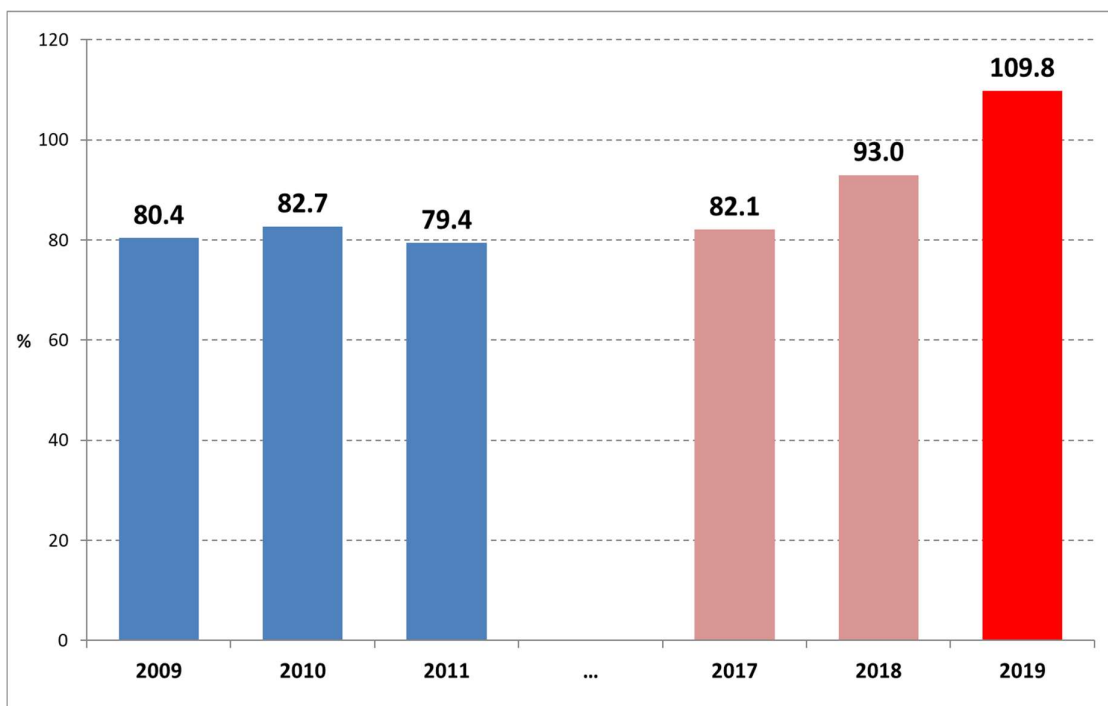
Figura 4: Durata medie de spitalizare per spital, cazurile TB, 2009-2011 și 2017-2019 (zile)



Totodată, aceeași persoană este spitalizată mai mult decât o dată pe parcursul tratamentului TB. Astfel, în 2019 au fost 2499 cazuri total înregistrate, și 2744 externări cu diagnosticul TB, ceea ce indică internări repetate ale aceleiași persoane. Datele puse la

dispoziție nu permit de a interpreta necesitatea clinică a reinternării pentru fiecare persoană și durata toată de spitalizare în această situație.

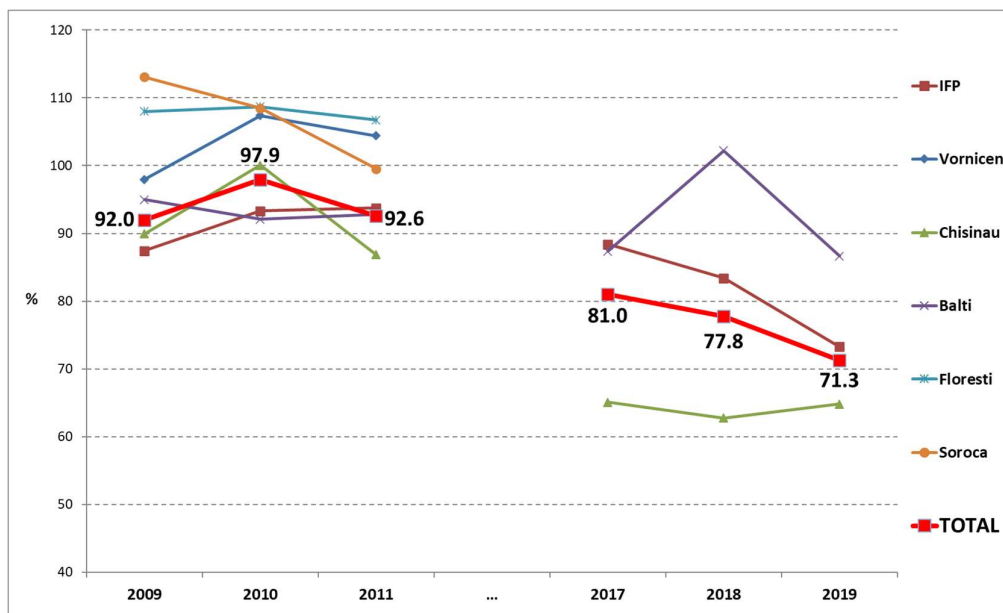
Figura 5: Indicele externărilor cu TB ca pondere a cazurilor notificate de TB, toate formele (malul drept, sectorul civil), 2009-2011 și 2017-2019 (%)



Spitalizarea excesivă nu este doar o metodă învechită și inefficientă atât de tratament cât și control a infecției; spitalizarea frecventă și de durată a pacienților cu TB este factorul cheie de risc în cazurile de transmitere nosocomială a TB-ului, apariția tulpinilor rezistente și amplificarea rezistenței la medicamente. Acest fapt a fost demonstrat inclusiv și prin rezultate analize genomice a pacienților internați la SCMF Chișinău în cadrul unui studiu în colaborare cu Yale University încă în anii 2011-2013, însă decizii tranșante nu au urmat.

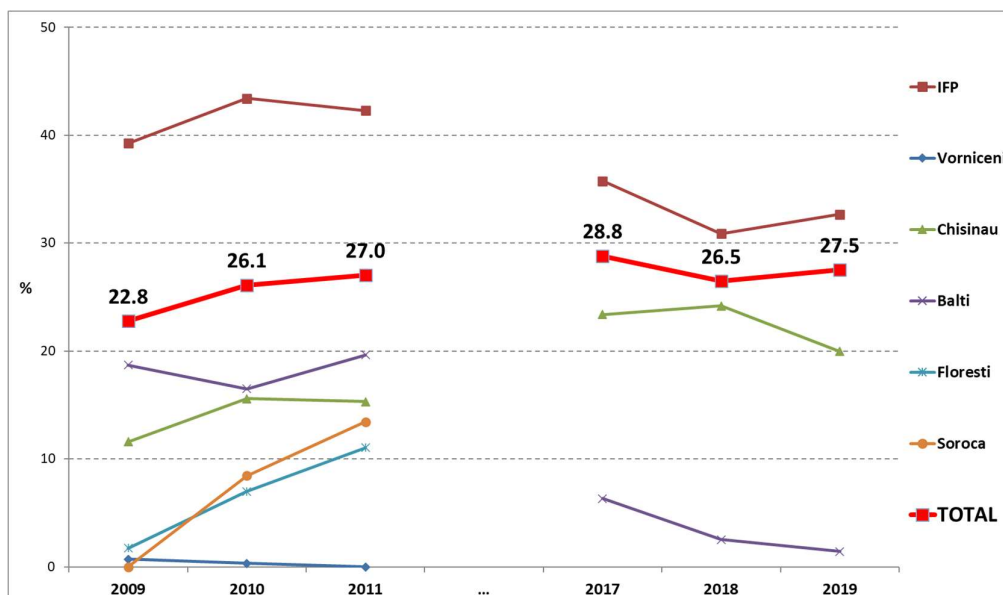
Cele mai mari rate a M/XDR-TB se înregistrează în țările din fosta Uniune Sovietică care au o infrastructură extinsă a spitalelor de TB și încă are modele de tratament TB bazate pe asistența spitalicească. OMS recomandă tratamentul centrat pe persoană preponderent în condiții ambulatorii și modele descentralizate, care evită spitalizarea nenecesară. Începînd din 2012, mai multe misiuni și experți internaționali au recomandat MSMPS să reducă spitalizarea excesivă și tranziția graduală la model bazat preponderent pe servicii la nivel de ambulator, însă progresul a fost încet, necesitînd voință politică. Este necesară alinierea mecanismelor de contractare a serviciilor la modelul centrat pe persoană, astfel ca banii să urmeze pacientul la nivelul acordării asistenței medicale.

Figura 6: Rata de ocupare a paturilor per spital, toate cazurile, 2009-2011 și 2017-2019 (%)



O mare parte din pacienții internați în cele trei instituții spitalicești specializate TB nu au diagnostic TB: și dacă pe parcursul anilor 2009-2011, unul din patru pacienți spitalizați nu aveau TB și acest raport a crescut de la 22.8% în 2009 la 27.0% în 2011, atunci analiza repetată arată că această tendință s-a menținut, constituind 28.8% în 2017, 26.5% în 2018 și 27.5% în 2019. Acest fapt confirmă nu doar utilizarea inefficientă și necorespunzătoare a capacității spitalelor (și a fondurilor publice alocate controlului TB), dar și faptul că pacienții se pot infecta cu TB. De precizat că Institutul de Ftiziopneumologie are cea mai mare pondere a cazurilor de non-TB (peste 30% din toate externările) avînd în vedere că are și 40 paturi pentru alte maladii pulmonare decît TB.

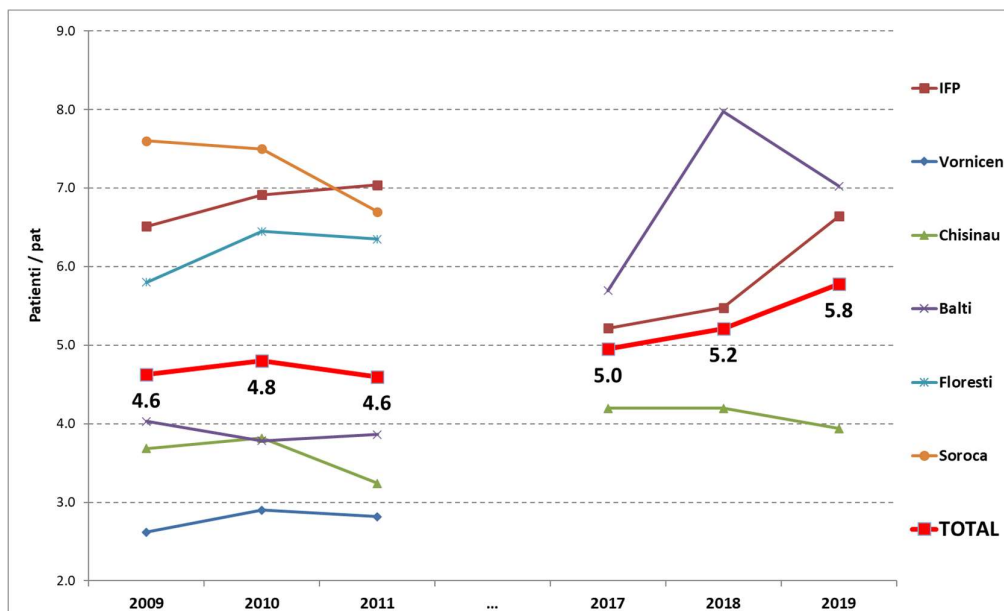
Figura 7: Ponderea cazurilor non-TB din numărul total de externări, 2009-2011 și 2017-2019 (%)



Analiza indicatorilor-cheie de activitate arată că utilizarea capacității spitalelor de TB este destul de inefficientă. În comparație cu analiza petrecută în 2009-2011 care atesta rate

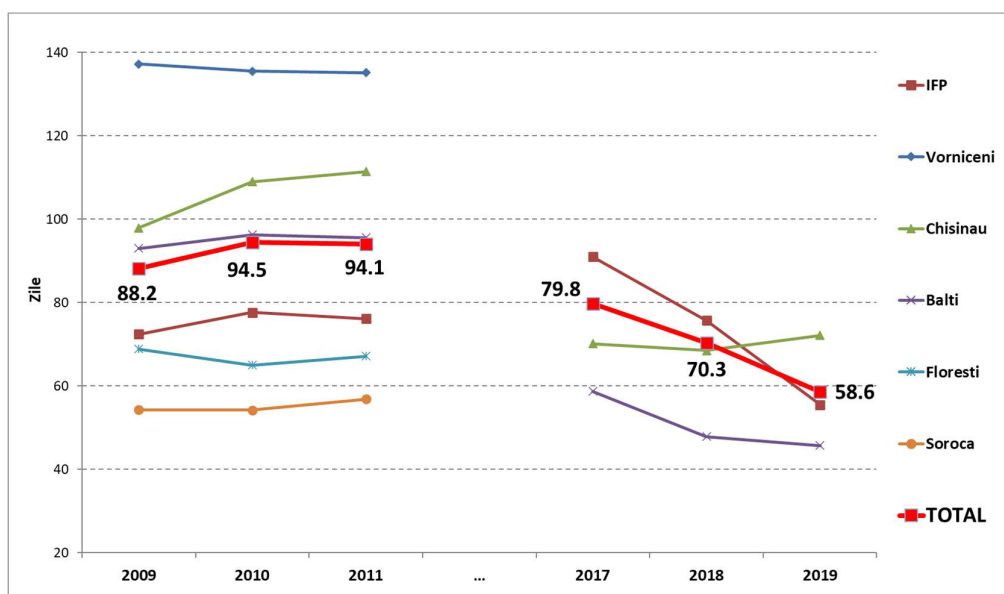
înalte de ocupare a paturilor (90%), rata de ocuparea a paturilor a scăzut în cei 3 ani analizați, de la 81.0% în 2017 până la 71.3% în 2019. Rulajul patului per spital este scăzut: pentru toate cazurile diagnosticate cu TB erau doar 4.6 pacienți per pat per an în 2011 și 5.8 pacienți per pat per an în 2019.

Figura 8: Rulajul patului per spital, toate cazurile, 2009-2011 și 2017-2019 (pacienți/pat)



Aceasta se explică prin faptul că durata de spitalizare pentru tratamentul TB-ului în Moldova este excesivă. Durata medie de spitalizare (DMS) a cazurilor de TB în țară în anii 2009-2011 a fost de 73-74 zile. În perioada 2017-2019 DMS a atestat o scădere de la 60 zile în 2017 la 45 zile în 2019 pentru toate instituțiile, dar mai accentuat la IFP Chiril Draganiuc și SCM Bălți. Nivelurile înalte a DMS au fost stabile la spitalul municipal de TB din Chișinău, care a înregistrat o DMS de 70-72 zile.

Figura 9: Durata medie de spitalizare per spital, cazurile TB, 2009-2011 și 2017-2019 (zile)



În concluzie, capacitatea curentă a spitalelor de TB este peste necesitatea clinică și necesită optimizare. Pentru a reînnoi analiza necesității de paturi, s-a estimat capacitatea necesară de spitalizare (paturi necesare pentru pacienții cu TB) în baza instrumentului de prognozare elaborat în cadrul proiectului TB REP (2016-2018) recomandate de către OMS pentru utilizare tuturor țărilor din regiune.³

*

*

*

³ WHO Regional Office for Europe (2017). A people centered model of TB care: Blueprint for EECA countries.
<https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2017/a-people-centred-model-of-tb-care-2017>

ESTIMAREA NUMĂRULUI DE PATURI NECESARE ÎN BAZA EVOLUȚIEI EPIDEMIOLOGICE

NOTĂ: numărul cazurilor de TB utilizat în analiză cuprinde doar sectorul civil de pe malul drept al Nistrului (fără sectorul penitenciar și regiunea Trnasnistreană) pentru a fi în concordanță cu rețeaua de instituții spitalicești în subordinea MSMPS.

Metodologia de evaluare a necesităților de spitale de TB se bazează pe profilul epidemiologic și numărul populației. În afară de numărul total de cazuri și clasificarea acestora pe categorii, trebuie să se mai țină cont de prevalența rezistenței și profilul acesteia întrucât aceștia sunt factorii cheie care conturează regimul de tratament necesar, durata acestuia și perioada de spitalizare. Estimarea totalului de paturi necesare (TPN) cuprinde următorii pași:

A Numărul de cazuri active de TB înregistrate pe parcursul anului

Datele PNCT pentru anul 2019 au fost utilizate conform categoriilor de cazuri notificate:

Tabelul 4. TPN: numărul de cazuri de TB notificate conform categoriei în 2019 (sectorul civil, malul drept)

<i>Categoria notificată</i>	<i>Nr. anual de cazuri (2019)</i>
Cazuri noi:	1,774
- Pulmonare confirmate bacteriologic	1,021
- Pulmonare diagnosticate clinic	570
- Extrapulmonare	183
Cazuri de retratament:	725
- Recidive pulmonare confirmate bacteriologic	256
- Recidive pulmonare diagnosticate clinic	143
- Recidive extrapulmonare	46
- Alte cazuri de retratament	280
TOTAL	2,499

B Prevalența rezistenței la medicamente

Bazate pe profilul actual de rezistență și variațiile prevăzute pentru prevalența rezistenței, valorile joase, medii și înalte pentru DR-TB au fost aplicate pentru cazurile noi și retratamente. De exemplu, valoarea minimă a prevalenței RR/MDR printre cazurile noi a fost stabilită la 24%, valoarea medie – la 27% și cea înaltă – la 30%. Prevalența XDR printre cazurile de RR/MDR-TB a fost estimată la 12% (minim), 15% (mediu) și 18% (maxim). Estimările totale per categorie sunt prezentate mai jos:

Tabelul 5. TPN: estimările pentru prevalența rezistenței la medicamente conform scenariului (%)

<i>Profil de rezistență/ categorie</i>	<i>Valoarea minimă</i>	<i>Valoarea medie</i>	<i>Valoarea maximă</i>
PDR printre cazurile noi	10%	12%	14%
PDR printre cazuri de retratament	12%	14%	16%
RR/MDR printre cazurile noi	24%	27%	30%
RR/MDR printre cazuri de retratament	58%	62%	66%

C Numărul de cazuri conform categoriei de tratament

Numărul pacienților conform categoriei este estimat prin multiplicarea valorilor în (A) și (B) de mai sus.

Tabelul 6. TPN: numărul cazurilor pe categorii de scenariu

<i>Categorie de tratament</i>	<i>Valoare minimă</i>	<i>Valoare medie</i>	<i>Valoare maximă</i>
Sensibili la PL-1 sau fără rezultat TSM	1,881	1,757	1,624
PDR-TB	148	188	231
RR/MDR-TB fără rezistența la PL-2	329	341	341
‘pre-XDR’ și XDR-TB	141	213	303
Total	2,499	2,499	2,499

D Ipoteze privind înrolarea pentru tratament

În continuare sunt enunțate ipoteze cu privire la procentajul pacienților pentru a fi tratați conform categoriei. Cu alte cuvinte, de exemplu, nu toți pacienții cu XDR vor fi înrolați în tratament din cauza aspectelor clinice (comorbidități, stadii avansate de îmbolnăvire), sociale și de comportament, inclusiv refuzul de a semna un acord informal de consimțământ pentru a urma regimul de tratament prescris pe întreaga durată a tratamentului.

Tabelul 7. TPN: ipoteze pentru înrolarea în tratament pe categorii de scenariu (%)

<i>Categorie de tratament</i>	<i>Valoare minimă</i>	<i>Valoare medie</i>	<i>Valoare maximă</i>
Sensibili la PL-1 sau fără rezultat TSM	100%	100%	100%
PDR-TB	100%	100%	100%
RR/MDR-TB fără rezistența la PL-2	98%	99%	100%
‘pre-XDR’ și XDR-TB	95%	97%	99%

E Numărul de pacienți care urmează a fi tratați

În baza pașilor (C) și (D) numărul de pacienți pentru a fi înrolați în tratament este calculat (de exemplu, valoarea medie pentru 'pre-XDR' și XDR-TB: 213 de pacienți care au nevoie de tratament x 97% rata de înrolare = 206 pacienți care urmează a fi tratați).

Tabelul 8. TPN: numărul de pacienți care urmează a fi înrolați în tratament pe categorii de scenariu

<i>Categorie de tratament</i>	<i>Valoare minimă</i>	<i>Valoare medie</i>	<i>Valoare maximă</i>
Tratamentul cu PL-1	1,881	1,757	1,624
PDR-TB	148	188	231
RR/MDR-TB, scheme de durată scurtă (9-12 luni)	147	126	99
RR/MDR-TB, scheme de durată lungă (~20 luni)	175	212	243
'pre-XDR' și XDR-TB	134	206	300
Tratamentul simptomatic	14	10	3
Total	2,499	2,499	2,499

F Ratele de spitalizare conform categoriei

Indicii de spitalizare sunt prezentați mai jos; spre exemplu pacienții RR/MDR-TB cu scheme scurte de tratament vor avea nevoie spitalizare în staționar de la 30% (valoarea minimă) până la 70% (valoarea maximă) din cazuri.

Tabelul 9. TPN: ipoteze pentru ratele de internare pe categorii de scenariu (%)

<i>Categorie de tratament</i>	<i>Valoare minimă</i>	<i>Valoare medie</i>	<i>Valoare maximă</i>
Tratamentul cu PL-1	15%	30%	45%
PDR-TB	20%	40%	60%
RR/MDR-TB, scheme de durată scurtă (9-12 luni)	30%	50%	70%
RR/MDR-TB, scheme de durată lungă (~20 luni)	40%	60%	80%
'pre-XDR' și XDR-TB	70%	80%	90%
Tratamentul simptomatic	100%	100%	100%

G Nr. preconizat de internări conform categoriei

Numărul total de internări în spital este calculat în baza pașilor (E) și (F) de mai sus; de exemplu valoarea maximă pentru pacienți sensibili în tratament cu preparatele de prima linie: 1,624 pacienți x 45% rata de spitalizare = 731 internări

Tabelul 10. TPN: numărul de internări în spital pe categorii de scenariu

<i>Categorie de tratament</i>	<i>Valoare minimă</i>	<i>Valoare medie</i>	<i>Valoare maximă</i>
-------------------------------	-----------------------	----------------------	-----------------------

Tratamentul cu PL-1	282	527	731
PDR-TB	30	75	138
RR/MDR-TB, scheme de durata scurtă (9-12 luni)	44	63	69
RR/MDR-TB, scheme de durată lungă (~20 luni)	70	127	194
'pre-XDR' și XDR-TB	94	165	270
Tratamentul simptomatic	14	10	3
Total	2,499	2,499	2,499

H Durata medie de spitalizare, luni

Durata medie de spitalizare (DMS) a fost estimată (minimă, medie, maximă) pentru fiecare categorie de tratament în luni.

Tabelul 11. TPN: ipoteze pentru durata medie de spitalizare pe categorie de scenariu (luni)

<i>Categorie de tratament</i>	<i>Valoare minimă</i>	<i>Valoare medie</i>	<i>Valoare maximă</i>
Tratamentul cu PL-1	0.5	1.0	1.5
PDR-TB	1.0	1.5	2.0
RR/MDR-TB, scheme de durata scurtă (9-12 luni)	1.5	2.0	2.5
RR/MDR-TB, scheme de durată lungă (~20 luni)	2.0	3.0	4.0
'pre-XDR' și XDR-TB	3.0	5.0	7.0
Tratamentul simptomatic	6.0	6.0	6.0

I Numărul necesar de zile de spitalizare per pacient (adaptat la 85% din rata de ocupare a paturilor)

Numărul de zile de spitalizare necesare în spital pentru fiecare categorie a fost calculat prin înmulțirea numărului de internări (G) cu durata medie de spitalizare (H), de exemplu valoarea maximă pentru pacienții cu RR/MDR-TB în schema lungă de tratament: ~127 internări x 3 luni (90 zile) = 11,246 zile.

Tabelul 12. TPN: numărul de zile de spitalizare per pacient pe categorie de scenariu

<i>Categorie de tratament</i>	<i>Valoare minimă</i>	<i>Valoare medie</i>	<i>Valoare maximă</i>
Tratamentul cu PL-1	4,232	15,814	32,882
PDR-TB	889	3,377	8,305
RR/MDR-TB, scheme de durata scurtă (9-12 luni)	1,988	3,793	5,173

RR/MDR-TB, scheme de durată lungă (~20 luni)	4,198	11,426	23,308
‘pre-XDR’ și XDR-TB	8,465	24,775	56,727
Tratamentul simptomatic	2,456	1,764	546

J Numărul de paturi necesare per categorie

Numărul de paturi de spital necesare pentru fiecare categorie de tratament a fost calculat prin împărțirea numărului de zile/paturi (I) la 365 (numărul de zile într-un an), cu ajustarea la valoarea optimă de 85% a ratei de ocupare a paturilor (ROP).

Tabelul 13. TPN: numărul paturilor de spital pe categorie de scenariu

<i>Categorie de tratament</i>	<i>Valoare minimă</i>	<i>Valoare medie</i>	<i>Valoare maximă</i>
Tratamentul cu PL-1	14	51	106
PDR-TB	3	11	27
RR/MDR-TB, scheme de durată scurtă (9-12 luni)	6	12	17
RR/MDR-TB, scheme de durată lungă (~20 luni)	14	37	75
‘pre-XDR’ și XDR-TB	27	80	183
Tratamentul simptomatic	8	6	2
Total	72	197	410
- Din total, paturi pentru copii	6	12	19

Notă: în prezent, numărul total de paturi pentru pacienții cu TB în Moldova (malul drept, sectorul civil) este 515.

În concluzie, infrastructura actuală a spitalelor de TB este încă peste necesitățile prognozate și este nevoie de a fi micșorată. Estimarea în paturi necesare în spitalele de TB se bazează pe numărul de pacienți (anul 2019) și tendința epidemiologică în țară care arată o scădere a numărului total de cazuri pe parcursul ultimilor ani și, în pofida prevalenței rezistenței la medicamente, determină necesitatea de optimizare.

Chiar și scenariul cu "valori înalte" care utilizează date epidemiologice actuale (și practici excesive de spitalizare în ceea ce privește ratele de internări și durata de spitalizare) indică necesitatea reducerii numărului de paturi cu 20,4% (de la 515 la 410 paturi). Având în vedere estimările epidemiologice și schimbările necesare în gestionarea cazurilor/sisteme de acordare a asistenței medicale, se recomandă a se stabili ca scop pe termen mediu aproape de scenariul "valoarea optimă" (adică în jur de 200 paturi). Profilul de rezistență este promotorul separării pacienților conform instituției datorită complexității cazurilor, caracterului și duratei tratamentului, precum și cerințelor de control a infecției.

Întrucât un număr de pacienți (preponderent din categoria cazurilor cu forme grave clinice și rezistență avansată care nu au dat rezultate în procesul regimului de tratament) vor avea nevoie de ‘tratament simptomatic’ și îngrijire, ar fi necesar și un număr foarte limitat de paturi (sub 10). Se așteaptă ca odată cu creșterea acoperirii și calității

tratamentului pentru toate cazurile de TB necesitatea în astfel de paturi va scădea și va dispărea în viitorul apropiat.

Tratamentul spitalicesc anti-TB la copii nu este justificat în majoritatea cazurilor și, având în vedere incidența tot mai scăzută a cazurilor de TB în rândul copiilor, numărul de paturi pentru copii nu trebuie să depășească 5-6% din total (12 paturi în cazul scenariului cu "valoare medie").

RECOMANDĂRI ÎN VEDEREA ÎMBUNĂTĂȚIRII SISTEMULUI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ TB

Pentru a face față provocărilor în controlul TB din țară, reieșind din analiza situației curente și după consultările cu specialiștii în domeniul TB, sistemul existent de acordare a serviciilor spitalicești pentru tuberculoza se cere a fi revăzut, folosind abordări bazate pe dovezi. Abordarea propusă la fel ia în considerare recomandările internaționale, precum și planurile Ministerului Sănătății de adaptare a sistemului de prestare cu servicii la schimbările epidemiologice și demografice din țară cu accent pe fortificarea sistemului de asistență medicală primară prin centrarea lui pe nevoile pacientului și comunității, a accesului cetățenilor la servicii esențiale de sănătate și asigurarea unei continuități reale și durabile în prestarea serviciilor de sănătate cu accent pe individ, familie și comunitate. Aceasta consolidare și modernizare presupune de asemenea și elaborarea conceptului de modernizare și regionalizare a serviciului spitalicesc, dotarea cu echipamente moderne, aplicarea metodelor inovatoare, desconcentrarea unor servicii, și ca efect, îmbunătățirea calității și accesului pacienților la serviciile spitalicești.⁴ Indubitabil, el va include reorganizarea profilului de spitale generale, inclusiv reducerea numărului spitalizărilor excesive, reducerea duratei medii de spitalizare, minimizarea indicelui de spitale monopofil, stabilirea standardelor minime pentru diferite nivele de asistență spitalicească și reorganizarea statutului de conducere a spitalelor pentru a permite o mai mare autonomie și responsabilitate în vederea gestionării resurselor.

Sistemul de tratament a tuberculozei în baza principiilor recomandate de către OMS în ghidul consolidat 2020⁵ include consolidarea următoarelor componente:

- **Diagnostic rapid molecular ca prim test** al cazurilor de TB și MDR-TB cu metode moleculare rapide;
- **Administrarea schemelor de tratament cu preferința schemelor orale scurte** cu bedaquilina pentru tratament MDR TB unde nu au fost expuși la scheme de linia 2 pentru mai mult de o luna conform profilului de rezistență și;
- **Administrarea și schemelor orale lungi cu excluderea formelor injectabile** conform profilului de rezistență ale medicamentelor MDR-RR TB;
- **Prioritizarea tratamentului ambulatoriu:** pacienții cu MDR trebuie să fie tratați preponderent în condiții spitalicești decât în modelul cu prestare preponderent spitalicească; un model descentralizat este preferat celui centralizat.

⁴ Program de activitate al Guvernului "Moldova Vremurilor Bune"

⁵ WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis Module 4: Treatment
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240007048>

- **Oferirea unui pachet de interventii pentru aderenta** (suport social, suport material, alimente, stimulente financiare si rambursarea calatoriilor), monitorizarea medicamentelor si instruirea personalului) selectate in baza necesitatilor individuale;
- **Modalitati de administrare a DOT:** prestare la nivel de comunitate sau la domiciliu este preferat DOT administrat in institutie medicala sau celui nesupravegheat
- DOT administrat de prestatori nemedicali si medicali este preferat tratamentul administrat de catre membrii de familie sau nesupravegheat.
- **Tratamentul cu suport video poate substitui DOT**, în cazul în care tehnologia este disponibilă, poate fi organizată și prestată.

La momentul actual, criteriile de spitalizare sunt enumerate în protocolul clinic național 2020⁶:

1. Forme de tuberculoză cu impact epidemiologic
2. Complicațiile TB care necesită tratament de urgență și supraveghere medicală
3. Forme de TB pulmonară și extrapulmonară care necesită administrare parenterală
4. Forme de TB care necesită proceduri medicale complexe în dinamică
5. Tuberculoza meningelor și a sistemului nervos central
6. Indicații pentru tratament chirurgical
7. Cazuri care necesită selectarea schemei de tratament
8. Indicații asociate cu prezența bolilor concomitente care necesită tratament spitalicesc
9. Pacienți la care nu poate fi asigurat tratament direct supravegheat în condiții de ambulatoriu.

Odată cu trecerea la scheme orale și gradual la cele de scurtă durată, precum și existența unor sisteme robuste de suport al pacienților la nivel AMP și comunitar, și odata cu creșterea ratei de depistare precoce ca și consecința a unor eforturi de depistare activă fortificate, va dispărea necesitatea mai multor criterii de spitalizare și va fi necesară revizuirea lor.

Pentru a asigura implementarea eficientă a modificărilor din serviciul de acordare a asistenței medicale, va fi necesară întreprinderea unui sistem vast de măsuri ce includ:

- Revizuirea și dezvoltarea statutului legal și gestionarea serviciilor spitalicești de TB prin consolidarea resurselor existente, inclusive prin stabilirea unei instituții unice de tip republican prin comasarea IFP și SCMF Chisinau care va fi responsabilă de gestionarea și reorganizarea tuturor resurselor spitalicești pe interior conform profilului epidemiologic și necesităților în descreștere a fondului de paturi și capabilă să negocieze reorientarea bugetelor eliberat către activități deficitare la acest moment în procesul de semnarea contractelor cu CNAM.

⁶MSMPS (2020). Tuberculoza la adult. Protocol clinic național. https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/02/PCN-123-Tuberculoza_la_adult.pdf

- Menținerea mecanismelor legale de reglementare și implementare în vederea dezvoltării și sprijinului sistemului integrat de asistență medicală, ceea ce presupune depistarea cazurilor noi (AMP), diagnostica (instituții TB ambulatorii), tratamentul (instituții staționare și ambulatorii de TBC, AMP) și sprijin pentru pacienți (servicii medicale și sociale, societatea civilă și instituții comunitare).
- Schimbarea mecanismelor de plată pentru tratamentul tuberculozei prin introducerea unui sistem de plată bazat pe caz medical. Pentru nivelul spitalicesc este importantă decuplarea cazului de numărul de zile de ocupare a patului. Pentru celelalte niveluri de asistență medicală implicate (asistență medicală specializată de tratament a TB-ului, asistență medicală specializată ambulatorie, AMP) este necesară revizuirea costului care să fie finanțat în baza pachetului de servicii clinice (în curs de elaborare). Criteriul de bază pentru plată pentru un anumit caz va fi profilul de rezistență al pacientului cu mai multe categorii de tratament ajustate la necesitățile clinice și la alte nevoi speciale. La fel, este necesar și contractarea serviciilor de suport al pacienților în baza pachetului de servicii elaborat și în proces de adaptare.
- Asigurarea sprijinului financiar pentru acoperirea acțiunilor esențiale de către programul Național de Raspunsal Tuberculozei (sistemul de înregistrare și raportare, control de la nivel central și regional, instruirea personalului, support pentru pacienți, etc.) preluat de la proiectul Fondului Global.

Schimbările propuse în sistemul de asistență medicală nu implică reducerea personalului din spitalele de TB. În schimb, se cere revizuirea normelor existente în instituțiile spitalicești pe viitor și anume către o descreștere a raportului pacienți-personal conform intensității activității și complexității cazurilor. În același timp va apărea necesitatea repartiției personalului către instituțiile ambulatorii având în vedere creșterea volumului de muncă și direcționarea fluxului de pacienți către sistemele medicale ambulatorii.

Întrucât problemele infrastructurii spitalelor reprezintă obstacolul principal în calea îmbunătățirii performanței generale a serviciilor de control a TB-ului, optimizarea acestora este foarte importantă pentru a permite transformarea și modernizarea serviciilor medicale oferite persoanelor afectate de tuberculoză care să permită gestionarea cu succes a pacientului la toate nivelele și sectoarele implicate (guvernamental și societate civilă).

*

*

*