



GUVERNUL
REPUBLICII MOLDOVA



**Evaluarea cheltuielilor catastrofale
asociate tratamentului tuberculozei
suportate de gospodăriile afectate
din Republica Moldova**

**Evaluarea
cheltuielilor catastrofale
asociate tratamentului tuberculozei
suportate de gospodăriile afectate
din Republica Moldova**

Chișinău 2025

Design/păginare: Imprint Star SRL, bd. Renașterii Naționale 14, of. 4, Chișinău, Moldova

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Evaluarea cheltuielilor catastrofale asociate tratamentului tuberculozei suportate de gospodăriile afectate din Republica Moldova / Asociația Obștească AFI [et al.]. – Chișinău : [S. n.], 2025 (Imprint Star). – 131 p. : fig., tab. color.

Cerințe de sistem: PDF Reader.

Bibliogr.: p. 126-131 (103 tit.). – Cu suportul Fondului Global de Combatere HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei (FG).

ISBN 978-5-86654-383-0 (PDF).

614.3/.4(478):303

E 93

Studiul privind *Evaluarea cheltuielilor catastrofale asociate tratamentului tuberculozei suportate de gospodăriile afectate din Republica Moldova* realizat de către Asociația Obștească AFI la solicitarea Programului Național de Răspuns la Tuberculoză (PNRT) în coordonare cu Centrului pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) și cu suportul Fondului Global de Combatere HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei (FG).

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

CUPRINS

Abrevieri și acronime	9
Mulțumiri.....	10
 Situație de fundal.....	 11
Considerații generale	11
Locul de desfășurare a studiului.....	12
 Metodologie	 14
Scopul studiului.....	14
Obiectivele studiului	14
Design-ul studiului	15
Volumul eșantionului	15
Volumul eșantionului, tuberculoza sensibilă	15
Volumul eșantionului, tuberculoza rezistentă	16
Recrutarea respondenților	16
Colectarea și prelucrarea datelor	18
Metodologia de analiză	19
Analiza statistică.....	19
Analiza cheltuielilor	19
Definiții și interpretări folosite pentru calcule și analiză:	19
Considerații etice	21
 Tuberculoza sensibilă.....	 22
Caracteristicile generale ale eșantionului	22
Reprezentativitate	22
Caracteristici socio-demografice	23
Nivel de bunăstare.....	25
Documente esențiale: identitate, cetățenie, asigurare	27
Deprinderi nocive.....	27
Cunoștințe, atitudini și practici privind tuberculoză	28
Adresabilitate și diagnostic	30
Caracteristici epidemiologice și clinice	32
Aderența la tratamentul pentru tuberculoză	33

Reacții adverse la medicamentele antituberculoase	35
Tuberculoza și condițiile medicale asociate	37
Încrederea în serviciile de sănătate	37
Percepții asupra nevoilor și reluarea vieții obișnuite după boală.....	38
Cheltuieli indirecte asociate tuberculozei sensibile.....	41
Venitul mediu lunar.....	41
Plăți de bunăstare	42
Timpul pierdut	43
Cheltuieli indirecte și factorii asociați	44
Cheltuieli directe asociate tuberculozei sensibile.....	48
Cheltuieli medicale	49
Cheltuieli nemedicale	53
Cheltuieli directe în raport cu factorii de bunăstare	56
Acoperirea cheltuielilor directe.....	56
Cheltuieli catastrofale asociate tuberculozei sensibile	57
Cheltuieli catastrofale și factorii determinanți	58
Tuberculoza rezistentă.....	68
Caracteristicile generale ale eșantionului	68
Reprezentativitate	68
Nivel de bunăstare.....	70
Documente esențiale: identitate, cetățenie, asigurare	72
Deprinderi nocive.....	72
Cunoștințe, atitudini și practici privind tuberculoză	73
Adresabilitate și diagnostic	75
Caracteristici epidemiologice și clinice	77
Aderența la tratamentul pentru tuberculoză	78
Reacții adverse la medicamentele antituberculoase	79
Tuberculoza și condițiile medicale asociate	81
Încrederea în serviciile de sănătate	81
Percepții asupra nevoilor și reluarea vieții obișnuite după boală.....	83
Cheltuieli indirecte asociate tuberculozei rezistente.....	85
Venitul mediu lunar.....	85
Plăți de bunăstare	86
Timpul pierdut	87
Cheltuieli indirecte și factori asociați	88

Cheltuieli directe asociate tuberculozei rezistente	92
Cheltuieli medicale	93
Cheltuieli nemedicale	96
Cheltuieli directe în raport cu factorii de bunăstare	98
Acoperirea cheltuielilor directe	99
Cheltuieli catastrofale asociate tuberculozei rezistente.....	100
Cheltuieli catastrofale și factorii determinanți	101
Discuții	110
Profilul socio-demografic al pacientului cu tb	110
Cunoștințe, atitudini, adresabilitate și diagnostic	111
Tratamentul antituberculos și aderența la tratament.....	112
Reacții adverse și alte condiții medicale	113
Încrederea în sistemele de sănătate	114
Percepții asupra nevoilor și reluarea vieții obișnuite după boală	114
Cheltuieli indirecte asociate tb	115
Cheltuieli directe asociate tb	117
Cheltuieli catastrofale	119
Limitările studiului	122
Concluzii.....	123
Recomandări	125
Bibliografie	126

Lista tabelelor

Tabelul 1. Volumul eșantionului inclus în studiu, tuberculoza sensibilă și rezistentă	15
Tabelul 2. Reprezentativitatea eșantionului de studiu în raport cu cazurile de tuberculoză sensibilă notificate în Republica Moldova în anul 2023, regiunea malul drept al râului Nistru, sectorul civil.	22
Tabelul 3. Caracteristicile socio-demografice a eșantionului de studiu, tuberculoza sensibilă	24
Tabelul 4. Nivelul de bunăstare, eșantion de studiu, tuberculoza sensibilă.....	25
Tabelul 5. Nivel de bunăstare a gospodăriei în raport cu situația materială a gospodăriei, eșantion tuberculoza sensibilă	26
Tabelul 6. Cunoștințe și atitudini privind tuberculoza, eșantion tuberculoza sensibilă	29
Tabelul 7. Profilul epidemiologic și clinic, eșantion tuberculoza sensibilă.....	32
Tabelul 8. Surse de obținere a pastilelor anti-tuberculoase, eșantion tuberculoza sensibilă	33
Tabelul 9. Neadministrarea pastilelor TB, din motive non-medicale, eșantion tuberculoza sensibilă.....	35
Tabelul 10. Reacții adverse la medicamentele antituberculoase, eșantion tuberculoza sensibilă	36
Tabelul 11. Încrederea în serviciile de sănătate, eșantion tuberculoza sensibilă.....	38
Tabelul 12. Percepțiile respondenților asupra nevoilor pentru finalizarea cu succes a tratamentului, eșantion tuberculoza sensibilă	39
Tabelul 13. Percepții asupra provocărilor majore în timpul tratamentului pentru tuberculoză, eșantion tuberculoza sensibilă.....	40
Tabelul 14. Principalele îngrijorări privind viața după tratament, eșantion tuberculoza sensibilă.....	41
Tabelul 15. Timpul pierdut în accesarea serviciilor TB, eșantion tuberculoza sensibilă.....	43
Tabelul 16. Cheltuieli indirecte în raport cu factorii socio-demografici, eșantion tuberculoza sensibilă.....	46
Tabelul 17. Cheltuieli indirecte în raport cu factorii de bunăstare, eșantion tuberculoza sensibilă.....	47
Tabelul 18. Cheltuieli indirecte în raport cu factorii de sănătate, eșantion tuberculoza sensibilă	48
Tabelul 19. Achitarea investigațiilor și a consultului medical, eșantion tuberculoza sensibilă	50
Tabelul 20. Cheltuieli directe medicale pentru investigații, analize și consult medical, eșantion tuberculoza sensibilă	50
Tabelul 21. Achiziționarea produselor medicamentoase și para-farmaceutice, eșantion tuberculoza sensibilă	52
Tabelul 23. Cheltuieli de transport pe parcursul tratamentului, eșantion tuberculoza sensibilă.....	54
Tabelul 24. Pragul cheltuielilor, inclusiv catastrofale, eșantion tuberculoza sensibilă	57
Tabelul 25. Cheltuieli catastrofale și factori socio-demografici, eșantion tuberculoza sensibilă.....	58
Tabelul 26. Cheltuieli catastrofale și deprinderi nocive, eșantion tuberculoza sensibilă	60
Tabelul 27. Cheltuieli catastrofale și factori determinanți legați de cunoștințe, diagnostic și adresabilitate, eșantion tuberculoza sensibilă	61
Tabelul 28. Cheltuieli catastrofale și factori epidemiologici și clinici, eșantion tuberculoza sensibilă	62
Tabelul 29. Cheltuielilor catastrofale și percepțiile respondenților asupra nevoilor pentru finalizarea cu succes a tratamentului, eșantion tuberculoza sensibilă	64
Tabelul 30. Cheltuielilor catastrofale și percepțiile respondenților asupra provocărilor majore în timpul tratamentului pentru tuberculoză, eșantion tuberculoza sensibilă	65
Tabelul 31. Cheltuielilor catastrofale și principalele îngrijorări privind viața după tratament, eșantion tuberculoza sensibilă	66

Tabelul 32. Cheltuielilor catastrofale și nivelul de bunăstare, eşantion tuberculoza sensibilă	67
Tabelul 33. Reprezentativitate eşantionului de studiu în raport cu cazurile RR-TB din cohorta anului 2023, Republica Moldova, regiunea malul drept al râului Nistru, sector civil.....	68
Tabelul 34. Caracteristicile socio-demografice a eşantionului de studiu. tuberculoza rezistentă	69
Tabelul 35. Nivelul de bunăstare, eşantion tuberculoza rezistentă.....	70
Tabelul 36. Nivel de bunăstare a gospodăriei în raport cu situația materială a gospodăriei, eşantion tuberculoza rezistentă.....	71
Tabelul 37. Cunoștințe și atitudini privind tuberculoza. eşantion tuberculoza rezistentă	73
Tabelul 38. Profilul epidemiologic și clinic, eşantion tuberculoza rezistentă.....	77
Tabelul 39. Surse de obținere a pastilelor speciale pentru tuberculoză în timpul tratamentului. eşantion tuberculoza rezistentă.....	78
Tabelul 40. Neadministrarea pastilelor TB. din motive non-medicale. eşantion tuberculoza rezistentă.....	79
Tabelul 41. Reacții adverse la medicamentele antituberculoase. eşantion tuberculoza rezistentă	80
Tabelul 42. Încrederea în serviciile de sănătate. eşantion tuberculoza rezistentă.....	82
Tabelul 43. Percepții asupra provocărilor majore în timpul tratamentului pentru tuberculoză, eşantion tuberculoza rezistentă.....	83
Tabelul 44. Percepții privind principalele dificultăți întâmpinate în timpul tratamentului pentru tuberculoză. eşantion tuberculoza rezistentă.....	84
Tabelul 45. Principalele îngrijorări privind viața după tratament. eşantion tuberculoza rezistentă	85
Tabelul 46. Timpul pierdut în accesarea serviciilor TB, eşantion tuberculoza rezistentă.....	87
Tabelul 47. Cheltuieli indirecte în raport cu factorii socio-demografici, eşantion tuberculoza rezistentă.....	90
Tabelul 48. Cheltuieli indirecte în raport cu factorii de bunăstare, eşantion tuberculoza rezistentă	91
Tabelul 49. Cheltuieli indirecte în raport cu factorii de sănătate, eşantion tuberculoza rezistentă	92
Tabelul 50. Achitarea investigațiilor și a consultului medical, eşantion tuberculoza rezistentă	94
Tabelul 51. Achiziționarea produselor medicamentoase și para-farmaceutice, eşantion tuberculoza rezistentă.....	95
Tabelul 52. Cheltuieli pentru medicamente și para-farmaceutice, eşantion tuberculoza rezistentă.....	96
Tabelul 53. Cheltuieli de transport pe parcursul tratamentului, eşantion tuberculoza rezistentă.....	97
Tabelul 54. Pragul cheltuielilor, inclusiv catastrofale, eşantion tuberculoza rezistentă	100
Tabelul 55. Cheltuieli catastrofale și factori socio-demografici, eşantion tuberculoza rezistentă.....	101
Tabelul 56. Cheltuieli catastrofale și deprinderi nocive, eşantion tuberculoza rezistentă.....	103
Tabelul 57. Cheltuieli catastrofale și factori determinanți legați de cunoștințe, diagnostic și adresabilitate, eşantion tuberculoza rezistentă.....	103
Tabelul 58. Cheltuieli catastrofale și factori epidemiologici și clinici, eşantion tuberculoza rezistentă.....	105
Tabelul 59. Cheltuielilor catastrofale și percepțiile respondenților asupra nevoilor pentru finalizarea cu succes a tratamentului, eşantion tuberculoza rezistentă	106
Tabelul 60. Cheltuielilor catastrofale și percepțiile respondenților asupra provocărilor majore în timpul tratamentului pentru tuberculoză, eşantion tuberculoza sensibilă.....	107
Tabelul 61. Cheltuielilor catastrofale și principalele îngrijorări privind viața după tratament, eşantion tuberculoza rezistentă.....	108
Tabelul 62. Cheltuielilor catastrofale și nivelul de bunăstare, eşantion tuberculoza rezistentă	109

Lista figurilor

Figura 2. Venitul mediu lunar al respondentului până la diagnosticul de TB, în perioada de tratament și după finalizarea tratamentului, eşantion tuberculoza sensibilă	42
Figura 3. Ponderea cheltuielilor indirecte după perioada de tratament, eşantion tuberculoza sensibilă.....	45
Figura 4. Ponderea cheltuielilor medicale și nemedicale din totalul cheltuielilor directe, eşantion tuberculoza sensibilă	49
Figura 5. Ponderea cheltuielilor medicale și nemedicale în dependență de nivelul de bunăstare al gospodăriilor, eşantion tuberculoza sensibilă	56
Figura 6. Surse de acoperire a cheltuielilor directe, eşantion tuberculoza sensibilă.....	57
Figura 7. Gospodării aflate în sărăcie, eşantion tuberculoza rezistentă.....	71
Figura 8. Venitul mediu lunar până la diagnosticul de TB. în perioada de tratament și după finalizarea tratamentului. eşantion tuberculoza rezistentă	86
Figura 9. Ponderea cheltuielilor indirecte după perioada de tratament, eşantion tuberculoza rezistentă	89
Figura 10. Ponderea cheltuielilor medicale și nemedicale din totalul cheltuielilor directe, eşantion tuberculoza rezistentă.....	93
Figura 11. Ponderea cheltuielilor medicale și nemedicale în dependență de nivelul de bunăstare al gospodăriilor, eşantion tuberculoza rezistentă.....	99
Figura 12. Surse de acoperire a cheltuielilor directe, eşantion tuberculoza rezistentă.....	100

ABREVIERI ȘI ACRONIME

AO AFI	Asociația Obștească „Act for Involvement”
EMA	eroarea maxima admisă
Centrul PAS	Centrului pentru Politici și Analize în Sănătate
IFP	Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”
TB	Tuberculoză
PNRT	Program Național de Răspuns la povara Tuberculozei
RR-TB	Tuberculoza cu rezistență la Rifampicină
MDR-TB	Tuberculoza multidrogrezistentă
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PNRT	Program Național de Răspuns la Tuberculoză
DS	Deviația standard
IÎ	Interval de încredere
OR	Odds Ratio/Rata Șanselor
PIB	Produsul Intern Brut
FG	Fondului Global de Combatere HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei
VST	Tratamentul video susținut (asistat)

Mulțumiri

Studiul privind Evaluarea cheltuielilor catastrofale asociate tratamentului tuberculozei suportate de gospodăriile afectate din Republica Moldova realizat de către Asociația Obștească AFI la solicitarea Programului Național de Răspuns la Tuberculoză (PNRT) în coordonare cu Centrului pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) și cu suportul Fondului Global de Combatere HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei (FG).

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

Mulțumim Departamentului de coordonare a PNRT pentru oferirea informațiilor și suportului relevant pe parcursul realizării cercetării. De asemenea, suntem profund recunoscători organizațiilor active în controlul tuberculozei, membre a Platformei TB, care au acces la respondenții din anumite grupuri vulnerabile ale populației și au fost implicați în colectarea datelor.

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

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

SITUAȚIE DE FUNDAL

Considerații generale

La nivel global, se estimează că aproximativ jumătate din populația lumii nu este acoperită cu servicii esențiale de sănătate, iar aproximativ două miliarde de oameni întâmpină dificultăți financiare din cauza cheltuielilor directe pentru sănătate, inclusiv peste 300 de milioane de persoane care trăiesc în sărăcie extremă. La nivelul Regiunii Europene, cu toate că multe țări dispun de sisteme de sănătate bine dezvoltate, există încă provocări semnificative în asigurarea accesului universal la servicii de sănătate esențiale și în protecția financiară a populației. Se estimează că o proporție semnificativă a populației se confruntă cu cheltuieli catastrofale pentru sănătate, în special în țările cu venituri medii și mici. Deși procentul exact poate varia de la o țară la alta, tendința generală indică faptul că povara financiară a cheltuielilor de sănătate rămâne o problemă majoră. În 2021, aproximativ 10% din populația europeană a întâmpinat dificultăți financiare din cauza cheltuielilor directe pentru sănătate, iar un procent semnificativ trăiește în sărăcie extremă din cauza acestor cheltuieli [1].

Tuberculoza (TB) ilustrează clar modul în care plățile din buzunar pot afecta sănătatea și bunăstarea economică, fiind un exemplu de boală care poate contribui semnificativ la capcana sărăciei cauzate de boală [2]. În multe țări, diagnosticarea și tratamentul TB sunt gratuite în cadrul sistemelor publice de sănătate, finanțate din bugetele naționale și sprijin internațional, fapt care contribuie la reducerea barierelor economice, facilitarea accesului la îngrijiri și aderența la tratament [3]. Eliminarea costurilor directe pentru pacienți crește adresabilitatea și continuitatea tratamentului, elemente esențiale în controlul TB [4]. În ciuda eforturilor de a oferi îngrijire gratuită pentru TB, numeroși pacienți și familiile acestora continuă să suporte costuri directe și indirecte semnificative asociate cu boala și accesarea serviciilor de sănătate, cheltuieli care limitează accesul la îngrijirile medicale și expun oamenii la riscul de ruină financiară sau de agravare a sărăciei [2,5–8].

Sărăcia se comportă drept un factor determinant major al morbidității prin TB [7,8] și, în același timp, una dintre principalele consecințe ale acestei boli. Studiile arată că eliminarea sărăciei extreme ar putea reduce povara globală a TB cu peste o treime până în anul 2035 [9,10]. Acest obiectiv este strâns legat de Obiectivul de Dezvoltare Durabilă [11], care vizează eradicarea sărăciei, și de obiectivul Strategiei Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) END TB, care urmărește eliminarea cheltuielilor catastrofale asociate TB [12,13]. Acestea includ cheltuieli directe medicale și nemedicale, dar și pierderi de venituri. Cheltuielile catastrofale sunt definite ca cheltuieli care depășesc 20% din venitul anual al gospodăriei [6].

În 2016, un studiu realizat în Republica Moldova a evaluat impactul financiar al TB rezistente asupra gospodăriilor. Rezultatele au arătat că peste o treime dintre gospodăriile afectate de TB rezistentă au avut cheltuieli catastrofale, adică cheltuieli care depășesc capacitatea lor

financiară și le împing în sărăcie [14]. Studiul a identificat mai mulți factori determinanți care contribuie la aceste cheltuieli catastrofale [14,15]. De asemenea, rezultatele au evidențiat povara semnificativă pe care TB o impune asupra gospodăriilor, contribuind astfel la perpetuarea sărăciei în rândul populației afectate [8].

Prezentul studiu și-a propus să complementeze și să extindă cercetările realizate prin estimarea ponderii gospodăriilor care se confruntă cu costuri catastrofale aferente TB, atât sensibile cât și rezistente. Obiectivul a fost de a urmări în dinamică evoluția cheltuielilor catastrofale de-a lungul timpului, pentru a înțelege mai bine impactul economic al TB și pentru a identifica măsuri eficiente de reducere a poverii financiare asupra gospodăriilor afectate. În context, rezultatele studiului vor oferi o imagine clară asupra modului în care TB influențează situația economică a gospodăriilor afectate de TB din Republica Moldova și va contribui la dezvoltarea unor politici de sănătate publică mai eficiente și mai bine orientate.

Locul de desfășurare a studiului

Republica Moldova este un stat situat în sud-estul Europei, se învecinează cu România la vest și cu Ucraina la nord, est și sud, cu o populație de aproximativ 2.6 milioane de locuitori. Teritoriul țării este organizat în unități administrativ-teritoriale: municipii, raioane, orașe și sate.

După proclamarea independenței față de fosta Uniune Sovietică, țara a intrat într-un declin economic, care a indus creșterea sărăciei și a problemelor de sănătate în rândul populației, inclusiv pentru TB. În pofida performanței economice considerabile pe parcursul ultimilor decenii, Republica Moldova rămâne a fi una din cele mai sărace țări din Europa. Chiar dacă modelul de creștere economică determinată de consum și alimentată de remitențe a generat o creștere considerabilă și a redus sărăcia, acesta a devenit mai puțin sustenabil cu mult timp înainte de pandemia COVID-19. Activitatea economică a Republicii Moldova a fost afectată de războiul din Ucraina și de impactul pandemiei COVID-19, ceea ce a dus la o scădere economică. Conform clasificării Băncii Mondiale, Republica Moldova este o țară cu venituri medii superioare [17]. PIB per cap de locuitor, fluctuant în ultimii ani, cu o creștere 0.7% în 2023 față de 2022 [16].

În Republica Moldova, începând cu anul 2001 derulează Programe naționale de control ale TB, aprobate prin hotărâri de Guvern o dată la 5 ani. Actualmente în țară derulează Programul Național de Răspuns la Tuberculoză (PNRT) pentru anii 2022-2025 care are drept scop reducerea poverii TB ca problemă de sănătate publică în Republica Moldova [18].

Ministerul Sănătății deține responsabilitatea primordială pentru controlul TB în țară. Acesta își exercită atribuția prin intermediul unității centrale a programului – Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”(IFP) în colaborare cu alte entități guvernamentale și neguvernamentale, parteneri internaționali. Intervențiile pentru controlul TB sunt prestate prin intermediul unei rețele de instituții specializate și servicii ale asistenței medicale primare. În țară, există o bază de date națională SIME TB prin care se asigură notificarea și evidența pacienților cu TB [19]. Întru realizarea programelor naționale, Republica Moldova, a beneficiat începând cu anul 2003 de subvenții nerambursabile pentru controlul TB din partea Fondului Global de Combatere HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei (FG). Republica Moldova a implementat cu succes o serie de politici și măsuri care vizează prevenirea și îngrijirea TB și implicarea constantă a asistenței medicale primare în depistarea timpurie și tratamentul

direct observat. Este asigurat accesul universal la diagnosticul și tratamentul TB de calitate pentru toate persoanele, cu o acoperire geografică completă, au fost dezvoltate politici de suport pentru un tratament adecvat al TB.

Republica Moldova se regăsește printre cele 18 țări din Regiunea Europeană în care controlul TB este prioritar și printre cele 30 țări cu povară înaltă a tuberculozei multidrogrezistente (MDR) și cu rezistență la Rifampicină (RR) din lume [20].

Potrivit estimărilor OMS, Republica Moldova urma să depisteze, în anul 2023 - 76 cazuri la 100 mii populație (diapazon: 64-88), real fiind diagnosticate 71 cazuri la 100 mii populație. De menționat că rata de notificare a cazurilor cu TB s-a înjumătățit (reducere cu 49%) față de anul 2006 și s-a micșorat de circa 1.5 ori (reducere cu 30%) față de anul 2014. Ponderea cazurilor cu MDR/RR printre cazurile noi de TB a constituit 24%, iar printre cazurile cu re-tratamente – 53%. Rata de succes printre cazurile noi și recidivele de TB a înregistrat 85% (cohorta 2022), iar printre cazurile cu MDR/RR-TB – 70% (cohorta 2021) [21].

Tratamentul pentru TB este complex și necesită o terapie standardizată și de lungă durată. În Republica Moldova, tratamentul pentru TB este oferit gratuit tuturor persoanelor, indiferent de etnie, religie, sex sau vârstă. Cu toate acestea, persoanele din grupurile vulnerabile, cum ar fi persoane cu venituri mici, persoane fără adăpost sau persoanele care trăiesc în zone rurale izolate, pot întâmpina dificultăți în accesarea serviciilor de sănătate, în general, inclusiv a celor pentru TB, atât în ceea ce privește diagnosticul cât și tratamentul.

În contextul actual, povara TB reprezintă principala provocare pentru PNRT și un obstacol major în realizarea unui control eficient al bolii. Această povară este amplificată de diversitatea problemelor socio-economice cu care se confruntă pacienții și familiile lor, printre care se numără sărăcia, accesul limitat la servicii medicale, condițiile de locuit precare și stigmatizarea socială. Toate acestea pot contribui la dificultatea în diagnosticarea și tratarea la timp, inclusiv a TB, ceea ce complică eforturile de control de eradicare a bolii.

METODOLOGIE

Studiul operațional a fost realizat urmând etapele fundamentale ale metodologiei de cercetare științifică, asigurând o abordare riguroasă și sistematică:

Pregătire: În această etapă, a fost definit fenomenul de studiat și au fost stabilite obiectivele specifice ale cercetării. Acest pas a inclus identificarea problemelor principale și formularea ipotezelor de cercetare.

Elaborare: A fost determinat tipul de studiu adecvat pentru cercetare și au fost selectate metodele de cercetare corespunzătoare. De asemenea, au fost stabilite procedurile de eșantionare pentru a asigura reprezentativitatea datelor colectate.

Colectare a datelor: Datele au fost colectate prin utilizarea chestionarelor administrate prin interviu și prin extragerea informațiilor relevante din baza de date națională SIME TB. Această etapă a fost esențială pentru obținerea unor date precise și relevante.

Prelucrare a datelor: Datele colectate au fost verificate, validate și codificate pentru a asigura acuratețea și consistența acestora. Acest proces a inclus identificarea și corectarea eventualelor erori sau omisiuni.

Interpretare: În această etapă, datele au fost supuse analizei statistice, iar rezultatele obținute au fost discutate. Pe baza analizei, au fost formulate concluzii și elaborate recomandări.

Scopul studiului

Analiza cheltuielilor catastrofale asociate tratamentului tuberculozei sensibile și rezistente cu care se confruntă gospodăriile din Republica Moldova afectate de această boală.w

Obiectivele studiului

1. Descrierea multidimensională a profilului pacientului cu tuberculoză (sensibilă și rezistentă) din aspecte socio-demografice, epidemiologice și clinice
2. Analiza percepțiilor pacienților cu tuberculoză (sensibilă și rezistentă) asupra nevoilor lor și a procesului de reluare a vieții obișnuite după recuperarea de la boală de tuberculoză
3. Descrierea cheltuielilor indirecte asociate tuberculozei sensibile și rezistente suportate de gospodăriile (familiile) pacienților afectați de această boală
4. Descrierea cheltuielilor directe asociate tuberculozei sensibile și rezistente suportate de gospodăriile (familiile) pacienților afectați de această boală
5. Determinarea proporției gospodăriilor (familiile) pacienților cu tuberculoză care se confruntă cu cheltuieli catastrofale asociate tuberculozei sensibile și rezistente

6. Evaluarea factorilor de risc asociați cheltuielilor catastrofale suportate de gospodăriile (familiile) pacienților cu tuberculoză sensibilă și rezistentă

Design-ul studiului

Prezentul studiu este un studiu prospectiv, de cohortă, și se bazează pe un model transversal. Cercetarea a fost desfășurată pe parcursul perioadei cuprinse între septembrie 2023 și decembrie 2024.

Volumul eșantionului

În cadrul studiului au fost recrutați toți pacienții care au corespuns criteriilor de eligibilitate. Populația studiului a cuprins două eșantioane: pentru TB sensibilă și pentru TB rezistentă

Pentru determinarea volumului eșantioanelor de studiu (TB sensibilă și TB rezistentă) s-a aplicat probabilitatea de garantare a rezultatelor (Interval de Încredere) de 95% cu o eroarea maxima admisa (EMA) de 5%. Drept reper a servit numărul de pacienți adulți (vârsta mai mare de 18 ani) notificați (caz nou sau caz recurent) în anul 2022 și care au inițiat tratamentul pentru TB sensibilă și TB rezistentă, respectiv, sectorul civil, malul drept al râului Nistru.

Tabelul 1. Volumul eșantionului inclus în studiu, tuberculoza sensibilă și rezistentă

Denumire	TB sensibilă	TB rezistentă
Nr. cazuri noi și recidive notificate care au inițiat tratamentul	1442	266
Volumul eșantionului calculat (ÎÎ-95%; EMA-5%)	304	158
+10% (admiterea valorilor de non-răspuns)	30	16
Volumul eșantionului final	334 sau ~333	174 sau ~180

Volumul eșantionului, tuberculoza sensibilă

Volumul eșantionului final a cuprins 330 pacienți cu TB sensibilă care au respectat criteriile de includere și de excludere pentru studiu. Pe parcursul desfășurării studiului, trei pacienți au fost reclasificați în eșantionul TB rezistente din cauza modificării profilului lor de rezistență.

Criterii de includere:

- 1. Pacient notificat caz nou sau caz recurent
- 2. Pacient notificat cu TB sensibilă și care a inițiat tratamentul pentru TB sensibilă
 - a. a urmat cel puțin 2 luni tratamentul în faza inițială
 - b. a urmat cel puțin 2 luni tratamentul în faza de continuare
 - c. a urmat tratamentul și a avut un rezultat favorabil, stabilit cel puțin 2 luni în urmă

3. Adult, vârsta ≥ 18 ani la momentul inițierii tratamentului pentru TB sensibilă
4. Abilitat psihic pentru a oferi un interviu structurat în baza chestionarului
5. Consimțământ informat pentru participare în cadrul studiului semnat

Criterii de excludere:

1. Pacient notificat cu TB sensibilă care nu a inițiat tratamentul pentru TB sensibilă
2. Pacient notificat cu TB sensibilă pentru alte tipuri de re-tratament (altele decât cazurile recurente)
3. Pacient notificat cu TB sensibilă în sistemul penitenciar și regiunea de est a țării

Volumul eșantionului, tuberculoza rezistentă

Volumul eșantionului a cuprins 183 de pacienți cu TB rezistentă care au respectat criteriile de includere și de excludere pentru studiu. Pe parcursul desfășurării studiului, trei pacienți au fost reclasificați din eșantionul TB sensibilă din cauza modificării profilului lor de rezistență

Criterii de includere:

1. Pacient notificat caz nou sau caz recurent
2. Pacient notificat cu MDR/RR-TB și care a inițiat tratamentul pentru MDR/RR-TB
 - a. a urmat tratamentul cel puțin 2 luni în faza inițială
 - b. a urmat tratamentul cel puțin 2 luni în faza de continuare
 - c. a urmat tratamentul și are un rezultat favorabil, stabilit cel puțin de 2 luni în urmă
3. Adult, vârsta ≥ 18 ani la momentul inițierii tratamentului pentru TB rezistentă
4. Abilitat psihic pentru a oferi un interviu structurat în baza chestionarului
5. Consimțământ informat pentru participare în cadrul studiului semnat

Criterii de excludere:

1. Pacient notificat cu MDR/RR-TB care nu au inițiat tratamentul pentru MDR/RR-TB
2. Pacient cu MDR/RR-TB pentru alte tipuri de re-tratament (altele decât cazurile recurente)
3. Pacient notificat cu MDR/RR-TB în sistemul penitenciar și regiunea de est a țării

Potențialii respondenți eligibili au fost selectați pentru participare în studiu și recrutați prin intermediul instituțiilor responsabile de evidența și tratamentul pacienților cu TB. O parte dintre aceștia au fost excluși înainte sau după interviu din anumite motive.

Recrutarea respondenților

Din baza de date nominală a cazurilor de tuberculoză SIME TB au fost extrase listele pacienților care corespund criteriilor de eligibilitate. După extragere, pentru fiecare persoană a fost creat

un identificator unic anonim, care nu a permis identificarea directă sau indirectă a persoanei. Acest identificator unic anonim a fost folosit pentru codificarea instrumentelor de colectare a datelor.

Recrutarea respondenților a respectat principiile de eșantionare și sub-eșantionare.

Pentru eșantionul pacienților cu TB sensibilă s-a aplicat extragerea aleatorie a eșantionului utilizând instrumente statistice specializate în baza listelor extrase din SIME TB, respectându-se criteriile de sub-eșantionare. Astfel, urmare a respectării eligibilității, dar și a principiilor de intervievare, eșantionul final pentru TB sensibilă a constituit – 330 respondenți, format pentru:

- etapa inițială de tratament (faza intensivă) - 109 pacienți care la momentul interviului aveau cel puțin 2 luni de la inițierea tratamentului pentru TB; au fost recrutați toți pacienții eligibili care au inițiat în perioada septembrie – octombrie 2023 tratamentul pentru TB sensibilă;
- etapa de continuare - 111 pacienți care la momentul interviului aveau cel puțin 2 luni de tratament TB la etapa de continuare. S-au recrutat toți pacienții eligibili care au inițiat tratamentul pentru TB sensibilă în perioada iunie-iulie 2023;
- etapa post-tratament (după finalizarea tratamentului pentru TB) - 110 pacienți care la momentul interviului aveau cel puțin 2 luni de la finalizarea tratamentului pentru TB sensibilă. Au fost recrutați toți pacienții eligibili care au inițiat tratamentul pentru TB sensibilă și l-au finalizat, în perioada septembrie – octombrie 2023.

Pentru eșantionul TB rezistentă s-a aplicat extragerea aleatorie a eșantionului utilizând instrumente statistice specializate în baza listelor extrase din SIME TB, respectând criteriile de sub-eșantionare. Astfel, urmare a respectării eligibilității, dar și a principiilor de intervievare, eșantionul final pentru MDR/RR-TB a constituit – 183 de respondenți, format pentru:

- etapa inițială de tratament (faza intensivă) - 62 pacienți care la momentul interviului aveau cel puțin 2 luni de la inițierea tratamentului pentru MDR/RR-TB; au fost recrutați toți pacienții eligibili care au inițiat tratamentul pentru MDR/RR-TB în perioada august – octombrie 2023;
- etapa de continuare - 60 pacienți care la momentul interviului aveau cel puțin 2 luni de tratament pentru MDR/RR-TB la etapa de continuare. S-au recrutat toți pacienții eligibili care au inițiat tratamentul pentru MDR/RR-TB în perioada aprilie - iunie 2023;
- etapa post-tratament (după finalizarea tratamentului pentru TB) – 61 pacienți care la momentul interviului aveau cel puțin 2 luni de la finalizarea tratamentului pentru MDR/RR-TB. Au fost recrutați toți pacienții eligibili care au inițiat tratamentul pentru MDR/RR-TB și l-au finalizat, în perioada august – octombrie 2023.

Colectarea și prelucrarea datelor

Etapele de colectare a datelor au cuprins: extragerea listei cazurilor cu TB din baza de date SIME TB și anchetarea (interviu standard bazat pe chestionar). După extragerea datelor nominale pentru fiecare persoană a fost creat un identificator unic anonim care a fost folosit pentru codificarea instrumentelor de anchetare.

Studiul s-a bazat pe interviuri standardizate, utilizând chestionare și consimțământul informat pentru participanți. Au fost folosite trei tipuri de chestionare: două pentru perioada de tratament (inițială și de continuare) și unul pentru perioada după finalizarea tratamentului (post-tratament). Chestionarele au fost elaborate pe baza unei revizui a literaturii de specialitate, a studiilor de domeniu realizate la nivel național și internațional, precum și a recomandărilor și ghidurilor OMS [6,22,23]

Chestionarele au fost elaborate în două limbi: română și rusă. Acestea au fost pre-testate pe un număr de 2-3 respondenți (per fiecare etapă) și ajustate în baza rezultatelor pre-testării. Întrebările din chestionare au fost grupate în compartimente (caracteristici socio-demografice; deprinderi nocive; diagnosticul și tratamentul TB; cunoștințe și atitudini față de TB; gradul de încredere în asistența medicală; percepții și opinii; nivel de trai) și au conținut răspunsuri unice, multiple și complexe.

Chestionarea respondenților a fost realizată de interviuatori instruiți în prealabil pentru interviu, colectarea datelor și păstrarea confidențialității. Înainte de completarea chestionarului, a fost obținut consimțământul informat în scris al respondentului. Intervievarea s-a desfășurat în limba preferată de respondent. Chestionarul a fost completat de interviuator în timpul interviului, fără prezența unei terțe persoane, respectând principiile de confidențialitate. După chestionare, respondentul a fost remunerat cu un pachet igienic/alimentar. Chestionarea respondenților s-a desfășurat în perioada noiembrie 2023 – aprilie 2024.

Pe parcursul desfășurării interviurilor, chestionarele codificate au fost centralizate la nivel național (IFP, departamentul de monitorizare și evaluare a PNRT) unde au fost supuse verificărilor, validărilor consistenței de completare și procesate pentru analiză.

Pentru procesarea datelor s-a utilizat o aplicație elaborată în acest scop. La introducerea chestionarelor rezultatele obținute au fost suprapuse, evitând-se astfel erorile de introducere. Analiza datelor a fost efectuată cu ajutorul „Programului de analiză statistică SPSS (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp)”. Calitatea datelor a fost asigurată prin: verificarea și validarea vizuală a datelor din chestionarele completate, validarea automatizată a unor erori de logică la introducerea datelor, inclusiv permiterea introducerii doar a valorilor admisibile, asigurarea automată a trecerilor, impunerea introducerii unor poziții obligatorii. Programul de analiza a permis gruparea materialului obținut prin metodele de grupare – simplă, complexă și repetată, iar în funcție de felul semnelor de evidentă s-a efectuat gruparea tipologică (incluzând semnele calitative) și cea variațională (gruparea semnelor cantitative, exprimate prin cifre) în formă tabelară.

Metodologia de analiză

Analiza statistică

Analiza statistică a datelor a presupus: variabilele continue au fost exprimate ca medie cu deviația standard (DS) sau mediană, iar variabilele categoriale au fost prezentate sub formă de frecvențe. Pentru compararea valorilor medii și a medianelor a fost aplicat testul t Student, testul ANOVA sau testul Mann–Whitney U în funcție de numărul grupurilor analizate. Compararea frecvențelor a fost realizată folosind testul chi-pătrat (χ^2) și testul exact al lui Fisher (dacă grupul avea mai puțin de 30 de subiecți). Pentru determinarea legăturii dintre cheltuielile catastrofale asociate TB și factorii determinanți, s-a utilizat raportul șanselor (Odds Ratio, OR). Interpretarea valorilor raportului de șansă a fost următoarea: OR=1 indică lipsa asocierii între expunere și fenomen; OR>1 sugerează că expunerea reprezintă un factor de risc pentru apariția fenomenului; OR<1 indică faptul că expunerea are un efect protector asupra fenomenului. Interpretarea rezultatelor obținute s-a bazat pe semnificația statistică ($p<0.05$) la un interval de încredere de 95%. Valoare $p<0.05$ a fost considerată semnificativă.

Analiza cheltuielilor

Fiecare respondent a fost interviuat o singură dată, raportând cheltuielile asociate TB respective perioadei interviului. Cei intervieuați în faza inițială de tratament au furnizat date referitoare la etapa de diagnostic și primele luni de tratament. Cei intervieuați în perioada de continuare au raportat costuri pentru perioada respectivă de tratament. În final, cei intervieuați după finalizarea tratamentului au oferit informații atât pentru ultimele luni de tratament (perioada de continuare), cât și pentru primele luni după finalizarea tratamentului pentru TB. În analiza datelor referitoare la cheltuielile (indirecte și directe) au fost incluse doar cazurile în care pacienții au finalizat tratamentul pentru TB și aveau un rezultat de tratament.

Definiții și interpretări folosite pentru calcule și analiză:

Venitul respondentului și al gospodăriei - exprimă venitul în valoare bănească raportat de respondent. Respondentul a indicat atât venitul său personal, cât și pe cel al gospodăriei.

Plăți de bunăstare (indemnizație pentru incapacitatea temporară de muncă și suportul motivațional).

- Quantumul indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă cauzată de TB, este de 100%
- Suport motivațional - suport, în valoare bănească oferit în scopul aderenței la tratament pacientului cu TB care urmează tratamentul pentru această boală în condiții de ambulator.

Venitul total al gospodăriei - suma veniturilor salariale, venituri din alte activități, venituri din toate alte surse pentru toți membrii gospodăriei, inclusiv plățile de bunăstare.

Cheltuieli indirecte – cheltuielile indirecte (sau veniturile pierdute) au fost estimate în baza veniturilor auto-raportate (atât a venitului respondentului, cât și cel al gospodăriei, până la inițierea tratamentului TB) exprimat în valoarea bănească. Pentru estimări s-a folosit costul unei zile în valoare bănească și numărul de zile în tratament.

Cheltuieli directe – cuprind plățile directe în legătură cu TB. Cheltuielile directe exprimă suma cheltuielilor medicale și nemedicale.

- Cheltuieli directe medicale au inclus plăți formale și informale raportate de respondenți achitate pentru serviciile TB, de la momentul diagnosticării până la finalizarea tratamentului, și au inclus plăți pentru teste, analize, investigații, consultații, medicamente, produse para-farmaceutice.
- Cheltuieli directe nemedicale au inclus plățile suportate suplimentar în perioada accesării serviciilor medicale, de la momentul diagnosticării până la finalizarea tratamentului și au inclus: cheltuieli pentru alimente, diferite utilități, precum articole de igienă sau obiecte personale în perioada de spital, costuri de transport ale respondentului (către unitățile de TB pentru consult medical și ridicarea pastilelor) și ale vizitatorilor din gospodărie (în perioada de spital). Costurile de transport au fost calculate pe baza distanței parcurse până la centrele TB și a numărului de vizite.

Cheltuieli catastrofale - cheltuieli totale suportate de gospodăriile pacienților cu TB în timpul diagnosticării și tratamentului TB, care depășesc pragul de 20% din venitul anual al gospodăriei înainte de TB [6].

Gospodărie casnică - un grup de persoane înrudite sau nu, care trăiesc împreună și au un buget comun sau persoana care locuiește și gospodărește separat și nu aparține altei gospodării. NB: în raport s-a utilizat - gospodărie (familie) - întru înțelegerea corectă a noțiunii de gospodărie expusă în definiție.

Membri ai gospodăriei - persoanele prezente în gospodărie sau temporar absente (plecate în alte localități în vacanță, la rude, internate în spital etc.). Nu se consideră drept membru al gospodăriei oaspeții, persoanele angajate temporar în gospodărie, persoanele care locuiesc cu chirie și au un buget separat.

Nivelul de bunăstare se referă la standardul de viață cumulativ al unei gospodării. Acesta este calculat pe baza datelor privind deținerea de către gospodărie a unui set selectat de bunuri, cum ar fi televizoare, biciclete și mașini; caracteristicile locuinței, cum ar fi materialul podelei; tipul sursei de apă potabilă; și facilitățile de toaletă și salubritate. Indicele de bunăstare ia în considerare caracteristicile legate de statutul de bogăție, evitând variabilele care nu sunt relevante și este exprimat în Quintile.

Quintila – una din cele patru valori ce divizează seria de frecvențe în cinci părți egale, astfel încât, primele 20% (quintila I), reprezintă populația cu indice de bunăstare scăzut (gospodării cele mai sărace) iar ultimele 20% (quintila V) – cu indice de bunăstare înalt (gospodării cele mai bogate).

Gospodării aflate în sărăcie – conform Băncii Mondiale pragul internațional al sărăciei extreme este stabilit la 2.15 USD per persoană/per zi [24]. La calcularea acestui indice, s-a ținut cont

de rata Băncii Naționale a Moldovei din 01/02/2024¹ (întrebările/răspunsurile în chestionare au fost în valoarea MDL, ulterior convertite în USD)

Definiții de caz, conform OMS [25,26]

- Caz nou de TB - pacientul diagnosticat cu TB pentru prima dată și care nu a primit tratament antituberculos anterior sau a primit tratament pentru mai puțin de o lună
- Caz recurent de TB - pacientul care a fost tratat anterior pentru TB și a fost declarat vindecat sau tratament încheiat, dar ulterior dezvoltă din nou boala
- Confirmat bacteriologic - prezența *Mycobacterium tuberculosis* a fost confirmată prin oricare test de laborator (microscopie, cultură, teste de amplificare a acidului nucleic etc.)
- MDR-TB: Rezistență la cel puțin Rifampicină și Isoniazidă; RR-TB: Rezistență la Rifampicină, cu sau fără rezistență la alte medicamente. În studiu s-a utilizat noțiunea de TB rezistentă și care a inclus cazurile cu MDR-TB și RR-TB
- TB sensibilă: Sensibilitate la Rifampicină

Migrație în anamneză - dacă pacientul s-a aflat peste hotarele țării pentru o perioadă mai mare de 3 luni consecutive în ultimele 12 luni până la stabilirea diagnosticului de TB

Perioada de diagnostic - intervalul de două luni până la confirmarea diagnosticului de TB

Perioada inițială a tratamentului – intervalul primelor două luni de tratament

Perioada de tratament – perioada de la inițiere tratamentului TB și până la finalizarea acestuia

Perioada intermediară și de continuare – perioada după cel puțin două luni de la inițiere tratamentului TB

Perioada după tratament - intervalul de cel puțin două luni după finalizarea tratamentului pentru TB

Considerații etice

Protocolul studiului și instrumentele utilizate în studiu au fost aprobate de către Comitetul Național de Expertiză Etică a Studiului Clinic al Republicii Moldova prin decizia nr. 1597 din 25 octombrie 2023.

¹ <https://bnm.md/ro/content/ratele-de-schimb>: 1 USD = 17.7639 MDL, la data de 01/02/2024

TUBERCULOZA SENSIBILĂ

Caracteristicile generale ale eșantionului

Eșantionul studiului a cuprins 330 de respondenți cu TB sensibilă: 109 respondenți pentru perioada inițială a tratamentului, 111 respondenți pentru faza de continuare și 111 respondenți chestionați după două luni de la finalizarea tratamentului.

Reprezentativitate

Eșantionul de studiu, format din 330 de respondenți cu TB sensibilă a fost analizat în funcție de parametrii demografici (sex, mediul de reședință, vârsta) pentru a determina reprezentativitatea în raport cu datele statistice de rutină (1396). Rezultatele au demonstrat că profilul pacientului din eșantionul studiat reflectă fidel profilul pacientului cu TB sensibilă din Republica Moldova ($p > 0.05$, Tabelul 2).

Tabelul 2. Reprezentativitatea eșantionului de studiu în raport cu cazurile de tuberculoză sensibilă notificate în Republica Moldova în anul 2023, regiunea malul drept al râului Nistru, sectorul civil.

Denumire variabilă	Eșantion studiu, perioada de tratament				Cazuri cu TB sensibilă notificate	Valoarea p
	Inițială	Continuare	Ultimele 2 luni după	Total		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Total	109	111	110	330	1396	
Sex						
Bărbați	79 (72.5)	76 (68.5)	79 (71.8)	234 (70.9)	1054 (75.5)	0.084
Femei	30 (27.5)	35 (31.5)	31 (28.2)	96 (29.1)	342 (24.5)	0.084
Mediu de reședință						
Urban	49 (45.0)	35 (31.5)	39 (35.5)	123 (37.3)	518 (37.1)	0.946
Rural	60 (55.0)	76 (68.5)	71 (64.5)	207 (62.7)	878 (62.9)	0.946

Denumire variabilă	Eșantion studiu, perioada de tratament				Cazuri cu TB sensibilă notificate	Valoarea p
	Inițială	Continuare	Ultimele 2 luni după	Total		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	

Vârsta

18-24 ani	7 (6.4)	2 (1.8)	4 (3.6)	13 (3.9)	48 (3.4)	0.657
25-34 ani	13 (11.9)	18 (16.2)	16 (14.5)	47 (14.2)	202 (14.5)	0.889
35-44 ani	38 (34.9)	29 (26.1)	31 (28.2)	98 (29.7)	386 (27.7)	0.467
45-54 ani	21 (19.3)	25 (22.5)	25 (22.7)	71 (21.5)	326 (23.4)	0.461
≥ 55 ani	30 (27.5)	37 (33.3)	34 (30.9)	101 (30.6)	434 (31.1)	0.859

Caracteristici socio-demografice

Eșantionul de studiu pentru TB sensibilă a fost predominant masculin (76%) și rural (63%). Vârsta medie a respondenților a fost de 47.0 ± 13.9 ani, cu o mediană de 45 ani, variind între 18 și 89 ani. Majoritatea respondenților aveau peste 35 de ani (82%).

În ceea ce privește nivelul de educație, 57% dintre participanți aveau studii medii incomplete. Proporția celor căsătoriți (inclusiv concubinaj) și necăsătoriți (celibatari, văduvi, divorțați) a fost egală (50%). Aproximativ 11% dintre participanți au raportat migrația în anamneză, iar 3.3% au avut detenție în anamneză. Majoritatea gospodăriilor aveau mai puțin de 3 persoane (62.7%), iar 26% dintre respondenți au indicat prezența persoanelor sub 18 ani în gospodărie (Tabelul 3).

Analiza statistică a evidențiat diferențe semnificative doar în cazul migrației ($p=0.028$) între perioadele de tratament, în timp ce nivelul de studii, starea civilă, angajarea în câmpul muncii, detenția în anamneză, numărul de persoane în gospodărie și prezența persoanelor sub 18 ani în gospodărie nu au prezentat variații semnificative ($p>0.05$, Tabelul 3).

Tabelul 3. Caracteristicile socio-demografice a eșantionului de studiu, tuberculoza sensibilă

Denumire variabilă	Total	Perioada de tratament			
		Inițială	Continuare	Ultimele 2 luni (după)	Valoare p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Total	330	109	111	110	
Studii*					0.741
Fără studii/primare	26 (8.8)	6 (5.5)	11 (9.9)	12 (10.9)	
Medii incomplete	186 (56.4)	62 (56.9)	65 (58.6)	59 (53.6)	
Medii (specialitate)	90 (27.3)	31 (28.4)	29 (26.1)	30 (27.3)	
Superioare	25 (7.6)	10 (9.2)	6 (5.4)	9 (8.2)	
Angajat în câmpul muncii*					0.345
Angajat	128 (38.8)	46 (42.2)	38 (34.2)	44 (40.0)	
Auto-angajat	2 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.8)	
Neangajat (șomer)	91 (27.6)	32 (29.4)	31 (27.9)	28 (25.5)	
Altele	109 (33.0)	31 (28.4)	42 (37.8)	36 (32.7)	
Starea civilă*					0.436
Căsătorit	165 (50.0)	50 (45.9)	55 (49.5)	60 (54.5)	
Necăsătorit	165 (50.0)	59 (54.1)	56 (50.5)	50 (45.5)	
Migrație în anamneză					0.028
Da	36 (10.9)	19 (17.4)	9 (8.1)	8 (7.3)	
Nu	294 (89.1)	90 (82.6)	102 (91.9)	102 (92.7)	
Detenție în anamneză					0.672
Da	11 (3.3)	5 (4.6)	3 (2.7)	3 (2.7)	
Nu	319 (96.7)	104 (95.4)	108 (97.3)	107 (97.3)	
Nr. persoane în gospodărie					0.328
<3 persoane	207 (62.7)	74 (67.9)	69 (62.2)	64 (58.2)	
>3 persoane	123 (37.3)	35 (32.1)	42 (37.8)	46 (41.8)	
Prezența persoanelor cu vârsta <18 ani în gospodărie					0.755
Da	85 (25.8)	26 (23.9)	28 (25.2)	31 (28.2)	
Nu	245 (74.2)	83 (76.1)	83 (74.8)	79 (71.8)	

Căsătorit: căsătorit sau concubinaj, necăsătorit: celibatar, văduv, divorțat. Studii: primare (4 clase); medii incomplete – de la 5 la 11 clase, medii (specialitate): 12 clase și medii profesionale; superioare – complete și incomplete; Angajat în câmpul muncii: angajat (funcționar public, conducător sau manager, specialist calificat, specialist necalificat, agricultor); auto-angajat (deținător de patentă sau licență etc.), Șomer (înregistrat sau neînregistrat la oficiul forței de muncă), altele (zilier, elev, student, pensionar, invalid, aflat în concediu de maternitate sau paternitate)

Nivel de bunăstare

Tabelul de mai jos oferă o imagine de ansamblu asupra situației materiale a gospodăriilor, a principalelor categorii de cheltuieli și a nivelului de alimentație în diferite etape: înainte de diagnosticarea TB, pe durata tratamentului și după finalizarea acestuia, conform datelor colectate de la participanții la studiu. Majoritatea gospodăriilor se aflau într-o situație materială precară, un procent semnificativ trăind în sărăcie (34%), iar procentul gospodăriilor foarte sărace a crescut în timpul TB de la 15% la 18%. Alimentația a reprezentat 62% din categoriile de cheltuieli ale gospodăriilor, urmată de întreținerea gospodăriei (32%) și cheltuielile pentru sănătate (5.2%). Gradul de alimentație a variat, aproximativ o treime (28%) considerând-o insuficientă și doar 5.2% foarte bună sau excelentă (Tabelul 4).

Tabelul 4. Nivelul de bunăstare, eșantion de studiu, tuberculoza sensibilă

Denumire variabilă	Total	Până la TB	În timpul TB	După TB	Valoare p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Total	330	109	111	110	
Situația materială a gospodăriei					0.152
Trăiesc în sărăcie	50 (15.2)	16 (14.7)	20 (18.0)	14 (12.7)	
Destul de sărac	62 (18.8)	18 (16.5)	23 (20.7)	21 (19.1)	
Situație nu prea bună	164 (49.7)	50 (45.9)	57 (51.4)	57 (51.8)	
Situație bună	51 (15.5)	22 (20.2)	11 (9.9)	18 (16.4)	
Situație foarte bună	3 (0.9)	3 (2.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Cea mai importanta categorie de cheltuieli*					0.442
Alimentație	201 (61.5)	70 (64.2)	72 (64.9)	59 (55.1)	
Întreținerea gospodăriei	104 (31.8)	34 (31.2)	32 (28.8)	38 (35.5)	
Sănătate	17 (5.2)	4 (3.7)	4 (3.6)	9 (8.4)	
Articole	2 (0.6)	0 (0.0)	1 (0.9)	1 (0.9)	
Altele	3 (0.9)	1 (0.9)	2 (1.8)	0 (0.0)	
Gradul de alimentație					0.117
Insuficient	92 (27.9)	27 (24.8)	40 (36.0)	25 (22.7)	
Suficient	145 (43.9)	48 (44.0)	42 (37.8)	55 (50.0)	
Bun	76 (23.0)	24 (22.0)	27 (24.3)	25 (22.7)	
Foarte bun/excelent	17 (5.2)	9 (8.3)	2 (1.8)	5 (4.5)	

*Sănătate: medicamente, analize medicale, consultații; Articole: îmbrăcăminte, încălțăminte etc.

Tabelul 5 prezintă relația dintre situația materială a gospodăriei autoapreciată de respondenți și indicele de bunăstare a gospodăriei. Analiza arată o relație clară între Indicele de bunăstare și autoaprecierea situației materiale. Gospodăriile cu indici de bunăstare inferiori tind să se perceapă ca fiind în sărăcie sau destul de sărace, în timp ce gospodăriile cu indici de bunăstare superiori au o percepție mai pozitivă asupra situației lor materiale. Astfel, în categoria „cea mai săracă”, 36% dintre respondenți consideră că trăiesc în sărăcie, în timp ce doar 1.5% se consideră într-o situație bună. În categoria „cea mai bogată”, doar 4.5% se consideră că trăiesc în sărăcie, în timp ce 33% se consideră într-o situație bună și 4.5% într-o situație foarte bună. Conform indicelui de bunăstare, în rubrica gospodăria „bogată”, 29% dintre gospodării se consideră într-o situație bună, comparativ cu doar 11% în gospodăria cu indicele de bunăstare „mediu”.

Tabelul 5. Nivel de bunăstare a gospodăriei în raport cu situația materială a gospodăriei, eșantion tuberculoza sensibilă

Situația materială a gospodăriei	Indice de bunăstare a gospodăriei (Quintile)					Total
	Gospodărie cea mai săracă	Gospodărie săracă	Gospodărie cu indice mediu	Gospodărie bogată	Gospodărie cea mai bogată	
Trăiesc în sărăcie	24 (36.4)	11 (16.7)	4 (6.1)	8 (12.1)	3 (4.5)	50 (15.2)
Destul de sărac	19 (28.8)	19 (28.8)	14 (21.2)	6 (9.1)	4 (6.1)	62 (18.8)
Situație nu prea bună	22 (33.3)	34 (51.5)	41 (62.1)	33 (50.0)	34 (51.5)	164 (49.7)
Situație bună	1 (1.5)	2 (3.0)	7 (10.6)	19 (28.8)	22 (33.3)	51 (15.5)
Situație foarte bună	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (4.5)	3 (0.9)
Total	66	66	66	66	66	330

Analiza datelor în conformitate cu pragul internațional al sărăciei extreme (conform Băncii Mondiale), relevă că circa o cincime (23.9%, 79 din 330) dintre gospodării trăiau în sărăcie până la povara bolii de TB. Procentul acestora a crescut la 29.4% (97 din 330) în perioada inițială a tratamentului și a rămas relativ constant la 28.8% (95 din 330) în perioada de continuare a tratamentului (Figura 1).

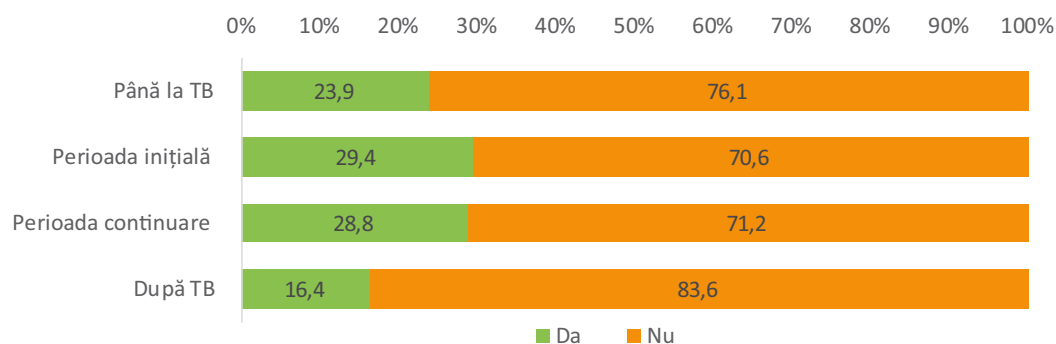


Figura 1. Gospodării aflate în sărăcie, eșantion tuberculoza sensibilă

Documente esențiale: identitate, cetățenie, asigurare

Studiul a evidențiat că 98.2% (324) dintre respondenți dețin buletinul de identitate și cetățenia Republicii Moldova, 37.9% (125) au un pașaport, iar 27.1% (89) posedă carte de muncă. Două persoane (0.6%) dețin buletin provizoriu. Permisul de conducere este deținut de 23.9% (79) dintre participanți. De cetățenia altor țări dispun 3.6% (12) dintre respondenți.

Până la diagnosticul de TB, 188 (57.0%) dintre participanții la studiu au indicat că aveau poliță de asigurare pentru sănătate. Au fost menționate următoarele surse privind deținerea poliței: de la angajator (54), procurate pe cont propriu (14), asigurare gratuită (117) și alte surse (3).

Respondenții care nu dețineau poliță de asigurare medicală (142) au indicat diverse motive pentru această situație. Cel mai frecvent motiv a fost neangajarea în câmpul muncii (56.6%, 81) sau lipsa unui loc de muncă oficial (37.1%, 53). Alte motive au inclus: percepția costului ridicat al asigurării medicale (19.6%, 28), percepția că asigurarea nu este necesară (15.4%, 22) și considerarea asigurării medicale ca fiind una inutilă deoarece oricum plătesc pentru servicii medicale (7.7%, 11). Un procent mai mic, 5.6% (8), lucrează în străinătate și, prin urmare, nu dețin o poliță de asigurare medicală în țară, iar 4.9% (7) nu au oferit vreun răspuns clar de ce nu dețin poliță de asigurare medicală.

Deprinderi nocive

Analiza comportamentelor dăunătoare în rândul respondenților relevă o prevalență considerabilă a fumatului și a consumului de alcool, utilizarea drogurilor fiind mai rară. În ceea ce privește fumatul, 44.8% (148 din 330) dintre respondenți au declarat că fumează în prezent, iar dintre aceștia, 32.4% (48 din 148) fumează între 10 și 20 de țigarete zilnic. Este notabil că 25.7% (85 din 330) dintre respondenți au fumat în trecut, dintre care 34.1% (29 din 85) au renunțat din cauza TB, iar 23.5% (20 din 85) din alte motive.

Consumul de alcool în ultimul an până la stabilirea diagnosticului de TB a fost raportat astfel: 7.6% (25 din 327) au consumat alcool de patru ori pe săptămână sau mai des, 8.9% (29 din 327) de două sau trei ori pe săptămână, 17.1% (56 din 327) de două sau patru ori pe lună. Majoritatea respondenților (45.0%, 147 din 327) au consumat alcool o dată pe lună sau mai rar, în timp ce 21.4% (70 din 327) au indicat că nu au consumat deloc alcool. În timpul tratamentului TB, o treime (30.8%, 99 din 321) dintre respondenți au menționat consumul de alcool, dintre care 13 (13.1%) au consumat alcool de patru ori pe săptămână sau mai des, 26 (26.3%) de două sau trei ori pe săptămână, iar 60 (60.6%) de două sau de patru ori pe lună.

Utilizarea drogurilor injectabile a fost menționată de 2.7% (9) dintre respondenți, dintre care 2 au recurs la aceasta în ultimele 12 luni. Consumul de substanțe neinjectabile a fost indicat de 6.1% (20) dintre participanți, dintre care 1.5% (5) au utilizat astfel de droguri în ultimul an.

Cunoștințe, atitudini și practici privind tuberculoză

În cadrul studiului, participanții (219²) au fost întrebați despre sursa inițială de informare privind boala de TB. În cele mai frecvente cazuri, respondenții au aflat despre TB de la medic, atunci când s-au îmbolnăvit personal (35.6%, 78). În 26.5% (58) din cazuri, respondenții au aflat despre TB din mass-media, inclusiv de la televizor sau radio. Alte surse de informare au inclus de la rude (13.2%, 29), de la medici, atunci când un membru al familiei s-a îmbolnăvit (5.5%, 12) și de la prietenii apropiați care s-au îmbolnăvit de această boală (4.6%, 10). Sursele mai puțin frecvente au fost rețelele de socializare (2.7%, 6) și internetul (4.1%, 9), iar 7.8% (17) dintre respondenți nu și-au amintit sursa de unde au aflat despre TB.

Majoritatea covârșitoare a respondenților (97%) știau că TB este o boală contagioasă. Acest fapt a fost recunoscut de 96% dintre cei chestionați în primele luni de tratament, de 95% dintre cei chestionați în perioada de continuare a tratamentului și de 99% dintre cei care au finalizat tratamentul (Tabelul 6).

Participanții la studiu au demonstrat o înțelegere clară a transmiterii TB prin aer în timpul tusei, această cale fiind menționată în 94% din cazuri, fără diferențe statistic semnificative între răspunsurile oferite pe parcursul tratamentului ($p > 0.05$, Tabelul 6).

Studiul a relevat o diferență statistic semnificativă în percepția transmiterii TB prin strângere de mână. În perioada inițială a tratamentului, 34% dintre participanți credeau în această cale de transmitere, în timp ce după finalizarea tratamentului, doar 13% mai aveau această convingere ($p = 0.009$). În ceea ce privește alte modalități de transmitere, precum transmiterea habituală, prin sânge, prin contacte sexuale și convingerea că TB este o boală congenitală, aceste percepții au persistat în răspunsurile respondenților pe tot parcursul tratamentului, cu mici variații, dar fără semnificație statistică, indicând că percepțiile nu s-au schimbat ($p > 0.05$, Tabelul 6).

Cunoștințele integrate privind căile de transmitere a TB au evidențiat o evoluție semnificativă a nivelului de informare pe parcursul tratamentului. În primele luni de tratament și în perioada de continuare a tratamentului, aproximativ o treime dintre participanți (28% și 30%, respectiv) aveau cunoștințe corecte despre transmiterea TB. După finalizarea tratamentului, această proporție a crescut semnificativ la 50% ($p = 0.001$). În ceea ce privește cunoștințele despre tratabilitatea TB, s-a observat o percepție variabilă pe parcursul tratamentului, fără a se înregistra diferențe statistice semnificative (Tabelul 6).

Întrebările specifice referitoare la practicile gestionării TB, adresate în cadrul studiului au relevat că 98.2% (321 din 327) dintre participanți au dorit să urmeze tratamentul imediat după diagnosticarea TB. O proporție considerabilă, 76.9% (250 din 325), erau conștienți că tratamentul TB este de lungă durată, iar 70.6% (228 din 323) știau că acesta implică administrarea mai multor medicamente. În același timp, 83.7% (272 din 325) din cazuri erau conștienți de necesitatea respectării stricte a regimului prescris, 74.8% (241 din 322) știau despre consecințele nefinalizării tratamentului, iar 65.7% (213 din 324) erau informați despre posibilele reacții adverse ale medicamentelor anti-tuberculoase.

² Perioada inițială și intermediară de tratament

Tabelul 6.Cunoștințe și atitudini privind tuberculoza, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire	Total	Perioada de tratament			Valoarea p
		Inițială	Continuare	Ultimele 2 luni (după)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Total	330	109	111	110	
Contagiozitatea TB					0.261
Da	314 (96.9)	104 (96.3)	103 (95.4)	107 (99.1)	
Nu	10 (3.1)	4 (3.7)	5 (4.6)	1 (0.9)	
Modalități de transmitere TB					
Prin aer în timpul tusei					0.304
Da	296 (94.3)	96 (92.3)	95 (92.2)	105 (98.1)	
Nu	10 (3.2)	5 (4.8)	4 (3.9)	1 (0.9)	
Nu știu	8 (2.4)	3 (2.9)	4 (3.9)	1 (0.9)	
Transmitere habituală					0.400
Da	154 (49.5)	55 (53.9)	59 (57.3)	40 (37.7)	
Nu	145 (46.6)	42 (41.2)	41 (39.8)	62 (58.5)	
Nu știu	12 (3.9)	5 (4.9)	3 (2.9)	4 (3.8)	
Prin sânge					0.290
Da	38 (12.2)	16 (15.7)	13 (12.6)	9 (8.5)	
Nu	240 (77.2)	73 (71.6)	83 (80.6)	84 (79.2)	
Nu știu	33 (10.0)	13 (12.7)	7 (6.8)	13 (12.3)	
Prin strângere de mână					0.009
Da	72 (23.2)	35 (34.3)	23 (22.3)	14 (13.2)	
Nu	227 (73.0)	63 (61.8)	77 (74.8)	87 (82.1)	
Nu știu	12 (3.9)	4 (3.9)	3 (2.9)	5 (4.7)	
Prin contacte sexuale					0.365
Da	25 (8.1)	10 (9.8)	8 (7.8)	7 (6.7)	
Nu	250 (80.6)	76 (74.5)	87 (84.5)	87 (82.9)	
Nu știu	35 (11.3)	16 (15.7)	8 (7.8)	11 (10.5)	
TB este o boală congenitală					0.150
Da	9 (2.9)	6 (5.8)	1 (1.0)	2 (1.9)	
Nu	275 (88.1)	85 (82.5)	95 (92.2)	95 (89.6)	
Nu știu	28 (9.0)	12 (11.7)	7 (6.8)	9 (8.5)	
Cunoștințe integrate despre transmiterea TB					0.001
Corecte	115 (35.9)	30 (28.3)	32 (29.6)	53 (50.0)	
Incorecte	205 (64.1)	76 (71.7)	76 (70.4)	53 (50.0)	
Tuberculoza se tratează					0.547
Da, definitiv	101 (31.5)	36 (33.6)	27 (25.5)	38 (35.2)	
Da, dacă este tratată la timp	166 (51.7)	51 (47.7)	61 (57.5)	54 (50.0)	
Parțial	42 (13.1)	14 (13.1)	14 (13.2)	14 (13.0)	
Nu	12 (3.7)	6 (5.6)	4 (3.8)	2 (1.9)	

Non-răspuns: Contagiozitatea TB (6), Prin aer în timpul tusei (16), transmitere habituală (19), prin sânge (19), prin strângere de mână (19), prin contacte sexuale (20), TB este o boală congenitală (18), Cunoștințe integrate despre transmiterea TB (10) Tuberculoza se tratează (9)

Analiza comportamentelor privind măsurile de prevenire a transmiterii bolii a arătat că, din momentul în care au aflat că au TB, 82.9% (271 din 327) dintre participanți au folosit batista personală când tușeau sau strănutau, 82.2% (268 din 326) au încercat să reducă contactul cu persoanele din jur, 65.7% (215 din 327) au utilizat veselă separată și 61.5% (201 din 327) au locuit separat de ceilalți membri ai familiei.

Adresabilitate și diagnostic

Tusea persistentă (durată medie (DM) de 3.9 săptămâni) a fost cel mai frecvent simptom, specificat de 63.2% (139) dintre respondenți (220³). Slăbiciunea și oboseala nemotivată (DM 3.2 săptămâni) au fost experimentate în 66.8% (147) cazuri, transpirațiile nocturne (DM 3.0 săptămâni) în 51.4% (113) cazuri, iar pierderea în greutate (DM 3.8 săptămâni) în 51.8% (114) cazuri dintre participanți. Simptome precum lipsa poftei de mâncare (DM 3.4 săptămâni), durerile în piept (DM 3.0 săptămâni) și febra (DM 2.7 săptămâni) au fost menționate în 48.2% (106), 31.8% (70) și, respectiv, 26.9% (59) cazuri. Șuvițele de sânge în spută au fost rare, fiind raportate de 5.5% (12) dintre respondenți, cu o durată medie de 1.5 săptămâni. Hemoragia a fost menționată de un singur respondent, iar 6.7% (22) dintre participanți au indicat că nu au avut simptome.

Solicitarea asistenței medicale a fost determinată în principal de tusea persistentă, raportată de 61.4% (121) dintre respondenți (197⁴). Alte simptome semnificative care au condus la solicitarea ajutorului medical au inclus slăbiciunea și oboseala nemotivată, menționate de 54.8% (108) dintre participanți, precum și transpirațiile nocturne și pierderea în greutate, fiecare raportate în 36.58% (72) cazuri. Lipsa poftei de mâncare a fost un alt simptom comun, raportat de 35.0% (69) dintre respondenți. Durerile în piept și febra au fost, de asemenea, motive frecvente pentru solicitarea asistenței medicale, fiind raportate de 26.9% (53) și, respectiv, 25.9% (51) dintre respondenți. Șuvițele de sânge în spută sau hemoragiile au fost motive de adresare la medic în 6.6% (13) și 1.5% (3) cazuri. În plus, 12.7% (25) dintre respondenți au indicat alte motive necaracteristice TB, dar care au servit drept motiv de adresare la medic.

La apariția simptomelor caracteristice TB doar o cincime (20.0%; 39) dintre respondenți (195⁵) le-au recunoscut drept simptomele TB și au apelat imediat la medic. Aproximativ jumătate (49.2%; 96) dintre participanți au considerat că este o tuse obișnuită care va trece de la sine, iar circa o pătrime (26.7%; 52) au contactat un careva medic, dar au luat medicamente pentru răceală. În 8.2% (16) cazuri, respondenți au crezut că simptomele sunt asociate cu COVID-19 și vor trece de la sine, iar în 6.7% (13) cazuri, aceștia s-au speriat că ar putea fi TB și nu au spus nimănui.

În 2.1% (7 din 330) dintre cazuri, TB a fost diagnosticată în timpul examenelor de screening.

Studiul a evidențiat diferite intervalele de timp dintre apariția primelor simptome și solicitarea asistenței medicale în rândul participanților (n=197⁶). Astfel, 17.8% (35) dintre respondenți au solicitat asistență medicală în mai puțin de o săptămână, în timp ce 19.8% (39) au făcut

³ Perioada inițială și perioada intermediară, răspunsuri valide

⁴ Perioada inițială și perioada intermediară, răspunsuri valide

⁵ Perioada inițială și perioada intermediară, răspunsuri valide

⁶ Perioada inițială și perioada intermediară, răspunsuri valide

acest lucru în intervalul de 1-2 săptămâni. În 23.4% (46) cazuri, respondenții au apelat la medic în timp de 2-3 săptămâni, iar 39.1% (77) dintre respondenți au așteptat mai mult de 3 săptămâni înainte de a se adresa unui medic. Participanții care au solicitat asistență medicală după mai mult de trei săptămâni (77) au invocat diverse motive pentru această întârziere, precum lipsa banilor (46.7%, 36), frica de investigații (22.1%, 17), lipsa de timp (18.2%, 14), dar și neîncrederea în medici (2.6%, 2).

A fost observat că 46.3% (101) dintre respondenți (218⁷) s-au adresat medicului ftiziopneumolog la recomandarea medicului de familie, în timp ce 14.2% (31) au fost îndrumați de alți lucrători medicali. De asemenea, 8.3% (18) dintre respondenți au fost sfătuiți de membri ai familiei să consulte un medic ftiziopneumolog. Aproximativ o cincime dintre participanți (19.3%, 42) au decis să consulte un specialist din proprie inițiativă, iar 11.8% (26) au fost sfătuiți de un prieten sau rudă.

Un aspect important evidențiat de studiu este tendința unor pacienți de a urma la propria inițiativă tratamente medicamentoase nespecifice pentru TB la domiciliu, înainte de confirmarea diagnosticului. Conform datelor, 17.4% dintre participanți (19 din 109⁸) au recurs la astfel de tratamente la recomandarea farmacistului, rudelor sau prietenilor, de la apariția primelor simptome până la confirmarea diagnosticului.

Analiza a vizat inclusiv și intervalele de timp dintre finalizarea investigațiilor specifice TB și comunicarea diagnosticului respondenților (109⁹). Majoritatea, respectiv 66.1% (72), au primit informația despre diagnostic în 1-3 zile. În 22.0% (24) cazuri, diagnosticul a fost comunicat în 4-7 zile, iar în 5.5% (6) cazuri, în 1-2 săptămâni, în timp ce 6.5% (7) dintre respondenți au așteptat 3 săptămâni sau mai mult pentru a-și afla diagnosticul.

Din totalul de 330 respondenți, 3.3% (11) au optat pentru serviciile unei clinici private. S-au adresat la clinici private pentru servicii de diagnostic în 8.3% (9 din 109¹⁰) cazuri și pentru servicii medicale în perioada de tratament în 1.8% (2 din 111¹¹) cazuri. Valoarea $p=0.002$ sugerează că respondenții au fost mai predispuși să se adreseze la clinici private pentru serviciile de diagnostic.

Referitor la accesarea serviciilor de urgență, majoritatea respondenților nu au avut nevoie de intervenții medicale urgente în perioada de la diagnostic până la finalizarea tratamentului. Din cei 330 de respondenți, doar 6 persoane (1.8%) au declarat că au apelat la serviciile de urgență, accesându-le în perioada diagnosticării sau în cele inițiale a tratamentului.

Aproximativ o cincime dintre participanții la studiu (21,8%, 72 din 330) au fost referiți la Consiliul pentru determinarea dizabilității și capacității de muncă. Majoritatea (75%, 54 din 72) dintre cei referiți la Consiliu au fost trimiși din cauza TB. În 15,3% din cazuri (11 din 72), referirea a fost din cauza altor boli, iar în 9,7% din cazuri (7 din 72), pacienții au fost referiți atât din cauza TB, cât și din cauza altor boli. Dintre cei referiți, două treimi (66.7%, 48 din 72) au primit un grad de dizabilitate în legătură cu TB.

⁷ Perioada inițială și intermediară de tratament, răspunsuri valide

⁸ Perioada inițială de tratament, răspunsuri valide

⁹ Perioada inițială de tratament, răspunsuri valide

¹⁰ Perioada inițială de tratament

¹¹ Perioada de tratament (ultimele 2 luni), răspunsuri valide

Majoritatea (85.4%, 41), dintre cei care au primit un grad de dizabilitate au fost clasificați cu gradul II (accentuată), un respondent (2.1%) a primit gradul I de dizabilitate, indicând o dizabilitate severă, cinci respondenți (10.4%) au primit gradul III de dizabilitate, indicând o dizabilitate de nivel mediu. Un (2.1%) respondent nu a oferit vreun răspuns.

Caracteristici epidemiologice și clinice

Tabelul 7 oferă o imagine detaliată a caracteristicilor epidemiologice și clinice ale participanților la studiu. Din totalul de 330 de respondenți, marea majoritate (81%) au fost cazuri noi. În ceea ce privește localizarea bolii, majoritatea (92%) au avut TB pulmonară, iar confirmarea bacteriologică a fost obținută la 68% dintre participanți. Toți respondenții au urmat un regim de tratament lung, fără cazuri tratate cu regim scurt. Spitalizarea a fost necesară pentru 81.5% dintre pacienți. În plus, 8.5% dintre respondenți au provenit din focare de infecție, iar în 6.5% cazuri cineva din familie a suferit de TB în perioada ultimilor 2 ani, inclusiv la momentul interviului.

Tabelul 7. Profilul epidemiologic și clinic, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire	n (%)
Total	330
Tip caz	
Caz nou	268 (81.2)
Recurent	62 (18.8)
Regim de tratament	
Scurt	0 (0.0)
Lung	330 (100)
Localizarea bolii	
Pulmonară	305 (92.4)
Extra pulmonară	25 (7.6)
Confirmat bacteriologic	
Da	225 (68.2)
Nu	105 (31.8)
Spitalizat	
Da	269 (81.5)
Nu	61 (18.5)
Provine din focar	
Da	28 (8.5)
Nu	302 (91.5)
TB în gospodărie, ultimii 2 ani	
Da	21 (6.5)
Nu	304 (92.1)

Non-răspuns: TB în gospodărie, ultimii 2 ani (5)

Aderența la tratamentul pentru tuberculoză

În cadrul studiului au fost evidențiate variații între perioadele de începere a tratamentului specific pentru TB. Astfel, într-un interval de 1-3 zile după diagnosticare au inițiat tratamentul specific 73.4% (80) dintre participanții la studiu (109¹²). Circa o cincime (19.3%, 21) l-au inițiat în decurs de o săptămână, 5.5% (6) în decurs de două săptămâni, iar 1.8% (2) în decurs de trei săptămâni.

Sursele de obținere a pastilelor pentru TB au variat în funcție de locul de tratament (staționar sau ambulator) și de modalitatea de administrare a tratamentului (DOT sau VST), așa cum este detaliat în Tabelul 8. În același context, respondenții au fost întrebați să identifice sursa cea mai frecvent utilizată pentru obținerea pastilelor. În staționar, pastilele erau în cele mai frecvente cazuri aduse zilnic în salon de către personalul medical, fapt menționat de 78% dintre respondenții. În condiții de ambulator, în cele mai dese cazuri, respondenții își ridicau personal pastilele din cabinetul de proceduri de la punctul medical, fapt indicat de 73% dintre respondenții care au urmat DOT și 69% dintre cei care au urmat VST (Tabelul 8).

În ceea ce privește frecvența ridicării pastilelor pentru tratamentul TB în regim de ambulator prin DOT, respondenții (312) au specificat următoarele frecvențe: 69.9% (218) au ridicat pastilele de 5-7 ori pe săptămână, 5.1% (16) de 3-4 ori pe săptămână, 3.2% (10) de 1-2 ori pe săptămână, 9.9% (31) de 2-3 ori pe lună, 4.2% (13) o dată pe lună sau mai rar, iar 7.7% (24) nu au indicat frecvența. În cazul administrării tratamentului prin (VST, n=48), frecvența ridicării pastilelor a variat între 7 și 30 de zile (DM 14.5±7.6 zile).

Prezentul studiu a relevat că personalul medical a solicitat unor respondenți să aducă pastilele pentru TB la punctul medical din sat, de la cabinetul de ftiziopneumologie din raion. Despre acest aspect au menționat 8.9% (28 din 312) dintre respondenții care au urmat tratamentul DOT în regim de ambulator. Solicitățile au fost lunare pentru 17 respondenți, de fiecare dată când se deplasau la cabinet pentru 7 dintre ei, iar 3 nu au specificat frecvența.

Tabelul 8. Surse de obținere a pastilelor anti-tuberculoase, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire	Staționar DOT, n (%)	Ambulator	
		DOT, n (%)	VST, n (%)
Total	85	312	48
Personalul medical aducea zilnic pastilele în salon (staționar), acasă (ambulator) pentru administrare	73 (85.9) 66 (77.6)*	8 (2.6)	4 (8.3)
Mergea cineva dintre cunoscuți (rude, prieteni, etc.) la punctul medical și le aducea acasă (ambulator)	-	1 (0.3)	3 (6.3)
Lua pastilele de la postul asistentului medical și le administra singur în salon (staționar)	16 (18.8)	-	-
Personalul medical i le dădea pentru câteva zile ca acesta să le administreze singur în salon (staționar)	3 (3.5)	-	-
Administra pastilele în cabinetul de proceduri (staționar), la punctul medical (ambulator)	20 (23.5)	244 (78.2) 228 (73.1)*	-

¹² Eșantion perioada inițială de tratament, răspunsuri valide

Denumire	Staționar DOT, n (%)	Ambulator	
		DOT, n (%)	VST, n (%)
Personalul medical i le dădea pentru 1-2 zile (sâmbăta, duminica) să le administreze acasă	5 (5.9)	178 (57.1)	-
Personalul medical i le dădea pentru 3 și mai multe zile să le administreze acasă	1 (1.2)	35 (11.2)	-
Respondentul le ridica personal de la punctul medical (VST)	-	-	34 (70.8) 33 (68.8)*
Venea cineva de la ONG zilnic și le aducea acasă (ambulator)	-	6 (1.9)	-
Venea cineva de la ONG o dată la câteva zile și mi le aducea acasă (ambulator)	-	22 (7.1)	12 (25.0)

*cea mai frecvență sursă de ridicare a pastilelor; DOT- Directly Observed Treatment, VST- Video Supported Treatment

Staționar DOT (85) – nr. respondenți chestionați în primele două luni de tratament și care au fost spitalizați

Despre faptul dacă erau asistați de către cineva când își administrau pastilele pentru TB, 96.5% (82 din 85¹³) dintre pacienți au menționat că au fost asistați în spital, în timp ce 94.2% (294 din 312) au menționat același lucru pentru tratamentul în ambulator. Astfel, în condiții de ambulator, în cele mai multe cazuri, majoritatea participanților (90.4%, 266) au fost asistați de către asistente medicale, 4.5% (13) de medici, 2.1% (6) de reprezentanți ai ONG-urilor, 1.4% (4) de rude și 1.7% (5) de alte persoane, fără a specifica de către cine.

Participanții la studiu au fost întrebați cât de des erau asistați atunci când își administrau pastilele pentru TB, atât în condiții de spital (82), cât și în condiții de ambulator (294). În spital, 91.5% (75) au menționat că erau asistați întotdeauna, comparativ cu 65.3% (192) în ambulator. Aproape întotdeauna erau asistați 6.1% (5) dintre respondenți în spital și 32.0% (94) în ambulator. Erau asistați în circa jumătate de cazuri, 1.0% (3) dintre respondenți în spital și 1.4% (4) dintre respondenți în ambulator, iar ocazional, 2.4% (2) în spital și 1.4% (4) în ambulator. Respondenții care au urmat tratament prin programul VST (48) au transmis video-urile o dată pe zi (95.8%, 46) sau de două ori pe zi (4.2%, 2).

Pe parcursul tratamentului TB, proporția participanților la studiu care nu au administrat medicamentele specifice din motive non-medicale a fost relativ constantă între etapele tratamentului, fără diferențe semnificative din punct de vedere statistic ($p=0.773$, Tabelul 9).

¹³ Nr. respondenți chestionați în primele două luni de tratament și care au fost spitalizați

Tabelul 9. Neadministrarea pastilelor TB, din motive non-medicale, eşantion tuberculoza sensibilă

Denumire	Perioada de tratament			Valoarea p
	Inițială (n,%)	Intermediară (n,%)	Ultimele 2 luni (n,%)	
Neadministrarea medicamentelor pentru TB				0.773
Da	12 (11.0)	10 (9.0)	13 (11.8)	
Nu	97 (89.0)	101 (91.0)	97 (88.2)	
Total	109	111	110	

Respondenții (n=35, Tabelul 9) au indicat diverse motive non-medicale pentru care nu au administrat medicamentele pentru TB. Cele mai frecvente motive au fost uitarea (37.1%, 13) și consumul de alcool, care a dus la uitarea administrării medicamentelor (34.3%, 12). Unii respondenți au menționat că s-au simțit mai rău (25.7%, 9) sau că au fost plecați de acasă (20.0%, 7). În 14.3% (5) cazuri, respondenții au specificat că nu au avut la ei pastilele sau s-au simțit bine (8.6%, 3) și din acest motiv nu au mai luat pastilele. Un număr mic de respondenți au indicat că nu au putut înghiți pastilele (5.7%, 2) sau că nu au vrut ca cineva să observe că primesc astfel de pastile (5.7%, 2). În același timp, majoritatea (82.9%, 29) dintre respondenții care au menționat că nu au administrat medicamentele pentru TB, au specificat că pe parcursul tratamentului li s-a întâmplat să nu ia medicamentele în zilele de odihnă.

Reacții adverse la medicamentele antituberculoase

În circa jumătate (47.3%, 156 din 330) cazuri, participanții la studiu au menționat că au experimentat cel puțin o reacție adversă la tratament antituberculos. S-au observat diverse reacții adverse pe parcursul tratamentului antituberculos în perioade diferite de tratament: primele două luni, perioada intermediară și ultimele două luni. În primele două luni, grețurile au fost raportate de 33% dintre participanți, dar această proporție a scăzut semnificativ la 16% în ultimele două luni ($p=0.005$). Similar, incidența vărsăturilor a scăzut de la 11% la 2.8% ($p=0.059$), iar diareea de la 12% la 2.8% ($p=0.003$). Durerile gastrice au urmat un trend descendent, de la 24% la 11% ($p=0.022$). Alte reacții adverse, precum durerile hepatice, cefaleea, erupțiile cutanate, reducerea acuității vizuale, diminuarea capacității auditive, mialgiile și/sau artralgiile, simptomele depresive, senzația de somnolență și insomnia, nu au prezentat variații semnificative statistic pe parcursul tratamentului (Tabelul 10).

Tabelul 10. Reacții adverse la medicamentele antituberculoase, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire	Total	Perioada de tratament			Valoarea p
		Inițială	Intermediară	Ultimele 2 luni	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Total		109	111	110	
Grețuri					0.005
Da	74 (22.6)	36 (33.0)	21 (18.9)	17 (15.7)	
Nu	254 (77.4)	73 (67.0)	90 (81.1)	91 (84.3)	
Vomă					0.059
Da	23 (7.0)	12 (11.0)	8 (7.2)	3 (2.8)	
Nu	305 (93.0)	97 (89.0)	103 (92.8)	105 (97.2)	
Diaree					0.003
Da	19 (5.8)	13 (11.9)	3 (2.7)	3 (2.8)	
Nu	310 (94.2)	96 (88.1)	108 (97.3)	106 (97.2)	
Dureri gastrice (stomac)					0.022
Da	54 (16.4)	26 (23.9)	17 (15.3)	11 (10.1)	
Nu	275 (83.6)	83 (76.1)	94 (84.7)	98 (89.9)	
Dureri hepatice					0.536
Da	22 (6.7)	9 (8.3)	8 (7.2)	5 (4.6)	
Nu	307 (93.3)	100 (91.7)	103 (92.8)	104 (95.4)	
Cefalee					0.204
Da	58 (17.6)	25 (22.9)	17 (15.3)	16 (14.7)	
Nu	271 (82.4)	84 (77.1)	94 (84.7)	93 (85.3)	
Erupții cutanate					0.397
Da	19 (5.8)	9 (8.3)	5 (4.5)	5 (4.6)	
Nu	310 (94.2)	100 (91.7)	106 (95.5)	104 (95.4)	
Reducerea acuității vizuale					0.520
Da	28 (8.5)	12 (11.0)	8 (7.2)	8 (7.2)	
Nu	301 (91.5)	97 (89.0)	103 (92.8)	102 (92.8)	
Diminuarea capacității auditive					0.352
Da	12 (3.6)	6 (5.5)	4 (3.6)	2 (1.8)	
Nu	317 (96.4)	103 (94.5)	107 (96.4)	108 (98.2)	
Mialgii și/sau artralгии					0.358
Da	57 (17.3)	23 (21.1)	19 (17.1)	15 (13.6)	
Nu	272 (82.7)	86 (78.9)	92 (82.9)	95 (86.4)	
Prezența simptomelor depresive					0.225
Da	30 (9.1)	14 (12.8)	7 (6.3)	9 (8.2)	
Nu	299 (90.9)	95 (87.2)	104 (93.7)	101 (91.8)	
Senzație de somnolență					0.085
Da	28 (8.5)	14 (12.8)	5 (4.5)	9 (8.2)	
Nu	301 (91.5)	95 (87.2)	106 (95.5)	101 (91.8)	
Insomnie*					0.193
Da	27 (8.2)	12 (11.0)	5 (4.5)	10 (9.1)	
Nu	302 (91.8)	97 (89.0)	106 (95.5)	100 (90.9)	

*non-răspuns: grețuri (2), vomă (2), diaree (1), dureri gastrice (1), dureri hepatice (1), cefalee (1), erupții cutanate (1), reducerea acuității vizuale (1), diminuarea capacității auditive (1), mialgii și/sau artralгии (1), prezența simptomelor depresive (1), senzație de somnolență (1), insomnie (1)

Au menționat că au luat medicamente pentru a-și gestiona reacțiile adverse 39.7% (62/156) dintre participanții la studiu. Dintre aceștia (62), 30.6% (19) au primit medicamentele de la personalul medical în timpul tratamentului în staționar, 14.5% (9), le-au primit de la cabinetul sau punctul medical. Majoritatea, respectiv 56.5% (35) au achiziționat pe cont propriu medicamentele necesare, iar alții 8.1% (5) nu au specificat sursa de unde au obținut medicamentele.

Tuberculoza și condițiile medicale asociate

Participanților la studiu li s-au adresat întrebări referitoare la bolile asociate, dar și alte condiții medicale.

Co-infecția HIV

Dintre cei 330 de participanți la studiu 11.5% (38) au fost cu statutul HIV pozitiv sau aproximativ fiecare al 8-lea respondent avea această coinfecție.

Hepatite virale

În 1.6% (5 din 308) cazuri, respondenții au menționat că au fost diagnosticați cu hepatita A, iar în 5.2% (16 din 306) cazuri cu hepatitele B sau D sau hepatita C.

Diabet zaharat

În rândul participanților la studiu 9.0% (15) au indicat că au fost diagnosticați cu diabet zaharat, ceea ce înseamnă că aproximativ fiecare al 22-lea respondent suferea de această afecțiune.

Alte boli

În același timp, respondenții au menționat și alte boli cronice asociate TB, pe care le aveau la momentul interviului. Jumătate (50.3%, 166 din 330) au raportat că suferă de alte afecțiuni, precum: boli cardiovasculare (21.1%, 35), boli respiratorii (altele decât TB) (14.5%, 24), boli gastrointestinale (11.4%, 19), boli infecțioase, altele decât infecția HIV (10.8%, 18), boli renale (6.6%, 11), traume (6.6%, 11), boli ginecologice (3.6%, 6), hepatite cronice (3.0%, 5), boli oncologice și profesionale (câte 1.2%, 2). În circa o pătrime cazuri (24.7%, 41), respondenții nu își cunosc diagnosticul bolilor de care suferă.

Solicitați să precizeze dacă urmează tratament pentru afecțiuni altele decât TB, aproximativ jumătate (51.4%, 75 din 146) dintre respondenți au răspuns afirmativ. Dintre aceștia, 25.3% (19) au menționat că au primit medicamente pentru tratamentul acestor afecțiuni de la medicul sau asistenta medicală când erau spitalizați, 38.7% (29) le-au primit de la cabinetul sau punctul medical, iar în 44.0% (33) cazuri, aceștia le-au procurat de la farmacie. Cinci (8.0%) dintre respondenți nu au specificat sursa medicamentelor.

Încrederea în serviciile de sănătate

Încrederea participanților la studiu în medicul ftiziopneumolog a fost predominant pozitivă, cu ponderi ridicate de încredere foarte mare și mare pe durata tratamentului. În primele două luni, 62% dintre respondenți au raportat foarte multă încredere, acest procent crescând la 66% în perioada intermediară, dar scăzând la 55% în ultimele două luni de tratament.

Încrederea în medicul de familie a fost, de asemenea, majoritar pozitivă, dar ușor mai scăzută comparativ cu cea în medicul ftiziopneumolog, cu 43% foarte multă încredere în primele două luni, 40% în perioada intermediară și 37% în ultimele două luni (Tabelul 11).

Frecvența cu care respondenții au fost informați despre starea lor de sănătate de către medicul ftiziopneumolog a fost destul de înaltă, peste 95% dintre respondenți fiind informați la fiecare vizită pe parcursul tratamentului (Tabelul 11).

Satisfacția față de serviciile TB a crescut pe parcursul tratamentului, a crescut pe parcursul tratamentului, cu 36% dintre respondenți foarte mulțumiți în primele două luni și 51% în ultimele două luni ale tratamentului. (Tabelul 11).

Tabelul 11. Încrederea în serviciile de sănătate, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire	Total	Perioada de tratament			Valoarea p
		Inițială	Intermediară	Ultimele 2 luni	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Total		109	111	110	
Încrederea în medicul ftiziopneumolog					
Foarte multă	200 (61.0)	67 (61.5)	73 (66.4)	60 (55.0)	0.265
Multă	124 (37.8)	40 (36.7)	36 (32.7)	48 (44.0)	0.222
Puțină	3 (0.9)	2 (1.8)	1 (0.9)	0 (0.0)	-
Foarte puțină/deloc	1 (0.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.9)	-
Încrederea în medicul de familie					
Foarte multă	127 (39.9)	45 (42.9)	44 (40.0)	38 (36.9)	0.564
Multă	157 (49.4)	48 (45.7)	55 (50.0)	54 (52.4)	0.663
Puțină	23 (7.2)	7 (6.7)	7 (6.4)	9 (8.7)	0.829
Foarte puțină/deloc	11 (3.4)	5 (4.8)	4 (3.6)	2 (1.9)	0.512
Frecvența informării despre starea de sănătate de către medicul ftiziopneumolog					
La fiecare vizită (consultație)	39 (97.0)	106 (97.2)	108 (98.2)	105 (95.5)	0.686
Mai rar sau deloc	10 (3.)	3 (2.8)	2 (1.8)	5 (4.5)	0.482
Satisfacția față de serviciile TB la diferite etape de tratament					
Foarte mulțumit	146 (44.2)	39 (35.8)	51 (45.9)	56 (50.9)	0.071
Mulțumit	174 (52.7)	63 (57.8)	58 (52.3)	53 (48.2)	0.291
Moderat mulțumit	6 (1.8)	4 (3.7)	2 (1.8)	0 (0.0)	-
Nemulțumit	4 (1.2)	3 (2.8)	0 (0.0)	1 (0.9)	-

Non-răspuns: Încrederea în medicul ftiziopneumolog (2), Încrederea în medicul de familie (12), Frecvența informării despre starea de sănătate de către medicul ftiziopneumolog (1)

Percepții asupra nevoilor și reluarea vieții obișnuite după boală

Sprijinul și încurajarea din partea familiei, alături de o alimentație mai bogată și de calitate superioară, au fost considerate esențiale de către 63% și, respectiv, 56% dintre respondenți.

Resursele financiare pentru transportul către unitățile medicale TB (31%) și urmarea tratamentului la domiciliu (28%) au fost importante pentru aproximativ o treime dintre participanți. În jur de o cincime dintre respondenți au menționat tratamentul gratuit pentru comorbidități (19%), posibilitatea de a-și întreține familia (20%), ajutorul în gospodărie (18%) și confidențialitatea diagnosticului TB (18%). Alte nevoi menționate în proporții mai mici au inclus posibilitatea de a discuta cu alți pacienți despre boala TB (6.2%), consilierea psihologică (4.0%) și ridicarea pastilelor după orele de serviciu (2.2%). O analiză mai detaliată privind nevoile percepute în diferite etape ale tratamentului este prezentată în Tabelul 12.

Tabelul 12. Percepțiile respondenților asupra nevoilor pentru finalizarea cu succes a tratamentului, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire	Total	Perioada de tratament			
		Inițială	Inter mediară	Ultimele 2 luni	Valoarea p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Total	325	108	110	107	
Sprijinul și încurajarea din partea familiei	203 (62.5)	64 (59.3)	71 (64.5)	68 (63.6)	0.935
Ridicarea pastilelor după orele de serviciu	7 (2.2)	1 (0.9)	4 (3.6)	2 (1.9)	0.399
Acces la consiliere psihologică pentru a discuta despre boală	13 (4.0)	3 (2.8)	3 (2.7)	7 (6.5)	0.290
Resurse financiare pentru transport către unitățile medicale TB	102 (31.4)	27 (25.0)	36 (32.7)	39 (36.4)	0.408
Tratament gratuit pentru comorbidități	60 (18.5)	18 (16.7)	16 (14.5)	26 (24.3)	0.270
O alimentație mai bogată și de calitate superioară	181 (55.7)	63 (58.3)	60 (54.5)	58 (54.2)	0.772
Posibilitatea de a-mi întreține familia în continuare	64 (19.7)	21 (19.4)	23 (20.9)	20 (18.7)	0.930
Confidențialitatea diagnosticului TB față de cunoscuți și colegi	58 (17.8)	18 (16.7)	18 (16.4)	22 (20.6)	0.656
Posibilitatea de a discuta cu alți pacienți despre boala TB	20 (6.2)	5 (4.6)	5 (4.5)	10 (9.3)	0.240
Ajutor în activitățile de gospodărie*	39 (17.9)	19 (26.9)	20 (18.2)	-	1.000
Primirea tratamentului TB la domiciliu*	58 (26.6)	29 (26.9)	29 (26.4)	-	1.000

Non-răspuns (5), *Respondenți chestionați la etapa inițială și intermediară de tratament

Cea mai frecventă dificultate întâmpinată de respondenți în timpul tratamentului TB a fost internarea în spital, menționată în 44% cazuri. Alte provocări semnificative au inclus vizitele zilnice la punctul medical (37%), administrarea medicamentelor conform recomandărilor (33%) și renunțarea la fumat (30%). Inactivitatea (22%), păstrarea confidențialității diagnosticului TB (20%), absența din familie (20%), efectele adverse ale tratamentului specific (16%), abținerea de la alcool (15%) și posibilitatea de a-și întreține familia (16%) au fost, de asemenea, considerate dificile de un număr semnificativ de respondenți. Într-o proporție mai mică (3.2%), respondenții au menționat dificultatea administrării tratamentului în paralel cu continuarea activității profesionale (Tabelul 13).

O analiză detaliată a dificultăților întâmpinate pe parcursul tratamentului, prezentată în Tabelul 13, relevă că principalele provocări întâmpinate de pacienți în timpul tratamentului au fost administrarea medicamentelor conform recomandărilor ($p=0.007$) și efectele adverse ($p=0.029$), ambele prezentând diferențe semnificative statistic între etapele tratamentului.

Tabelul 13. Percepții asupra provocărilor majore în timpul tratamentului pentru tuberculoză, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire	Total	Perioada de tratament			
		Inițială	Inter mediară	Ultimele 2 luni	Valoarea p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Total	322	106	109	107	
Renunțarea la fumat	96 (29.8)	37 (34.9)	32 (29.4)	27 (25.2)	0.302
Abținerea de la consumul de alcool	49 (15.2)	16 (15.1)	20 (18.3)	13 (12.1)	0.447
Administrarea medicamentelor conform recomandărilor	105 (32.6)	31 (29.2)	27 (24.8)	47 (43.9)	0.007
Efectele adverse	51 (15.8)	24 (22.6)	17 (15.6)	10 (9.3)	0.029
Internarea în spital	142 (44.1)	46 (43.4)	42 (38.5)	54 (50.5)	0.207
Absența din mijlocul familiei	63 (19.6)	26 (24.5)	22 (20.2)	15 (14.0)	0.151
Lipsa de activitate	70 (21.7)	28 (26.4)	23 (21.1)	19 (17.8)	0.303
Păstrarea confidențialității diagnosticului față de cunoscuți/colegi	64 (19.9)	21 (19.8)	17 (15.6)	26 (24.3)	0.277
Întreținerea familiei	51 (15.8)	22 (20.8)	19 (17.4)	10 (9.3)	0.064
Vizitarea zilnică a punctului medical*	80 (37.0)	-	41 (37.6)	39 (36.4)	0.971
Administrarea tratamentului și continuarea activității profesionale*	7 (3.2)	-	3 (2.8)	4 (3.7)	0.980

Non-răspuns (8), * Respondenți chestionați la etapa intermediară și după finalizarea tratamentului

După finalizarea tratamentului, viața poate aduce diverse provocări și îngrijorări, iar respondenții au fost rugați să le menționeze pe cele de bază. Cele mai mari preocupări ale pacienților au fost riscul de a se îmbolnăvi din nou, menționat de 66% dintre respondenți, îngrijorarea că tratamentul ar putea să nu fie eficient (48%) și riscul de a transmite boala membrilor familiei (35%). Alte îngrijorări semnificative au inclus teama de refuz în angajare din cauza istoricului de TB (33%) și capacitatea de a-și continua aceeași profesie (23%). Îngrijorările legate de viața după tratament au fost resimțite în mod similar pe parcursul tratamentului, fără a prezenta diferențe statistice semnificative (Tabelul 14).

Tabelul 14. Principalele îngrijorări privind viața după tratament, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire	Total	Perioada de tratament		
		Inițială	Inter mediară	Valoarea p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Total	212*	104	108	
Tratamentul ar putea să nu fie eficient	102 (48.1)	51 (49.0)	51 (47.2)	0.899
Riscul că cunoscuții, colegii pot afla despre mine că am TB	31 (14.6)	16 (15.4)	15 (13.9)	0.909
Refuz în angajare din cauza istoricului de TB	70 (33.0)	38 (36.5)	32 (29.6)	0.355
Capacitatea de a continua aceeași profesie (meserie)	48 (22.6)	26 (25.0)	22 (20.4)	0.521
Riscul de a transmite boala TB membrilor familiei	74 (34.9)	33 (31.7)	41 (38.0)	0.419
Riscul de a mă îmbolnăvi din nou	141 (66.5)	71 (68.3)	70 (64.8)	0.698
Riscul că nu voi putea avea copii	6 (2.8)	4 (3.8)	2 (1.9)	0.644

Non-răspuns (8); *Respondenți chestionați la etapa inițială și intermediară de tratament

Cheltuieli indirecte asociate tuberculozei sensibile

Venitul mediu lunar

Venitul mediu lunar al respondentului a suferit o scădere drastică de la 3493 MDL [IÎ95%: 3174-3811] înainte de diagnostic la 383 MDL [IÎ95%: 282-484] în primele luni de tratament. Deși venitul a crescut la 1763 MDL [IÎ95%: 1488-2037] în perioada de continuare și la 2052 MDL [IÎ95%: 1820-2283] după finalizarea tratamentului, acesta nu a revenit complet la nivelul inițial ($p < 0.001$).

Veniturile medii lunare ale respondenților (329) a variat la diferite etape ale tratamentului. Înainte de diagnostic, 57.4% (189) dintre respondenți aveau venituri între 2001 și 6000 MDL, iar 19.5% (64) între 1001 și 2000 MDL. Procentul respondenților fără venit a crescut de la 8.5% (28) la 28.9% (95) în primele luni de tratament, iar cei cu venituri sub 1000 MDL au

crescut dramatic de la 5.5% (18) la 56.8% (187). În etapa de continuare a tratamentului, 35.6% (117) dintre pacienți nu aveau venituri, iar 35.6% (117) aveau venituri între 1001 și 2000 MDL. După finalizarea tratamentului, 55.6% (183) dintre respondenți aveau venituri între 1001 și 2000 MDL, indicând o recuperare economică, deși 21.6% (71) încă nu aveau venituri. Comparativ, veniturile între 2001 și 6000 MDL au scăzut drastic în primele două luni de tratament (de la 57.4% (189) la 1.8% (6)), dar au crescut ușor în perioada intermediară (20.7% (68)) și după tratament (17.9% (59)). Veniturile peste 6001 MDL au rămas relativ constante, dar la niveluri scăzute (Figura 2).

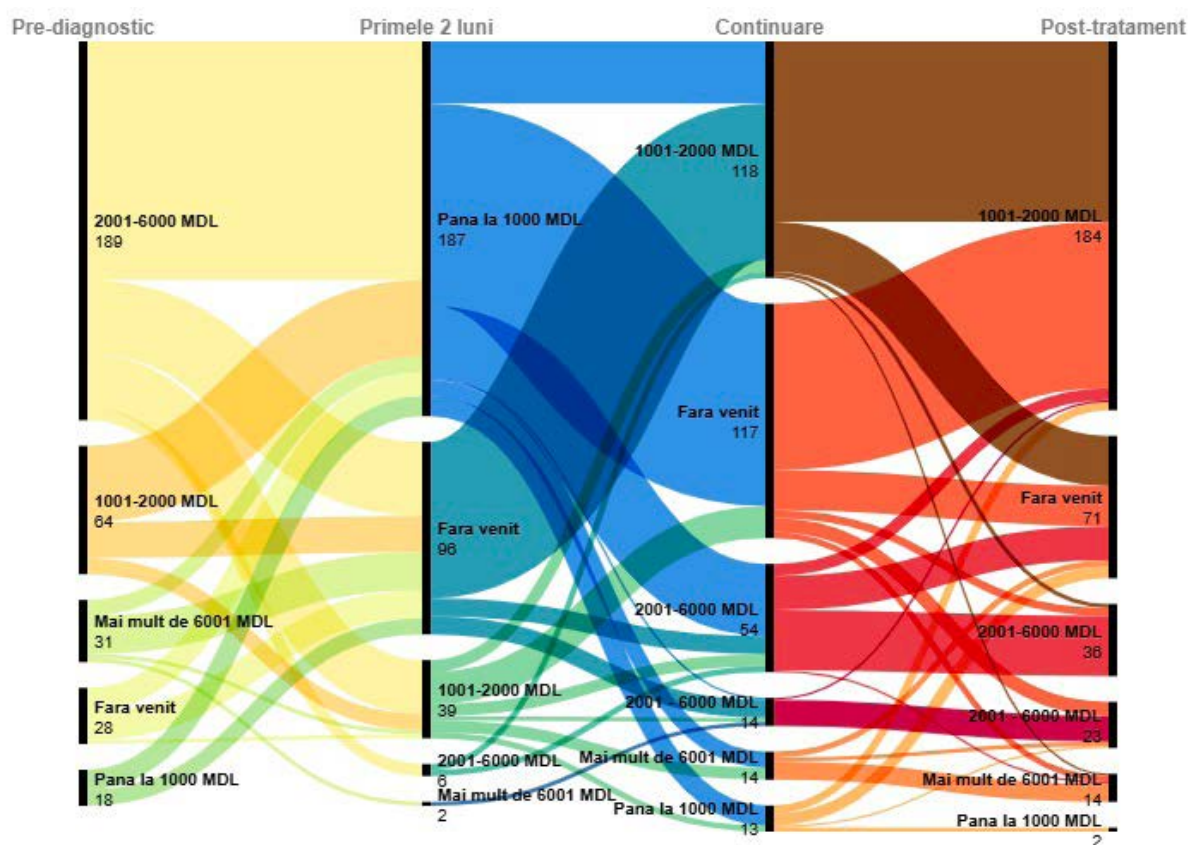


Figura 2. Venitul mediu lunar al respondentului până la diagnosticul de TB, în perioada de tratament și după finalizarea tratamentului, eșantion tuberculoza sensibilă

Post-tratament – primele 2 luni după finalizarea tratamentului TB

Plăți de bunăstare

Plățile de bunăstare, reprezintă un tip de sprijin financiar oferit de către Guvern pentru a asigura bunăstarea economică și socială a cetățenilor. În cadrul prezentului studiu, plățile de bunăstare au inclus: indemnizații pentru incapacitatea temporară de muncă și suportul motivațional pentru aderență la tratamentul TB.

Beneficiari ai indemnizației privind incapacitatea temporară de muncă au fost participanții la studiu care au fost angajați oficial în câmpul muncii. Aceștia au numărat 39% (n=127 din

329¹⁴) dintre respondenți. Valoarea estimată per respondent a format în medie 13 701 MDL [95%II: 11308-16095] pe perioada tratamentului.

Beneficiari ai suportului motivațional, oferit întru menținerea aderenței la tratamentul TB, au fost toți respondenții. Valoarea medie a suportului motivațional per beneficiar pentru toată perioada de tratament a fost estimată la 10 213 MDL [95%II: 9821-10606].

Timpul pierdut

S-a analizat timpul pierdut de către participanții la studiu în accesarea anumitor servicii medicale pentru TB sensibilă de la diagnostic și până la finalizarea tratamentului, cum ar fi investigații, analize, consultații medicale, dar și timpul pierdut pe drum pentru ridicarea pastilelor specifice TB.

În perioada de diagnostic, respondenții au pierdut aproximativ 7 ore și 6 minute - timp pentru investigații, precum și pentru a se deplasa la medici pentru consultul medical. Respondenții au continuat să piardă timp pentru investigații, analize și deplasări la medici, inclusiv și în perioada inițială (aproximativ 8 ore și 48 minute) și în cea de continuare a tratamentului (aproximativ 18 ore și 51 minute). Timpul pierdut pentru ridicarea pastilelor a reprezentat cea mai semnificativă parte, însumând aproximativ 48 ore și 46 minute, echivalentul a 2 zile. Timpul pierdut pentru întreaga perioadă de tratament a fost de aproximativ 76 ore și 28 minute sau 3 zile și 4 ore. În total, timpul pierdut pentru accesarea acestor servicii pe toată perioada de la diagnostic până la finalizarea tratamentului a fost de 83 ore și 34 minute, echivalentul a 3 zile și 11 ore (Tabelul 15).

Tabelul 15. Timpul pierdut în accesarea serviciilor TB, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire	Media [II95%] minute	Media [II95%] ore
Perioada diagnostic		
Timp pierdut pentru investigații, analize la medicul de familie	16 [12-19]	0 ore 16 min [0 ore 12 min-0 ore 19 min]
Timp pierdut pentru investigații, analize la medicul de ftziopneumolog	107 [76-137]	1 oră 47 min [1 oră 16 min-2 ore 17 min]
Timp pierdut pentru deplasări pentru consult medical la medic de familie, ftziopneumolog sau alt specialist	303 [282-323]	5 ore 3 min [4 ore și 42 min-5 ore 23 min]
<i>Sub-total (diagnostic)</i>	<i>426</i> <i>[370 – 463]</i>	<i>7 ore 6 min</i> <i>[6 ore 29 min-7 ore 43 min]</i>
Perioada inițială de tratament în condiții de ambulator		
Timp pentru investigații, analize la medicul de familie	10 [8.3-11]	0 ore și 9 min [0 ore 8 min- 0 ore 11 min]
Timp pentru investigații, analize la medicul ftziopneumolog	69 [61-76]	1 oră 8 min [1 oră 1 min-1 oră 16 min]

¹⁴ Eșantion pentru care au fost calculate veniturile

Denumire	Media [IÎ95%] minute	Media [IÎ95%] ore
Timp pierdut pentru deplasări pentru consult medical la medicul de familie	84 [73-95]	1 oră 24 min [1 oră 13 min-1 oră 34 min]
Timp pierdut pentru deplasări pentru consult medical la medicul ftiziopneumolog	366 [332-399]	6 ore 5 min [5 ore 32 min- 6 ore 39 min]
<i>Sub-total (etapa inițială)</i>	<i>529</i> <i>[484-572]</i>	<i>8 ore 48 min</i> <i>[8 ore 4 min-9 ore 32 min].</i>

Perioada continuare de tratament în condiții de ambulator

Timp pierdut pentru investigații, analize la medicul de familie	37 [30-44]	0 ore 37 min [0 ore 30 min-0 ore 44 min]
Timp pierdut pentru investigații, analize la medicul ftiziopneumolog	73 [64-81]	1 oră 12 min [1 oră 4 min-1 oră 21 min]
Timp pierdut pentru deplasări pentru consult medical la medicul de familie	205 [163-245]	3 ore 24 min [2 ore 43 min-4 ore 5 min]
Timp pierdut pentru deplasări pentru consult medical la medicul ftiziopneumolog	817 [714-919]	13 ore 36 min [11 ore 54 min-15 ore 19 min]
<i>Sub-total (etapa de continuare)</i>	<i>1132</i> <i>[1006-1257]</i>	<i>18 ore 51 min</i> <i>[16 ore 46 min-20 ore 57 min]</i>
Timp pierdut pentru ridicarea pastilelor (timp pierdut pe drum)	2927 [2515-3337]	48 ore 46 min [41 ore 55 min-55 ore 37 min]
<i>Sub-total toată perioada de tratament</i>	<i>4588</i> <i>[4005-5166]</i>	<i>76 ore 28 min</i> <i>[66 ore 45 min-86 ore 5 min]</i>
Total	5014 [4526-5501]	83 ore 34 min [75 ore 26 min-91 ore 41 min]

Conform datelor colectate, 9.2% dintre respondenți (30 din 326) au fost nevoiți să lipsească de la muncă pentru a efectua investigații, analize sau consultații medicale, alții 54.3% (177 din 326), nu au lipsit de la muncă, iar 36.5% (119 din 326) nu erau angajați. Au lipsit de la muncă 17.8% (19 din 107) în perioada diagnosticului, 3.6% (4 din 110) în perioada intermediară de tratament, 6.4% (7 din 109) în ultimele luni de tratament, indicând o asociere semnificativă între perioadele de tratament și necesitatea de a lipsi de la muncă ($p < 0.001$). În succesiune, respondenții au fost întrebați dacă au pierdut din venituri atunci când au fost nevoiți să acceseze serviciile medicale (investigații, analize, consult medical) în perioada de diagnostic și în perioada de tratament. Datele analizate au evidențiat o pierdere totală de 32 [IÎ95%:21-43] de ore de muncă, ceea ce a dus la pierderi de venituri pe toată durata de la diagnostic până la finalizarea tratamentului. În perioada de diagnostic, respondenții au pierdut în medie 1.6 [IÎ95%:0.7-2.4] ore de muncă, iar pe parcursul tratamentului, pierderea a fost de 30 [IÎ95%:19-41] ore.

Cheltuieli indirecte și factorii asociați

Cheltuielile totale indirecte de la diagnosticul de TB până la finalizarea tratamentului au fost, în medie, de 18 726 MDL [16 148 – 21 304 MDL]. Analiza cheltuielilor indirecte în dependență

de perioada de tratament a relevat că dinamica costurilor s-au schimbat considerabil pe măsură ce tratamentul progresa, acestea fiind semnificativ mai mari în perioada de continuare comparativ cu primele luni de tratament. Dacă în primele luni de tratament cheltuielile indirecte reprezentau 40% din total, în valoare de 7 444 MDL, în perioada de continuare a tratamentului, aceste cheltuieli cresc la 11 281 MDL, reprezentând 60% din total ($p=0.001$, Tabelul 18, Figura 3).

Descrierea și analiza acestor cheltuieli în funcție de factori socio-demografici, nivelul de bunăstare și aspecte legate de sănătate sunt prezentate mai jos.

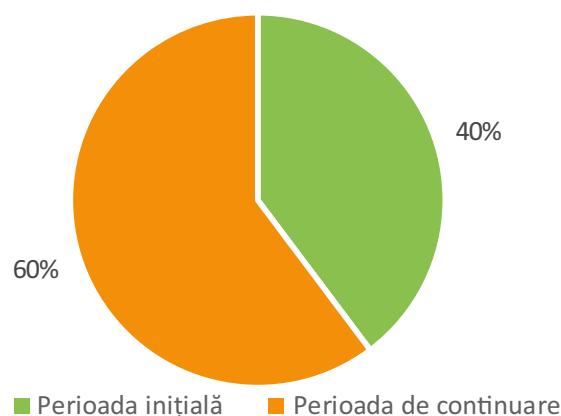


Figura 3. Ponderea cheltuielilor indirecte după perioada de tratament, eșanțion tuberculoza sensibilă

Factori socio-demografici

Analiza cheltuielilor indirecte în raport cu factorii socio-demografici arată că bărbații, persoanele cu vârsta sub 45 de ani, cei căsătoriți, precum și cei care provin din gospodării cu trei sau mai multe persoane și din gospodării care au în întreținere copii sub 18 ani au avut, pe parcursul tratamentului, cheltuieli ușor mai mari. Cu toate acestea, aceste diferențe nu sunt semnificative din punct de vedere statistic ($p>0.05$, Tabelul 16).

În același context, persoanele din mediul urban au avut cheltuieli semnificativ mai mari comparativ cu cele din mediul rural ($p=0.028$), această diferență fiind evidentă și în perioada inițială a tratamentului ($p=0.018$, Tabelul 16).

Un aspect notabil este diferența semnificativă statistic observată în funcție de dependență de nivelul de studii. Persoanele cu studii superioare au înregistrat cheltuieli mult mai mari (29 895 MDL) comparativ cu celelalte categorii, iar valoarea p asociată acestei diferențe este de 0.002, indicând o diferență semnificativă statistic între categoriile de studii, această diferență fiind evidentă pe toată perioada de tratament ($p<0.005$, Tabelul 16).

Referitor la statutul ocupațional, angajații au avut cheltuieli mai mari (22 882 MDL) în comparație cu auto-angajații (6 901 MDL), șomerii (16 427 MDL) și alte categorii (15 735 MDL). Valoarea p de 0.008 indică o diferență semnificativă din punct de vedere statistic, diferență evidentă și la etapa inițială de tratament ($p=0.008$, Tabelul 16).

Tabelul 16. Cheltuieli indirecte în raport cu factorii socio-demografici, eşantion tuberculoza sensibilă

Denumire	Cheltuieli indirecte, total		Perioada de tratament			
	Media [ÎÎ95%], MDL (lei)	Valoarea p	Inițială Media [ÎÎ95%], MDL (lei)	Valoarea p	Continuare Media [ÎÎ95%], MDL (lei)	Valoarea p
Sex						
Bărbați	18909 [15591-22228]	0.828	7469 [6294-8645]	0.942	11440 [8942-13937]	0.801
Femei	18281 [14565-21997]		7383 [5159-9608]		10897 [8251-13543]	
Mediu de reședință						
Urban	22472 [16817-28127]	0.028	9090 [6672-11508]	0.018	13381 [9286-17476]	0.099
Rural	16519 [14138-18899]		6474 [5613-7335]		10044 [8157-11931]	
Vârsta						
< 44 ani	19861 [15465-24257]	0.409	8232 [6309-10155]	0.158	11629 [8534-14724]	0.735
≥ 45 ani	17690 [14786-20594]		6725 [5742-7708]		10964 [8580-13348]	
Starea civilă*						
Căsătorit	21015 [16744-25285]	0.083	7962 [6295-9630]	0.344	13052 [9854-16249]	0.070
Necăsătorit	16451 [13508-19394]		6949 [5646-8251]		9502 [7328-11676]	
Studii						
Fără studii/ primare	13847 [9420-18275]	0.002	7068 [4547-9588]	0.035	6779 [3248-10310]	0.007
Medii incomplete	17372 [13591-21153]		6562 [5245-7878]		10810 [8007-13613]	
Medii (specialitate)	19979 [15612-24347]		8188 [5796-10581]		11791 [8552-15030]	
Superioare	29895 [20097-39694]		11735 [7942-15528]		18160 [10239-26081]	
Angajat în câmpul muncii*						
Angajat	22882 [18794-26971]	0.008	9564 [7455-11674]	0.008	13318 [10316-16319]	0.077
Auto-angajat	6 901 [2517-11286]		6901 [2517-11286]		-	
Șomer	16 427 [9843-23012]		5978 [3964-7992]		10449 [5611-15287]	
Altele	15 735 [12977-18492]		6208 [5181-7235]		9811 [7456-12166]	
Nr. persoane în gospodărie						
≤2 persoane	17318 [14431-20205]	0.165	6996 [5889-8103]	0.278	10321 [8088-12555]	0.204
≥3 persoane	21084 [16137-26031]		8194 [6071-10318]		12889 [9335-16444]	
Prezența persoanelor cu vârsta <18 ani în gospodărie						
Da	22700 [15713-29687]	0.073	8208 [5312-11104]	0.399	14492 [9502.19482]	0.052
Nu	17342 [14843-19840]		7178 [6172-8184]		10163 [8233.12093]	

Căsătorit: căsătorit sau concubinaj, necăsătorit: celibatar, văduv, divorțat.

Bunăstarea ca factor determinant al cheltuielilor indirecte

Cheltuielile indirecte ale respondenților în funcție de nivelul de bunăstare al gospodăriilor au evidențiat diferențe semnificative între diversele categorii socio-economice. Respondenții din gospodăriile din categoria *cele mai sărace* au avut cheltuieli de 12 073 MDL. Pe măsură ce nivelul de bunăstare este mai înalt, s-a observat o creștere a cheltuielilor: respondenții din gospodăriile *sărace* au avut cheltuieli de 13 599 MDL, iar cei din categoria gospodăriilor *mediu* au înregistrat cheltuieli de 17 207 MDL. Diferențele au devenit și mai pronunțate în categoriile superioare de bunăstare, respondenții gospodăriilor *bogate* au avut cheltuieli de 26 330 MDL, iar cei din categoria *cele mai bogate* – de 24 509 MDL. Valoarea p de 0.001 indică faptul că aceste diferențe sunt semnificative din punct de vedere statistic. Povara economică a variat considerabil pe tot parcursul tratamentului, atât în primele luni de tratament (p=0.001), cât și în perioada de continuare (p=0.011, Tabelul 17).

În același sens, s-au analizat cheltuielile indirecte ale participanților la studiu în dependență de gospodăriile acestora aflate sau nu în sărăcie. Astfel, cei din gospodăriile aflate în sărăcie au înregistrat cheltuieli indirecte considerabil mai mici în comparație cu cei din celelalte gospodării, atât în primele luni de tratament, cât și în perioada de continuare a tratamentului. Valoarea p asociată acestor diferențe indică faptul că diferențele observate sunt semnificative din punct de vedere statistic, ceea ce sugerează că nu sunt rezultatul întâmplării, ci reflectă realități economice și sociale distincte (Tabelul 17).

Tabelul 17. Cheltuieli indirecte în raport cu factorii de bunăstare, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire	Cheltuieli indirecte, total		Perioada de tratament			
	Media [IÎ95%], MDL (lei)	Valoarea p	Inițială de tratament	Valoarea p	Continuare*	Valoarea p
			Media [IÎ95%], MDL (lei)		Media [IÎ95%], MDL (lei)	
Nivel de bunăstare						
Cel mai sărac	12073 [9080-15066]	0.001	5489 [3224-7754]	0.001	6583 [4689-8478]	0.011
Sărac	13599 [10868-16330]		5093 [4053-6132]		8506 [6301-10712]	
Mediu	17207 [11914-22500]		6173 [4625-7721]		11034 [6727-15341]	
Bogat	26330 [17663-34996]		10165 [7513-12818]		16164 [9695-22632]	
Cel mai bogat	24509 [17869-31149]		10345 [6938-13753]		14163 [9271-19055]	
Gospodării aflate în sărăcie† ¹⁵						
Da	11108 [8323-13894]	0.001	4221 [3039-5404]	0.001	6887 [4842-8932]	0.011
Nu	21133 [17905-24361]		8463 [7155-9770]		12670 [10243-15098]	

¹⁵ <https://www.worldbank.org/en/topic/measuringpoverty>

Factori de sănătate ca factori determinanți ai cheltuielilor indirecte

În aspectul deținerii poliței de asigurare de sănătate până la stabilirea diagnosticului de TB, pentru cei asigurați înainte de diagnostic, cheltuielile indirecte au format o medie de 21 214 MDL, în schimb, pentru cei neasigurați acestea au fost semnificativ mai mici (16 000 MDL) cu o valoare p de 0.045 indicând o diferență statistic semnificativă între grupuri. Această diferență este evidentă atât în primele luni de tratament (8 481 MDL vs. 6 309 MDL, $p=0.042$), cât și în perioada de continuare a tratamentului, deși aici diferența nu este semnificativă (12 733 MDL vs. 9 691 MDL, $p=0.120$, Tabelul 18).

Studiul relevă impactul spitalizării asupra cheltuielilor indirecte, participanții la studiu care au fost spitalizați pe parcursul tratamentului au avut cheltuieli indirecte de 20 014 MDL, semnificativ mai mari comparativ cu cele ale respondenților care nu au fost spitalizați și care au înregistrat cheltuieli indirecte de 13 067 MDL. Valoarea p de 0.039 indică diferențe semnificative între grupuri, subliniind impactul spitalizării asupra cheltuielilor indirecte suportate de către respondenți (Tabelul 18).

Tabelul 18. Cheltuieli indirecte în raport cu factorii de sănătate, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire	Cheltuieli indirecte, total		Perioada de tratament			
	Media [IÎ95%], MDL (lei)	Valoarea p	Inițială	Valoarea p	Continuare	Valoarea p
			Media [IÎ95%], MDL (lei)		Media [IÎ95%], MDL (lei)	
Total	18726 [16148-21304]	-	7444 [6395-8493]	-	11281 [9359-13204]	0.001
Asigurat până la diagnosticul TB						
Da	21214 [18006-24422]	0.045	8481 [6932-10029]	0.042	12733 [10284-15182]	0.120
Nu	16000 [11902-20098]		6309 [4914-7703]		9691 [6676-12706]	
Spitalizat pe parcursul tratamentului						
Da	20014 [16919-23109]	0.039	7422 [6191-8653]	0.931	12591 [10282-14901]	0.005
Nu	13067 [10479-15656]		7541 [5815-9266]		5526 [4002-7050]	

Cheltuieli directe asociate tuberculozei sensibile

Analiza cheltuielilor asociate TB sensibile relevă o distribuție evidentă între cheltuielile medicale și cele nemedicale. Conform datelor, 57.5% din totalul cheltuielilor au format cheltuielile medicale, în timp ce 42.5% au format cheltuieli nemedicale (Figura 4).

În context, analiza detaliată a cheltuielilor directe oferă o perspectivă clară privind impactul financiar asupra participanților la studiu. Media cheltuielilor directe totale a fost de 15305 MDL, cu un interval de încredere de 95% variind între 13761 MDL și 16849 MDL, ceea ce indică o variabilitate semnificativă a cheltuielilor între respondenți.

Cheltuielile directe medicale, care au inclus costuri pentru investigații, analize, medicamente și consultații, au format o medie de 5960 MDL și un intervalul de încredere de 95% care variază între 5520 MDL și 6400 MDL. Aceste date arată că, deși există o variație în cheltuielile medicale, majoritatea respondenților s-au confruntat cu costuri semnificative asociate TB.

Pe de altă parte, cheltuielile directe nemedicale, care au inclus costurile pentru transport, alimentație, dar și alte cheltuieli, au o medie de 9345 MDL, iar intervalul de încredere de 95% pentru aceste cheltuieli variază între 8009 MDL și 10681 MDL, fapt care reflectă că cheltuielile nemedicale pot fi chiar mai mari decât cele medicale, adăugând o povară financiară suplimentară asociată TB.

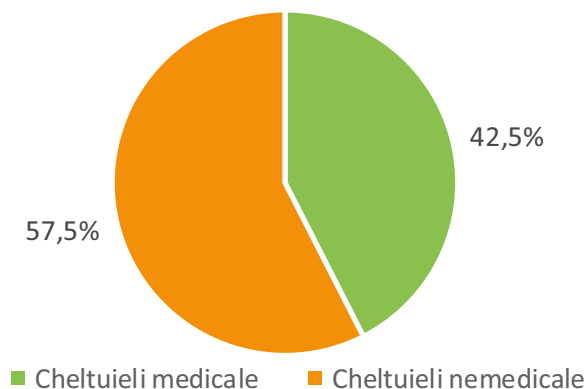


Figura 4. Ponderea cheltuielilor medicale și nemedicale din totalul cheltuielilor directe, eșantion tuberculoza sensibilă

Cheltuieli medicale

Investigații, analize și consult medical

Din totalul de 318 respondenți, 23 (7.2%) au achitat pentru investigații și analize. Cheltuielile au fost cele mai evidente în perioada de diagnostic, unde 16.7% (18) dintre respondenți au menționat că au avut astfel de cheltuieli. Despre acest fapt a menționat unul (0.9%) dintre respondenți în primele luni de tratament și patru (3.8%) în perioada de continuare. Valoarea $p < 0.001$ indică o diferență semnificativă din punct de vedere statistic (Tabelul 19).

Dintre respondenți care au suportat cheltuieli (23), majoritatea au achitat pentru imagistică (radiografii - 17 și tomografii computerizate - 3). Pentru analize de sânge au achitat 12 respondenți și pentru analize de urină - 8. Trei respondenți au menționat că au achitat pentru examenul sputei, iar trei nu a menționat pentru ce tip de investigații, teste sau analize au achitat. Conform răspunsurilor primite, 19 persoane au plătit la casa spitalului (policlinicii), doi au achitat direct personalului medical, iar unul a efectuat plăți atât la casa spitalului (sau policlinicii), cât și personalului medical.

Media cheltuielilor pentru investigații a fost de 2302 MDL. În perioada de diagnostic, costul mediu al investigațiilor a fost de 1088 MDL, în primele luni de tratament acesta a constituit 434 MDL, în timp ce în perioada de continuare a tratamentului, cheltuielile au format 780 MDL, iar valoarea $p < 0.001$ indică o diferență semnificativă statistic între achitări și perioade (Tabelul 20).

Tabelul 19. Achitarea investigațiilor și a consultului medical, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire	Total	Perioada diagnostic	Perioada de tratament		Valoarea p
			Inițială	Continuare	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Total	329	108	111	110	
Investigații și analize					
Da	23 (7.2)	18 (16.7)	1 (0.9)	4 (3.8)	<0.001
Nu	295 (92.8)	90 (83.3)	105 (99.1)	100 (96.2)	
Consult medical					
Da	3 (0.9)	3 (2.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	-
Nu	326 (99.1)	105 (97.2)	111 (100)	110 (100)	

Non-răspuns: Investigații, teste, analize (n=11)

Din totalul de 329 de respondenți 3 (0.9%) au specificat că au achitat bani pentru consultul medical, menționând despre acest fapt la etapa de diagnostic (Tabelul 19). Plățile au fost efectuate atât personalului medical (2), cât și în casa spitalului sau policlinicii (1). Toți trei au menționat că au făcut aceste plăți la recomandarea medicului. Media cheltuielilor pentru consultul medical a constituit 156 MDL (Tabelul 20).

Participanții la studiu au fost întrebați dacă au oferit bunuri pentru investigații, analize sau consult medical. Din totalul de 329 de respondenți, 319 au răspuns la această întrebare. Dintre aceștia, 3 au menționat că au oferit, 302 au declarat că nu au oferit, iar 11 nu au dorit să specifice dacă au oferit sau nu. Achitățile au avut loc la etapa de diagnostic, iar valoarea bănească a acestora a format în medie 79 MDL (Tabelul 20).

Tabelul 20. Cheltuieli directe medicale pentru investigații, analize și consult medical, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire	Cheltuieli directe, totale	Perioada diagnostic	Perioada de tratament		Valoarea p
			Inițială	Continuare	
	Media [IÎ95%] MDL (lei)	Media [IÎ95%] MDL (lei)	Media [IÎ95%] MDL (lei)	Media [IÎ95%] MDL (lei)	
Investigații, teste, analize	2302 [2141-2461]	1088 [985-1189]	434 [377-490]	780 [619-940]	<0.001
Consult medical	156 [141-171]	156 [141-171]	-	-	-
Valoarea bunurilor exprimată în MDL	79 [72-86]	79 [72-86]	-	-	-

Adresabilitate și diagnostic

Studiul a analizat adresabilitatea pacienților la diverse servicii medicale non-TB și cheltuielile directe asociate cu acestea. Rezultatele arată că participanții la studiu au suportat costuri considerabile atunci când au accesat clinici private pentru serviciile de diagnosticare a TB. Cheltuielile medii pentru cei care au accesat astfel de servicii la clinici private au fost de 1960 MDL, cu un interval de încredere de 95% între 1785 și 2133 MDL.

Cheltuielile pentru tratamentele nespecifice TB (la sfatul farmacistului, rudelor, prietenilor) au fost, de asemenea, notabile. Aceste cheltuieli reflectă utilizarea tratamentelor înainte de diagnosticarea corectă și au fost în medie de 843 MDL, cu un interval de încredere de 95% între 766 și 921 MDL.

În contrast, serviciile de urgență și evaluările pentru dizabilitate nu au implicat cheltuieli directe pentru participanții la studiu.

Produce medicamentoase și para-farmaceutice

De la începutul tratamentului pentru TB, 36% dintre participanți (117 din 329) au menționat că au procurat careva medicamente. Astfel au achiziționat medicamente, 37% dintre respondenți în perioada inițială a tratamentului, 39%, în perioada intermediară și 31% în ultimele luni de tratament. Analiza statistică a relevat că nu există o asociere semnificativă între perioadele tratamentului și procurarea medicamentelor, fiind una stabilă pe toată durata de tratament ($p=0.443$, Tabelul 21).

În același context, studiul a relevat că 35% dintre participanții care au procurat medicamente, au achiziționat medicamente pentru reacții adverse. În detaliu, 50% dintre respondenți au cumpărat astfel de medicamente în primele luni de tratament, 19% în etapa intermediară și 36% în ultimele luni de tratament. Aceste date sugerează o variabilitate semnificativă în funcție de perioada tratamentului, indicând că pacienții sunt mai predispuși să procure medicamente pentru reacții adverse în primele luni de tratament, comparativ cu cei din perioadele ulterioare ale tratamentului ($p=0.010$, Tabelul 21).

Cu referire la procurarea medicamentelor pentru alte condiții medicale asociate TB, 47% dintre participanți au menționat că au procurat astfel de medicamente. Mai specific, 28% dintre respondenți le-au achiziționat în primele luni de tratament, 63% în perioada intermediară și 50% în ultimele luni de tratament. Analiza sugerează că respondenții din perioada intermediară a tratamentului au fost cei mai predispuși să procure medicamente pentru alte situații medicale comparativ cu cei din alte perioade, iar testele statistice confirmă asocierea ($p=0.005$, Tabelul 21).

Despre achiziționarea vitaminelor au menționat 51% dintre participanții la studiu. În 60% dintre cazuri, acestea au fost procurate în primele luni de tratament și în câte 47% dintre cazuri în perioadele următoare ale tratamentului. Testele statistice ($p=0.396$) indică faptul că nu există o asociere semnificativă între perioadele de tratament și procurarea vitaminelor, sugerând că necesitatea acestora este constantă pe toată durata tratamentului (Tabelul 21).

Despre faptul că au procurat produse para-farmaceutice au indicat 5.2% dintre respondenți (primele luni de tratament - 2.5%, perioada intermediară - 7.0% și ultimele luni de tratament - 6.1%, fără diferențe semnificative din punct de vedere statistic ($p=0.631$, Tabelul 21).

Tabelul 21. Achiziționarea produselor medicamentoase și para-farmaceutice, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire	Total	Perioada de tratament			Valoarea p
		Inițială	Intermediară	Ultimele 2 luni	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Total	117 (35.6)	40 (37.0)	43 (38.7)	34 (30.9)	
Medicamente pentru reacții adverse					
Da	40 (34.5)	20 (50.0)	8 (18.6)	12 (36.4)	0.010
Nu	76 (65.5)	20 (50.0)	35 (81.4)	21 (63.6)	
Medicamente pentru condiții medicale asociate					
Da	55 (47.0)	11 (27.5)	27 (62.8)	17 (50.0)	0.005
Nu	62 (53.0)	29 (72.5)	16 (37.2)	17 (50.0)	
Vitamine					
Da	60 (51.3)	24 (60.0)	20 (46.5)	16 (47.1)	0.396
Nu	57 (48.7)	16 (40.0)	23 (53.5)	18 (52.9)	
Produse para-farmaceutice					
Da	6 (5.2)	1 (2.5)	3 (7.0)	2 (6.1)	0.631
Nu	110 (94.8)	39 (97.5)	40 (93.0)	31 (93.9)	

Non-răspuns: Medicamente pentru reacții adverse (n=1), Produse para-farmaceutice (1)

Analiza cheltuielilor directe medicale pentru medicamente adiționale tratamentului TB în rândul participanților la studiu arată o variabilitate semnificativă între perioadele de tratament. Aceasta se referă la achiziționarea medicamentelor necesare pentru condițiile medicale asociate și vitamine. Pentru medicamentele necesare condițiilor medicale asociate, respondenții au avut cheltuieli medii de 272 MDL, cu 56 MDL în primele luni și 216 MDL în perioada de continuare ale tratamentului ($p=0.002$). De asemenea, pentru vitamine s-au cheltuit în medie 182 MDL, cu 58 MDL în primele luni și 124 MDL în perioada de continuare. Valoarea p de 0.044 sugerează, de asemenea, o diferență semnificativă statistic. În schimb, medicamentele pentru reacții adverse și produsele para-farmaceutice nu au prezentat o variabilitate semnificativă statistic, fapt ce arată că cheltuielile au fost constante pe tot parcursul tratamentului (Tabelul 22).

Mare majoritate (71.6%, 78 din 109¹⁶) dintre participanții la studiu au menționat că au reușit să procure toate medicamentele necesare. Totuși, fiecare al patrulea respondent (22.9%, 25) a indicat că nu au avut suficienți bani pentru a procura toate medicamentele. Un procent mic (3.7%, 4) a indicat că aveau deja aceste medicamente necesare, iar 1.8% (2) nu au specificat care au fost motivele de ce nu le-au procurat.

¹⁶ Non-răspuns (8)

Tabelul 22. Cheltuieli pentru medicamente și para-farmaceutice, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire	Cheltuieli directe, totale	Perioada de tratament		Valoarea p
		Inițială	Continuare	
	Media [IÎ95%] MDL (lei)	Media [IÎ95%] MDL (lei)	Media [IÎ95%] MDL (lei)	
Total	699 [444-953]	194 [156-230]	505 [254-756]	0.399
Medicamente pentru reacții adverse	228 [55-400]	76 [47-104]	152 [18-321]	0.388
Medicamente pentru condiții medicale asociate	272 [169-375]	56 [44-67]	216 [114-318]	0.002
Vitamine	182 [116-246]	58 [46-68]	124 [60-187]	0.044
Produse para-farmaceutice	17 [2.8-35]	4 [2.1-6.1]	13 [4.2-30]	0.311

Cheltuieli nemedicale

Utilități la etapa de staționar

Participanților la studiu li s-au adresat întrebări referitoare la cheltuielile suportate în perioada internării în spital pentru tratamentul TB, pentru produse, utilități sau alte obiecte non-medicale. Acestea includ produse alimentare, băuturi non-alcoolice, dulciuri, produse de igienă personală (cum ar fi săpunul și hârtia igienică) și alte articole precum lenjeria de pat și ciupicii. În acest context, majoritatea respondenților (75.9%, 82 din 108) au indicat că au avut astfel de cheltuieli. Cheltuielile medii au fost de 1377 MDL, cu un interval de încredere de 95% între 1126 și 1628 MDL.

Cheltuieli de transport

Pe durata perioadei de diagnostic, costurile de transport pentru deplasarea la medicii specialiști pentru consultații au fost, în medie, de 56 MDL. În timpul tratamentului în spital, s-au înregistrat costuri semnificative, transportul de la domiciliul respondentului până la spitalul unde a fost internat ajungând la o medie de 123 MDL. De asemenea, costurile de transport ale vizitatorilor pentru a-l vizita pe respondent în timpul spitalizării au fost considerabile, atingând suma de 1524 MDL (Tabelul 23).

În perioada tratamentului în condiții de ambulator, costurile de transport pentru deplasarea la medicul ftiziopneumolog și la medicul de familie pentru consultații au fost, în medie, de 171 MDL în perioada inițială a tratamentului și de 291 MDL în perioada de continuare. De asemenea, costurile de transport pentru ridicarea pastilelor de la punctul medical au format, în medie, de 309 MDL (Tabelul 23).

În total, cheltuielile de transport pe întreaga perioadă, de la diagnostic până la finalizarea tratamentului, au însumat 2351 MDL, reflectând povara financiară cumulativă asupra participanților la studiu și a gospodăriilor acestora (Tabelul 23).

Tabelul 23. Cheltuieli de transport pe parcursul tratamentului, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire	Media [IÎ95%], MDL (lei)
Perioada diagnostic	
Costuri de transport pentru deplasarea la medicii specialiști	56 [50-61]
Perioada de tratament în condiții de spital	
Costuri de transport de la domiciliu respondentului până la spitalul (ele) unde a fost internat pentru tratament TB	123 [108-137]
Costuri de transport ale vizitatorilor pentru vizitarea respondentului în timpul spitalizării	1401 [1058-1744]
<i>Sub-total (etapa spitalizare)</i>	<i>1524 [1179-1867]</i>
Perioada inițială de tratament, în condiții de ambulator	
Costuri de transport pentru deplasarea la ftiziopneumolog pentru consultație	87 [78-95]
Costuri de transport pentru deplasarea la medicul de familie pentru consultație	84 [73-94]
<i>Sub-total (etapa inițială)</i>	<i>171 [155-188]</i>
Perioada de tratament, etapa de continuare în condiții de ambulator	
Costuri de transport pentru deplasarea la ftiziopneumolog pentru consultație	270 [221-317]
Costurile de transport pentru deplasarea la medicul de familie pentru consultație	21 [11-31]
<i>Sub-total (etapa continuare)</i>	<i>291 [240-341]</i>
Costurile de transport pentru ridicarea pastilelor de la punctul medical	309 [195-422]
Total	2351 [1819-2879]

Cheltuieli suplimentare pentru alimentație

Participanții la studiu au fost întrebați dacă au avut cheltuieli suplimentare pentru alimentație, inclusiv apă, atunci când mergeau la medicul de familie sau la medicul ftiziopneumolog pentru consultații sau investigații, analize referitoare la TB. În perioada de diagnostic au suportat astfel de costuri 11.2% (37 din 108¹⁷) dintre respondenți. Pe măsură ce tratamentul avansa, respondenții au devenit mai predispuși să suporte cheltuieli suplimentare pentru alimentație,

¹⁷ Eșantion, perioada inițială de tratament

procentul acestora crescând la 31.3% (98 din 313¹⁸). Studiul a relevat care au fost aceste cheltuieli suplimentare pentru alimentație. Astfel, în perioada stabilirii diagnosticului de TB aceste costuri au constituit în medie 202 MDL [IÎ95%: 155-248], în primele luni de tratament - 25 MDL [IÎ95%: 19-30], iar în perioada de continuare a tratamentului 47 [IÎ95%: 33-60] MDL. Pe toată durata perioadei de tratament acest tip de cheltuieli au format o medie de 72 MDL, cu un interval de încredere de 95% între 57 și 86 MDL.

Pe durata tratamentului TB, participanții la studiu au fost întrebați și despre alte cheltuieli referitoare la alimentație, precum achiziționarea de alimente suplimentare, în afara dietei obișnuite, în conformitate cu recomandărilor medicului. Despre faptul că au achiziționat astfel de alimente, au menționat mai mult de o treime 31.4% (98 din 312¹⁹) dintre respondenți. În acest sens, studiul a evidențiat diferențe statistic semnificative referitoare la cheltuielile suplimentare pentru alimentație din cauza TB la diferite etape de tratament. Astfel, dacă în faza inițială, respondenții au avut cheltuieli suplimentare pentru alimentație în medie de 410 MDL [IÎ95%: 345-473], în faza de continuare, această medie a crescut la 733 MDL [IÎ95%: 565-900], $p=0.001$. Pe parcursul întregului tratament, media cheltuielilor a format 1142 MDL [IÎ95%: 964-1320].

În context, participanții la studiu au suportat cheltuieli suplimentare pentru alimentație, prin achiziționarea de alimente atunci când mergeau la consultații medicale, investigații și analize, precum și prin achiziționarea alimentelor suplimentare recomandate de medic. Valoarea medie a acestor cheltuieli a fost de 1416 MDL [IÎ95%: 1225-1606] pe toată durata tratamentului, începând de la diagnostic și continuând pe toată perioada tratamentului.

Bunuri și mulțumiri

Jumătate (50%, 42 din 84²⁰) dintre participanții la studiu care au urmat tratament, inclusiv în condiții de staționar au specificat că au fost vizitați de către persoanele din gospodărie în momentul când internați în spital. Astfel, 28 dintre respondenți au fost vizitați de o singură persoană, câte 6 respondenți de 2 și 3 persoane, un respondent a fost vizitat de 7 persoane, iar unul dintre respondenți nu a menționat de câte persoane a fost vizitat. În medie, respondenții au beneficiat de 6.3 [IÎ95%: 3-10] vizite pe durata spitalizării.

Analiza cheltuielilor vizitatorilor pe perioada spitalizării pentru bunuri a relevat o medie a cheltuielilor de 4091 MDL, cu un interval de încredere de 95% între 3181 și 5000 MDL.

Doi dintre participanții la studiu (0.7%) au menționat că cineva din gospodăria lor a mulțumit personalul medical pentru tratamentul TB, cu cheltuieli de 200 MDL și, respectiv, 500 MDL. Conform răspunsurilor respondenților, nimeni din afara gospodăriei nu a mulțumit personalul medical. Totuși, 25 (7.6%) dintre respondenți nu au oferit un răspuns sau au indicat că nu știu dacă cineva din afara gospodăriei a oferit mulțumiri.

¹⁸ Non-răspuns (1, iar 15 la momentul chestionării urmau tratamentul în staționar)

¹⁹ non-răspuns (17)

²⁰ Eșantion perioada inițială și care au fost internați în spital

Cheltuieli directe în raport cu factorii de bunăstare

Analiza statistică a cheltuielilor directe (medicale și nemedicale) în funcție de nivelul de bunăstare al gospodăriilor a relevat o tendință clară: pe măsură ce nivelul de bunăstare crește, proporția cheltuielilor medicale scade, iar cea a cheltuielilor nemedicale crește, reflectând astfel o distribuție inegală a resurselor între diferitele grupuri socio-economice. Cheltuielile medicale au constituit 49.0% din totalul cheltuielilor pentru gospodăriile din categoria „cea mai săracă”, în timp ce pentru gospodăriile din categoria „săracă” această proporție a fost de 42.6%. Gospodăriile din categoria „mediu” au alocat 40.8% din cheltuieli pentru nevoi medicale. În contrast, gospodăriile din categoriile „bogată” și „cea mai bogată” au alocat doar 41.0%, respectiv 39.1% din cheltuieli pentru nevoi medicale (Figura 5).

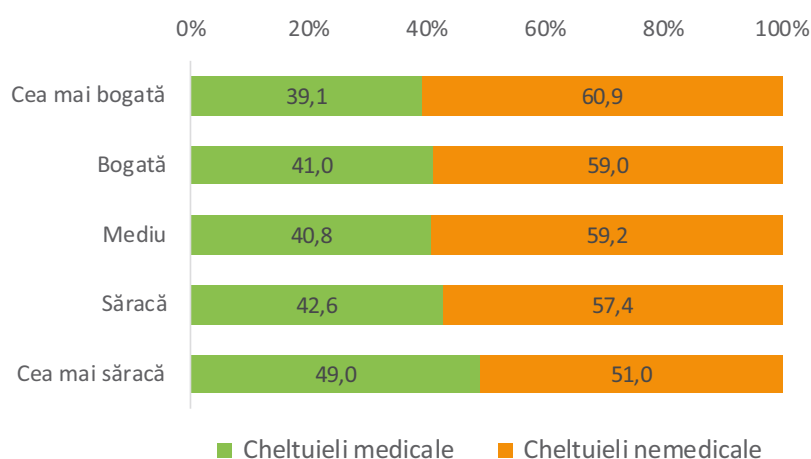


Figura 5. Ponderea cheltuielilor medicale și nemedicale în dependență de nivelul de bunăstare al gospodăriilor, eșantion tuberculoza sensibilă

Acoperirea cheltuielilor directe

Prezentul studiu evidențiază impactul financiar al TB asupra gospodăriilor, arătând că o majoritate semnificativă, 60.5% (199 din 329) dintre participanți, au raportat cheltuieli în legătură cu TB. Pentru a acoperi aceste costuri, respondenții au apelat la diverse surse și metode. În jumătate dintre cazuri, 50.8% (101 din 199), cheltuielile au fost acoperite din economiile familiei. Veniturile bănești, inclusiv salariile, bursele și indemnizațiile, au constituit o altă sursă majoră în 48.7% (97 din 199) cazuri. Alte metode de acoperire a cheltuielilor au inclus vânzarea de animale sau păsări domestice (4.5%, 9 din 199), împrumuturi din afara gospodăriei (7.5%, 15 din 199), vânzarea de bunuri (2.5%, 5 din 199) și vânzarea de produse agricole (0.5%, 1 din 199). Un procent de 5.5% (11 din 199) dintre respondenți au primit bani pentru a acoperi cheltuielile sub formă de cadouri de la persoane din afara gospodăriei, cum ar fi prieteni, rude, frați sau surori. În 1.5% (3 din 199) din cazuri, respondenții nu au specificat sursa (Figura 6).

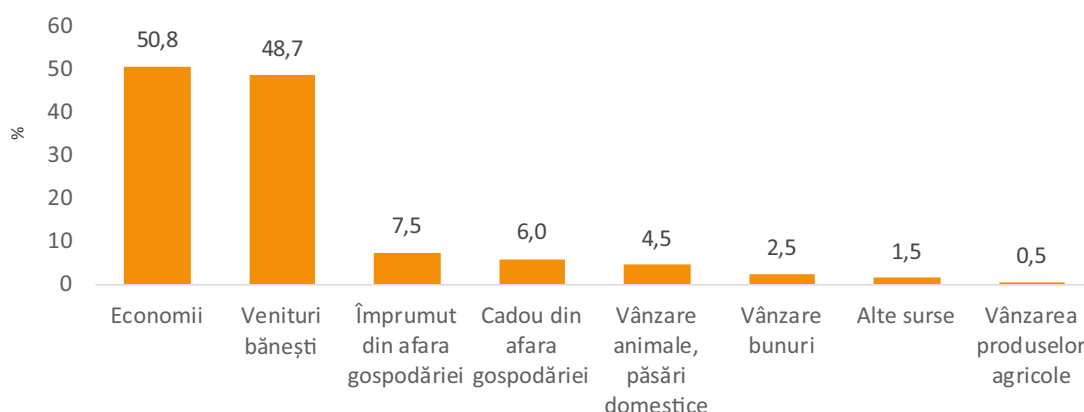


Figura 6. Surse de acoperire a cheltuielilor directe, eșantion tuberculoza sensibilă

Cheltuieli catastrofale asociate tuberculozei sensibile

Cheltuielile catastrofale asociate TB se referă la costurile financiare extreme pe care gospodăriile le suportă în urma tratamentului și gestionării acestei boli. Aceste cheltuieli includ atât costurile directe, cât și cele indirecte. Cheltuielile sunt considerate catastrofale atunci când depășesc un anumit procent din venitul total al gospodăriei, ducând la dificultăți financiare severe și afectând semnificativ calitatea vieții.

Majoritatea gospodăriilor, reprezentând 52%, au avut cheltuieli care au constituit mai puțin de 20% din venitul lor anual. Cu toate acestea, un procent semnificativ dintre gospodăriile afectate de TB sensibilă au depășit pragul cheltuielilor catastrofale, definit de OMS ca fiind cheltuieli ce depășesc 20% din venitul anual. Astfel, 48% dintre gospodării au înregistrat cheltuieli care au depășit acest prag (Tabelul 24).

În același sens, studiul a relevat gospodării care s-au confruntat cu cheltuieli catastrofale și mai mari. În 35% dintre gospodării, acestea au depășit pragul de 30%, în 23% dintre gospodării au depășit pragul de 40%, în 16% dintre gospodării au depășit pragul de 50%, iar în 10% dintre gospodării au depășit pragul de 60% (Tabelul 24).

Tabelul 24. Pragul cheltuielilor, inclusiv catastrofale, eșantion tuberculoza sensibilă

Pragul cheltuielilor	N (%)
<20%	170 (51.7)
Pragul cheltuielilor catastrofale	
>20%	159 (48.3)
>30%	115 (35.0)
>40%	77 (23.4)
>50%	54 (16.4)
>60%	33 (10.0)

Cheltuieli catastrofale și factorii determinanți

Factori socio-demografici

Nivelul de studii și angajarea în câmpul muncii sunt factorii socio-demografici care ar putea influența cel mai mult probabilitatea gospodăriilor de a se confrunta cu cheltuieli catastrofale în contextul TB sensibile. Gospodăriile cu respondenți cu studii primare sau fără studii au avut de circa cinci ori mai multe șanse ($OR=4.8$, $p=0.016$) de a se confrunta cu cheltuieli catastrofale comparativ cu cele cu studii superioare. De asemenea, gospodăriile cu respondenți neangajați sau cei cu alte forme de angajare (cum ar fi zilierii, elevii, studenții, pensionarii, persoanele cu dizabilitate, concediu de maternitate sau paternitate) au avut șanse triple ($OR=3.1$, $p<0.001$ și $OR=3.4$, $p<0.001$) de a se confrunta cu cheltuieli catastrofale comparativ cu gospodăriile în care respondenții sunt angajați în câmpul muncii sau sunt auto-angajați (Tabelul 25).

Alți factori socio-demografici, precum sexul, vârsta, mediul de reședință, starea civilă, migrația în anamneză, detenția în anamneză, numărul persoanelor din gospodărie și prezența celor sub 18 ani, nu au prezentat diferențe semnificative din punct de vedere statistic în ceea ce privește riscul de a avea cheltuieli catastrofale (Tabelul 25).

Tabelul 25. Cheltuieli catastrofale și factori socio-demografici, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			
		>20% n (%)	<20% n (%)	OR [IÎ: 95%]	Valoarea p
Total	329	159	170		
Sex					
Bărbați	233 (70.8)	108 (67.9)	125 (73.5)	0.76 [0.47-1.2]	0.277
Femei	96 (29.2)	51 (32.1)	45 (26.5)	1	
Mediu de reședință					
Urban	122 (37.1)	53 (33.3)	69 (40.6)	0.73 [0.46-1.1]	0.209
Rural	207 (62.9)	106 (66.7)	101 (59.4)	1	
Vârsta					
< 44 ani	157 (47.7)	73 (45.9)	84 (49.4)	0.87 [0.56-1.34]	0.581
≥ 45 ani	172 (52.3)	86 (54.1)	86 (50.6)	1	
Studii					
Fără studii sau primare	26 (7.9)	18 (11.3)	8 (4.7)	4.8 [1.27-18.51]	0.016
Medii incomplete	188 (57.1)	94 (59.1)	94 (55.3)	2.1 [0.87-5.16]	0.090
Medii (specialitate)	90 (27.4)	39 (24.5)	51 (30.0)	1.6 [0.64-4.15]	0.309
Superioare	25 (7.6)	8 (5.0)	17 (10.0)	1	
Angajat în câmpul muncii					
Angajat (inclusiv auto-angajat)	129 (39.2)	40 (25.2)	89 (52.4)	1	
Neangajat (șomer)	91 (27.7)	53 (33.3)	38 (22.4)	3.1 [1.77-5.42]	<0.001
Altele	109 (33.1)	66 (41.5)	43 (25.3)	3.4 [1.99-5.83]	<0.001

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			
		>20% n (%)	<20% n (%)	OR [IÎ: 95%]	Valoarea p
Starea civilă					
Căsătorit	164 (49.8)	72 (45.3)	92 (54.1)	0.7 [0.45-1.08]	0.123
Necăsătorit	165 (50.2)	87 (54.7)	78 (45.9)	1	
Migrație în anamneză					
Da	36 (10.9)	16 (10.1)	20 (11.8)	0.83 [0.41-1.68]	0.724
Nu	293 (89.1)	143 (89.9)	150 (88.2)	1	
Detenție în anamneză					
Da	11 (3.3)	6 (3.8)	5 (2.9)	1.2 [0.38-4.32]	0.764
Nu	318 (96.7)	153 (96.2)	165 (97.1)	1	
Număr persoane în gospodărie					
1 persoană	99 (30.1)	51 (32.1)	48 (28.2)	1.3 [0.77-2.23]	0.315
2 persoane	107 (32.5)	53 (33.3)	54 (31.8)	1.2 [0.72-2.04]	0.465
≥3 persoane	123 (37.4)	55 (34.6)	68 (40.0)	1	
Prezența persoanelor cu vârsta <18 ani în gospodărie					
Da	85 (25.8)	34 (21.4)	51 (30.0)	0.63 [0.38-1.04]	0.079
Nu	244 (74.2)	125 (78.6)	119 (70.0)	1	

Căsătorit (căsătorit, concubina); necăsătorit (celibatar, văduv, divorțat). Studii: primare (4 clase); medii incomplete (de la 5 la 11 clase), medii specialitate (12 clase, medii profesionale); superioare (complete și incomplete); Angajat în câmpul muncii: angajat (funcționar public, conducător sau manager, specialist calificat, specialist necalificat, agricultor), inclusiv auto-angajat (deținător de patentă sau licență etc.), Șomer (înregistrat sau neînregistrat la oficiul forței de muncă), altele (zilier, elev, student, pensionar, invalid, aflat în concediu de maternitate sau paternitate)

Deprinderi nocive ca factori determinanți

Dintre factorii analizați, doar consumul de alcool în perioada bolii TB a avut un impact semnificativ asupra cheltuielilor catastrofale. Gospodăriile cu respondenți care au raportat un consum de alcool cu o frecvență mai mare de 4 ori pe lună în perioada bolii TB au avut de 2 ori mai multe șanse de a se confrunta cu cheltuieli catastrofale (OR=2.0, p=0.005, Tabelul 26).

Fumatul, consumul de băuturi alcoolice înainte de diagnosticarea cu TB și consumul de droguri nu au avut o influență semnificativă asupra cheltuielilor catastrofale (p>0.005, Tabelul 26).

Tabelul 26. Cheltuieli catastrofale și deprinderi nocive, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			
		>20% n (%)	<20% n (%)	OR [IÎ: 95%]	Valoarea p
Total	329	159	170		
Fumător					
Da	148 (45.0)	68 (47.1)	80 (47.1)	0.8 [0.54-1.30]	0.440
Nu	181 (55.0)	91 (57.2)	90 (52.9)	1	
Consum băuturi alcoolice (până la TB)*					
Da	110 (33.7)	57 (36.5)	53 (31.2)	1.3 [0.80-2.0]	0.3083
Nu	216 (66.3)	99 (63.5)	117 (68.8)	1	
Consum băuturi alcoolice (perioada bolii TB)					
Da	99 (30.9)	59 (38.6)	40 (24.0)	2.0 [1.23-3.23]	0.005
Nu	221 (69.1)	94 (61.4)	127 (76.0)	1	
Consum droguri					
Da	20 (6.1)	10 (6.3)	10 (5.9)	1.1 [0.43-2.65]	0.529
Nu	309 (93.9)	149 (93.7)	160 (94.1)	1	

Consum băuturi alcoolice (ultimele 12 luni până la stabilirea diagnosticului de TB, consum mai mult de 4 ori/luna), Consum droguri (injectabile, neinjectabile, ultimele 12 luni)

Non-răspuns: Consum băuturi alcoolice până la TB (3), Consum băuturi alcoolice, perioada bolii TB (9)

Cunoștințe, diagnostic și adresabilitate

Respondenții care au solicitat asistență medicală după mai mult de 3 săptămâni de la apariția simptomelor de TB au avut de 2.4 ori mai multe șanse de a se confrunța cu cheltuieli catastrofale comparativ cu cei care au solicitat asistență în mai puțin de 3 săptămâni ($p=0.003$, Tabelul 27).

Un alt factor analizat a fost gradul de dizabilitate pentru TB. Pentru participanții la studiu cu grad de dizabilitate s-au estimat de circa trei ori mai multe șanse ($OR=2.9$) de a se confrunța cu cheltuieli catastrofale comparativ cu cei fără grad de dizabilitate. Cu toate acestea, valoarea $p=0.069$ indică faptul că această asociere nu este semnificativă din punct de vedere statistic, dar sugerează o tendință notabilă (Tabelul 27).

Factorii precum cunoștințele integrate privind transmiterea TB, percepția asupra tratabilității bolii TB, urmarea tratamentului medicamentos nespecific TB și adresarea la clinici private nu au avut un impact semnificativ asupra cheltuielilor catastrofale (Tabelul 27).

Tabelul 27. Cheltuieli catastrofale și factori determinanți legați de cunoștințe, diagnostic și adresabilitate, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			
		>20% n (%)	<20% n (%)	OR [IÎ: 95%]	Valoarea p
Total	329	159	170		
Cunoștințe integrate despre transmiterea TB					
Corecte	115 (36.1)	49 (31.8)	66 (40.0)	1	0.080
Incorecte	204 (63.9)	105 (68.2)	99 (60.0)	1.4 [0.90-2.26]	
Tuberculoza se tratează					
Da	266 (83.1)	129 (84.9)	137 (81.5)	1	
Parțial	42 (13.1)	17 (11.2)	25 (14.9)	0.7 [0.37-1.39]	0.4238
Nu	12 (3.8)	6 (3.9)	6 (3.6)	1.0 [0.33-3.37]	1.000
Adresare după asistență medicală *					
< 3 săptămâni	119 (60.7)	44 (49.4)	75 (70.1)	1	
≥ 3 săptămâni	77 (39.3)	45 (50.6)	32 (29.9)	2.4 [1.33-4.31]	0.003
Tratament medicamentos nespecific TB **					
Da	19 (17.6)	4 (22.2)	15 (16.7)	1.4 [0.41-4.94]	0.518
Nu	89 (82.4)	14 (77.8)	75 (83.3)	1	
Adresarea la clinici private					
Da	11 (3.3)	4 (4.1)	7 (4.1)	0.6 [0.17-2.09]	0.544
Nu	318 (96.7)	155 (97.5)	163 (95.9)	1	
Grad de dizabilitate pentru TB ***					
Da	48 (66.7)	34 (75.6)	14 (51.9)	2.9 [1.03-7.92]	0.069
Nu	24 (33.3)	11 (24.4)	13 (47.1)	1	

Tratament medicamentos nespecific TB - tratamente nespecifice la recomandarea farmacistului, rudelor sau prietenilor, de la apariția primelor simptome până la confirmarea diagnosticului TB.

* Eșantion perioada inițială și intermediară de tratament;

** Eșantion perioada inițială de tratament;

*** Referiți la Consiliul pentru determinarea dizabilității și capacității de muncă (72)

Non-răspuns: Tuberculoza se tratează (9), Adresare după asistență medicală (23)

Factori epidemiologici și clinici

Studiul a relevat spitalizarea și prezența altor boli cronice drept factori determinanți semnificativi pentru cheltuielile catastrofale în rândul participanților la studiu cu TB sensibilă. Gospodăriile cu respondenți spitalizați au avut mai multe șanse (OR=86.1, (p<0.001) de a se confrunța cu cheltuieli catastrofale comparativ cu cele ale respondenților nespitalizați. De asemenea, pentru gospodăriile cu respondenți care sufereau de alte boli cronice s-au estimat

de 1.6 ori mai multe șanse de a se confrunța cu cheltuieli catastrofale comparativ cu cele fără alte boli cronice ($p=0.032$, Tabelul 28).

Alte variabile, cum ar fi asigurarea medicală, tipul cazului de TB, localizarea procesului patologic, confirmarea bacteriologică, proveniența din focar, prezența TB în gospodărie în ultimii doi ani, tratament prin VST, prezența reacțiilor adverse, hepatitelor B sau C, a diabetului zaharat și co-infecției HIV, nu au avut un impact semnificativ asupra cheltuielilor catastrofale ($p>0.05$).

Tabelul 28. Cheltuieli catastrofale și factori epidemiologici și clinici, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			
		>20% n (%)	<20% n (%)	OR [ÎI: 95%]	Valoarea p
Total	329	159	170		
Asigurare medicală					
Da	187 (57.0)	92 (58.2)	95 (55.9)	1	
Nu	141 (43.0)	66 (41.8)	75 (44.1)	0.9 [0.58-1.41]	0.668
Tip caz					
Caz nou	267 (81.2)	128 (80.5)	139 (81.8)	1	
Recurent	62 (18.8)	31 (19.5)	30 (17.6)	1.1 [0.64-1.95]	0.684
Localizarea bolii					
Pulmonară	304 (92.4)	144 (90.6)	160 (94.1)	0.6 [0.26-1.37]	0.298
Extra pulmonară	25 (7.6)	15 (9.4)	10 (5.9)	1	
Confirmat bacteriologic					
Da	224 (68.1)	112 (70.4)	112 (65.9)	0.8 [0.51-1.29]	0.408
Nu	105 (31.9)	47 (29.6)	58 (34.1)	1	
Spitalizat					
Da	268 (81.5)	158 (99.4)	110 (64.7)	86.1 [11.7-631]	<0.001
Nu	61 (18.5)	1 (0.6)	60 (35.3)	1	
Provine din focar					
Da	43 (13.1)	15 (9.4)	28 (16.5)	0.52 [0.27-1.03]	0.072
Nu	286 (86.9)	144 (90.6)	142 (83.5)	1	
TB în gospodărie, ultimii 2 ani					
Da	21 (6.5)	12 (7.6)	9 (5.4)	1.4 [0.59-3.54]	0.500
Nu	303 (93.5)	145 (92.4)	158 (94.6)	1	

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			
		>20% n (%)	<20% n (%)	OR [ÎÎ: 95%]	Valoarea p
Tratament VST					
Da	48 (15.4)	21 (13.7)	27 (17.0)	1	0.523
Nu	264 (84.6)	132(86.3)	132(83.0)	1.3 [0.69-2.38]	
Reacții adverse					
Da	155 (47.1)	78 (49.1)	77 (45.3)	1.2 [0.75-1.79]	0.494
Nu	174 (52.9)	81 (50.9)	93 (54.7)	1	
Hepatita virală B, C					
Da	16 (5.2)	8 (5.6)	8 (4.9)	1.2 [0.42-3.16]	0.802
Nu	289 (94.8)	134 (94.4)	155 (95.1)	1	
Diabet zaharat					
Da	15 (4.8)	10 (6.8)	5 (3.0)	2.3 [0.78-7.05]	0.183
Nu	296 (95.2)	136 (93.2)	160 (97.0)	1	
HIV					
Pozitiv	38 (11.6)	19 (11.9)	19 (11.2)	1.1 [0.54-2.1]	0.961
Negativ	291 (88.4)	140 (88.1)	151 (88.8)	1	
Alte boli cronice					
Da	160 (48.6)	87 (54.7)	73 (42.9)	1.6 [1.1-2.48]	0.032
Nu	169 (51.4)	72 (45.3)	97 (57.1)	1	

Non-răspuns: Tratament VST (17), TB în gospodărie, ultimii 2 ani (5), Hepatita virală B, C (24), Diabet zaharat (21)

Nevoile percepute și reluarea vieții: factori determinanți ai cheltuielilor catastrofale

Studiul s-a concentrat, inclusiv pe percepțiile respondenților asupra nevoilor necesare pentru finalizarea cu succes a tratamentului și impactul acestora asupra cheltuielilor catastrofale. Percepțiile respondenților de a dispune de resurse financiare pentru transport către unitățile medicale TB (OR=1.6, p=0.043), de a primi tratament gratuit pentru comorbidități (OR=1.8, p=0.047) și de a-și putea ridica tratamentul pentru TB la domiciliu (OR=2.0, p=0.021) au fost estimate având o influență semnificativ statistică pentru cheltuielile catastrofale. În același timp, alte nevoi, deși importante pentru pacienți, nu au avut un impact semnificativ (Tabelul 29).

Tabelul 29. Cheltuielilor catastrofale și percepțiile respondenților asupra nevoilor pentru finalizarea cu succes a tratamentului, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			
		>20% n (%)	<20% n (%)	OR [ÎÎ: 95%]	Valoarea p
Total	329	159	170		
Sprijinul și încurajarea din partea familiei					
Da	202 (61.4)	95 (59.7)	107 (62.9)	0.8 [0.56-1.36]	0.572
Nu	127 (38.6)	64 (40.3)	63 (37.1)	1	
Resurse financiare pentru transport către unitățile medicale TB					
Da	102 (31.0)	58 (36.5)	44 (25.9)	1.6 [1.12-2.63]	0.043
Nu	227 (69.0)	101 (63.5)	126 (74.1)	1	
Tratament gratuit pentru comorbidități					
Da	60 (18.2)	36 (22.6)	24 (14.1)	1.8 [1.10-3.14]	0.047
Nu	269 (81.8)	123 (77.4)	146 (85.9)	1	
O alimentație mai bogată și de calitate superioară					
Da	180 (54.7)	81 (50.9)	99 (58.2)	0.7 [0.48-1.15]	0.223
Nu	149 (45.3)	78 (49.1)	71 (41.8)	1	
Posibilitatea de a-mi întreține familia în continuare					
Da	63 (19.1)	28 (17.6)	35 (20.6)	0.8 [0.47-1.4]	0.575
Nu	266 (80.9)	131 (82.4)	135 (79.4)	1	
Ajutor în activitățile de gospodărie					
Da	39 (11.9)	17 (10.7)	22 (12.9)	0.8 [0.41-1.57]	0.610
Nu	290 (88.1)	142 (89.3)	148 (87.1)	1	
Primirea tratamentului TB la domiciliu					
Da	58 (17.6)	20 (12.6)	38 (22.4)	1	0.021
Nu	271 (82.4)	139 (87.4)	132 (77.6)	2.0 [1.11-3.61]	

Analiza factorilor determinanți ai cheltuielilor catastrofale în contextul TB sensibile privind percepțiile respondenților asupra provocărilor majore întâmpinate în timpul tratamentului TB, subliniază că provocările, precum internarea în spital și vizitarea zilnică a punctului medical (pentru ridicarea pastilelor) au fost apreciați drept factori semnificativi care ar putea influența cheltuielile catastrofale. Astfel, pentru cei care au considerat internarea în spital și vizitarea zilnică a punctului medical drept provocări majore, s-au estimat mai multe șanse (OR=1.6; p=0.036 și OR=1.7; p=0.039) de a se confrunța cu cheltuieli catastrofale (Tabelul 30).

Tabelul 30. Cheltuielilor catastrofale și percepțiile respondenților asupra provocărilor majore în timpul tratamentului pentru tuberculoză, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			
		>20% n (%)	<20% n (%)	OR [IÎ: 95%]	Valoarea p
Total	329	159	170		
Renunțarea la fumat					
Da	95 (28.9)	43 (27.0)	52 (30.6)	0.8 [0.52-1.35]	0.543
Nu	234 (71.1)	116 (73.0)	118 (69.4)	1	
Abstinerea de la consumul de alcool					
Da	49 (14.9)	29 (18.2)	20 (11.8)	1.6 [0.90-3.09]	0.121
Nu	280 (85.1)	130 (81.8)	150 (88.2)	1	
Prezența efectelor adverse					
Da	50 (15.2)	25 (15.7)	25 (14.7)	1.1 [0.59-1.97]	0.878
Nu	279 (84.8)	134 (84.3)	145 (85.3)	1	
Internarea în spital					
Da	142 (43.2)	78 (49.1)	64 (37.6)	1.6 [1.12-2.47]	0.036
Nu	187 (56.8)	81 (50.9)	106 (62.4)	1	
Lipsa de activitate					
Da	69 (21.0)	30 (18.9)	39 (22.9)	0.8 [0.45-1.33]	0.417
Nu	260 (79.0)	129 (81.1)	131 (77.1)	1	
Întreținerea familiei					
Da	50 (15.2)	24 (15.1)	26 (15.3)	1.0 [0.53-1.79]	1.000
Nu	279 (84.8)	135 (84.9)	144 (84.7)	1	
Vizitarea zilnică a punctului medical					
Da	80 (24.3)	47 (29.6)	33 (19.4)	1.7 [1.24-2.90]	0.039
Nu	249 (75.7)	112 (70.4)	137 (80.6)	1	

Studiul a analizat factorii determinanți ai cheltuielilor catastrofale în contextul tratamentului pentru TB sensibilă, concentrându-se pe principalele îngrijorări ale respondenților privind viața după tratament. Capacitatea de a continua aceeași activitate profesională după tratament a fost unul dintre factorii investigați, iar rezultatele au arătat o diferență semnificativă. Pentru cei care au considerat că nu vor putea continua munca în aceeași profesie s-au estimat șanse duble de a întâmpina cheltuieli catastrofale (OR=2.1, p=0.040). Alți factori analizați, precum îngrijorarea că tratamentul ar putea să nu fie eficient și refuzul în angajare din cauza istoricului de TB, nu au arătat o legătură semnificativă (p>0.05, Tabelul 31).

Tabelul 31. Cheltuielilor catastrofale și principalele îngrijorări privind viața după tratament, eşantion tuberculoza sensibilă

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			
		>20% n (%)	<20% n (%)	OR [IÎ: 95%]	Valoarea p
Total	219*	97	122		
Tratamentul ar putea să nu fie eficient					
Da	91 (41.6)	41 (42.3)	50 (41.0)	1.0 [0.61-1.81]	0.891
Nu	128 (58.4)	56 (57.7)	72 (59.0)	1	
Refuz în angajare din cauza istoricului de TB					
Da	70 (32.0)	28 (28.9)	42 (34.4)	0.8 [0.43-1.37]	0.466
Nu	149 (68.0)	69 (71.1)	80 (65.6)	1	
Capacitatea de a continua aceeași profesie (meserie)					
Da	48 (21.9)	28 (28.9)	20 (16.4)	2.1 [1.12-4.20]	0.040
Nu	171 (78.1)	69 (71.1)	102 (83.6)	1	

*Eşantion perioada inițială și intermediară de tratament

Nivelul de bunăstare și cheltuielile catastrofale

Studiul a evidențiat o relație semnificativă între nivelul de bunăstare perceput și cheltuielile catastrofale în contextul TB sensibile. Rezultatele au arătat că respondenții care au menționat că trăiesc în sărăcie au o probabilitate mult mai mare de a întâmpina cheltuieli catastrofale comparativ cu cei care au o situație materială bună. De exemplu, cei care trăiesc în sărăcie au de 6.4 ori mai multe șanse de a avea cheltuieli catastrofale ($p < 0.001$), iar cei care se consideră destul de săraci au de 5.2 ori mai multe șanse ($p < 0.001$). Această tendință se menține și pentru cei cu o situație materială nu prea bună, care au de 4.6 ori mai multe șanse de a întâmpina astfel de cheltuieli ($p < 0.001$, Tabelul 32).

Gradul de alimentație a fost, de asemenea, apreciat drept un factor important. Gospodăriile cu o alimentație insuficientă au de 7.6 ori mai multe șanse de a se confrunta cu cheltuieli catastrofale ($p = 0.002$), iar cei cu o alimentație suficientă au de 4.2 ori mai multe șanse ($p = 0.031$). În schimb, pacienții cu o alimentație bună sau foarte bună nu au arătat o asociere statistic semnificativă cu cheltuielile catastrofale (Tabelul 32).

După indicele de bunăstare, gospodăriile cele mai sărace au de 3.2 ori mai multe șanse de a întâmpina cheltuieli catastrofale ($p = 0.002$), iar cele sărace au de 2 ori mai multe șanse ($p = 0.045$). În plus, gospodăriile aflate în sărăcie, conform pragului internațional al sărăciei extreme stabilit de Banca Mondială, au de 1.7 ori mai multe șanse de a întâmpina cheltuieli catastrofale ($p = 0.044$, Tabelul 32).

Tabelul 32. Cheltuielilor catastrofale și nivelul de bunăstare, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			
		>20% n (%)	<20% n (%)	OR [ÎÎ: 95%]	Valoarea p
Total	329	159	170		
Situația materială a gospodăriei					
Trăiesc în sărăcie	50 (15.2)	30 (18.9)	20 (11.8)	6.4 [2.44-17.51]	<0.001
Destul de sărac	62 (18.8)	34 (21.4)	28 (16.5)	5.2 [2.23-12.22]	<0.001
Situație nu prea bună	164 (49.8)	85 (53.5)	79 (46.5)	4.6 [2.18-9.82]	<0.001
Situație bună	53 (16.1)	10 (6.3)	43 (25.3)	1	
Gradul de alimentație					
Insuficient	92 (28.0)	57 (35.8)	35 (20.6)	7.6 [1.89-43.3]	0.002
Suficient	145 (44.1)	69 (43.4)	76 (44.7)	4.2 [1.11-15.37]	0.031
Bun	75 (22.8)	30 (18.9)	45 (26.5)	3.1 [0.82- 11.7]	0.138
Foarte bun sau excelent	17 (5.2)	3 (1.9)	14 (8.2)	1	
Indice de bunăstare a gospodăriei					
Gospodărie cea mai săracă	66 (20.1)	43 (27.0)	23 (13.5)	3.2 [1.47-6.95]	0.002
Gospodărie Săracă	66 (20.1)	36 (22.6)	30 (17.6)	2.0 [1.20-4.12]	0.045
Gospodărie cu indice mediu	66 (20.1)	28 (17.6)	38 (22.4)	1.3 [0.62-2.53]	0.527
Gospodărie bogată	66 (20.1)	28 (17.6)	38 (22.4)	1.3 [0.62-2.53]	0.527
Gospodărie cea mai bogată	66 (19.8)	24 (15.1)	41 (24.1)	1	
Gospodării aflate în sărăcie					
Da	79 (24.0)	46	33	1.7 [1.20-2.82]	0.044
Nu	250 (76.0)	113	137	1	

Sănătate: medicamente, analize medicale, consultații; Articole: îmbrăcăminte, încălțăminte etc.

Gospodării aflate în sărăcie: pragul internațional al sărăciei extreme conform Băncii Mondiale

TUBERCULOZA REZISTENTĂ

Caracteristicile generale ale eșantionului

Analiza studiului a cuprins 183 de participanți la studiu cu TB RR/MDR: 62 de respondenți chestionați în primele luni de tratament (2 luni), 60 de respondenți chestionați în perioada de continuare a tratamentului și 61 de respondenți chestionați peste două luni de la finalizarea tratamentului.

Reprezentativitate

Eșantionul de studiu cu MDR/RR-TB (183) a fost analizat pe baza caracteristicilor demografice (sex, mediu de reședință și grup de vârstă) în raport cu datele statistice de rutină (351) privind notificarea pacienților cu MDR/RR-TB într-o apreciere a reprezentativității. Rezultatele analizei au demonstrat că tabloul pacientului din eșantionul studiat reflectă în totalitate tabloul pacientului cu MDR/RR-TB din Republica Moldova ($p > 0.05$, Tabelul 33).

Tabelul 33. Reprezentativitate eșantionului de studiu în raport cu cazurile RR-TB din cohorta anului 2023, Republica Moldova, regiunea malul drept al râului Nistru, sector civil

Denumire variabilă	Eșantion studiu, perioada de tratament				Cazuri cu MDR/RR-TB notificate	Valoarea p
	Inițială	Continuare	Ultimele 2 luni după	Total		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Total	62	60	61	183	351	
Sex						
Bărbați	53 (85.5)	50 (83.3)	50 (82.0)	153 (83.6)	289 (82.3)	0.706
Femei	9 (14.5)	10 (16.7)	11 (18.0)	30 (16.4)	64 (18.2)	0.604
Mediu de reședință						
Urban	21 (33.9)	19 (31.7)	25 (41.0)	65 (35.5)	146 (41.6)	0.171
Rural	41 (66.1)	41 (68.3)	36 (59.0)	118 (64.5)	205 (58.4)	0.172
Vârsta						
18-24 ani	2 (3.2)	1 (1.7)	1 (1.6)	4 (2.2)	11 (3.1)	0.549
25-34 ani	12 (19.4)	5 (8.3)	11 (18.0)	28 (15.3)	52 (14.8)	0.878
45-54 ani	16 (25.8)	21 (35.0)	22 (36.1)	59 (32.2)	112 (31.9)	0.943
45-54 ani	16 (25.8)	18 (30.0)	18 (29.5)	52 (28.4)	94 (26.8)	0.694
≥ 55 ani	16 (25.8)	15 (25.0)	9 (14.8)	40 (21.9)	82 (23.4)	0.696

Caracteristici socio-demografice

Eșantionul de studiu RR/TB a fost compus în majoritate din bărbați (82%) și persoane din mediul rural (58%). Vârsta medie a fost de 45 de ani cu o deviație standard de 11.4 ani, cel mai tânăr respondent având 21 de ani și cel mai în vârstă 81 de ani. Grupul de vârstă predominant a fost cuprins între 45 și 54 ani (32%, Tabelul 33).

Majoritatea respondenților (63%) aveau studii medii incomplete, iar 36% erau șomeri. Migrația și detenția în anamneză au constituit câte 15%. Aproximativ 46% dintre gospodăriile aveau mai mult de trei membri, iar 31% aveau persoane sub 18 ani. Analiza statistică nu a evidențiat diferențe semnificative între perioadele de tratament și variabilele analizate (nivel de educație, stare civilă, migrație și detenție în anamneză, numărul de persoane în gospodărie, prezența persoanelor sub 18 ani), cu un prag de semnificație $p > 0.05$ (Tabelul 34).

Tabelul 34. Caracteristicile socio-demografice a eșantionului de studiu. tuberculoza rezistentă

Denumire variabilă	Total	Perioada de tratament			Valoare p
		Inițială	Continuare	Ultimele 2 luni (după)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Studii					0.344
Fără studii/primare	15 (8.2)	3 (4.8)	7 (11.7)	5 (8.2)	
Medii incomplete	115 (62.8)	36 (58.1)	35 (58.3)	44 (72.1)	
Medii (specialitate)	51 (27.9)	22 (35.5)	17 (28.3)	12 (19.7)	
Superioare	2 (1.1)	1 (1.6)	1 (1.7)	0 (0.0)	
Angajat în câmpul muncii					0.169
Angajat	67 (36.6)	28 (45.2)	20 (33.3)	19 (31.1)	
Auto-angajat	2 (1.1)	0 (0.0)	2 (3.3)	0 (0.0)	
Neangajat (șomer)	52 (28.4)	16 (25.8)	14 (23.3)	22 (36.1)	
Altele	62 (33.9)	18 (29.0)	24 (40.0)	20 (32.8)	
Starea civilă*					0.509
Căsătorit	102 (55.7)	32 (51.6)	37 (61.7)	33 (54.1)	
Necăsătorit	81 (44.3)	30 (48.4)	23 (38.3)	28 (45.9)	
Migrație în anamneză					0.683
Da	24 (13.1)	9 (14.5)	6 (10.0)	9 (14.8)	
Nu	159 (86.9)	53 (85.5)	54 (90.0)	52 (85.2)	
Detenție în anamneză					0.158
Da	17 (9.3)	3 (4.8)	5 (8.3)	9 (14.8)	
Nu	166 (90.7)	59 (95.2)	55 (91.7)	52 (85.2)	
Nr. persoane în gospodărie					0.245
<3 persoane	106 (57.9)	33 (53.2)	40 (66.7)	33 (54.1)	
>3 persoane	77 (42.1)	29 (46.8)	20 (33.3)	61 (45.9)	
Persoane cu vârsta <18 ani					0.498
Da	53 (29.0)	20 (32.3)	14 (23.3)	19 (31.1)	
Nu	130 (71.0)	42 (67.7)	46 (76.7)	42 (68.9)	

Căsătorit: căsătorit sau concubinaj, necăsătorit: celibatar, văduv, divorțat. Studii: primare (4 clase); medii incomplete – de la 5 la 11 clase, medii (specialitate): 12 clase și medii profesionale; superioare – complete și incomplete; Angajat în câmpul muncii: angajat (funcționar public, conducător sau manager, specialist calificat, specialist necalificat, agricultor); auto-angajat (deținător de patentă sau licență etc.), Șomer (înregistrat sau neînregistrat la oficiul forței de muncă), altele (zilier, elev, student, pensionar, invalid, aflat în concediu de maternitate sau paternitate)

Nivel de bunăstare

Situația materială a gospodăriilor a variat semnificativ pe durata bolii TB ($p=0.001$). Procentul gospodăriilor cu o situație destul de săracă a crescut în timpul tratamentului TB (35.0%) comparativ cu perioada de până la diagnosticul TB (11%), iar procentul celor care au raportat că trăiesc în sărăcie a crescut la 39% după finalizarea tratamentului TB, față de 21% înainte de diagnosticul TB și 13% în timpul tratamentului TB. Gospodăriile cu o situație bună au fost cele mai puține, cu o scădere semnificativă de la 18% până la TB la 6.6% după finalizarea tratamentului TB. Nici unul dintre participanții la studiu nu și-a apreciat situația materială a gospodăriei ca una foarte bună (Tabelul 35).

Alimentația a rămas cea mai importantă categorie de cheltuieli în toate perioadele studiate, reprezentând între 67% și 71% din total ($p=0.574$). Procentul gospodăriilor cu alimentație insuficientă a crescut după finalizarea tratamentului TB (54%), comparativ cu perioadele de până la diagnosticul de TB (29%) și în timpul tratamentului TB (35%), cu o tendință spre semnificație statistică ($p=0.059$). Întreținerea gospodăriei a fost a doua categorie ca importanță, variind între 25% și 31%, iar cheltuielile pentru sănătate și alte articole au fost ne semnificative, menținându-se sub 4% (Tabelul 35).

Tabelul 35. Nivelul de bunăstare, eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire variabilă	Total n (%)	Până la TB n (%)	În timpul TB n (%)	După TB n (%)	Valoare p
Situația materială a gospodăriei					0.001
Trăiesc în sărăcie	45 (24.6)	13 (21.0)	8 (13.3)	24 (39.3)	
Destul de sărac	42 (23.0)	7 (11.3)	21 (35.0)	14 (23.0)	
Situație nu prea bună	69 (37.7)	31 (50.0)	19 (31.7)	19 (31.1)	
Situație bună	27 (14.8)	11 (17.7)	12 (20.0)	4 (6.6)	
Situație foarte bună	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Cea mai importanta categorie de cheltuieli *					0.574
Alimentație	122 (68.5)	41 (67.2)	39 (67.2)	42 (71.2)	
Întreținerea gospodăriei	50 (28.1)	17 (27.9)	18 (31.0)	15 (25.4)	
Sănătate	4 (2.2)	1 (1.6)	1 (1.7)	2 (3.4)	
Altele	2 (1.1)	2 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Gradul de alimentație					0.059
Insuficient	72 (39.3)	18 (29.0)	21 (35.0)	33 (54.1)	
Suficient	76 (41.5)	29 (46.8)	24 (40.0)	23 (37.7)	
Bun	27 (14.8)	11 (17.7)	13 (21.7)	3 (4.9)	
Foarte bun/excelent	8 (4.4)	4 (6.5)	2 (3.3)	2 (3.3)	

* Sănătate: medicamente, analize medicale, consultații; Articole: îmbrăcăminte, încălțăminte etc.

Tabelul 36 prezintă relația dintre situația materială a gospodăriei, autoapreciată de respondenți indicele de bunăstare. În context, analiza arată o corelație clară între indicele de bunăstare și autoaprecierea situației materiale. Studiul a evidențiat că gospodăriile cu indici de bunăstare mai inferiori tind să se perceapă ca fiind în sărăcie sau destul de sărace, în timp ce gospodăriile cu indici de bunăstare mai superiori au o percepție mai pozitivă asupra situației lor materiale. Prin urmare, în categoria „cea mai săracă”, 67% dintre gospodării se consideră că trăiesc în sărăcie, în timp ce niciuna nu se consideră într-o situație bună. În categoria „cea mai bogată”, doar 2.8% se consideră că trăiesc în sărăcie, în timp ce 33% se consideră într-o situație bună. În plus, în rubrica cu indicele gospodărie „bogată”, 22% dintre gospodării se consideră într-o situație bună, comparativ cu doar 11% în rubrica cu indicele „mediu” (Tabelul 36).

Tabelul 36. Nivel de bunăstare a gospodăriei în raport cu situația materială a gospodăriei, eșantion tuberculoza rezistentă

Situația materială a gospodăriei	Indice de bunăstare a gospodăriei (Quintile)					Total
	Gospodărie cea mai săracă	Gospodărie săracă	Gospodărie cu indice mediu	Gospodărie bogată	Gospodărie cea mai bogată	
Trăiesc în sărăcie	24 (66.7)	8 (21.6)	6 (16.2)	6 (16.2)	1 (2.8)	45 (24.6)
Destul de sărac	9 (25.0)	11 (29.7)	10 (27.0)	9 (24.3)	3 (8.3)	42 (23.0)
Situație nu prea bună	3 (8.3)	15 (40.5)	17 (45.9)	14 (37.8)	20 (55.6)	69 (37.7)
Situație bună	0 (0.0)	3 (8.1)	4 (10.8)	8 (21.6)	12 (33.3)	27 (14.8)
Total	36	37	37	36	36	183

Analiza datelor în conformitate cu pragul internațional al sărăciei extreme, conform Băncii Mondiale, relevă că înainte de stabilirea diagnosticului de TB, 26.2% (48 din 183) dintre gospodării se aflau în sărăcie, procentul a scăzut la 23.5% (43 din 183) în perioada inițială a tratamentului. Cu toate acestea, în perioada de continuare a tratamentului, procentul gospodăriilor sărace a crescut semnificativ la 42.1% (77 din 183), reducându-se ulterior la 31.1% (57 din 183) în primele luni după finalizarea tratamentului TB (Figura 7).

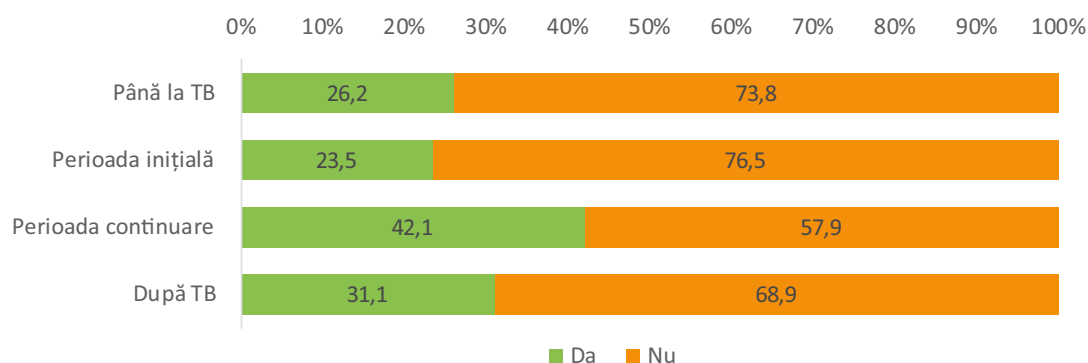


Figura 7. Gospodării aflate în sărăcie, eșantion tuberculoza rezistentă

Documente esențiale: identitate, cetățenie, asigurare

Studiul a relevat că 97.3% (178) dintre respondenți dețineau un buletin de identitate și cetățenia Republicii Moldova, 37.2% (68) aveau un pașaport, iar 33.1% (60) posedau o carte de muncă. O persoană (0.5%) a fost cu buletin provizoriu. Permisul de conducere a fost deținut de 21.3% (39) dintre participanți. Trei (1.6%) dintre respondenți aveau cetățenia altor țări.

Deținerea poliței de asigurare medicală a fost indicată de 103 (56.3%) dintre respondenți. Cei care dețineau polița de asigurare au menționat următoarele surse de obținere a acesteia: asigurare gratuită (64), de la angajator (29), achiziționată pe cont propriu (9) și alte surse (1).

Respondenții care nu dețineau poliță de asigurare medicală (80) au indicat următoarele cauze: neangajarea în câmpul muncii (61.3%, 42), angajarea neoficială (38.8%, 31), costul ridicat al poliței (22.5%, 18), percepția că asigurarea nu este necesară (11.3%, 9), activitate în străinătate (6.3%, 5), dar și considerarea asigurării medicale ca fiind una inutilă deoarece oricum plătesc pentru servicii medicale (3.8%, 3). Alții doi (2.6%) respondenți nu au indicat motivul de ce nu dețin poliță de asigurare medicală.

Deprinderi nocive

Studiul a evidențiat prevalența deprinderilor nocive în rândul respondenților, cu o frecvență ridicată a fumatului și a consumului de alcool, în timp ce utilizarea drogurilor a fost mai rară.

Fumatul este o practică răspândită, 56% (102) dintre respondenți au declarat că fumau la momentul interviului. Dintre aceștia, 44% (45) fumau între 5 și 10 țigarete pe zi, iar 22% (22) fumau între 10 și 20 de țigarete pe zi. Au menționat că au fumat în trecut 45 dintre respondenți, dintre care 32 au renunțat la fumat: 16 din cauza TB, iar alții 16 din alte motive.

Consumul de alcool a fost analizat pe două perioade: ultimele 12 luni înainte de stabilirea diagnosticului de TB și în perioada tratamentului TB. Înainte de diagnosticarea TB, fiecare al zecelea respondent (9%, 17) a indicat că a consumat alcool frecvent (de patru ori pe săptămână sau mai des), fiecare al cincilea (19%, 34) a consumat alcool de două-trei ori pe săptămână, iar 20% (37) au consumat alcool de 2-4 ori pe lună. Mai mult de o treime (36%, 66) au raportat consumul de alcool o dată pe lună sau mai rar, în timp ce 15% (28) nu au consumat deloc alcool. În perioada tratamentului TB, consumul frecvent de alcool a scăzut la 5.6% (10), consumul de două-trei ori pe săptămână a scăzut la 11% (20), iar consumul de 2-4 ori pe lună a rămas constant la 20% (37). Procentul celor care au consumat alcool o dată pe lună sau mai rar, inclusiv deloc, a crescut la 63%.

Utilizarea drogurilor injectabile a fost recunoscută de 1.6% (3) dintre respondenți, iar în ultimele 12 luni doar unul dintre respondenți a continuat acest comportament. Consumul de alte droguri, cum ar fi cele fumate sau inhalate, a fost menționat de 17 (9.3%) respondenți, doi dintre aceștia au continuat să le utilizeze și în ultimul an.

Cunoștințe, atitudini și practici privind tuberculoză

Medicul a fost principala sursă de informare despre TB pentru participanții la studiu (122²¹), majoritatea (41.8%, 51) aflând pentru prima dată despre TB atunci când s-au îmbolnăvit personal. Televiziunea și radioul au fost menționate ca surse importante de informare în peste o pătrime din cazuri (26.2%, 32). Prietenii apropiați care s-au îmbolnăvit de TB au fost o altă sursă de informare (12.3%, 15), urmată de rude (10.7%, 13) și de medic atunci când s-a îmbolnăvit cineva din familie (2.5%, 3). Rețelele de socializare și internetul au servit drept surse de bază în câte 2.5% (3) din cazuri, iar 1.6% (2) nu și-au amintit sursa inițială de informare.

Considerată o boală contagioasă de 95% dintre participanții la studiu, TB este percepută ca fiind transmisă prin aer în timpul tusei de către marea majoritate (96%) dintre respondenți. Totuși, au fost menționate și alte modalități de transmitere, cum ar fi transmiterea habituală, prin sânge, prin strângere de mână, prin contacte sexuale și convingerea că TB este o boală congenitală. Aceste căi de transmitere au fost recunoscute de participanți în diferite perioade ale tratamentului, cu variații procentuale minore și fără diferențe semnificative statistic ($p > 0.05$), indicând că percepțiile nu s-au schimbat pe parcursul bolii (Tabelul 37).

Proporția participanților cu cunoștințe corecte despre transmiterea TB a variat pe parcursul tratamentului, fiind de 42% în primele luni de tratament, 29% în perioada de continuare și 35% după finalizarea tratamentului, fără diferențe semnificative statistic ($p = 0.334$). Percepția că TB se poate trata definitiv a crescut de la 18% în perioada inițială de tratament la 32% după finalizarea tratamentului, însă aceste diferențe nu au fost semnificative din punct de vedere statistic ($p = 0.173$, Tabelul 37).

Tabelul 37. Cunoștințe și atitudini privind tuberculoza. eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire	Total	Perioada de tratament			Valoarea p
		Inițială	Continuare	Ultimele 2 luni (după)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Total	183	62	60	61	
Contagiozitatea TB					0.406
Da	164 (95.3)	55 (93.2)	52 (94.5)	57 (98.3)	
Nu	8 (4.7)	4 (6.8)	3 (5.5)	1 (1.7)	
Modalități de transmitere a TB					
Prin aer în timpul tusei					0.554
Da	157 (95.7)	53 (96.4)	48 (92.3)	56 (98.2)	
Nu	5 (3.0)	1 (1.8)	3 (5.8)	1 (1.8)	
Nu știu	2 (1.1)	1 (1.8)	1 (1.9)	0 (0.0)	

²¹ Perioada inițială (primele două luni) și intermediară ale tratamentului

Denumire	Total	Perioada de tratament			Valoarea p
		Inițială	Continuare	Ultimele 2 luni (după)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Transmitere habituală					0.440
Da	80 (50.6)	24 (43.6)	31 (59.6)	25 (49.0)	
Nu	73 (46.2)	30 (54.5)	19 (36.5)	24 (47.1)	
Nu știu	5 (3.2)	1 (1.8)	2 (3.8)	2 (3.9)	
Prin sânge					0.982
Da	23 (14.6)	8 (14.5)	7 (13.5)	8 (15.7)	
Nu	117 (74.1)	40 (72.7)	40 (76.9)	37 (72.5)	
Nu știu	18 (9.8)	7 (12.7)	5 (9.6)	6 (11.8)	
Prin strângere de mână					0.683
Da	35 (22.2)	9 (16.4)	13 (25.0)	13 (25.5)	
Nu	119 (75.3)	45 (81.8)	37 (71.2)	37 (72.5)	
Nu știu	4 (2.5)	1 (1.8)	2 (3.8)	1 (2.0)	
Prin contacte sexuale					0.909
Da	19 (12.1)	7 (12.7)	7 (13.5)	5 (10.0)	
Nu	126 (80.3)	45 (81.8)	40 (76.9)	41 (82.0)	
Nu știu	12 (7.6)	3 (5.5)	5 (9.6)	4 (8.0)	
TB este o boală congenitală					0.459
Da	6 (3.8)	1 (1.8)	1 (1.9)	4 (7.8)	
Nu	141 (89.2)	50 (90.9)	48 (92.30)	43 (84.3)	
Nu știu	11 (7.0)	4 (7.3)	3 (5.8)	4 (7.8)	
Cunoștințe integrate despre transmiterea TB					0.334
Corecte	59 (35.8)	25 (42.4)	16 (29.1)	18 (35.3)	
Incorecte	106 (64.2)	34 (57.6)	39 (70.9)	33 (64.7)	
Tuberculoza se tratează					0.173
Da, definitiv	44 (25.9)	11 (18.0)	15 (28.8)	18 (31.6)	
Da, dacă este tratată la timp	81 (47.6)	31 (50.8)	28 (53.8)	22 (38.6)	
Parțial	35 (20.6)	15 (24.6)	8 (15.4)	12 (21.1)	
Nu	9 (5.3)	4 (6.6)	0 (0.0)	5 (8.8)	

Non-răspuns: Contagiozitatea TB (11), prin aer în timpul tusei (19), transmitere habituală (25), prin sânge (25), prin strângere de mână (25), prin contacte sexuale (26), TB este o boală congenitală (25), Cunoștințe integrate despre transmiterea TB (10); Tuberculoza se tratează (13).

Practicile referitoare la gestionarea TB au arătat că 97.3% (178 din 183) dintre respondenți au dorit să urmeze tratamentul imediat după diagnosticare. De asemenea, 74.9% (134 din 179) erau conștienți că tratamentul este de lungă durată, iar 74.6% (132 din 177) știau că acesta implică administrarea mai multor medicamente. Un procent de 84.4% (152/180) au înțeles necesitatea respectării stricte a regimului de tratament, în timp ce 78.3% (137 din 175) erau conștienți de riscurile asociate cu nefinalizarea tratamentului. În 71.6% (126 din 176) din cazuri, respondenții știau despre posibilele reacții adverse ale medicamentelor anti-tuberculoase.

Analiza comportamentele participanților (183) privind măsurile de prevenire a transmiterii TB, a relevat că din momentul diagnosticării cu TB, 72.1% (132) dintre respondenți au folosit batista personală când tușeau sau strănutau, 66.7% (122) au încercat să reducă contactul cu persoanele din jur, 57.4% (105) au utilizat veselă separată, 53.6% (98) au ales să locuiască într-o odaie aparte, separat de ceilalți membri ai familiei.

Adresabilitate și diagnostic

Printre cele mai frecvente simptome menționate de către participanții la studiu (122²²), se numără tusea persistentă, prezentă în 64.8% (79) cazuri, slăbiciunea și oboseala nemotivată, raportate în 63.1% (77) cazuri și pierderea în greutate, observată în 59.0% (72) cazuri. Durata medie (DM) pentru aceste trei simptome a variat între 3.1 și 2.9 săptămâni. Transpirațiile nocturne și lipsa poftei de mâncare au fost menționate de 46.7% (57) dintre participanți (DM 2.5 și 2.6 săptămâni). Febra și durerile toracice au fost observate în 36.9% (45) și 36.1% (44) dintre cazuri (DM 2.6 și 2.5 săptămâni). Șuvițele de sânge în spută au fost raportate de 7.4% (9) dintre respondenți, în timp ce hemoragia a fost rară, fiind menționată în 1.6% (2) cazuri, ambele simptome având o durată medie de o săptămână. Alte simptome nespecifice TB au fost indicate de 2.5% (3) dintre respondenți (DM 6.3 săptămâni), iar 7.1% (13) dintre respondenți nu au prezentat simptome.

Motivul de bază, menționat de către participanții la studiu (109²³) pentru adresarea după asistență medicală a fost, în cele mai dese cazuri, tusea persistentă (63.3%, 69). Alte motive frecvente au inclus slăbiciunea și oboseala nemotivată, raportate de 34.4% (63) dintre respondenți, și pierderea în greutate, observată în 48.6% (53) dintre cazuri. Febra a fost un motiv pentru 38.5% (42), transpirațiile nocturne și lipsa poftei de mâncare pentru 35.8% (39), durerile toracice pentru 29.4% (32), iar șuvițele de sânge în spută pentru 10.1% (11) dintre respondenți. Hemoragia a fost un motiv rar, menționat în 1.8% (2) dintre cazuri. Alte simptome nespecifice TB au fost indicate de 7.3% (8) dintre respondenți.

La debutul simptomelor, 30.3% (33) dintre respondenți (109²⁴) au recunoscut simptomele TB și au solicitat asistență medicală. În contrast, 51.4% (56) au considerat că este doar o tuse banală care va trece de la sine. Alți 22.0% (24) au consultat medicul și au urmat tratamente pentru răceală. În 11.0% (12) dintre cazuri, respondenții s-au îngrijorat că ar putea fi TB, dar nu au informat pe nimeni. În 9.2% (10) dintre cazuri, aceștia au presupus că au COVID-19 și că simptomele vor dispărea de la sine.

²² Perioada inițială și intermediară de tratament, răspunsuri valide

²³ Perioada inițială și intermediară de tratament, răspunsuri valide

²⁴ Perioada inițială și intermediară de tratament, răspunsuri valide

În 1.6% (3 din 183) dintre cazuri, TB a fost diagnosticată în timpul examenelor de screening.

S-au adresat după asistență medicală în perioada unei săptămâni de la apariția simptomelor 14.8% (16) dintre respondenți (109), în una-două săptămâni – 24.1% (26), în două-trei săptămâni 18.5% (20). În 42.6% (46) cazuri, aceștia s-au adresat peste 3 săptămâni sau mai mult. Printre motivele celor care au întârziat mai mult de trei săptămâni (46) se numără lipsa resurselor financiare (21.7%, 10), lipsa timpului din cauza muncii (23.9%, 11), frica de investigații medicale (10.9%, 5) și lipsa încrederii în personalul medical (4.3%, 2). Trei dintre respondenți (6.5%) nu au specificat motivul întârzierii.

Profesioniștii din domeniul medical au îndrumat cei mai mulți dintre participanții la studiu (122) către medicul ftiziopneumolog, inclusiv medicul de familie (47.5%, 58) și alți lucrători medicali (13.9%, 17). Un alt grup semnificativ (22.1%, 27) s-a adresat medicului ftiziopneumolog din propria inițiativă. Alții, 7.4% (9) dintre respondenți au fost sfătuiți de un membru al familiei, 3.3% (4) de un prieten sau rudă, iar 5.7% (7) au menționat că au fost îndrumați de altcineva, fără a specifica cine anume.

Un aspect important evidențiat de studiu a fost tendința unora dintre participanți la studiu de a urma la propria inițiativă tratamente medicamentoase nespecifice pentru TB la domiciliu, înainte de confirmarea diagnosticului de TB. Conform datelor, 14.5% dintre participanți (9 din 62²⁵) au recurs la astfel de tratamente la recomandarea farmacistului, rudelor sau prietenilor și l-au urmat de la apariția primelor simptome până la confirmarea diagnosticului de TB.

Analiza intervalului de timp dintre finalizarea investigațiilor specifice pentru TB și comunicarea diagnosticului a relevat că respondenții (62²⁶) au primit diagnosticul în diverse intervale de timp. În 61.3% (38) cazuri, diagnosticul a fost comunicat în 1-3 zile, în 33.9% (21) cazuri în 4-7 zile, în 3.2% (2) cazuri în 1-2 săptămâni, iar în 1.6% (1) cazuri după mai mult de 3 săptămâni.

Studiul a investigat frecvența adresării pacienților la clinicile private privind accesarea serviciilor TB. Din totalul de 183 respondenți, 3.3% (6) au optat pentru serviciile unei clinici private. S-au adresat la clinici private pentru servicii de diagnostic în 8.1% (5 din 62²⁷) cazuri și pentru servicii medicale în perioada de tratament în 1.6% (1 din 61²⁸) cazuri. Valoarea $p=0.030$ sugerează că respondenții au fost mai predispuși să se adreseze la clinici private pentru serviciile de diagnostic.

Accesarea serviciilor de urgență a fost menționată în 6.0% din cazuri (11 din 183). Serviciile de urgență au fost accesate în perioada diagnosticării sau în faza inițială a tratamentului de către 8 dintre participanți. Doi participanți au apelat la serviciile de urgență în perioada intermediară a tratamentului, iar unul în ultimele luni de tratament.

Rezultatele studiului arată că o treime (30.1%, 55 din 183) dintre participanții la studiu au fost referiți la Consiliul pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă. Majoritatea dintre cei referiți (87.3%, 48) au fost referiți la Consiliu din cauza TB. Un procent mai mic a fost referit din cauza altor boli (7.3%, 4) sau din cauza unei combinații de TB și alte boli (5.5%, 3).

²⁵ Perioada inițială de tratament, răspunsuri valide

²⁶ Perioada inițială de tratament, răspunsuri valide

²⁷ Perioada inițială de tratament

²⁸ Perioada de tratament (ultimele 2 luni), răspunsuri valide

Dintre participanții la studiu care au fost referiți la Consiliu, 69.1% (38 din 55) au primit un grad de dizabilitate în legătură cu TB. Majoritatea dintre cei care au primit grad de dizabilitate (89.5%, 34 din 38) au fost clasificați cu gradul II, indicând o dizabilitate semnificativă, dar nu severă. Doar un respondent (2.6%) a fost clasificat cu gradul III, indicând o dizabilitate de nivel mediu. Trei respondenți (7.9%) nu au menționat ce grad de dizabilitate au primit.

Caracteristici epidemiologice și clinice

Tabelul 38 prezintă profilul epidemiologic și clinic ale participanților la studiu. Din totalul respondenților, 67% sunt cazuri noi, în timp ce 33% sunt cazuri recurente de TB. În ceea ce privește regimul de tratament, mai mult de jumătate (55%) au urmat un regim scurt de tratament. Toți pacienții au avut TB pulmonară, fără cazuri de TB extra pulmonară. Confirmarea bacteriologică a fost în 97% cazuri, iar spitalizarea a fost necesară pentru 96% dintre respondenți. În 6.6% cazuri, aceștia au provenit din focare de infecție, iar în 4.6% cazuri cineva din familie a suferit de TB în perioada ultimilor 2 ani, inclusiv la momentul interviului (Tabelul 38).

Tabelul 38. Profilul epidemiologic și clinic, eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire	n (%)
Total	183
Tip caz	
Caz nou	122 (66.7)
Recurent	61 (33.3)
Regim de tratament	
Scurt	100 (54.6)
Lung	83 (45.4)
Localizarea bolii	
Pulmonară	183 (100)
Extra pulmonară	0 (0.0)
Confirmat bacteriologic	
Da	178 (97.3)
Nu	5 (2.7)
Spitalizat	
Da	173 (94.5)
Nu	10 (5.5)
Provine din focar	
Da	12 (6.6)
Nu	171 (93.4)
TB în gospodărie, ultimii 2 ani	
Da	8 (4.6)
Nu	167 (95.4)

Non-răspuns: TB în gospodărie, ultimii 2 ani (8)

Aderența la tratamentul pentru tuberculoză

După stabilirea diagnosticului de TB, respondenții (62²⁹) au început tratamentul într-un interval relativ scurt. Dintre aceștia 59.7% (37) au inițiat tratamentul în primele 1-3 zile, iar 38.7% (24) au început tratamentul în decurs de o săptămână. Doar un singur respondent (1.6%) a început tratamentul după mai mult de o lună.

Sursele de obținere a pastilelor pentru TB au variat în funcție de locul de tratament (staționar sau ambulator) și de modalitatea de administrare a tratamentului (DOT sau VST), conform detaliilor din Tabelul 39. Întrebați despre sursa cea mai frecvent utilizată, respondenții au indicat că, în spital (58), personalul medical aducea zilnic pastilele în salon (47%). În condiții de ambulator (148), pastilele erau ridicate personal de către respondenți la punctul medical în cazul DOT (70%) și VST (71%, 24).

În contextul tratamentului ambulator (148), frecvența ridicării pastilelor pentru TB de la punctul medical a fost următoarea: 5-7 ori pe săptămână (73.9%, 109), 3-4 ori pe săptămână (8.1%, 12), 1-2 ori pe săptămână (2.0%, 3), 2-3 ori pe lună (4.1%, 6), o dată pe lună sau mai rar (4.1%, 6), iar unii respondenți nu au specificat frecvența (2.7%, 4). În cazul administrării tratamentului prin VST (24), frecvența ridicării pastilelor a variat între 7 și 30 de zile, cu o medie de 24.2±8.6 zile.

Studiul a relevat situații în care personalul medical de la punctul medical din sat le-a cerut respondenților să aducă lunar pastilele pentru TB de la cabinetul de ftiziopneumologie din raion. Aproximativ 12.8% (19 din 148) dintre respondenții care au urmat tratamentul DOT în regim ambulator au menționat aceste solicitări.

Tabelul 39. Surse de obținere a pastilelor speciale pentru tuberculoză în timpul tratamentului. eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire	Staționar DOT, n (%)	Ambulator	
		DOT, n (%)	VST, n (%)
Total	58	148	24
Personalul medical aducea zilnic pastilele în salon (staționar), acasă (ambulator) pentru administrare	35 (60.3) 27 (46.6)*	2 (1.4)	-
Mergea cineva dintre cunoscuți (rude, prieteni, etc.) la punctul medical și le aducea acasă (ambulator)	-	4 (2.7)	1 (4.2)
Lua pastilele de la postul asistentului medical și le administra singur în salon (staționar)	14 (24.1)	-	-
Personalul medical i le dădea pentru câteva zile ca acesta să le administreze singur în salon (staționar)	10 (17.2)	-	-
Administra pastilele în cabinetul de proceduri (staționar), la punctul medical (ambulator)	20 (34.5)	111 (75.0) 104 (70.3)*	-
Personalul medical i le dădea pentru 1-2 zile (sâmbăta, duminica) să le administreze acasă	5 (8.6)	98 (66.2)	-
Personalul medical i le dădea pentru 3 și mai multe zile să le administreze acasă	-	15 (10.1)	-
Le ridica personal de la punctul medical (VST)	-	-	17 (70.8) 17 (70.8)*
Venea cineva de la ONG zilnic și le aducea acasă (ambulator)	-	12 (8.1)	-
Venea cineva de la ONG o dată la câteva zile și mi le aducea acasă (ambulator)	-	-	7 (29.2)

²⁹ Perioada inițială de tratament, răspunsuri valide

*cea mai frecvență sursă de ridicare a pastilelor; DOT- Directly Observed Treatment. VST- Video Supported Treatment

Staționar DOT (85) – nr. respondenți chestionați în primele două luni de tratament și care au fost spitalizați

Majoritatea participanților la studiu au menționat că erau supravegheați în timpul administrării pastilelor pentru TB, atât în regim staționar (96.6%, 56 din 58³⁰), cât și în regim ambulator (92.6%, 137 din 148). În condiții de ambulator, supravegherea era asigurată în principal de asistentele medicale (94.2%, 129), dar și de reprezentanți ai ONG-urilor (2.9%, 4), medici (1.5%, 2) și rude (1.5%, 2). Întrebați cât de des au fost supravegheați în timpul administrării pastilelor pentru TB, respondenții au indicat că au fost supravegheați întotdeauna în proporție de 87.5% (51) în regim staționar și 47.8% (71) în regim ambulator, aproape întotdeauna în 8.9% (5) cazuri în regim staționar și 50.0% (74) cazuri în regim ambulator, iar în aproximativ jumătate cazuri în 3.6% (2) în regim staționar și 2.2% (3) în regim ambulator. Cei care și-au administrat pastilele prin programul VST, 4.2% (2) au transmis video-urile de două ori pe zi, iar 95.8% (46) au transmis video-urile o dată pe zi.

Pe parcursul tratamentului pentru TB, proporția participanților care nu au administrat medicamentele din motive non-medicale a variat semnificativ între etapele tratamentului ($p=0.008$), cu cea mai mare proporție de neadministrare observată în perioada intermediară (Tabelul 40).

Tabelul 40. Neadministrarea pastilelor TB. din motive non-medicale. eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire	Perioada de tratament			Valoarea p
	Inițială (n, %)	Intermediară (n, %)	Ultimele 2 luni (n, %)	
Neadministrarea medicamentelor pentru TB				0.008
Da	2 (3.2)	13 (21.7)	7 (11.5)	
Nu	60 (96.8)	47 (78.3)	54 (88.5)	
Total	62	60	61	

Participanții la studiu ($n=22$. Tabelul 18) au menționat diverse motive non-medicale pentru care nu au administrat medicamentele pentru TB. Cele mai comune motive au fost uitarea (13) și consumul de alcool, care a condus la uitarea administrării medicamentelor (8). Unii participanți au raportat că s-au simțit mai rău (3) sau că nu au avut pastilele la ei (4). Alte motive au inclus sentimentul de bine, care a dus la întreruperea tratamentului (1) și plecarea de acasă (1). Unul dintre participanți nu a menționat motivul. De asemenea, respondenții au specificat că, pe parcursul tratamentului, au omis administrarea medicamentelor în zilele de odihnă.

Reacții adverse la medicamentele antituberculoase

Mai mult de jumătate (48.1%, 88 din 183) dintre participanții la studiu au raportat cel puțin o reacție adversă la tratamentul antituberculos. Reacțiile adverse au fost observate pe tot parcursul tratamentului. În primele două luni, grețurile au fost raportate de 42% dintre respondenți, dar această proporție a scăzut semnificativ la 13% în ultimele două luni de tratament ($p<0.001$).

³⁰ Nr. respondenți chestionați în primele două luni de tratament și care au fost spitalizați

Similar, incidența vărsăturilor a scăzut de la 19% la 3.3% ($p=0.007$), diareea de la 21% la 0.0% ($p<0.001$), durerile gastrice de la 26% la 3.3% ($p=0.001$), durerile hepatice de la 14.5% la 1.6% ($p=0.016$) și cefaleea de la 36% la 9.8% ($p=0.001$). Simptomele depresive și senzația de somnolență au variat, prezentând diferențe statistic semnificative ($p=0.035$ și $p=0.007$). Alte reacții adverse, precum erupțiile cutanate, reducerea acuității vizuale, diminuarea capacității auditive și mialgiile sau artralgiile, au variat pe parcursul tratamentului, dar aceste variații nu au fost semnificative din punct de vedere statistic (Tabelul 41).

Tabelul 41. Reacții adverse la medicamentele antituberculoase. eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire	Total	Perioada de tratament			Valoarea p
		Inițială	Intermediară	Ultimele 2 luni	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Total		62	60	61	
Grețuri					0.000
Da	45 (24.6)	26 (41.9)	11 (18.3)	8 (13.1)	
Nu	138 (75.4)	36 (58.1)	49 (81.7)	53 (86.9)	
Vomă					0.007
Da	18 (9.8)	12 (19.4)	4 (6.7)	2 (3.3)	
Nu	165 (90.2)	50 (80.6)	56 (93.3)	59 (96.7)	
Diaree					0.000
Da	15 (8.2)	13 (21.0)	2 (3.3)	0 (0.0)	
Nu	168 (91.8)	49 (79.0)	58 (96.7)	61 (100.0)	
Dureri gastrice (stomac)					0.001
Da	24 (13.1)	16 (25.8)	6 (10.0)	2 (3.3)	
Nu	159 (86.9)	46 (74.2)	54 (90.0)	59 (96.7)	
Dureri hepatice					0.016
Da	13 (7.1)	9 (14.5)	3 (5.0)	1 (1.6)	
Nu	170 (92.9)	53 (85.5)	57 (95.0)	60 (98.4)	
Cefalee					0.001
Da	38 (20.8)	22 (35.5)	10 (16.7)	6 (9.8)	
Nu	145 (79.2)	40 (64.5)	50 (83.3)	55 (90.2)	
Erupții cutanate					0.903
Da	13 (7.1)	4 (6.5)	5 (8.3)	4 (6.6)	
Nu	170 (92.9)	58 (93.5)	55 (91.7)	57 (93.4)	
Reducerea acuității vizuale					0.907
Da	11 (6.0)	4 (6.5)	4 (6.7)	3 (4.9)	
Nu	172 (94.0)	58 (93.5)	56 (93.3)	58 (95.1)	
Diminuarea capacității auditive					0.133
Da	6 (3.3)	4 (6.5)	2 (3.3)	0 (0.0)	
Nu	177 (96.7)	58 (93.5)	58 (96.7)	61 (100.0)	
Mialgii și/sau artralgii					0.046
Da	40 (21.9)	20 (32.3)	11 (18.3)	9 (14.8)	
Nu	143 (78.1)	42 (67.7)	49 (81.7)	52 (85.2)	
Prezența simptomelor depresive					0.035
Da	18 (9.8)	11 (17.7)	3 (5.0)	4 (6.6)	
Nu	165 (90.2)	51 (82.3)	57 (95.0)	57 (93.4)	
Senzație de somnolență					0.007
Da	14 (7.7)	10 (16.1)	3 (5.0)	1 (1.6)	
Nu	169 (92.3)	52 (83.9)	57 (95.0)	60 (98.4)	
Insomnie					0.497
Da	11 (6.0)	4 (6.5)	5 (8.3)	2 (3.3)	
Nu	172 (94.0)	58 (93.5)	55 (91.7)	59 (96.7)	

Au menționat că au luat medicamentele necesare pentru a-și gestiona reacțiile adverse 29.5% (26/88) dintre participanții la studiu. Dintre aceștia (26) au menționat că au primit medicamentele de la personalul medical în timpul tratamentului în staționar (15) și/sau le-au primit de la cabinetul sau punctul medical (5) și/sau le-au achiziționat pe cont propriu (9).

Tuberculoza și condițiile medicale asociate

Participanților la studiu li s-au adresat întrebări referitoare la bolile asociate, dar și alte condiții medicale.

Co-infecția HIV

Datele studiului arată că, din 183 de participanți la studiu, 10.4% (19) au fost cu statut HIV pozitiv sau aproximativ fiecare al 9-lea respondent.

Hepatite virale

Despre faptul că au fost diagnosticați vreodată cu hepatita A au menționat 2.3% (4 din 172) dintre respondenți și cu hepatitele B, D sau - 6.0% (10 din 168) dintre respondenți.

Diabet zaharat

În rândul participanților la studiu 7.1% (6) au menționat că suferă de diabet zaharat, ceea ce înseamnă că aproximativ fiecare al 30-lea pacient suferă de această afecțiune.

Alte boli

Referitor la alte boli cronice asociate TB, pe care le aveau participanții la momentul interviului, 46.4% (85 din 183) au menționat următoarele: boli gastrointestinale și boli infecțioase (câte 17.6%, 15), boli respiratorii (altele decât TB) (16.5%, 14), hepatite cronice (10.6%, 9), boli renale și traume (câte 9.4%, 8), boli cardiovasculare (7.1%, 6), boli profesionale (2.4%, 2), boli ginecologice și boli oncologice (câte 1.2%, 1). În 18.8% (16) cazuri, respondenții nu își cunosc diagnosticul bolilor de care suferă.

Au menționat că au urmat tratamentul pentru afecțiunile cronice 42.3% (36 din 85) dintre respondenți. Dintre aceștia, 27.8% (10) au menționat că au primit medicamente de la medicul sau asistenta medicală în timpul spitalizării, în 44.4% (16) cazuri, aceștia le-au recepționat de la cabinetul sau punctul medical, iar în 30.6% (11) cazuri le-au achiziționat de la farmacie. Trei (8.3%) dintre respondenți nu au specificat sursa medicamentelor.

Încrederea în serviciile de sănătate

Încrederea participanților la studiu în medicul ftiziopneumolog a variat semnificativ pe parcursul tratamentului ($p=0.010$). În primele două luni, 58% dintre respondenți au raportat un nivel ridicat de încredere, procent care a rămas stabil în perioada intermediară a tratamentului (58%) dar a scăzut semnificativ după finalizarea acestuia (34%). În schimb, proporția celor care au indicat o încredere moderată la începutul tratamentului (42%) a crescut semnificativ după finalizare ($p=0.017$). Încrederea în medicul de familie a prezentat schimbări mai puțin semnificative. La începutul tratamentului TB, 41% dintre respondenți au indicat o încredere foarte mare în timp ce doar 25% dintre cei care au finalizat tratamentul au menținut acest nivel. Încrederea moderată a variat de la 43% la începutul tratamentului la

59% după finalizare fără a prezenta semnificații statistice notabile (Tabelul 42).

Frecvența informării despre starea de sănătate de către medicul ftiziopneumolog a rămas constant ridicată: peste 95% dintre respondenți au primit actualizări la fiecare vizită pe parcursul tratamentului ($p=0.228$. Tabelul 42).

Satisfacția față de serviciile TB a rămas relativ stabilă, aproximativ 60% dintre participanți raportând că au fost mulțumiți la toate etapele de tratament ($p=0.994$) cu o ușoară creștere a celor foarte mulțumiți de la 33.9% în perioada inițială a tratamentului până la 39.3% în ultimele două luni ale tratamentului ($p=0.801$. Tabelul 42).

Tabelul 42. Încrederea în serviciile de sănătate. eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire	Total	Perioada de tratament			Valoarea p
		Inițială	Inter mediară	Ultimele 2 luni	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Total		62	60	61	
Încrederea în medicul ftiziopneumolog					
Foarte multă	92 (50.3)	36 (58.1)	35 (58.3)	21 (34.4)	0.010
Multă	88 (48.1)	26 (41.9)	23 (38.3)	38 (62.3)	0.017
Puțină	2 (1.1)	0 (0.0)	1 (1.7)	1 (1.6)	-
Foarte puțină sau deloc	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (1.7)	1 (1.6)	-
Încrederea în medicul de familie					
Foarte multă	57 (33.3)	24 (41.4)	19 (33.3)	14 (25.0)	0.388
Multă	86 (50.3)	25 (43.1)	28 (49.1)	33 (58.9)	0.656
Puțină	23 (13.4)	7 (12.1)	9 (15.8)	7 (12.5)	0.999
Foarte puțină sau deloc	5 (3.0)	2 (3.4)	1 (1.8)	2 (3.6)	0.834
Frecvența informării despre starea de sănătate de către medicul ftiziopneumolog					
La fiecare vizită (consultație)	173 (97.2)	59 (96.7)	55 (94.8)	59 (100.0)	0.228
Mai rar sau deloc	5 (2.8)	2 (3.3)	3 (5.2)	0 (0.0)	-
Satisfacția față de serviciile TB la diferite etape de tratament					
Foarte mulțumit	66 (36.1)	21 (33.9)	21 (35.0)	24 (39.3)	0.801
Mulțumit	110 (60.1)	37 (59.7)	36 (60.0)	37 (60.7)	0.994
Moderat mulțumit	5 (2.8)	3 (4.8)	2 (3.3)	0 (0.0)	-
Nemulțumit	2 (1.0)	1 (1.6)	1 (1.7)	0 (0.0)	-

Non-răspuns: Încrederea în medicul de familie (12). Satisfacția față de serviciile TB la diferite etape de tratament (5)

Percepții asupra nevoilor și reluarea vieții obișnuite după boală

Pentru a-și încheia tratamentul cu succes, majoritatea respondenților (62%) consideră că sprijinul familiei și o alimentație mai bogată și mai bună (58%) sunt esențiale. Aproximativ o treime dintre respondenți (30%) au subliniat necesitatea de a avea bani pentru transportul către unitățile TB. Alte nevoi importante au inclus posibilitatea de a primi tratamentul la domiciliu (26%), tratamentul gratuit pentru maladiile asociate (22%), posibilitatea de a-și întreține familia pe parcursul bolii (20%), ajutorul în gospodărie (19%) și confidențialitatea diagnosticului TB (16%). Nevoi mai puțin frecvent menționate au inclus posibilitatea de a discuta cu alți pacienți despre boala TB (6.1%), consilierea psihologică (5.6%) și ridicarea medicamentelor după orele de serviciu (2.8%).

Tabelul 43 detaliază nevoile percepute pe parcursul tratamentului TB. Doar posibilitatea de a discuta cu alți pacienți a fost considerată semnificativă ($p=0.013$) în timp ce restul nevoilor nu au prezentat diferențe semnificative de-a lungul tratamentului ($p>0.05$).

Tabelul 43. Percepții asupra provocărilor majore în timpul tratamentului pentru tuberculoză, eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire	Total	Perioada de tratament			Valoarea p
		Inițială	Inter mediară	Ultimele 2 luni	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Total	179	62	59	58	
Sprijinul și încurajarea din partea familiei	111 (62.0)	41 (66.1)	32 (54.2)	38 (65.5)	0.761
Ridicarea pastilelor după orele de serviciu	5 (2.8)	2 (3.2)	3 (5.1)	0 (0.0)	0.257
Acces la consiliere psihologică pentru a discuta despre boala TB	10 (5.6)	6 (9.7)	2 (3.4)	2 (3.4)	0.266
Resurse financiare pentru transport către unitățile medicale TB	54 (30.2)	13 (21.0)	19 (32.2)	22 (37.9)	0.310
Tratament gratuit pentru comorbidități	39 (21.8)	14 (22.6)	12 (20.3)	13 (22.4)	0.965
O alimentație mai bogată și de calitate superioară	103 (57.5)	40 (64.5)	36 (61.0)	27 (46.6)	0.542
Posibilitatea de a-mi întreține familia în continuare	35 (19.6)	15 (24.2)	11 (18.6)	9 (15.5)	0.610
Confidențialitatea diagnosticului TB față de cunoscuți și colegi	28 (15.6)	8 (12.9)	10 (16.9)	10 (17.2)	0.819
Posibilitatea de a discuta cu alți pacienți despre boala TB	11 (6.1)	3 (4.8)	0 (0.0)	8 (13.8)	0.013
Ajutor în activitățile de gospodărie*	23 (19.0)	11 (17.7)	12 (20.3)	-	0.942
Primirea tratamentului TB la domiciliu*	31 (25.6)	13 (21.0)	18 (30.5)	-	0.470

Non-răspuns (4); Respondenți chestionați la etapa inițială și intermediară de tratament

În perioada tratamentului TB participanții la studiu au considerat drept cel mai dificil aspect internarea în spital (46%), urmat de administrarea medicamentelor conform recomandărilor (41%) și renunțarea la fumat (36%). În aproximativ o treime din cazuri, respondenții au specificat dificultatea de a vizita zilnic punctul medical (30%) și de a nu fi alături de familia lor (26%). Alte dificultăți au inclus lipsa de activitate (18%), abținerea de la consumul de alcool și întreținerea familiei (câte 18%), păstrarea în secret a diagnosticului față de cunoscuți și colegi (17%) și efectele adverse ale tratamentului (16%). Cel mai puțin problematic aspect considerat a fost administrarea concomitentă a tratamentului și continuarea activității profesionale (2.5%).

Analiza detaliată a percepțiilor privind dificultățile întâmpinate pe parcursul tratamentului, prezentată în Tabelul 44, indică faptul că respondenții au întâmpinat provocări semnificative din punct de vedere statistic în următoarele categorii: abținerea de la consumul de alcool, administrarea medicamentelor conform recomandărilor, efectele adverse, internarea în spital și lipsa de activitate ($p < 0.05$).

Tabelul 44. Percepții privind principalele dificultăți întâmpinate în timpul tratamentului pentru tuberculoză. eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire	Total	Perioada de tratament			
		Inițială	Inter mediară	Ultimele 2 luni	Valoarea p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Total	179	60	60	59	
Renunțarea la fumat	65 (36.3)	24 (40.0)	23 (38.3)	18 (30.5)	0.481
Abținerea de la consumul de alcool	32 (17.9)	6 (10.0)	16 (26.7)	10 (16.9)	0.038
Administrarea medicamentelor conform recomandărilor	73 (40.8)	18 (30.0)	21 (35.0)	34 (57.6)	<0.001
Efectele adverse	28 (15.6)	14 (23.3)	9 (15.0)	5 (8.5)	0.029
Internarea în spital	82 (45.8)	30 (50.0)	18 (30.0)	34 (57.6)	0.011
Absența din mijlocul familiei	47 (26.3)	13 (21.7)	17 (28.3)	17 (28.8)	0.764
Lipsa de activitate	33 (18.4)	15 (25.0)	14 (23.3)	4 (6.8)	0.011
Păstrarea în secret a diagnosticului față de cunoscuți, colegi	30 (16.8)	11 (18.3)	11 (18.3)	8 (13.6)	0.726
Întreținerea familiei	32 (17.9)	12 (20.0)	14 (23.3)	6 (10.2)	0.159
Vizitarea zilnică a punctului medical*	36 (30.3)	-	14 (23.3)	22 (37.3)	0.166
Administrarea tratamentului și continuarea activității profesionale*	3 (2.5)	-	3 (5.0)	0 (0.0)	-

Non-răspuns (8); * Respondenți chestionați la etapa intermediară și după finalizarea tratamentului

Principalele îngrijorări ale participanților la studiu după finalizarea tratamentului TB au fost riscul de a se îmbolnăvi din nou (67%) și eficiența tratamentului (52%). Alte îngrijorări au inclus riscul de a transmite boala membrilor familiei (38%) și dificultățile de angajare din cauza istoricului de TB (31%), precum și capacitatea de a continua aceeași profesie sau meserie. Riscul ca diagnosticul să fie aflat de cunoscuți sau colegi a afectat 20% dintre participanți, iar 1.7% au fost îngrijorați că nu vor putea avea copii.

Comparația dintre grupuri pe perioada tratamentului relevă că, deși există variații în percepțiile pacienților, diferențele nu sunt semnificative din punct de vedere statistic indicând o stabilitate relativă a îngrijorărilor pe parcursul tratamentului (Tabelul 45).

Tabelul 45. Principalele îngrijorări privind viața după tratament. eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire	Total	Perioada de tratament		
		Inițială	Inter mediară	Valoarea p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Total	116*	60	56	
Tratamentul ar putea să nu fie eficient	60 (51.7)	32 (53.3)	28 (50.0)	0.853
Riscul că cunoscuții, colegii pot afla despre mine că am TB	23 (19.8)	8 (13.3)	15 (26.8)	0.102
Refuz în angajare din cauza istoricului de TB	36 (31.0)	17 (28.3)	19 (33.9)	0.552
Capacitatea de a continua aceeași profesie (meserie)	28 (24.1)	14 (23.3)	14 (25.0)	1.000
Riscul de a transmite boala TB membrilor familiei	44 (37.9)	28 (46.7)	16 (28.6)	0.056
Riscul de a mă îmbolnăvi din nou	78 (67.2)	41 (68.3)	37 (66.1)	0.845
Riscul că nu voi putea avea copii	2 (1.7)	2 (3.3)	0 (0.0)	-

Non-răspuns (6); *Respondenți chestionați la etapa inițială și intermediară de tratament

Cheltuieli indirecte asociate tuberculozei rezistente

Venitul mediu lunar

În ceea ce privește venitul mediu lunar al respondentului acesta a fost 3989 MDL [IÎ95%: 3424-4553] înainte de diagnostic, în primele luni de tratament venitul a scăzut drastic la 94 MDL [IÎ95%: 42-146]. În perioada intermediară de tratament, venitul mediu lunar a crescut la 952 MDL [IÎ95%: 750-1154], iar după finalizarea tratamentului a continuat să crească la 1363 MDL [IÎ95%: 1088-1638], dar nu a revenit la nivelul inițial, aceste variații fiind statistic semnificative ($p < 0.001$).

În context, datele studiului relevă o scădere a veniturilor respondenților (153) imediat după diagnosticare și în primele luni de tratament. Înainte de diagnosticare, majoritatea dintre participanții la studiu aveau venituri cuprinse între 2001 și 6000 lei (59.5%, 91), iar un procent mic nu aveau venituri deloc (9.2%, 14). După diagnosticare, procentul celor fără venituri a crescut dramatic la 54.9% (84), iar veniturile mai mari de 1000 lei au devenit rare (0.7%, 1). O ușoară îmbunătățire a veniturilor s-a observat în perioada de continuare a tratamentului, dar acestea au rămas mult mai mici comparativ cu perioada de dinaintea diagnosticării. În context, 41.2% (63) dintre respondenți nu aveau venituri, iar 7.8% (12) aveau venituri între 2001 și 6000 lei. După finalizarea tratamentului, veniturile respondenților au început să se recupereze, dar nu au revin complet la nivelurile anterioare diagnosticării. În această perioadă, 30.1% (46) nu aveau venituri, iar 43.1% (66) aveau venituri între 1001 și 2000 lei (Figura 8).

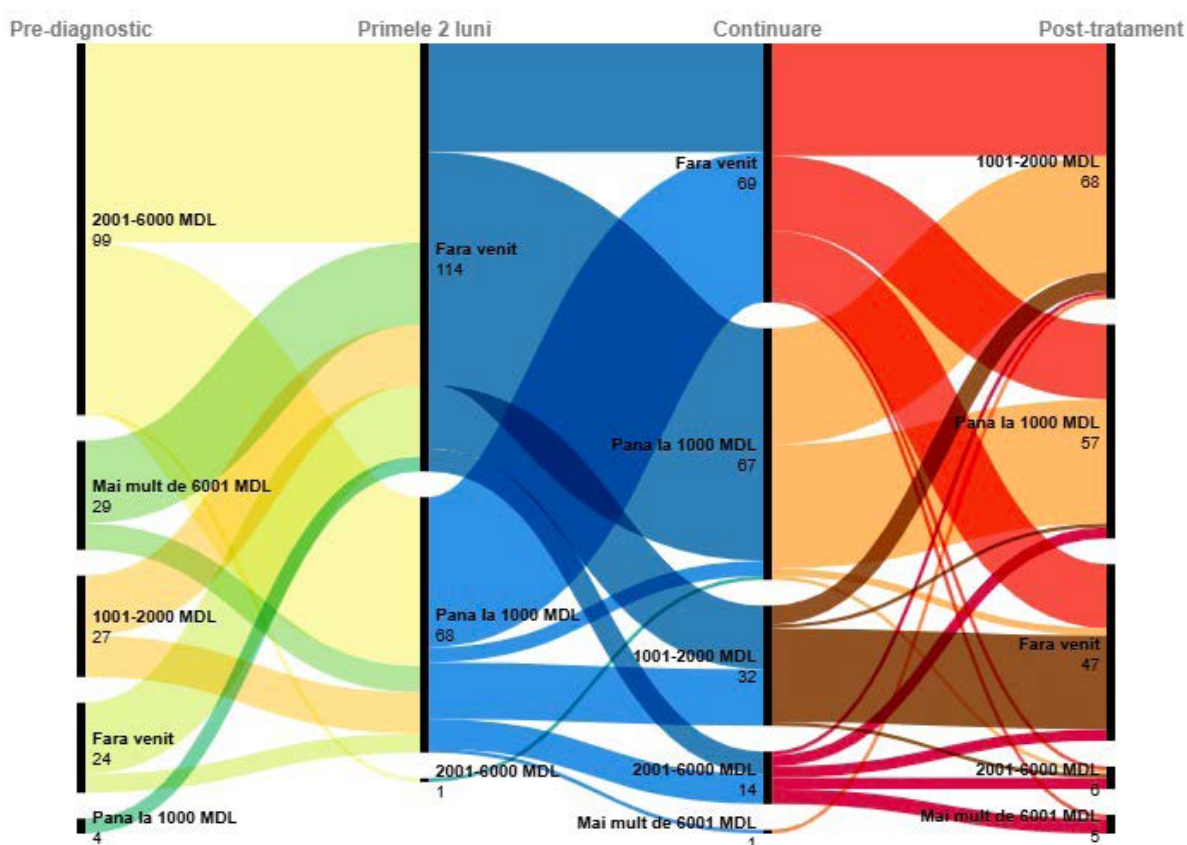


Figura 8. Venitul mediu lunar până la diagnosticul de TB. în perioada de tratament și după finalizarea tratamentului. eșantion tuberculoza rezistentă

Post-tratament – primele 2 luni după finalizarea tratamentului TB

Plăți de bunăstare

Plățile de bunăstare, un tip de sprijin financiar oferit de către Guvern pentru a asigura bunăstarea economică și socială a cetățenilor. În cadrul prezentului studiu plățile de bunăstare au inclus: indemnizații pentru incapacitatea temporară de muncă și suportul motivațional pentru aderență la tratamentul TB.

Beneficiari ai indemnizației privind incapacitatea temporară de muncă au fost participanții la studiu care au fost angajați oficial în câmpul muncii. Aceștia au numărat 35% (53 din 153³¹) dintre respondenți și au beneficiat în mediu de 18 429 MDL [95%II: 13366-23492].

Beneficiari ai suportului motivațional, oferit întru menținerea aderenței la tratament, au fost toți respondenții. Valoarea medie a suportului motivațional recepționat de respondenți pentru toată perioada de tratament a fost estimată la 13 809 MDL [95%II: 12665-14953].

Timpul pierdut

Tabelul 46 detaliază timpul pierdut în accesarea serviciilor medicale pentru TB rezistentă de la diagnostic și până la finalizarea tratamentului și care au inclus timp pierdut pentru investigații, analize, consultații medicale, dar și timpul pierdut pe drum, inclusiv pentru ridicarea pastilelor specifice TB. Astfel, participanții la studiu au pierdut în medie 8 ore și 50 minute pentru investigații, analize, consult medical și deplasare pe drum în perioada de diagnostic, 9 ore și 27 minute în perioada inițială de tratament și 30 ore și 58 minute în perioada de continuare a tratamentului. Respondenții au alocat în medie 86 ore (3 zile și 14 ore) pentru ridicarea pastilelor, acesta fiind cel mai mare timp pierdut. Durata totală a timpului consumat de la diagnostic până la finalizarea tratamentului a fost de 135 de ore și 16 minute, echivalentul a 5 zile și 15 ore.

Tabelul 46. Timpul pierdut în accesarea serviciilor TB, eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire	Media [II95%] minute	Media [II95%] ore
Perioada diagnostic		
Timp pierdut pentru investigații, analize la medicul de familie	31 [11-50]	0 ore 31 min [0 ore 11 min-0 ore 50 min]
Timp pierdut pentru investigații, analize la medicul de ftiziopneumolog	91 [52-128]	1 oră 31 min [0 ore 52 min-2 ore 8 min]
Timp pierdut pentru deplasări pentru consult medical la medic de familie, ftiziopneumolog sau alt specialist	408 [356-459]	6 ore 48 min [5 ore 56 min-7 ore 39 min]
<i>Sub-total (diagnostic)</i>	<i>530 [460-598]</i>	<i>8 ore 50 min [7 ore 40 min-9 ore 58 min]</i>
Perioada inițială de tratament în condiții de ambulator		
Timp pierdut pentru investigații, analize la medicul de familie	30 [23-37]	0 ore 30 min [0 ore 23 min-0 ore 37 min]
Timp pierdut pentru investigații, analize la medicul de ftiziopneumolog	57 [46-68]	0 ore 57 min [0 ore 46 min-1 ore 8 min]
Timp pierdut pentru deplasări pentru consult medical la medicul de familie	66 [53-78]	1 oră 6 min [0 ore 53 min-1 oră 18 min]
Timp pierdut pentru deplasări pentru consult medical la medicul ftiziopneumolog	413 [353-473]	6 ore 53 min [5 ore 53 min-7 ore 53 min]
<i>Sub-total (etapa inițială)</i>	<i>566 [487-647]</i>	<i>9 ore 27 min [8 ore 7 min-10 ore 47 min]</i>

³¹ Eșantion pentru care s-au calculat veniturile

Denumire	Media [IÎ95%] minute	Media [IÎ95%] ore
Perioada continuare de tratament în condiții de ambulator		
Timp pierdut pentru investigații, analize la medicul de familie	22 [18-26]	0 ore 22 min [0 ore 18 min-0 ore 26 min]
Timp pierdut pentru investigații, analize la medicul ftiziopneumolog	62 [56-68]	1 oră 2 min [0 ore 56 min-1 oră 8 min]
Timp pierdut pentru deplasări pentru consult medical la medicul de familie	311 [187-434]	5 ore 10 min [3 ore 7 min-7 ore 14 min]
Timp pierdut pentru deplasări pentru consult medical la medicul ftiziopneumolog	1463 [1187-1738]	24 ore 22 min [19 ore 47 min-28 ore 58 min]
<i>Sub-total (etapa de continuare)</i>	<i>1858 [1524-2191]</i>	<i>30 ore 58 min [25 ore 24 min-36 ore 31 min]</i>
Timp pierdut pentru ridicarea pastilelor (timp pierdut pe drum)	5162 [4134-6188]	86 ore 1 min [68 ore 54 min-103 ore 8 min]
<i>Sub-total toată perioada de tratament</i>	<i>7586 [6145-9026]</i>	<i>126 ore 26 min [102 ore 25 min-150 ore 26 min]</i>
Total	8116 [7008-9225]	135 ore 16 min [116 ore 48 min-153 ore 45 min]

Conform datelor colectate, 7.2% dintre respondenți (11 din 152) au fost nevoiți să lipsească de la muncă pentru a efectua investigații, analize sau consultații medicale, alții 46.1% (70 din 152), nu au lipsit de la muncă, iar 46.4% (71 din 152) nu erau angajați. Au lipsit de la muncă 20.0% (8 din 40) în perioada diagnosticului, 3.8% (2 din 52) în perioada intermediară de tratament, 1.7% (1 din 60) în ultimele luni de tratament, indicând o asocierie semnificativă între perioadele de tratament și necesitatea de a lipsi de la muncă ($p < 0.001$). În succesiune, respondenții au fost întrebați dacă au suferit pierderi de venituri atunci când au fost nevoiți să lipsească de la muncă pentru a accesa serviciile medicale (investigații, analize, consultații medicale) în perioada de diagnostic și în perioada de tratament. Datele analizate au evidențiat o pierdere totală de 19 [IÎ95%:13-25] ore de muncă (cu pierderea corespunzătoare a veniturilor) pe toată durata de la diagnostic până la finalizarea tratamentului. În perioada de diagnostic, pierderea medie a fost de 1 [IÎ95%:0.3-1.8] oră, iar pe parcursul tratamentului, pierderea medie a fost de 18 [IÎ95%:12-24] ore.

Cheltuieli indirecte și factori asociați

Cheltuielile totale indirecte de la diagnosticul de TB până la finalizarea tratamentului au fost, în medie, de 36351 MDL [95%IÎ: 30645-42057]. Datele studiului indică faptul că cheltuielile indirecte au fost considerabile pe perioada bolii de TB, în special în perioada de continuare a tratamentului, unde cheltuielile au fost semnificativ mai mari comparativ cu primele luni de tratament. Dacă în primele luni de tratament cheltuielile au reprezentat 40% din total sau în medie 14 675 MDL, în perioada de continuare acestea au crescut la 21 675 MDL, formând 60% din total ($p=0.003$, Tabelul 49, Figura 9).

Descrierea și analiza cheltuielilor indirecte în funcție de factori socio-demografici, nivelul de bunăstare și aspecte legate de sănătate sunt prezentate mai jos.

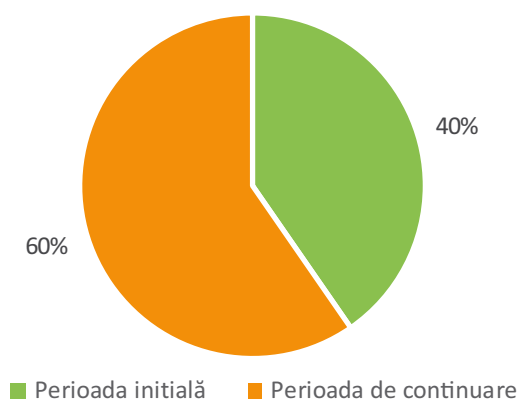


Figura 9. Ponderea cheltuielilor indirecte după perioada de tratament, eșantion tuberculoza rezistentă

Factori socio-demografici

Analiza cheltuielilor indirecte în raport cu factorii socio-demografici arată că cei din mediul rural și persoanele căsătorite au suportat cheltuieli mai mari pe parcursul tratamentului TB, însă aceste diferențe nu sunt semnificative din punct de vedere statistic ($p > 0.05$). În plus, nu au fost observate diferențe semnificative statistic în dependență de angajarea în câmpul muncii ($p = 0.798$, Tabelul 47).

Studiul relevă că femeile și respondenții sub 44 de ani au suportat cheltuieli indirecte mai mari în pe durata tratamentului TB. Deși diferențele între cheltuielile totale nu sunt semnificative statistic ($p = 0.146$ și $p = 0.088$), cheltuielile apar semnificativ mai mari pentru femei în primele luni de tratament ($p = 0.033$) și pentru pacienții mai tineri în perioada de continuare a tratamentului ($p = 0.043$).

Nivelul de educație pare să influențeze semnificativ cheltuielile indirecte. Persoanele cu studii medii (inclusiv de specialitate) au avut cele mai mari cheltuieli (55 202 MDL), în timp ce cele fără studii sau cu studii primare au avut cele mai mici cheltuieli (24 633 MDL), diferențele semnificative statistic ($p < 0.001$).

Dimensiunea gospodăriei și prezența copiilor (<18 ani) influențează considerabil costurile indirecte asociate tratamentului TB rezistente. Astfel, gospodăriile cu trei sau mai multe persoane au avut cheltuieli semnificativ mai mari, înregistrând o medie de 44 326 MDL în comparație cu cele cu două sau mai puține persoane, care au format cheltuieli de 29 625 MDL ($p = 0.011$). În plus, gospodăriile cu copii sub 18 ani au suportat cheltuieli mai mari (48 822 MDL) față de cele care nu au copii sub 18 ani (30 476 MDL, $p = 0.003$).

Tabelul 47. Cheltuieli indirecte în raport cu factorii socio-demografici, eşantion tuberculoza rezistentă

Denumire	Cheltuieli indirecte, total		Perioada de tratament			
	Media [IÎ95%] MDL (lei)	Valoarea p	Inițială Media [IÎ95%] MDL (lei)	Valoarea p	Continuare Media [IÎ95%] MDL (lei)	Valoarea p
Sex						
Bărbați	34448 [28862-40035]	0.146	13392 [10949-15836]	0.033	21055 [17032-25079]	0.487
Femei	45645 [25247-66043]		20941 [10885-30997]		24704 [12387-37021]	
Mediu de reședință						
Urban	32260 [24905-39614]	0.311	13342 [10021-16663]	0.474	18917 [13665-24170]	0.315
Rural	38457 [30633-46282]		15361 [11736-18987]		23096 [17838-28353]	
Vârsta						
< 44 ani	41311 [31278-51345]	0.088	15637 [11500-19774]	0.474	25674 [18715-32632]	0.043
≥ 45 ani	31455 [25891-37020]		13726 [10391-17060]		17729 [14262-21196]	
Starea civilă*						
Căsătorit	38716 [31490-45941]	0.355	14800 [11469-18132]	0.916	23915 [18791-29040]	0.197
Necăsătorit	33316 [23996-42636]		14515 [10206-18824]		18801 [12785-24817]	
Studii						
Fără studii/ primare	24633 [14049-35216]	0.000	9406 [3659-15153]	0.000	15226 [7223-23229]	0.004
Medii incomplete	29565 [25155-33974]		11529 [9274-13784]		18035 [14825-21246]	
Medii (specialitate)	55202 [38559-71845]		23365 [16093-30638]		31836 [20503-43170]	
Superioare	-		-		-	
Angajat în câmpul muncii*						
Angajat	38913 [30099-47728]	0.798	15713 [11272-20154]	0.749	23200 [17142-29257]	0.837
Șomer	34384 [20874-47893]		13145 [7868-18422]		21238 [12136-30340]	
Altele	35310 [26543-44077]		14803 [10435-19171]		20507 [14531-26483]	
Nr. persoane în gospodărie						
≤2 persoane	29625 [24423-34828]	0.011	13157 [10107-16206]	0.215	16468 [13043-19894]	0.004
≥3 persoane	44326 [33614-55037]		16476 [11963-20988]		27850 [20554-35145]	
Prezența persoanelor cu vârsta <18 ani în gospodărie						
Da	48822 [34323-63320]	0.003	18252 [12118-24386]	0.065	30569 [20714-40424]	0.002
Nu	30476 [25763-35188]		12990 [10397-15583]		17485 [14309-20662]	

Căsătorit: căsătorit sau concubinaj; necăsătorit: celibatar, văduv, divorțat.

Bunăstarea ca factor determinant al cheltuielilor indirecte

Cheltuielile indirecte asociate TB rezistente au variat semnificativ în funcție de nivelul de bunăstare al gospodăriilor. Respondenții din gospodăriile categorisite *cele mai sărace* au avut cheltuieli de 33 651 MDL, în timp ce cele categorisite *cele mai bogate* au înregistrat cheltuieli de 58 629 MDL ($p=0.004$). Această diferență este evidentă atât în primele luni de tratament, cu cheltuieli de 14 821 MDL pentru respondenții din gospodăriile *cele mai sărace* comparativ cu 24 088 MDL pentru cei din gospodăriile *cele mai bogate* ($p=0.009$), cât și în perioada de continuare a tratamentului, cu cheltuieli de 18 830 MDL pentru gospodăriile *cele mai sărace* și 34 541 MDL pentru *cele mai bogate* ($p=0.023$).

Cheltuielile indirecte ale respondenților din gospodăriile aflate în sărăcie au fost de 19953 MDL versus celor din gospodăriile care nu se aflau în sărăcie 42156 MDL, cu o valoare p de 0.001, ce indică faptul că diferențele observate sunt semnificative din punct de vedere statistic. Diferențele au rămas semnificative și în perioadele de tratament, atât în primele luni, cât și în perioada de continuare. Astfel, respondenții din gospodăriile aflate în sărăcie au avut cheltuieli indirecte considerabil mai mici în comparație cu cei din celelalte gospodării (Tabelul 48).

Tabelul 48. Cheltuieli indirecte în raport cu factorii de bunăstare, eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire	Cheltuieli indirecte, total		Perioada de tratament			
	Media [IÎ95%], MDL (lei)	Valoarea p	Inițială Media [IÎ95%], MDL (lei)	Valoarea p	Continuare Media [IÎ95%], MDL (lei)	Valoarea p
Nivel de bunăstare						
Cel mai sărac	33651 [24490-42813]	0.004	14821 [8969-20672]	0.009	18830 [12002-25659]	0.023
Sărac	30941 [23181-38702]		11798 [8023-15573]		19143 [13229-25057]	
Mediu	31964 [20525-43403]		11760 [6509-17011]		20203 [12794-27613]	
Bogat	26715 [19736-33694]		11271 [7854-14688]		15443 [10298-20588]	
Cel mai bogat	58629 [37010-80248]		24088 [14923-33252]		34541 [19784-49298]	
Gospodării aflate în sărăcie† ³²						
Da	19953 [13581-26324]	0.001	6762 [4237-9286]	<0.001	7893 [8556-17825]	0.001
Nu	42156 [35024-49287]		17476 [14167-20785]		17753 [19773-29585]	

³² <https://www.worldbank.org/en/topic/measuringpoverty>

Factori de sănătate ca factori determinanți ai cheltuielilor indirecte

Asigurarea medicală a jucat un rol important în gestionarea costurilor tratamentului. Datele arată că pacienții asigurați până la diagnosticarea TB au avut cheltuieli indirecte de 33 304 MDL, comparativ cu 38 854 MDL pentru cei neasigurați. Deși diferența nu este semnificativă statistic ($p=0.341$), asigurarea medicală pare să ofere un oarecare avantaj financiar în cazul TB rezistente. În primele luni de tratament, cheltuielile au fost aproape egale între cei asigurați și cei neasigurați (14 583 MDL vs. 14 751 MDL), dar în perioada de continuare, cei asigurați au format cheltuieli mai mici (18 720 MDL vs. 24 103 MDL), deși această diferență nu este semnificativă din punct de vedere statistic ($p=0.173$, Tabelul 49).

Spitalizarea pe parcursul tratamentului a influențat, de asemenea cheltuielile indirecte. Pacienții spitalizați au avut cheltuieli indirecte de 36 538 MDL, comparativ cu 31 764 MDL pentru cei nespitalizați. În primele luni de tratament, cheltuielile au fost similare între cele două grupuri (14 492 MDL vs. 19 163 MDL), iar în perioada de continuare, pacienții spitalizați au avut cheltuieli mai mari (22 046 MDL vs. 12 600 MDL), deși fără diferențele semnificative statistic ($p=0.352$, Tabelul 49).

Tabelul 49. Cheltuieli indirecte în raport cu factorii de sănătate, eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire	Cheltuieli indirecte, total		Perioada de tratament			
	Media [IÎ95%], MDL (lei)	Valoarea p	Inițială	Valoarea p	Continuare	Valoarea p
			Media [IÎ95%], MDL (lei)		Media [IÎ95%], MDL (lei)	
Cheltuieli indirecte	36351 [30645- 42057]	-	14675 [12048-17302]	-	21675 [17795-25555]	0.003
Asigurat până la diagnosticul TB						
Da	33304 [27304-39304]	0.341	14583 [10789-18377]	0.950	18720 [14856-22584]	0.173
Nu	38854 [29616-48092]		14751 [11048-18453]		24103 [17756-30450]	
Spitalizat pe parcursul tratamentului						
Da	36538 [30636-42440]	0.749	14492 [11795-17189]	0.497	22046 [18025-26067]	0.352
Nu	31764 [8426-55101]		19163 [4187-34139]		12600 [4060-21139]	

Cheltuieli directe asociate tuberculozei Rezistente

Studiul cheltuielilor legate de TB rezistentă arată o diferențiere clară între costurile medicale și cele nemedicale. Datele indică faptul că 35.6% din totalul cheltuielilor au format cheltuielile medicale, în timp ce 64.4% au format cheltuieli nemedicale (Figura 10).

În context, analiza detaliată a cheltuielilor directe oferă o perspectivă clară privind impactul financiar asupra gospodăriilor afectate de boala TB rezistentă. Media cheltuielilor directe

totale a fost de 15400 MDL, cu un interval de încredere de 95% variind între 13754 MDL și 17045 MDL, ceea ce indică o variabilitate semnificativă a cheltuielilor între respondenți.

Cheltuielile directe medicale, care includ costuri pentru investigații, analize, medicamente și consultații, au format o medie de 5450 MDL și un intervalul de încredere de 95% între 4809 MDL și 6090 MDL. Aceste date sugerează că, deși există variații, majoritatea respondenților au suportat costuri medicale considerabile.

În contrast, cheltuielile directe nemedicale, cum ar fi transportul, alimentația, dar și alte cheltuieli au avut o medie de 9950 MDL, cu un interval de încredere de 95% între 8389 MDL și 11511 MDL. Aceste cifre arată că cheltuielile nemedicale pot fi chiar mai mari decât cele medicale, adăugând o povară financiară suplimentară asociată TB rezistente.

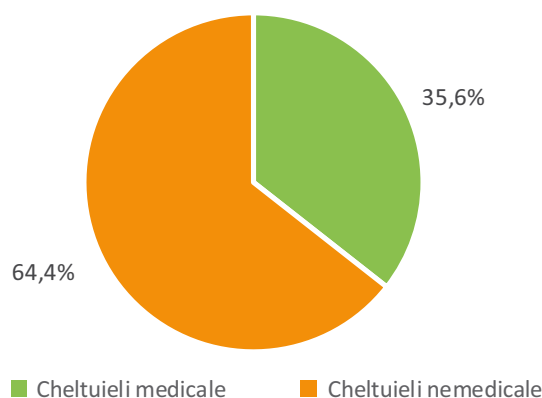


Figura 10. Ponderea cheltuielilor medicale și nemedicale din totalul cheltuielilor directe, eșantion tuberculoza rezistentă

Cheltuieli medicale

Investigații, analize și consult medical

În rândul celor 153 de respondenți, 10 (7.1%) au achitat pentru investigații și analize. Cheltuielile au fost suportate de 9 (22.5%) respondenți în perioada de diagnostic și de un respondent (2.3%) în primele luni de tratament. Dintre respondenții care au suportat cheltuieli (10), 9 au plătit pentru examenul radiologic. Pentru analize de sânge au achitat 5 respondenți, pentru analize de urină – 3 și pentru examenul sputei – 3. Opt dintre respondenți au achitat numai la casa spitalului (policlinicii), iar unul a indicat că a achitat atât la casa spitalului (policlinicii), cât și personalului medical. Media cheltuielilor pentru investigații a fost de 1793 MDL, iar în perioada de diagnostic aceste cheltuieli au format 1790 MDL ($p < 0.001$, Tabelul 50).

Nici unul dintre respondenți nu a menționat că a achitat bani pentru consultul medical sau că a achitat cu careva bunuri pentru consult medical sau investigații, analize.

Tabelul 50. Achitarea investigațiilor și a consultului medical, eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire	Total	Perioada diagnostic	Perioada de tratament		Valoarea p
			Inițială	Continuare	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Total	153	40	52	61	
Investigații și analize					
Da	10 (7.1)	9 (22.5)	1 (2.3)	0 (0.0)	0.01
Nu	130 (92.9)	31 (77.5)	43 (97.7)	56 (100)	
<i>Media [IÎ95%], MDL (lei)</i>	1793 [1592-1992]	1790 [1589-1990]	3.0 [0.1-6.1]	-	<0.001

Non-răspuns (n=13)

Adresabilitate și diagnostic

Studiul a analizat adresabilitatea pacienților la diverse servicii medicale non-TB și cheltuielile directe asociate cu acestea. Rezultatele arată că participanții la studiu au suportat costuri considerabile atunci când au accesat clinici private pentru serviciile de diagnosticare a TB. Cheltuielile medii pentru cei care au accesat astfel de servicii la clinici private au fost de 884 MDL, cu un interval de încredere de 95% între 782 și 986 MDL.

Cheltuielile pentru tratamentele nespecifice TB la propria inițiativă (la sfatul farmacistului, rudelor, prietenilor) au fost, de asemenea, notabile. Aceste cheltuieli reflectă utilizarea tratamentelor înainte de diagnosticarea corectă și au fost în medie de 2141 MDL, cu un interval de încredere de 95% între 1796 și 2487 MDL.

În contrast, serviciile de urgență și evaluările pentru dizabilitate nu au implicat cheltuieli directe pentru participanții la studiu.

Produse medicamentoase și para-farmaceutice

De la începutul tratamentului pentru TB, 28% dintre participanți (43 din 153) au menționat că au procurat careva medicamente. Astfel au achiziționat medicamente, 33% dintre respondenți în perioada inițială a tratamentului, 27%, în perioada intermediară și 26% în ultimele luni de tratament. Analiza statistică indică o variabilitate redusă în funcție de perioadele tratamentului și procurarea medicamentelor, fiind una stabilă pe toată durata de tratament ($p=0.769$, Tabelul 51).

Prezentul studiu evidențiază că 39% dintre participanții care au procurat medicamente, au achiziționat medicamente pentru reacții adverse. Cinci dintre respondenți au achiziționat astfel de medicamente în primele luni de tratament, șapte la etapa intermediară, iar doi în ultimele luni de tratament. Valoarea p egală cu 0.079 indică o posibilă tendință care ar putea deveni semnificativă cu un eșantion mai mare (Tabelul 51).

Medicamentele pentru alte condiții medicale asociate au fost achiziționate în circa jumătate cazuri (18 din 43). În detalii, cinci dintre respondenți le-au achiziționat în primele luni de tratament, șapte - în perioada intermediară și șase în ultimele luni de tratament. Deși există

variații în ponderea pacienților care procură medicamente pentru alte situații la diferite etape ale tratamentului, aceste variații nu sunt semnificative statistic ($p=0.753$, Tabelul 51)

Mai mult de jumătate dintre respondenți (56%, 24 din 43) au menționat că au procurat vitamine pe durata tratamentului TB. Au procurat vitamine în primele luni de tratament 8 dintre respondenți, în perioada intermediară – 6 și în ultimele luni de tratament – 10 dintre respondenți. Valoarea p egală cu 0.493 indică faptul că diferențele observate în procurarea vitaminelor între diferitele etape ale tratamentului sunt probabil datorate întâmplării și nu unei relații reale între variabile (Tabelul 51).

Procurarea produselor para-farmaceutice de către participanții la studiu a fost una destul de redusă la toate etapele de tratament, iar variațiile observate nu sunt semnificative din punct de vedere statistic ($p=0.593$, Tabelul 51).

Tabelul 51. Achiziționarea produselor medicamentoase și para-farmaceutice, eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire	Total	Perioada de tratament			Valoarea p
		Inițială	Intermediară	Ultimele 2 luni	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Total	43 (28.1)	13 (32.5)	14 (26.9)	16 (26.2)	0.799
Medicamente pentru reacții adverse					
Da	14 (32.6)	5 (38.5)	7 (50.0)	2 (12.5)	0.079
Nu	29 (67.4)	8 (61.5)	7 (50.0)	14 (87.5)	
Medicamente pentru condiții medicale asociate					
Da	18 (41.9)	5 (38.5)	7 (50.0)	6 (37.5)	0.753
Nu	25 (58.1)	8 (61.5)	7 (50.0)	10 (62.5)	
Vitamine					
Da	24 (55.8)	8 (61.5)	6 (42.9)	10 (62.5)	0.493
Nu	19 (44.2)	5 (38.5)	8 (57.1)	6 (37.5)	
Produse para-farmaceutice					
Da	2 (4.7)	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (6.2)	0.593
Nu	41 (95.3)	12 (92.3)	14 (100)	15 (93.8)	

Non-răspuns: Medicamente pentru reacții adverse ($n=1$), Produse para-farmaceutice (1)

Tabelul 52 oferă o analiză detaliată a cheltuielilor pentru medicamente și produse para-farmaceutice în rândul participanților la studiu. Analiza cheltuielilor arată că medicamentele pentru reacții adverse au fost cele mai importante de achiziționat în primele luni de tratament, având o valoare $p<0.001$, ceea ce indică o diferență semnificativă din punct de vedere statistic. Acestea, de fapt și au reprezentat cea mai semnificativă parte a cheltuielilor pentru medicamente, cu o medie totală de 368 MDL. În primele luni, media cheltuielilor pentru aceste medicamente a fost de 310 MDL, iar în perioada de continuare, s-a redus la 58 MDL. În schimb, cheltuielile pentru medicamentele destinate condițiilor medicale asociate, vitaminelor și produselor para-farmaceutice nu au prezentat diferențe semnificative între perioadele de tratament ($p>0.05$), sugerând o necesitate constantă în procurarea acestora pe tot parcursul tratamentului.

Tabelul 52. Cheltuieli pentru medicamente și para-farmaceutice, eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire	Cheltuieli directe, totale	Perioada de tratament		Valoarea p
		Inițială	Continuare	
	Media [IÎ95%] MDL (lei)	Media [IÎ95%] MDL (lei)	Media [IÎ95%] MDL (lei)	
Total	631 [418-845]	425 [234-616]	206 [109-304]	0.430
Medicamente pentru reacții adverse	368 [177-560]	310 [125-494]	58 [6.8-110]	<0.001
Medicamente pentru condiții medicale asociate	112 [62-161]	57 [34-79]	55 [11-100]	0.962
Vitamine	139 [89-190]	55 [37-73]	84 [37-131]	0.247
Produse para-farmaceutice	11 [5.9-22]	3.2 [2.6-6.1]	7.8 [3.4-19]	0.428

Majoritatea participanților la studiu (60.5%, 26 din 43³³) au indicat că au procurat toate medicamentele necesare (prescrise de medic). Cu toate acestea, fiecare al patrulea (25.6%, 11) a specificat că nu au avut suficienți bani pentru a procura toate medicamentele, în timp ce un procent mic (4.7%, 2) a indicat că aveau deja astfel de medicamente. În plus, 2.3% (1) nu au menționat care ar fi fost motivele că nu au procurat medicamentele necesare.

Cheltuieli nemedicale

Utilități la etapa de staționar

Participanților la studiu li s-au adresat întrebări referitoare la cheltuielile suportate în perioada internării în spital pentru tratamentul TB, pentru produse, utilități sau alte obiecte non-medicale. Acestea includ produse alimentare, băuturi non-alcoolice, dulciuri, produse de igienă personală (cum ar fi săpunul și hârtia igienică) și alte articole precum lenjeria de pat și ciupicii. În acest context, majoritatea respondenților (90.0%, 36 din 40) au indicat că au avut astfel de cheltuieli. Cheltuielile medii au fost de 3111 MDL, cu un interval de încredere de 95% între 2570 și 3652 MDL.

Cheltuieli de transport

Tabelul 53 evidențiază cheltuielile de transport în timpul diagnosticării și tratamentului participanților la studiu. În perioada de diagnostic, costurile de transport pentru deplasarea la medicii specialiști au fost, în medie, de 37 MDL.

În timpul tratamentului în condiții de spital, costurile de transport de la domiciliul respondentului până la spitalul unde a fost internat pentru tratament au fost, în medie, de 154 MDL. În același timp, costurile de transport ale vizitatorilor pentru a-l vizita pe respondent

³³ Non-răspuns (3)

În timpul spitalizării au fost considerabile, atingând o medie de 1552 MDL. În total, pentru etapa de spitalizare, costurile de transport au însumat 1706 MDL (Tabelul 53).

În etapa de tratament ambulatoriu, costurile pentru consultațiile la ftiziopneumolog și medicul de familie au fost de 207 MDL și 620 MDL, respectiv, pentru perioadele inițială și de continuare. Transportul pentru ridicarea pastilelor de la punctul medical pe durata întregului tratament ambulatoriu a avut un cost mediu de 631 MDL. Cheltuielile totale pentru transport de la diagnostic până la finalizarea tratamentului au însumat 3201 MDL, reflectând povara financiară asupra participanților și gospodăriilor acestora (Tabelul 53).

Tabelul 53. Cheltuieli de transport pe parcursul tratamentului, eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire	Media [IÎ95%], MDL (lei)
Perioada diagnostic	
Costuri de transport pentru deplasarea la medicii specialiști	37 [31-44]
Perioada de tratament în condiții de spital	
Costuri de transport de la domiciliu respondentului până la spitalul (ele) unde a fost internat pentru tratament TB	154 [133-174]
Costuri de transport ale vizitatorilor pentru vizitarea respondentului în timpul spitalizării	1552 [1147-1956]
<i>Sub-total (etapa spitalizare)</i>	<i>1706 [1281-2130]</i>
Perioada inițială de tratament, în condiții de ambulator	
Costuri de transport pentru deplasarea la ftiziopneumolog pentru consultație	141 [115-166]
Costuri de transport pentru deplasarea la medicul de familie pentru consultație	66 [53-78]
<i>Sub-total (etapa inițială)</i>	<i>207 [176-238]</i>
Perioada de tratament, etapa de continuare în condiții de ambulator	
Costuri de transport pentru deplasarea la ftiziopneumolog pentru consultație	594 [454-733]
Costurile de transport pentru deplasarea la medicul de familie pentru consultație	26 [9.6-54]
<i>Sub-total (etapa continuare)</i>	<i>620 [476-764]</i>
Costurile de transport pentru ridicarea pastilelor de la punctul medical	631 [433-829]
Total	3201 [2397-4005]

Cheltuieli suplimentare pentru alimentație

Participanții la studiu au fost întrebați dacă au avut cheltuieli suplimentare pentru alimentație, inclusiv apă, atunci când mergeau la medicul de familie sau la medicul ftiziopneumolog pentru consultații sau investigații referitoare la TB. Analiza cheltuielilor suplimentare pentru alimentație în accesarea serviciilor medicale a evidențiat că în perioada de diagnostic, 11.8%

(18 din 40³⁴) dintre respondenți au raportat astfel de cheltuieli pentru alimentație, iar în perioada tratamentului, acest procent a crescut la 25.4% (34 din 134³⁵). Astfel, în perioada stabilirii diagnosticului de TB aceste costuri au constituit în medie 625 MDL [IÎ95%: 377-873], în primele luni de tratament - 24 MDL [IÎ95%: 18-30], iar la etapa de continuare a tratamentului, media a crescut la 42 MDL [IÎ95%: 28-57]. Pe toată durata perioadei de tratament acest tip de cheltuieli au format o medie de 66 MDL, cu un interval de încredere de 95% între 51 și 82 MDL.

Pe durata tratamentului TB, participanții la studiu au fost întrebați despre alte cheltuieli referitoare la alimentație, inclusiv achiziționarea de alimente suplimentare, în afara dietei obișnuite, conform recomandărilor medicului. Despre faptul că achiziționat astfel de alimente au menționat 26.9% (36 din 134³⁶) dintre respondenți. În acest sens, studiul a evidențiat diferențe semnificative în cheltuielile suplimentare pentru alimentație din cauza TB la diferite etape de tratament. Astfel, în faza intensivă, respondenții au avut cheltuieli suplimentare pentru alimentație în medie de 307 MDL [IÎ95%: 189-425], iar în faza de continuare, media a crescut la 994 MDL [IÎ95%: 619-1369], $p=0.001$. Pe parcursul întregului tratament, media cheltuielilor a format 1301 MDL [IÎ95%: 908-1695].

În context, participanții la studiu au suportat cheltuieli suplimentare pentru alimentație, prin achiziționarea de alimente atunci când mergeau la consultații medicale, investigații și analize, precum și prin achiziționarea alimentelor suplimentare recomandate de medic. Valoarea medie a acestor cheltuieli a fost de 1992 MDL [IÎ95%: 1513-2472] pe toată durata tratamentului, începând de la diagnostic și continuând pe toată perioada tratamentului.

Bunuri și mulțumiri

Jumătate (43.2%, 16 din 37³⁷) dintre participanții la studiu care au urmat tratament, inclusiv în condiții de staționar au specificat că au fost vizitați de către persoanele din gospodărie în momentul când internați în spital. Astfel, câte șapte dintre respondenți au fost vizitați de 1 și 2 persoane, un respondent a fost vizitat de 3 persoane, iar altul de către cinci persoane. În medie, respondenții au beneficiat de 4.4 [IÎ95%: 2-7] vizite pe durata spitalizării.

Analiza cheltuielilor vizitatorilor pe perioada spitalizării pentru bunuri a relevat o medie a cheltuielilor de 1681 MDL, cu un interval de încredere de 95% între 1291 și 2070 MDL.

Conform răspunsurilor respondenților, nimeni din gospodărie sau din afara gospodăriei nu a mulțumit personalului medical. Totuși, 12 de respondenți (7.8%) nu au oferit un răspuns sau au indicat că nu știu dacă cineva din gospodărie sau din afara gospodăriei a oferit mulțumiri.

Cheltuieli directe în raport cu factorii de bunăstare

Nivelul de bunăstare a gospodăriei

Analiza distribuției cheltuielilor medicale și nemedicale în funcție de nivelul de bunăstare al

³⁴ Eșantion, perioada inițială de tratament

³⁵ Non-răspuns (19 la momentul chestionării urmau tratamentul în staționar)

³⁶ non-răspuns (17)

³⁷ Eșantion perioada inițială și care au fost internați în spital, non-răspuns (3)

gospodăriilor evidențiază inegalități semnificative între diferitele grupuri de gospodării. Gospodăriile din categoria „mediu” alocă cea mai mare pondere din cheltuieli pentru nevoi medicale, în timp ce gospodăriile din categoriile „cea mai săracă” și „cea mai bogată” alocă proporții similare, dar mai mici.

Cheltuielile medicale au constituit 30.7% din totalul cheltuielilor pentru gospodăriile din categoria „cea mai săracă”, în timp ce pentru gospodăriile din categoria „săracă” această proporție a fost de 34.4%. Gospodăriile din categoria „mediu” au alocat 41.8% din cheltuieli pentru nevoi medicale. În contrast, gospodăriile din categoriile „bogată” și „cea mai bogată” au alocat doar 37.9%, respectiv 31.9% din cheltuieli pentru nevoi medicale (Figura 11).

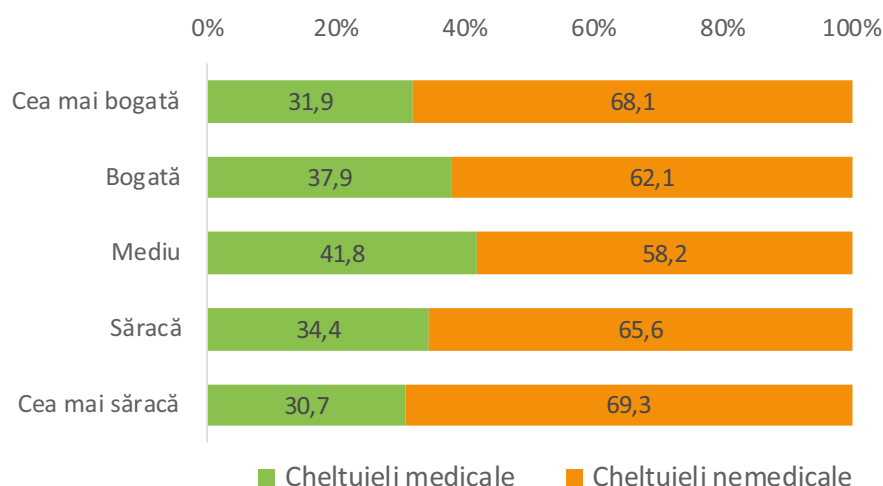


Figura 11. Ponderea cheltuielilor medicale și nemedicale în dependență de nivelul de bunăstare al gospodăriilor, eșantion tuberculoza rezistentă

Acoperirea cheltuielilor directe

Studiul a scos la iveală povara financiară considerabilă pe care TB rezistentă o impune asupra pacienților. Mai mult de jumătate dintre respondenți (54.2%, 83 din 153) au fost nevoiți să suporte cheltuieli în legătură cu TB. Pentru a face față acestor costuri, pacienții au adoptat diverse strategii financiare. Cel mai frecvent, 31.4% (48 din 153) dintre respondenți au apelat la economiile proprii ale gospodăriei sau familiei. În plus, 26.1% (40 din 153) dintre respondenți au utilizat venituri bănești, cum ar fi salarii, burse sau indemnizații, pentru a acoperi costurile tratamentului. Alte metode de acoperire a cheltuielilor au inclus vânzarea de animale sau păsări domestice (2.6%, 4 din 153), vânzarea de produse agricole (2.0%, 3 din 153), primirea de cadouri din afara gospodăriei (2.6%, 4 din 153), împrumuturi din afara gospodăriei (6.5%, 10 din 153) și vânzarea de bunuri (2.0%, 3 din 153).

Studiul a evidențiat impactul financiar semnificativ pe care TB rezistentă la medicamente a impus-o asupra participanților la studiu. Astfel, mai mult de jumătate dintre respondenți (54.2%, 83 din 153) au fost nevoiți să suporte cheltuieli în legătură cu boala. Pentru a acoperi aceste costuri, pacienții au recurs la diferite metode și surse. În mod predominant, 31.4% (48 din 153) dintre respondenți au recurs la economiile proprii ale gospodăriei sau familiei. În plus, 26.1% (40 din 153) dintre respondenți au utilizat venituri bănești, cum ar fi salarii, burse sau indemnizații. Unii participanți au recurs la împrumuturi din afara gospodăriei (6.5%, 10

din 153), vânzarea de animale sau păsări domestice (2.6%, 4 din 153), primirea cadourilor bănești din afara gospodăriei (2.6%, 4 din 153), vânzarea de produse agricole (2.0%, 3 din 153) și vânzarea de bunuri (2.0%, 3 din 153, Figura 12).

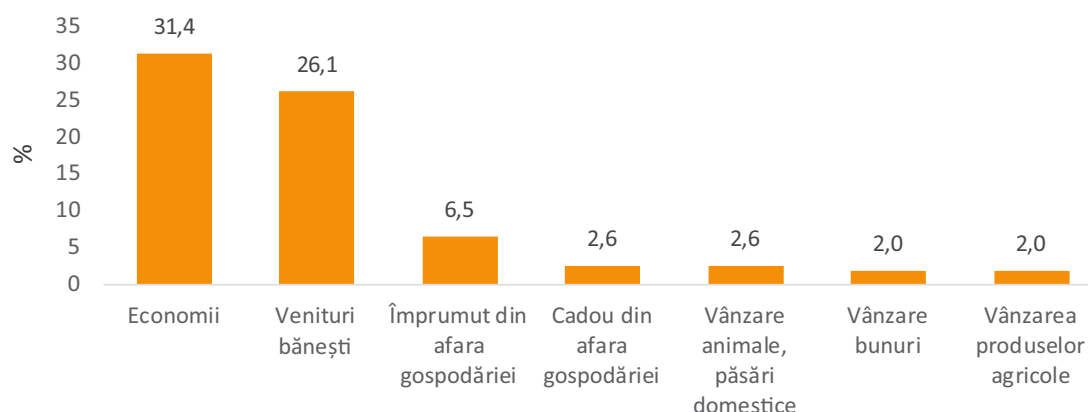


Figura 12. Surse de acoperire a cheltuielilor directe, eșantion tuberculoza rezistentă

Cheltuieli catastrofale asociate tuberculozei rezistente

Cheltuielile catastrofale asociate TB se referă la costurile financiare extreme pe care gospodăriile le suportă în urma tratamentului și gestionării acestei boli. Aceste cheltuieli includ atât costurile directe, cât și cele indirecte. Cheltuielile sunt considerate catastrofale atunci când depășesc un anumit procent din venitul total al gospodăriei, ducând la dificultăți financiare severe și afectând semnificativ calitatea vieții. În acest context, analiza pragurilor cheltuielilor catastrofale, este esențială pentru a înțelege impactul financiar asupra pacienților și pentru a dezvolta strategii eficiente de gestionare a resurselor.

Majoritatea dintre gospodăriile participanților la studiu (57%) au avut cheltuieli sub pragul de 20% din venitul lor, ceea ce sugerează că pentru aceștia, costurile poverii TB au fost relativ gestionabile. Cu toate acestea, un procent semnificativ (43%) dintre gospodării au avut cheltuieli catastrofale, depășind pragul de 20%, definit de OMS ca fiind cheltuieli catastrofale (Tabelul 54).

În plus, studiul a relevat gospodării care s-au confruntat cu cheltuieli catastrofale și mai mari. Un sfert dintre gospodării (24%) au avut cheltuieli care au depășit 30% din venitul lor, iar 6.5% au avut cheltuieli care au depășit 40%. În cazurile extreme, 4.6% dintre gospodării au avut cheltuieli care au depășit 50%, iar 2.6% au avut cheltuieli care au depășit 60% (Tabelul 54).

Tabelul 54. Pragul cheltuielilor, inclusiv catastrofale, eșantion tuberculoza rezistentă

Pragul cheltuielilor	N (%)
<20%	88 (57.5)
Pragul cheltuielilor catastrofale	
≥20%	65 (42.5)
≥30%	37 (24.2)
≥40%	10 (6.5)
≥50%	7 (4.6)
≥60%	4 (2.6)

Cheltuieli catastrofale și factorii determinanți

Factori socio-demografici

Studiul a evidențiat că unii factori socio-demografici, precum mediul de reședință, nivelul de educație, statutul de angajare, starea civilă și prezența persoanelor până la 18 ani în gospodărie ar putea influența semnificativ probabilitatea de a avea cheltuieli catastrofale în cazul poverii de TB rezistentă (Tabelul 55).

Gospodăriile din mediul rural au avut de 2.4 ori mai multe șanse de a se confrunta cu cheltuieli catastrofale comparativ cu cele din mediul urban ($p=0.016$). Nivelul de educație a avut, de asemenea, un impact semnificativ, estimându-se de 4.6 ori mai multe șanse pentru persoanele fără studii sau cu studii primare de a se confrunta cu cheltuieli catastrofale ($p=0.042$).

Statutul de angajare a avut un impact major asupra cheltuielilor. În context, studiul a estimat de 13.3 ori mai multe șanse pentru cei neangajați ($p<0.001$) și de 18 ori mai multe șanse pentru alte categorii (zilieri, elevi, studenți, pensionari, invalizi, concediu de maternitate sau paternitate, $p<0.001$) de a avea cheltuieli catastrofale.

Un alt factor important a fost starea civilă, estimându-se șanse triple ($OR=2.9$, $p=0.001$) pentru persoanele necăsătorite de a se confrunta cu cheltuieli catastrofale.

Prezența persoanelor cu vârsta sub 18 ani în gospodărie a influențat, de asemenea, cheltuielile. Gospodăriile care nu avut în întreținere persoane sub 18 ani au avut de 2.4 ori mai multe șanse de a se confrunta cu cheltuieli catastrofale comparativ cu cele care le-au avut în întreținere ($p=0.025$).

În ceea ce privește vârsta, persoanele de peste 45 de ani au avut șanse duble de a se confrunta cu cheltuieli catastrofale ($OR=1.8$). Cu toate acestea, valoarea $p=0.059$ indică faptul că această asocieră nu este semnificativă din punct de vedere statistic, dar sugerează o tendință notabilă.

Alți factori socio-demografici, precum sexul, migrația și detenția în anamneză, nu au avut un impact semnificativ asupra cheltuielilor catastrofale.

Tabelul 55. Cheltuieli catastrofale și factori socio-demografici, eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			
		≥20% n (%)	<20% n (%)	OR [IÎ: 95%]	Valoarea p
Total	153	65	88		
Sex					
Bărbați	127 (83.0)	54 (83.1)	73 (83.0)	1.0 [0.43-2.37]	1.000
Femei	26 (17.0)	11 (16.9)	15 (17.0)	1	
Mediu de reședință					
Urban	52 (34.0)	15 (23.1)	37 (42.0)	1	
Rural	101 (66.0)	50 (76.9)	51 (58.0)	2.4 [1.18-4.95]	0.016
Vârsta					
< 44 ani	76 (49.7)	27 (41.5)	49 (55.7)	1	
≥ 45 ani	77 (50.3)	38 (58.5)	39 (44.3)	1.8 [0.92-3.38]	0.059

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			
		≥20% n (%)	<20% n (%)	OR [ÎÎ: 95%]	Valoarea p
Studii					
Fără studii sau primare	13 (8.5)	8 (12.3)	5 (5.7)	4.6 [1.05-21.6]	0.042
Medii incomplete	97 (63.4)	46 (70.8)	51 (58.0)	2.6 [1.12-6.42]	0.023
Medii (specialitate)	43 (28.1)	11 (16.9)	32 (36.4)	1	
Angajat în câmpul muncii					
Angajat (inclusiv auto-angajat)	55 (35.9)	5 (7.7)	50 (56.8)	1	
Neangajat (șomer)	42 (27.5)	24 (36.9)	18 (20.5)	13.3 [4.05-50.0]	<0.001
Altele	56 (36.6)	36 (55.4)	20 (22.7)	18.0 [5.74-65.2]	<0.001
Starea civilă					
Căsătorit	86 (56.2)	27 (41.5)	59 (67.0)	1	0.001
Necăsătorit	67 (43.8)	38 (58.5)	29 (33.0)	2.9 [1.47-5.56]	
Migrație în anamneză					
Da	22 (14.4)	11 (16.9)	11 (12.5)	1.4 [0.58-3.53]	0.489
Nu	131 (85.6)	54 (83.1)	77 (87.5)	1	
Detenție în anamneză					
Da	15 (9.8)	7 (10.8)	8 (9.1)	1.2 [0.41-3.52]	0.787
Nu	138 (90.2)	58 (89.2)	80 (90.9)	1	
Număr persoane în gospodărie					
1 persoană	46 (30.1)	30 (46.2)	16 (18.2)	4.7 [1.97-11.28]	0.001
2 persoane	37 (24.2)	15 (23.1)	22 (25.0)	1.7 [0.73-3.93]	0.2992
≥3 persoane	70 (45.8)	20 (30.8)	50 (56.8)	1	
Prezența persoanelor cu vârsta <18 ani în gospodărie					
Da	49 (32.0)	14 (21.5)	35 (39.8)	1	
Nu	104 (68.0)	51 (78.5)	53 (60.2)	2.4 [1.10-5.41]	0.025

Căsătorit: căsătorit sau concubinaj, necăsătorit: celibatar, văduv, divorțat. Studii: primare (4 clase); medii incomplete – de la 5 la 11 clase, medii (specialitate): 12 clase și medii profesionale; superioare – complete și incomplete; Angajat în câmpul muncii: angajat (funcționar public, conducător sau manager, specialist calificat, specialist necalificat, agricultor), inclusiv auto-angajat (deținător de patentă sau licență etc.), Șomer (înregistrat sau neînregistrat la oficiul forței de muncă), altele (zilier, elev, student, pensionar, invalid, aflat în concediu de maternitate sau paternitate)

Deprinderi nocive ca factori determinanți

Influența deprinderilor nocive asupra cheltuielilor catastrofale a demonstrat că consumul de băuturi alcoolice ar putea avea un anumit impact. Consumul de alcool în perioada bolii a avut o influență semnificativă, gospodăriile cu respondenți care au consumat alcool în această perioadă având de 2 ori mai multe șanse de a se confrunța cu cheltuieli catastrofale (OR=2.0, p=0.046). În același sens, consumul de băuturi alcoolice înainte de diagnosticarea cu TB a demonstrat o tendință spre semnificație statistică. Astfel, pentru gospodăriile cu astfel de respondenți, s-au estimat șanse duble (OR=1.9, p=0.052) de a se confrunța cu cheltuieli catastrofale (Tabelul 56).

Alți factori, precum fumatul și consumul de droguri, nu au avut o influență semnificativă asupra cheltuielilor catastrofale (p>0.05, Tabelul 56).

Tabelul 56. Cheltuieli catastrofale și deprinderi nocive, eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			
		>20% n (%)	<20% n (%)	OR [Îî: 95%]	Valoarea p
Total	153	65	88		
Fumător					
Da	80 (52.3)	32 (49.2)	48 (54.5)	0.8 [0.42-1.53]	0.313
Nu	73 (47.7)	33 (50.8)	40 (45.5)	1	
Consum băuturi alcoolice (până la TB)*					
Da	69 (45.4)	35 (54.7)	34 (38.6)	1.9 [1.1-3.68]	0.052
Nu	83 (54.6)	29 (45.3)	54 (61.4)	1	
Consum băuturi alcoolice (perioada bolii TB)					
Da	59 (39.1)	31 (48.4)	28 (32.2)	2.0 [1.10-3.85]	0.046
Nu	92 (60.9)	33 (51.6)	59 (67.8)	1	
Consum droguri					
Da	14 (9.2)	3 (4.6)	11 (12.6)	0.33 [0.09-1.25]	0.077
Nu	138 (90.8)	62 (95.4)	76 (87.4)	1	

Consum băuturi alcoolice (ultimele 12 luni până la stabilirea diagnosticului de TB, consum mai mult de 4 ori/luna),
Consum droguri (injectabile, neinjectabile, ultimele 12 luni)

Non-răspuns: Consum băuturi alcoolice până la TB (1), Consum băuturi alcoolice, perioada bolii TB (2)

Cunoștințe, diagnostic și adresabilitate

Analiza a evidențiat că factorilor studiați legați de cunoștințe, diagnostic și adresabilitate nu au avut influențe semnificative asupra cheltuielilor catastrofale legate de TB rezistentă (Tabelul 57).

Tabelul 57. Cheltuieli catastrofale și factori determinanți legați de cunoștințe, diagnostic și adresabilitate, eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			
		>20% n (%)	<20% n (%)	OR [Îî: 95%]	Valoarea p
Total	153	65	88		
Cunoștințe integrate despre transmiterea TB					
Corecte	46 (33.8)	14 (25.0)	32 (40.0)	1	
Incorecte	90 (66.2)	42 (75.0)	48 (60.0)	2.0 [0.94-4.24]	0.100
Tuberculoza se tratează					
Da	105 (74.5)	51 (86.4)	54 (65.9)	1	
Parțial	28 (19.8)	7 (11.9)	21 (25.6)	0.3 [0.13-0.90]	0.068
Nu	8 (5.7)	1 (1.7)	7 (8.5)	0.1 [0.02-1.27]	0.100

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			
		>20% n (%)	<20% n (%)	OR [ÎÎ: 95%]	Valoarea p
Adresare după asistență medicală*					
< 3 săptămâni	46 (56.1)	20 (54.1)	26 (57.8)	1	
≥ 3 săptămâni	36 (43.9)	17 (45.9)	19 (42.2)	1.1 [0.48-2.79]	0.735
Tratament medicamentos nespecific TB**					
Da	7 (17.5)	3 (42.9)	4 (12.1)	5.4 [1.87-33.7]	0.175
Nu	33 (82.5)	4 (57.1)	29 (87.9)	1	
Adresarea la clinici private					
Da	4 (2.6)	3 (4.6)	1 (1.1)	4.2 [0.42-41.4]	0.312
Nu	149 (97.4)	62 (95.4)	87 (98.9)	1	
Grad de dizabilitate pentru TB***					
Da	37 (69.8)	19 (79.2)	18 (62.1)	2.3 [0.67-8.0]	0.235
Nu	16 (30.2)	5 (20.8)	11 (37.9)	1	

Tratament medicamentos nespecific TB - tratamente nespecifice la recomandarea farmacistului, rudelor sau prietenilor, de la apariția primelor simptome până la confirmarea diagnosticului TB.

* Eșantion perioada inițială și intermediară de tratament;

** Eșantion perioada inițială de tratament;

*** Referiți la Consiliul pentru determinarea dizabilității și capacității de muncă (53)

Non-răspuns: Cunoștințe integrate transmiterea TB (17); Tuberculoza se tratează (12), Adresare după asistență medicală (10)

Factori epidemiologici și clinici

Spitalizarea și prezența bolilor cronice au fost determinați factori care ar putea avea un impact asupra cheltuielilor catastrofale în cazul TB rezistentă. Astfel, spitalizarea a fost asociată cu o probabilitate semnificativ mai mare de cheltuieli catastrofale, cu OR de 7.3 și o valoare p de 0.032. Aceasta sugerează că cei spitalizați au avut șanse mult mai mari de a suporta cheltuieli catastrofale comparativ cu cei care nu au fost spitalizați. În plus, studiul a estimat de 3.8 mai multe șanse de a se confrunța cu cheltuieli catastrofale în rândul celor care sufereau de boli cronice în comparație cu cei fără boli cronice ($p=0.001$, Tabelul 58).

Alți factori analizați, cum ar fi asigurarea medicală, tipul cazului (nou sau recurent), regimul de tratament (scurt sau lung), confirmarea bacteriologică, proveniența din focar, prezența TB în gospodărie în ultimii doi ani, tratamentul prin VST, prezența reacțiilor adverse, hepatitelor virale B sau C, a diabetului zaharat și co-infecției HIV, nu au prezentat asocieri semnificative statistic cu cheltuielile catastrofale ($p>0.05$, Tabelul 58).

Tabelul 58. Cheltuieli catastrofale și factori epidemiologici și clinici, eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			Valoarea p
		>20% n (%)	<20% n (%)	OR [ÎÎ: 95%]	
Total	153	65	88		
Asigurare medicală					
Da	90 (58.8)	39 (60.0)	51 (58.0)	1	
Nu	63 (41.2)	26 (40.0)	37 (42.0)	0.9 [0.47-1.76]	0.931
Tip caz					
Caz nou	105 (68.6)	44 (67.7)	61 (69.3)	1.2 [0.54-2.14]	0.967
Recurent	48 (31.4)	21 (32.3)	27 (30.7)	1	
Regim tratament					
Scurt	98 (64.1)	39 (60.0)	59 (67.0)	1	
Lung	55 (35.9)	26 (40.0)	29 (33.0)	1.4 [0.65-2.78]	0.466
Confirmat bacteriologic					
Da	149 (97.4)	63 (96.9)	86 (97.7)	0.7 [0.10-5.34]	1.000
Nu	4 (2.6)	2 (3.1)	2 (2.3)	1	
Spitalizat					
Da	143 (93.5)	64 (98.5)	79 (89.8)	7.3 [1.9-59.07]	0.032
Nu	10 (6.5)	1 (1.5)	9 (10.2)	1	
Provine din focar					
Da	26 (17.0)	10 (15.4)	16 (18.2)	0.8 [0.34-1.94]	0.828
Nu	127 (83.0)	55 (84.6)	72 (81.8)	1	
TB în gospodărie, ultimii 2 ani					
Da	7 (4.8)	2 (3.2)	5 (6.0)	0.52 [0.09-2.80]	0.699
Nu	139 (95.2)	60 (96.8)	79 (94.0)	1	
Tratament VST					
Da	22 (16.2)	7 (11.5)	15 (20.0)	0.5 [0.19-1.36]	0.243
Nu	114 (83.8)	54 (88.5)	60 (80.0)	1	
Reacții adverse					
Da	67 (43.8)	30 (46.2)	37 (42.0)	1.2 [0.61-2.25]	0.612
Nu	86 (56.2)	35 (53.8)	51 (58.0)	1	
Hepatita virală B, C					
Da	6 (4.3)	3 (5.2)	3 (3.7)	1.4 [0.27-7.38]	0.692
Nu	134 (95.7)	55 (94.8)	79 (96.3)	1	
Diabet zaharat					
Da	4 (2.8)	2 (3.3)	2 (2.4)	1.4 [0.19-10.20]	1.000
Nu	139 (97.2)	58 (96.7)	81 (97.6)	1	
HIV					
Pozitiv	9 (5.9)	4 (5.7)	5 (5.7)	1.1 [0.20-5.28]	1.000
Negativ	144 (94.1)	61 (93.8)	83 (94.3)	1	
Alte boli cronice					
Da	80 (52.3)	46 (70.8)	34 (38.6)	3.8 [1.84-8.11]	0.001
Nu	73 (47.7)	19 (29.2)	54 (61.4)	1	

Non-răspuns: Tratament VST (17), TB în gospodărie, ultimii 2 ani (7), Hepatita virală B, C (13), Diabet zaharat (10)

Nevoile percepute și reluarea vieții: factori determinanți ai cheltuielilor catastrofale

Studiul s-a concentrat pe percepțiile respondenților asupra nevoilor necesare pentru finalizarea cu succes a tratamentului și impactul acestora asupra cheltuielilor catastrofale. Rezultatele au relevat că necesitatea ajutorului în activitățile de gospodărie a avut un impact semnificativ asupra cheltuielilor, pacienții care au considerat acest suport necesar având de 2.7 ori mai multe șanse de a întâmpina cheltuieli catastrofale ($p=0.048$). În același timp, alte nevoi, deși importante pentru pacienți, nu au avut un impact semnificativ asupra cheltuielilor (Tabelul 59).

Tabelul 59. Cheltuielilor catastrofale și percepțiile respondenților asupra nevoilor pentru finalizarea cu succes a tratamentului, eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			Valoarea p
		>20% n (%)	<20% n (%)	OR [IÎ: 95%]	
Total	153	65	88		
Sprijinul și încurajarea din partea familiei					
Da	93 (60.8)	34 (52.3)	59 (67.0)	0.5 [0.27-1.04]	0.069
Nu	60 (39.2)	31 (47.7)	29 (33.)	1	
Resurse financiare pentru transport către unitățile medicale TB					
Da	48 (31.4)	20 (30.8)	28 (31.8)	0.9 [0.47-1.9]	1.000
Nu	105 (68.6)	45 (69.2)	60 (68.2)		
Tratament gratuit pentru comorbidități					
Da	31 (20.3)	16 (24.6)	15 (17.0)	1.5 [0.72-3.51]	0.310
Nu	122 (79.7)	49 (75.4)	73 (83.0)	1	
O alimentație mai bogată și de calitate superioară					
Da	84 (54.9)	38 (58.5)	46 (52.3)	1.3 [0.67-2.45]	0.512
Nu	69 (45.1)	27 (41.5)	42 (47.7)	1	
Posibilitatea de a-mi întreține familia în continuare					
Da	31 (20.3)	12 (18.5)	19 (21.6)	0.8 [0.36-1.84]	0.688
Nu	122 (79.7)	53 (81.5)	69 (78.4)	1	
Ajutor în activitățile de gospodărie					
Da	17 (11.1)	11 (16.9)	6 (6.8)	2.7 [1.10-9.67]	0.048
Nu	136 (88.9)	54 (83.1)	82 (93.2)	1	
Primirea tratamentului TB la domiciliu					
Da	27 (17.6)	11 (16.9)	16 (18.2)	0.9 [0.39-2.13]	1.000
Nu	126 (82.4)	54 (83.1)	72 (81.8)	1	

Percepțiile respondenților privind provocările majore întâmpinate în timpul tratamentului analizate drept factori determinanți ai cheltuielilor catastrofale în contextul TB rezistente au evidențiat faptul că anumite provocări ar putea influența aceste cheltuieli. Astfel, s-au estimat mai multe șanse de a întâmpina cheltuieli catastrofale pentru cei care au considerat drept provocare abținerea de la consumul de alcool ($OR=2.9$, $p=0.013$), internarea în spital ($OR=2.6$, $p=0.004$) și vizitarea zilnică a punctului medical pentru ridicarea pastilelor ($OR=2.4$, $p=0.049$, Tabelul 60).

Tabelul 60. Cheltuielilor catastrofale și percepțiile respondenților asupra provocărilor majore în timpul tratamentului pentru tuberculoză, eșantion tuberculoza sensibilă

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			
		>20% n (%)	<20% n (%)	OR [ÎÎ: 95%]	Valoarea p
Total	153	65	88		
Renunțarea la fumat					
Da	55 (35.9)	20 (30.8)	35 (39.4)	0.7 [0.34-1.32]	0.307
Nu	98 (64.1)	45 (69.2)	53 (60.2)	1	
Abstinerea de la consumul de alcool					
Da	30 (19.6)	19 (29.2)	11 (12.5)	2.9 [1.26-6.61]	0.013
Nu	123 (80.4)	46 (70.8)	77 (87.5)	1	
Prezența efectelor adverse					
Da	23 (15.0)	8 (12.3)	15 (17.0)	0.7 [0.27-1.72]	0.496
Nu	130 (85.0)	57 (87.7)	73 (83.0)	1	
Internarea în spital					
Da	71 (46.4)	39 (60.0)	32 (36.4)	2.6 [1.35-5.07]	0.004
Nu	82 (53.6)	26 (40.0)	56 (63.6)	1	
Lipsa de activitate					
Da	28 (18.3)	10 (15.4)	18 (20.5)	0.7 [0.30-1.65]	0.527
Nu	125 (81.7)	55 (84.6)	70 (79.5)	1	
Întreținerea familiei					
Da	25 (16.3)	11 (16.9)	14 (15.9)	1.1 [0.45-2.55]	1.000
Nu	128 (83.7)	54 (83.1)	74 (84.1)	1	
Vizitarea zilnică a punctului medical					
Da	32 (20.9)	19 (29.2)	13 (14.8)	2.4 [1.15-5.27]	0.049
Nu	121 (79.1)	46 (70.8)	75 (85.2)	1	

Studiul a analizat factorii determinanți ai cheltuielilor catastrofale în contextul tratamentului pentru TB sensibilă, concentrându-se pe principalele îngrijorări ale respondenților privind viața după tratament. Capacitatea de a continua aceeași profesie după tratament a fost unul dintre factorii investigați, iar rezultatele au arătat o diferență semnificativă. Pentru cei care au considerat că nu vor putea continua în aceeași profesie s-au estimat șanse triple de a întâmpina cheltuieli catastrofale (OR=2.8, p=0.046). Alți factori analizați, precum îngrijorarea că tratamentul ar putea să nu fie eficient și refuzul în angajare din cauza istoricului de TB, nu au arătat o legătură semnificativă (p>0.05, Tabelul 31).

Tabelul 61. Cheltuielilor catastrofale și principalele îngrijorări privind viața după tratament, eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			
		>20% n (%)	<20% n (%)	OR [IÎ: 95%]	Valoarea p
Total	92*	39	53		
Tratamentul ar putea să nu fie eficient					
Da	44 (47.8)	16 (41.0)	28 (52.8)	0.6 [0.26-1.43]	0.296
Nu	48 (52.2)	23 (59.0)	25 (47.2)	1	
Refuz în angajare din cauza istoricului de TB					
Da	31 (33.7)	16 (41.0)	15 (28.3)	1.7 [0.73-4.22]	0.265
Nu	61 (66.3)	23 (59.0)	38 (71.7)	1	
Capacitatea de a continua aceeași profesie (meserie)					
Da	21 (22.8)	13 (33.3)	8 (15.1)	2.8 [1.10-7.67]	0.046
Nu	71 (77.2)	26 (66.7)	45 (84.9)	1	

*Eșantion perioada inițială și intermediară de tratament

Nivelul de bunăstare și cheltuielile catastrofale

Studiul a evidențiat o relație semnificativă între nivelul de bunăstare și cheltuielile catastrofale în contextul TB rezistente. Rezultatele indică o asociere puternică între nivelul de bunăstare al gospodăriei și șansele de a se confrunta cu cheltuieli catastrofale. Gospodăriile care trăiesc în sărăcie au avut de 5.2 ori mai multe șanse ($p=0.009$), iar cele destul de sărace de 3.4 ori mai multe șanse ($p=0.044$) de a se confrunta cu cheltuieli catastrofale comparativ cu cele care nu trăiesc în sărăcie (Tabelul 62).

În ceea ce privește nivelul de bunăstare al gospodăriei, gospodăriile cu indicele cea mai săracă au avut cele mai mari șanse de cheltuieli catastrofale ($OR=9.5$, $p=0.001$), urmate de gospodăriile cu indicele de bunăstare mediu (23.5% din eșantion) cu șanse semnificative de cheltuieli catastrofale ($OR=6.2$, $p=0.002$, Tabelul 62).

Mai mult, gospodăriile aflate în sărăcie conform pragului internațional al sărăciei extreme au avut, de asemenea, șanse mai mari de cheltuieli catastrofale ($OR=2.3$, $p=0.041$, Tabelul 62).

Tabelul 62. Cheltuielilor catastrofale și nivelul de bunăstare, eșantion tuberculoza rezistentă

Denumire variabilă	Total n (%)	Cheltuieli catastrofale			
		>20% n (%)	<20% n (%)	OR [II: 95%]	Valoarea p
Total	153	65	88		
Situația materială a gospodăriei					
Trăiesc în sărăcie	38 (24.8)	23 (35.4)	15 (17.0)	5.2 [1.58-17.14]	0.009
Destul de sărac	36 (23.5)	18 (27.7)	18 (20.5)	3.4 [1.10-11.2]	0.044
Situație nu prea bună	57 (37.3)	19 (29.2)	38 (43.2)	1.7 [0.54-5.31]	0.525
Situație bună	22 (14.4)	5 (7.7)	17 (19.3)	1	
Gradul de alimentație					
Insuficient	62 (40.5)	34 (52.3)	28 (31.8)	3.0 [0.54-16.86]	0.359
Suficient	61 (39.9)	22 (33.8)	39 (44.3)	1.4 [0.25-7.88]	>0.999
Bun	23 (15.0)	7 (10.8)	16 (18.2)	1.1 [0.16-7.06]	>0.999
Foarte bun sau excelent	7 (4.6)	2 (3.1)	5 (5.7)	1	
Indice de bunăstare a gospodăriei					
Gospodărie cea mai săracă	29 (19.0)	19 (29.2)	10 (11.4)	9.5 [2.78-32.44]	0.001
Gospodărie săracă	30 (19.6)	14 (21.5)	16 (18.2)	4.4 [1.32-14.50]	0.025
Gospodărie cu indice mediu	36 (23.5)	20 (30.8)	16 (18.2)	6.2 [1.95-20.01]	0.002
Gospodărie bogată	28 (18.3)	7 (10.8)	21 (23.9)	1.7 [0.46-6.03]	0.646
Gospodărie cea mai bogată	30 (19.6)	5 (7.7)	25 (28.4)	1	
Gospodării aflate în sărăcie					
Da	40 (26.1)	23 (35.4)	17 (19.3)	2.3 [1.13-4.76]	0.041
Nu	113 (73.9)	42 (64.6)	71 (80.7)	1	

Sănătate: medicamente, analize medicale, consultații; Articole: îmbrăcăminte, încălțăminte etc.

Gospodării aflate în sărăcie: pragul internațional al sărăciei extreme conform Băncii Mondiale

DISCUȚII

Studiul comprehensiv desfășurat în Republica Moldova, care a determinat cheltuielile catastrofale cu care se confruntă gospodăriile pacienților cu TB sensibilă și TB rezistentă în calea accesării serviciilor medicale pe durata poverii TB. Rezultatele studiului oferă, de asemenea, o imagine detaliată a profilului pacienților cu TB sensibilă și cu TB rezistentă din diverse aspecte, precum socio-demografice, bunăstare, epidemiologice, clinice, dar și a percepțiilor, opiniilor privind boala TB, toate fiind analizate, inclusiv prin prisma factorilor determinanți care ar putea influența cheltuielile asociate poverii acestei boli.

Profilul socio-demografic al pacientului cu TB

În context, profilul pacientului cu TB (sensibilă și rezistentă) din Republica Moldova se conturează astfel: majoritatea pacienților sunt bărbați, provin din mediul rural și cu vârsta medie de 45-47 de ani. Această tendință este similară cu cea observată în alte țări, cum ar fi India, unde predominanța TB este mai mare în rândul bărbaților și al persoanelor din mediul rural [27].

Un alt aspect conturat în profilul pacientului cu TB este nivelul de educație, majoritatea pacienților fiind cu studii medii incomplete, iar o proporție semnificativă - șomeri. Migrația și detenția în anamneză au fost prezente la un procent mic dintre respondenți, dar semnificative pentru înțelegerea contextului social al pacienților. Studiile arată că nivelul de educație, angajarea în câmpul muncii, migrația și detenția pot influența negativ comportamentele și aderența la tratamentul TB [28–30].

Comportamentele dăunătoare sunt frecvente în rândul pacienților atât cu TB sensibilă, cât și cu TB rezistentă, fumatul și consumul de alcool fiind cele mai comune comportamente observate, inclusiv într-un studiu condus în Rusia [31]. Cu toate că în timpul tratamentului, frecvența consumului de alcool s-a redus, consumul de alcool a fost prezent pe durata de tratament. Aceste comportamente prezintă factori de risc care ar putea afecta negativ aderența la tratament și succesul terapeutic [32].

Majoritatea pacienților dețin documente esențiale precum buletinul de identitate și cetățenia Republicii Moldova. Totuși, un procent semnificativ nu dețin poliță de asigurare medicală, iar lipsa acesteia poate reprezenta o barieră în accesarea serviciilor de sănătate, fapt evidențiat de studiul desfășurat în China, care a arătat că asigurarea de sănătate a redus cheltuielile catastrofale pentru TB cu 17% [33].

Impactul TB asupra nivelului de bunăstare al gospodăriilor pacienților cu TB este unul semnificativ, agravând situația materială și crescând procentul gospodăriilor sărace. Alimentația insuficientă și cheltuielile mari pentru sănătate sunt probleme majore care afectează calitatea vieții pacienților cu TB [17].

Cunoștințe, atitudini, adresabilitate și diagnostic

Studiul curent a arătat că medicul rămâne principala sursă de informare despre TB pentru pacienții cu TB sensibilă și TB rezistentă. Totuși, pacienții cu TB rezistentă sunt adesea mai puțin informați despre boală, ceea ce poate duce la întâzieri în tratament și agravarea stării de sănătate. Alte surse de informare, cum ar fi mass-media și platformele online, au fost menționate mai rar, evidențiind necesitatea diversificării și intensificării acestor canale. Literatura de specialitate include studiul din Malawi care a demonstrat că utilizarea combinată a comunicării interpersonale și a mass-mediei crește percepția riscului de TB, facilitând astfel diagnosticarea timpurie și tratamentul eficient [34]. De asemenea, ghidul OMS subliniază că campaniile de advocacy, comunicare și mobilizare socială sunt cruciale pentru controlul TB, evidențiind necesitatea diversificării surselor de informare [35].

Cunoștințele despre contagiozitatea TB au fost destul de înalte în ambele grupuri de pacienți, aceștia recunoscând TB drept o boală contagioasă, transmisă prin aer în timpul tusei, demonstrând o conștientizare ridicată a necesității respectării stricte a regimului de tratament, importanța acestora fiind subliniată, inclusiv în cadrul unui studiu realizat în India [36].

Cu toate acestea, persistă anumite percepții greșite despre modalitățile de transmitere a TB, cum ar fi transmiterea prin strângere de mână, sânge și contacte sexuale. De menționat că prejudecățile și percepțiile greșite despre transmiterea TB sunt încă comune în multe comunități, subliniind importanța educației continue și a campaniilor de informare [37–39].

Evoluția cunoștințelor pe parcursul tratamentului a fost mai evidentă în rândul pacienților cu TB sensibilă, unde s-a observat o creștere semnificativă a cunoștințelor corecte după finalizarea tratamentului. În schimb, pacienții cu TB rezistentă nu au prezentat aceleași îmbunătățiri semnificative. Nivelul de cunoștințe despre TB în rândul pacienților este unul variabil, dar educația continuă poate îmbunătăți semnificativ cunoștințele și practicile privind prevenirea și controlul, subliniază cercetarea realizată în Etiopia [40].

Diagnosticul și adresabilitatea pacienților sunt procese esențiale pentru controlul și tratamentul eficient al bolii de TB. Studiul evidențiază că tusea persistentă este principalul simptom care determină pacienții să solicite asistență medicală, indiferent dacă au TB sensibilă sau TB rezistentă. Deși simptomele au fost similare, au existat diferențe în ceea ce privește durata și severitatea simptomelor în cazul TB sensibile și TB rezistente. Durata tusei persistente a fost una ușor mai îndelungată în cazul TB sensibile, inclusiv pierderea în greutate și slăbiciunea mai frecvente. Studiul comparativ realizat în China a arătat că pacienții cu TB sensibilă pot prezenta simptome mai severe și de durată mai lungă comparativ cu cei cu TB rezistentă [41].

Cu toate că tusea și slăbiciunea sunt simptome principale, există o întârziere semnificativă în solicitarea asistenței medicale, majoritatea pacienților așteptând peste trei săptămâni, adesea din cauza lipsei resurselor financiare, a fricii de investigații și a lipsei de timp. Întârzierea în solicitarea asistenței medicale pentru TB este adesea atribuită constrângerilor financiare și fricii de investigații medicale, subliniat și de alte cercetări [42,43]. Aceste bariere trebuie abordate prin politici de sănătate care să faciliteze accesul la servicii medicale și să reducă stigmatizarea asociată cu TB.

Timpul de diagnosticare – un alt aspect critic. Majoritatea pacienților cu TB sensibilă primesc diagnosticul în 1-3 zile, în timp ce pacienții cu TB rezistentă pot aștepta până la 7 zile sau mai mult, din cauza complexității testelor necesare [44]. Studiul arată că, deși

majoritatea pacienților au fost diagnosticați rapid cu TB, există încă loc de îmbunătățire pentru a reduce timpul de așteptare pentru toți. O meta-analiză în 14 țări subliniază necesitatea identificării și abordării întârzierilor diagnostice prin metode personalizate, informare și educație, asigurarea accesului universal la servicii medicale pentru a îmbunătăți diagnosticarea și tratamentul TB [42].

Se evidențiază tendința unor pacienți de a urma tratamente medicamentoase nespecifice pentru TB la domiciliu, cum ar fi utilizarea antibioticelor cu spectru larg, care pot contribui la întârzierea diagnosticării corecte și la dezvoltarea rezistenței la medicamente [45]. Este esențial ca pacienții să fie educați să evite automedicația și să solicite asistență medicală specializată pentru un tratament adecvat.

Tratamentul antituberculos și aderența la tratament

Studiul evidențiază o rată înaltă de spitalizare atât pentru TB sensibilă, cât și TB rezistentă. Literatura de specialitate subliniază argumente pro și contra pentru spitalizarea în timpul tratamentului TB. Argumentele pro în cele mai dese cazuri au fost controlul infecției [46], monitorizarea adecvată a tratamentului [47] și gestionarea complicațiilor [48], iar cele contra includ costuri ridicate [47], impactul psihologic și izolarea socială [48]. În context, se evidențiază importanța adaptării politicilor de sănătate publică și a resurselor de sănătate pentru a răspunde în mod eficient provocărilor specifice fiecărui tip de TB. Meta-analiza care a inclus 16 studii din nouă țări și care a comparat tratamentul comunitar cu spitalizarea tradițională pentru pacienții cu TB rezistentă a arătat că cei care au urmat tratamentul în regim comunitar a avut o rată de succes mai mare și o rată de eșec mai mică comparativ cu spitalizarea tradițională. Prin urmare, aceste rezultate sugerează că tratamentul comunitar poate oferi o alternativă eficientă pentru spitalizarea tradițională, îmbunătățind rezultatele tratamentului și reducând povara asupra sistemelor de sănătate [48].

Timpul de inițiere a tratamentului – un alt aspect important. Diferențe notabile în distribuția timpilor de inițiere a tratamentului pentru TB este evidentă. Majoritatea pacienților cu TB sensibilă au început tratamentul în primele zile, deși unii au avut nevoie de până la o săptămână sau mai mult, iar în cazul TB rezistente, deși mulți au început tratamentul rapid, un procent semnificativ a avut nevoie de până la o săptămână sau mai mult. Datele din literatură subliniază că întârzierea inițierii tratamentului poate fi asociată cu o severitate clinică mai mare și un nivel mai ridicat de infecțiozitate [49], iar inițierea timpurie a tratamentului poate fi asociată cu rezultate de tratament mai bune [50].

Supravegherea administrării pastilelor este crucială pentru un tratament de succes. În regim staționar, aproape toți pacienții au fost asistați de personal medical, în timp ce în regim ambulator, proporția celor asistați a fost mai mică. Această diferență poate influența aderența la tratament, deoarece supravegherea directă este asociată cu o mai bună conformitate [51]. Observațiile prezentului studiu subliniază necesitatea strategiilor de tratament personalizate, care să țină cont de specificul fiecărui pacient, inclusiv prin implementarea măsurilor suplimentare de suport, cum ar fi implicarea ONG-urilor [52], dar și de utilizare a tehnologiilor video asistate [53,54].

Neadministrarea medicamentelor pentru TB din motive non-medicale reprezintă o problemă semnificativă. Cele mai frecvente motive includ uitarea, consumul de alcool, senzația de rău, absența de acasă, elemente asociate cu neaderența la tratament [55–58].

Se subliniază că personalul medical a solicitat unor respondenți să aducă pastilele pentru TB la punctul medical din sat de la cabinetul de ftiziopneumologie din raion, ceea ce poate duce la neconformitate și la rezultate suboptimale. De asemenea, această practică poate fi percepută ca o povară suplimentară pentru pacient, afectând negativ motivația și aderența la tratament, conform modului auto-studiului CDC care subliniază importanța respectării drepturilor pacientului, dar și al confidențialității privind TB și a accesului facil la medicamente [59].

Reacții adverse și alte condiții medicale

Reacțiile adverse la medicamentele antituberculoase sunt frecvente în cazul TB sensibil și celei rezistente, cu diferențe semnificative în tipul și frecvența acestora, cele mai comune fiind grețurile, vărsăturile, diareea și durerile gastrice. Studiul desfășurat în Ghana a evidențiat că jumătate dintre pacienții cu TB experimentează cel puțin o reacție adversă la medicamentele antituberculoase, cele mai frecvente fiind reacțiile gastrointestinale [60]. Comparativ, în rândul pacienților cu TB rezistentă s-a observat o incidență mai mare a reacțiilor adverse în primele luni de tratament, dar o scădere mai pronunțată a acestora în ultimele luni, comparativ cu pacienții cu TB sensibilă [61]. Acest lucru ar putea sugera că tratamentul pentru TB rezistentă poate fi inițial mai dificil de tolerat și că pacienții se adaptează pe parcursul tratamentului [62].

Rezultatele studiului confirmă faptul că TB este adesea asociată cu o serie de alte condiții medicale, inclusiv co-infecția HIV, hepatitele virale, diabetul zaharat și alte boli cronice, care la rândul lor complică tratamentul și managementul TB, necesitând o abordare integrată și multidisciplinară.

Prevalența ridicată a co-infecției TB-HIV, similară atât pentru TB sensibilă, cât și pentru TB rezistentă, evidențiată în acest studiu, subliniază impactul reciproc asupra progresiei și tratamentului bolii. Gestionarea eficientă a co-infecției HIV în rândul pacienților cu TB este crucială pentru a reduce povara financiară asupra sistemului de sănătate și riscurile pentru pacienți [63].

Prevalența variabilă a hepatitelor virale (B, C) în rândul pacienților cu TB prezintă similaritate cu datele literaturii, care specifică că aceste condiții medicale pot complica tratamentul TB din cauza interacțiunilor medicamentoase, a impactului asupra funcției hepatice, dar și a costurilor mai ridicate [64].

Diabetul zaharat este o comorbiditate importantă care poate influența negativ evoluția și tratamentul TB, indiferent de tipul de rezistență al bolii. Observăm că diabetul este semnificativ prezent în rândul pacienților cu TB sensibilă și TB rezistentă, cu o prevalență ușor mai mare în cazul TB sensibilă. Un management concomitent devine esențial pentru a îmbunătăți rezultatele tratamentului, dar și a reduce costurile [65].

O gamă largă de boli cronice asociate cu TB, inclusiv afecțiuni cardiovasculare, respiratorii, gastrointestinale, infecțioase, renale, traume, boli ginecologice, hepatite cronice, boli oncologice și profesionale, identificate în prezentul studiu, subliniază complexitatea gestionării TB în prezența multiplelor afecțiuni cronice. Pacienții cu TB și comorbidități multiple necesită o abordare multidisciplinară pentru a asigura un tratament eficient și pentru a reduce riscul de complicații și costurile de sănătate [66].

Încrederea în sistemele de sănătate

Încrederea pacienților cu TB în serviciile de sănătate este crucială pentru aderența și succesul tratamentului. Factori precum încrederea în medicul ftiziopneumolog și medicul de familie, dar și satisfacția față de serviciile TB influențează pozitiv experiențele pacienților și rezultatele tratamentului.

Pacienții cu TB sensibilă au avut încredere predominant pozitivă în medicul ftiziopneumolog, cu o ușoară scădere spre finalizarea tratamentului. În cazul pacienților cu TB rezistentă, încrederea a variat semnificativ, micșorându-se după finalizarea tratamentului, posibil din cauza dificultăților suplimentare și experiențelor negative asociate tratamentului prelungit.

Încrederea în medicul de familie a fost majoritar pozitivă, dar ușor mai scăzută comparativ cu cea în medicul ftiziopneumolog. Acest aspect este susținut de cercetări care indică faptul că pacienții cu TB tind să aibă mai multă încredere în specialiști decât în medicii de familie, datorită expertizei percepute și a frecvenței mai mari a interacțiunilor. Încrederea pacient-medice este esențială pentru experiențele pozitive ale pacienților, dar și pentru promovarea aderenței la tratament [67].

Pe parcursul tratamentului TB, satisfacția pacienților atât cu TB sensibilă, cât și cu TB rezistentă, față de serviciile medicale a crescut semnificativ, devenind mai evidentă spre sfârșitul tratamentului, acest fapt fiind direct legat de progresul tratamentului și de îmbunătățirea stării de sănătate a pacienților. În mod clar, devine evident că satisfacția pacienților este strâns corelată cu calitatea serviciilor medicale și cu rezultatele pozitive ale tratamentului [67].

Percepții asupra nevoilor și reluarea vieții obișnuite după boală

Sprijinul și încurajarea din partea familiei, împreună cu o alimentație mai bogată și de calitate superioară, sunt considerate esențiale pentru succesul tratamentului TB, atât în cazul TB sensibile, cât și al TB rezistente [68–70]. Necesitatea resurselor financiare pentru transportul către unitățile medicale TB și posibilitatea de a urma tratamentul la domiciliu sunt, de asemenea, evidențiate drept nevoi esențiale, acestea ar putea facilita accesul la îngrijirile medicale și reduce povara financiară asupra pacienților [71,72].

Nevoile mai puțin frecvent menționate includ posibilitatea de a discuta cu alți pacienți despre boala TB, consilierea psihologică și ridicarea medicamentelor după orele de serviciu [73,74]. Este de remarcat faptul că posibilitatea de a discuta cu alți pacienți despre boala TB este considerată semnificativă doar în cazul TB rezistente, iar nevoia de consiliere psihologică mai pronunțată în cazul TB sensibile.

Alte nevoi notabile includ tratamentul gratuit pentru maladiile asociate, posibilitatea de a-și întreține familia, ajutorul în gospodărie și confidențialitatea diagnosticului TB. Tratamentul gratuit pentru maladiile asociate bolii TB este esențial pentru a asigura o recuperare completă și eficientă a pacienților, dar și a îmbunătăți calitatea vieții pacienților, contribuind inclusiv la un control eficient al TB [75].

Confidențialitatea diagnosticului este una esențială, deoarece ajută la prevenirea stigmatizării și la protejarea vieții private a pacienților [76]. Ajutorul în gospodărie evidențiază necesitatea de a avea ajutor în gestionarea sarcinilor zilnice în timpul tratamentului [70,72,77].

Provocările majore întâmpinate de pacienți au fost internarea în spital [48], vizitele zilnice la punctul medical și administrarea medicamentelor conform recomandărilor [78]. Pacienții cu TB rezistentă se confruntă cu provocări mai mari legate inclusiv de efectele adverse ale tratamentului [79].

Nevoile și provocările percepute subliniază impactul semnificativ al tratamentului asupra vieții cotidiene și necesitatea unor intervenții care să faciliteze aderența la tratament, dar și necesitatea unor intervenții personalizate care să abordeze specificitatea tipului de TB (sensibilă sau rezistentă). În context, abordările integrate care combină tratamentul medical cu suportul social și psihologic sunt cruciale pentru a îmbunătăți rezultatele tratamentului și pentru a asigura o calitate mai bună a vieții pentru pacienți.

Cheltuieli indirecte asociate TB

Diagnosticul și tratamentul TB au avut un impact economic semnificativ atât asupra veniturilor gospodăriilor, cât și asupra veniturilor personale ale pacientului. Deși ambele venituri au scăzut în timpul tratamentului, venitul pacientului a fost afectat mai sever. Recuperarea economică după finalizarea tratamentului este evidentă, dar venitul pacientului nu a revenit complet la nivelul inițial, subliniind necesitatea unor măsuri de sprijin economic pe durata tratamentului, dar și după finalizarea acestuia [80]. Comparativ, venitul mediu lunar al pacientului a suferit reduceri drastice în ambele cazuri, dar recuperarea a fost mai lentă pentru pacienții cu TB rezistentă. Acest lucru sugerează că pacienții cu TB rezistentă se confruntă cu dificultăți economice mai mari și necesită un suport financiar mai consistent pentru a-și reveni la nivelul inițial de venituri [80,81].

Plățile de bunăstare au jucat un rol crucial în sprijinirea pacienților pe parcursul tratamentului, inclusiv indemnizațiile pentru incapacitatea temporară de muncă și suportul motivațional pentru aderența la tratament, esențiale pentru menținerea unui nivel minim de bunăstare economică. Valoarea medie a acestor plăți a fost mai mare pentru pacienții cu TB rezistentă, reflectând necesitatea unui suport financiar mai mare datorită duratei și complexității tratamentului. Fără acest sprijin, venitul mediu lunar scade semnificativ, afectând calitatea vieții și capacitatea de a urma tratamentul adecvat. Prin urmare, asigurarea unor plăți de bunăstare adecvate este esențială pentru a ajuta familiile să facă față provocărilor financiare și să își mențină stabilitatea economică în perioadele critice ale tratamentului [82].

Diferențele semnificative în timpul pierdut pentru accesarea serviciilor medicale între pacienții cu TB sensibilă și cei cu TB rezistentă evidențiază povara suplimentară pe care o reprezintă TB rezistentă. Pacienții cu TB rezistentă au pierdut mult mai mult timp în comparație cu cei cu TB sensibilă, atât pentru accesarea serviciilor medicale, cât și pentru ridicarea pastilelor [83,84]. În context, se reliefează necesitatea unor intervenții specifice, care să includă măsuri de sprijin financiar, acces facilitat la servicii medicale și programe de reabilitare economică. Aceste măsuri sunt esențiale pentru a ajuta pacienții, în special cei cu TB rezistentă, să-și recupereze veniturile și să-și îmbunătățească calitatea vieții, reducând astfel impactul economic și social al bolii [82].

Atât pacienții cu TB sensibilă, cât și cei cu TB rezistentă au pierdut ore de muncă din cauza necesității de a efectua analize și investigații medicale, ceea ce a dus la pierderi de venituri. Pierderile de ore de muncă au fost prezente atât în perioada de diagnostic, cât și pe parcursul tratamentului, fiind mai mari în perioada de tratament. Facilitarea accesului la servicii

medicale prin oferirea programărilor medicale flexibile, inclusiv în afara orelor de muncă obișnuite ar putea reduce pierderile de ore de muncă și respectiv din pierderile din veniturile pacienților cu TB.

Cheltuielilor indirecte (pierderi ale veniturilor) asociate tratamentului pentru TB relevă că costurile indirecte cresc considerabil pe măsură ce tratamentul progresează, fiind mai mari în perioada de continuare comparativ cu perioada inițială a tratamentului, atât în cazul TB sensibile, cât și TB rezistente. În cazul TB rezistente, aceste cheltuieli sunt și mai mari (în valoare bănească), reflectând o povară economică suplimentară pe toată durata tratamentului. Comparativ cu studiu realizat în 2016 în Republica Moldova, cheltuielile indirecte pentru TB rezistență s-au schimbat proporțional formând 40% și 60% pentru perioada inițială și cea de continuare a tratamentului, față de 30% și 70% [14].

În același context, un studiu realizat în India a arătat că pacienții cu TB suportă costuri indirecte semnificative, care sunt și mai mari în cazul pacienților cu TB rezistentă [85]. În China, un alt studiu subliniază că costurile indirecte au reprezentat o parte semnificativă din costurile totale pentru pacienții cu TB sensibilă, similar cu situația din Cairo, unde costurile indirecte au fost semnificative, în special în etapa pre-tratament [86]. În Etiopia și Peru, pacienții cu TB rezistentă au avut costuri indirecte și mai mari, reflectând povara economică suplimentară a tratamentului [87,88]. Aceste constatări subliniază impactul economic major al tratamentului TB, în special pentru formele rezistente, și evidențiază necesitatea unor strategii de suport financiar adecvate pentru a asigura aderența la tratament și stabilitatea economică a pacienților.

Cheltuielile indirecte asociate bolii de TB diferă semnificativ în funcție de factori socio-demografici. Pentru TB sensibilă, gospodăriile cu pacienți angajați și cele din zonele urbane au avut cheltuieli considerabil mai mari decât cele din mediul rural. În cazul TB rezistente, femeile (în primele etape ale tratamentului), dar și gospodăriile cu trei sau mai multe persoane și cele cu copii sub 18 ani au suportat costuri indirecte mai ridicate. Nivelul de educație s-a dovedit a fi un factor determinant comun pentru costurile indirecte, atât în cazul TB sensibile, cât și al TB rezistente. Un studiu realizat în Mozambic și care a determinat cheltuieli indirecte asociate TB rezistente a arătat că pacienții cu studii superioare și cei angajați au avut costuri indirecte mai mari, din cauza pierderilor semnificative de venituri [89]. În același timp un studiu realizat în India arată că cheltuielile indirecte asociate TB au fost mai înalte printre gospodăriile rurale [90].

Rezultatele analizei scot în evidență impactul profund pe care bunăstarea și sărăcia îl au asupra cheltuielilor asociate bolii de TB. Atât în cazul TB sensibile, cât și a TB rezistente, gospodăriile cele mai sărace au avut cheltuieli indirecte mult mai mici comparativ cu gospodăriile cele mai bogate. Aceasta subliniază povară economică disproporționată pentru gospodăriile mai sărace. Deși cheltuielile absolute sunt mai mici pentru aceste gospodării, impactul relativ asupra bugetului lor este mult mai mare. În schimb, gospodăriile mai bogate, deși au cheltuieli mai mari, pot suporta mai ușor aceste costuri datorită resurselor financiare superioare. Aceste diferențe subliniază necesitatea unor politici de sănătate publică care să abordeze inegalitățile economice și să ofere suport financiar adecvat gospodăriilor vulnerabile.

În contextul asigurării de sănătate, pacienții asigurați comportă cheltuieli indirecte mai mari comparativ cu cei neasigurați, în special, în contextul TB sensibile, fapt care nu a fost observat în cazul TB rezistente. Cu toate acestea, se sugerează că asigurarea de sănătate poate influența nivelul cheltuielilor indirecte, acest fapt fiind determinat de angajarea în câmpul muncii, iar în cazul bolii, acesta duce la pierderea veniturilor.

Impactul spitalizării asupra cheltuielilor indirecte este evident în cadrul studiului. În cazul TB sensibile, pacienții spitalizați pe parcursul tratamentului au avut cheltuieli indirecte semnificativ mai mari decât cei care nu au fost spitalizați. Pentru TB rezistentă, deși diferențele nu sunt semnificative statistic, tendința indică faptul că spitalizarea poate duce la o creștere a cheltuielilor indirecte. În context, spitalizarea excesivă poate adăuga cheltuieli indirecte suplimentare semnificative pentru pacienți [5]. Crearea unor rețele de suport comunitar și educație pentru pacienți și familiile acestora ar putea facilita gestionarea tratamentului la domiciliu și ar putea reduce necesitatea spitalizării.

Cheltuieli directe asociate TB

Cheltuielile directe (medicale și nemedicale) reprezintă o povară economică considerabilă, cu o variabilitate semnificativă pentru TB sensibilă și TB rezistentă. Cheltuielile medicale, care includ costuri pentru investigații, analize, medicamente și consultații, în cazul TB sensibile, constituie 43% din totalul cheltuielilor. În cazul tuberculozei rezistente, aceste cheltuieli medicale reprezintă 36% din total. Pe de altă parte, cheltuielile nemedicale, cum ar fi transportul și alimentația, sunt chiar mai mari, reprezentând 57% din totalul cheltuielilor pentru TB sensibilă și 64% pentru TB rezistentă. Alte studii au confirmat aceste constatări. De exemplu, un studiu desfășurat în India a arătat că cheltuielile medicale directe reprezintă 43% din totalul costurilor [91]. Într-un studiu comparativ realizat în Etiopia, care a analizat costurile asociate tuberculozei pe parcursul a doi ani, s-a observat că cheltuielile medicale directe au crescut de la 12% la 30%, în timp ce cheltuielile nemedicale s-au redus de la 76% la 17%. Aceste date reflectă variabilitatea și impactul semnificativ al costurilor nemedicale în gestionarea TB [92].

Analiza cheltuielilor pentru investigații și analize medicale în cazul TB sensibile și TB rezistente relevă câteva aspecte. În primul rând, prevalența cheltuielilor este una mică (7%) pentru ambele tipuri de TB. Aceasta sugerează că, în general, pacienții nu suportă frecvent costuri pentru investigații. Totuși, etapa de diagnostic se dovedește a fi cea mai costisitoare în cazul ambelor tipuri de TB, cu un procent mai mare pentru TB rezistentă (23%) comparativ cu TB sensibilă (17%). Acest lucru ar putea indica faptul că diagnosticarea TB rezistente implică investigații mai complexe și, implicit, costuri mai mari.

În general, cheltuielile suportate au fost pentru imagistică (radiografii și tomografii computerizate), analize de sânge și urină, iar în cazuri unice pentru examenul sputei, rezultate similare cu rezultatele studiului precedent [14]. Modalitatea de plată a fost prin canale oficiale, deși există și cazuri de plăți informale. Cu toate că cheltuielile pentru investigații și analize sunt relativ scăzute, acestea sunt semnificative și variază în funcție de perioada bolii (diagnostic sau tratament) și de tipul de TB. De asemenea studiul evidențiază și cazuri unice de achitare pentru consultul medical și de oferire a bunurilor personalului medical. Toate acestea subliniază necesitatea îmbunătățirii accesului și echității la serviciile de sănătate în cazul TB.

În contextul adresabilității după asistență medicală și a cheltuielilor directe medicale, se conturează că pacienții cu TB sensibilă suportă costuri mai mari pentru diagnosticare la clinici private comparativ cu cei cu TB rezistentă [93]. În schimb, cheltuielile pentru tratamente nespecifice TB (la recomandarea rudelor și a farmacistului) au fost considerabil mai mari pentru pacienții cu TB rezistentă. În ambele cazuri, serviciile de urgență și evaluările pentru dizabilitate nu au generat cheltuieli directe, indicând o posibilă uniformitate în accesul la

aceste servicii. Totuși, diferențele existente subliniază necesitatea unor politici de sănătate care să abordeze inechitățile în accesul și costurile asociate tratamentului și diagnosticării TB. Educația pacienților și a comunității despre importanța utilizării tratamentelor specifice poate contribui la reducerea utilizării tratamentelor nespecifice.

Medicamentele suplimentare tratamentului TB sunt esențiale pentru gestionarea reacțiilor adverse și a condițiilor medicale asociate, contribuind astfel la îmbunătățirea eficienței tratamentului și a calității vieții pacienților [94,95]. Rezultatele studiului arată diferențe în achiziționarea acestor medicamente, evidențiind că un procent mai mare dintre pacienții cu TB sensibilă (36%) le procură comparativ cu cei cu TB rezistentă (28%).

Este important de menționat că toxicitatea medicamentelor pentru tratamentul TB necesită medicație suplimentară pentru a face față efectelor secundare [94], iar această medicație este furnizată, de regulă, gratuit doar în timpul spitalizării. Cu toate acestea, studiul nostru arată că pacienții cu TB au suportat cheltuieli pentru medicamentele destinate reacțiilor adverse pe tot parcursul tratamentului. Aceste cheltuieli au fost semnificative în ambele tipuri de TB, dar mai mari pentru pacienții cu TB sensibilă în primele luni de tratament, probabil din cauza faptului că aceștia sunt spitalizați într-o proporție mai mică și pe o durată mai scurtă. Medicamentele pentru condiții medicale asociate au avut o prevalență mai mare în perioada de continuare a tratamentului în cazul TB sensibile, în timp ce pentru TB rezistentă nu au existat variații semnificative între perioadele de tratament, acestea fiind necesare pe toată durata tratamentului. Achiziționarea vitaminelor a fost într-o proporție similară în ambele grupuri, indicând o necesitate constantă de suplimente pe parcursul tratamentului. În context, este esențial să se monitorizeze și să se reducă povara economică a pacienților, în special în primele luni de tratament, când cheltuielile pentru medicamentele destinate reacțiilor adverse sunt cele mai mari.

Cheltuielile nemedicale (pentru utilități, transport și alimentație) reprezintă o povară suplimentară pe lângă cheltuielile medicale, afectând în mod direct bunăstarea pacienților, atât în contextul TB sensibile, cât și TB rezistente. Pacienții au suportat cheltuieli pentru produse alimentare, produse de igienă personală și alte articole necesare în perioada internării în spital, similar rezultatelor studiului precedent, unde 20% din cheltuielile la etapa de staționar au fost pentru utilități [14]. Cheltuielile medii pentru aceste produse au fost semnificative, reflectând necesitatea de a acoperi costuri suplimentare pe lângă cheltuielile medicale. De asemenea, costurile de transport au fost considerabile, atât pentru deplasarea pacienților la spital și la consultații, cât și pentru vizitele efectuate de membrii familiei. Aceste cheltuieli au crescut pe măsură ce tratamentul a avansat, subliniind povara financiară cumulativă asupra gospodăriilor. Un studiu din Etiopia, relevă reducerea cheltuielilor indirecte în etapa de continuare a tratamentului comparativ cu etapa inițială [92].

În context, un procent semnificativ dintre pacienți s-au confruntat cu cheltuieli directe (60% în cazul TB sensibile și 54% în cazul TB rezistente). Într-o acoperire a acestor cheltuieli, atât în cazul TB sensibile, cât și rezistente, gospodăriile au fost nevoite să recurgă la diverse modalități de acoperire financiară a cheltuielilor pentru diagnosticul și tratamentul TB. Economii familiale și veniturile bănești cum ar fi salariile, bursele și indemnizațiile au fost principalele surse de finanțare. În alte cazuri gospodăriile au recurs la vânzarea de bunuri și produse agricole, împrumuturi, dar și la primirea de bani sub formă de cadouri de la persoane din afara gospodăriei. Toate acestea evidențiază impactul financiar semnificativ pe care TB îl impune asupra pacienților și gospodăriilor acestora.

Cheltuieli catastrofale

Studiul curent a evidențiat impactul financiar semnificativ al TB asupra gospodăriilor din Republica Moldova, atât în cazul TB sensibil, cât și al TB rezistent. Cheltuielile catastrofale, definite ca depășind 20% din venitul anual al gospodăriei [6], au fost frecvente în ambele cazuri, subliniind povara economică pe care această boală o impune. Astfel, pentru pacienții cu TB sensibilă, aproape jumătate dintre gospodării (48%) au înregistrat cheltuieli catastrofale. Acest procent ridicat indică faptul că, deși tratamentul pentru TB sensibilă poate fi mai accesibil decât cel pentru TB rezistentă, costurile asociate rămân totuși o povară semnificativă pentru multe gospodării. În cazul pacienților cu TB rezistentă, 43% dintre gospodării au depășit pragul de cheltuieli catastrofale de 20%. Deși acest procent este ușor mai mic decât în cazul TB sensibil, povara financiară rămâne considerabilă.

Potrivit surselor bibliografice care au analizat cheltuielile suportate de persoanele cu TB s-a constatat că un procent semnificativ de gospodării s-au confruntat cu cheltuieli catastrofale. Pentru TB rezistentă, aceste ponderi au fost de 45% în India [91], 44% în Etiopia [92], 87% în Vietnam [96], 40% în Papua New Guineea [97], 66% în Bangladesh [98]. În cazul TB sensibil, 27% dintre gospodăriile din Kenya și 50% dintre gospodăriile din Bangladesh au raportat cheltuieli catastrofale [93,98].

Studiul realizat în Republica Moldova în 2016 care a evaluat cheltuielile catastrofale în rândul gospodăriilor cu pacienți cu TB rezistentă a constatat că 30% dintre gospodării s-au confruntat cu astfel de cheltuieli [14]. Prezentul studiu arată, însă, o creștere a cheltuielilor catastrofale pentru TB rezistentă. În contrast, un studiu desfășurat în Etiopia cu un interval de doi ani a demonstrat o reducere a costurilor catastrofale de la 65% la 44% [92] pentru TB rezistentă. De asemenea, un alt studiu comparativ realizat în India, pentru TB rezistentă, a evidențiat o creștere a costurilor de la 35% [99] la 45% [91] într-un interval de cinci ani.

Prezentul studiu, scoate în evidență și cheltuieli extreme cu care s-au confruntat gospodăriile pacienților cu TB. Mai mult de o treime (35%) dintre gospodăriile cu TB sensibilă și aproximativ un sfert (25%) dintre cele cu TB rezistentă au avut cheltuieli care au depășit 30% din venitul lor. În plus, cheltuielile care au depășit 60% din venit au fost raportate atât în cazul TB sensibil (10%), cât și în cazul TB rezistente (2.6%). O meta-analiză care a inclus 29 de articole axate pe costurile catastrofale ale TB a evidențiat mai multe țări în care cheltuielile catastrofale au depășit 30% din venitul anual, printre acestea numărându-se Indonezia, Cambodgia, Vietnam și Egipt [100].

Studiul subliniază importanța factorilor socio-demografici în determinarea cheltuielilor catastrofale asociate TB în ambele forme ale bolii. Gospodăriile cu pacienți cu studii primare sau fără studii au de aproximativ cinci ori mai multe șanse de a se confrunța cu cheltuieli catastrofale [96]. Similar rezultatelor studiului precedent, statutul de angajare apare cu un impact major: gospodăriile cu respondenți neangajați sau cu alte forme de angajare sunt mult mai expuse riscului de cheltuieli catastrofale [14]. În cazul TB rezistente, gospodăriile din mediul rural devin mai vulnerabile la cheltuieli catastrofale, având șanse mai mari de a se confrunța cu astfel de cheltuieli [101]. Statutul marital joacă, de asemenea, un rol important, persoanele necăsătorite având un risc mai mare de a se confrunța cu cheltuieli catastrofale, similar rezultatelor studiului precedent [14]. În plus, gospodăriile cu persoane sub 18 ani sunt mai vulnerabile. Deși există similitudini între TB sensibilă și TB rezistentă, magnitudinea impactului diferiților factori variază, evidențiind necesitatea unor intervenții personalizate pentru a reduce povara economică asupra pacienților. Este esențial să se acorde o atenție

deosebită gospodăriilor cu niveluri scăzute de educație, celor cu pacienți neangajați în câmpul muncii, dar și celor din mediul rural, pentru a asigura accesul echitabil la serviciile de sănătate și pentru a minimiza impactul financiar al bolii.

În gospodăriile afectate de TB, deprinderile nocive pot avea un impact semnificativ asupra cheltuielilor catastrofale. Dintre acestea, consumul de alcool pare să joace un rol important, în timp ce fumatul și consumul de droguri nu par să aibă o influență notabilă. Alcoolul are un efect constant asupra cheltuielilor, dublând șansele gospodăriilor de a se confrunta cu astfel de costuri, atât în cazul TB sensibile și rezistente. Acest lucru sugerează că intervențiile pentru reducerea consumului de alcool în rândul pacienților cu TB ar putea ajuta la diminuarea cheltuielilor catastrofale asociate cu boala. Totodată, de menționat că consumul excesiv de alcool este un factor de risc major pentru TB, asociat cu rezultate nefavorabile ale tratamentului TB [102]. Chiar dacă fumatul și consumul de droguri nu au arătat o influență semnificativă, este important să se continue monitorizarea acestor factori pentru a înțelege pe deplin impactul lor potențial.

Factorii determinanți privind cunoștințele TB, dar și adresabilitatea după asistența medicală, evidențiază importanța adresabilității în confruntarea cu cheltuielile catastrofale. Astfel, respondenții care au solicitat asistență medicală după mai mult de trei săptămâni de la apariția simptomelor au avut șanse semnificativ mai mari de a se confrunta cu cheltuieli catastrofale în cazul TB sensibile. Alți factori analizați, precum prezența gradului de dizabilitate, cunoștințele integrate privind transmiterea TB, percepția asupra tratabilității tratamentului TB, urmarea tratamentului medicamentos nespecific TB și adresarea la clinici private, nu au avut un impact semnificativ asupra cheltuielilor catastrofale. În context, întru reducerea cheltuielilor catastrofale în gospodăriile afectate de TB, este esențial să se promoveze solicitarea timpurie a asistenței medicale și să se continue educarea populației cu privire la boala TB.

Similar rezultatelor studiului precedent realizat în Republica Moldova, spitalizarea este un factor determinant major în cazul cheltuielilor catastrofale pentru gospodăriile afectate de TB, atât pentru TB sensibilă, cât și pentru TB rezistentă. Gospodăriile cu pacienți spitalizați au avut șanse semnificativ mai mari de a suporta astfel de cheltuieli [14]. Rezultatele altor studii arată că spitalizarea crește riscul de cheltuieli catastrofale. De exemplu, un studiu realizat în China a constatat că 58% dintre pacienții cu TB au fost spitalizați, iar spitalizarea a fost asociată cu costuri catastrofale în 37% dintre gospodării [103]. Un alt studiu din Vietnam a arătat că spitalizarea și pierderea veniturilor au fost factori determinanți majori pentru cheltuielile catastrofale în rândul gospodăriilor afectate de TB rezistentă [96]. Aceste constatări subliniază impactul financiar semnificativ al spitalizării asupra gospodăriilor afectate de TB și necesitatea unor politici de sănătate care să reducă aceste costuri.

Prezența bolilor cronice este, de asemenea, un factor important care influențează cheltuielile catastrofale în gospodăriile afectate de TB. Gospodăriile cu membri care suferă de boli cronice au avut șanse mult mai mari de a suporta cheltuieli catastrofale comparativ cu cele fără astfel de condiții. Acest lucru subliniază necesitatea unor intervenții specifice pentru gestionarea eficientă a bolilor cronice în rândul pacienților cu TB [95].

Cu toate că, studiul nu a găsit legături semnificative din punct de vedere statistic între cheltuielile catastrofale și alți factori analizați, cum ar fi asigurarea medicală, tipul cazului de TB (nou sau recurent), regimul de tratament (scurt sau lung), confirmarea bacteriologică, proveniența din focar, prezența TB în gospodărie în ultimii doi ani, tratamentul prin VST,

prezența reacțiilor adverse, hepatitele virale B sau C, diabetul zaharat și co-infecția HIV, este totuși important să se continue monitorizarea acestor factori. Aceasta va ajuta la dezvoltarea intervențiilor mai eficiente și personalizate, care să răspundă mai bine nevoilor pacienților și să contribuie la reducerea cheltuielilor catastrofale.

Analiza percepțiilor respondenților asupra nevoilor necesare pentru finalizarea cu succes a tratamentului în raport cu cheltuielile catastrofale a relevat mai mulți factori determinanți esențiali. În cazul TB sensibile, percepția în necesitatea resurselor financiare pentru transportul către unitățile medicale, în necesitatea tratamentului gratuit pentru comorbidități și posibilitatea de a primi tratament la domiciliu sunt factori care influențează semnificativ cheltuielile. În schimb, pentru TB rezistentă, percepția necesității ajutorului în activitățile de gospodărie are un impact semnificativ asupra cheltuielilor catastrofale, pacienții care consideră acest suport necesar având șanse mai mari de a întâmpina astfel de cheltuieli.

Provocările majore întâmpinate în timpul tratamentului, cum ar fi internarea în spital și vizitarea zilnică a punctului medical pentru ridicarea pastilelor, influențează semnificativ cheltuielile catastrofale atât în cazul TB sensibile, cât și TB rezistente. De asemenea, abținerea de la consumul de alcool în cazul TB rezistente a avut un impact semnificativ asupra cheltuielilor catastrofale.

În ceea ce privește viața după tratament, capacitatea de a continua aceeași profesie este un factor determinant important pentru ambele tipuri de TB. Cei care consideră că nu vor putea continua în aceeași profesie au șanse mai mari de a întâmpina cheltuieli catastrofale, conturând necesitatea suportului pentru reintegrarea profesională.

Un factor important care ar putea să influențeze cheltuielile catastrofale este gradul de alimentație [9]. Gospodăriile cu o alimentație insuficientă sunt mai predispuse la cheltuieli catastrofale în cazul TB sensibile, fapt care nu s-a observat în cazul TB rezistente.

Relația dintre nivelul de bunăstare și cheltuielile catastrofale în cazul TB sensibile și TB rezistente este un aspect esențial analizat în acest studiu, subliniind influența semnificativă a bunăstării gospodăriilor asupra probabilității de a întâmpina astfel de cheltuieli. Studiul realizat în Republica Moldova în 2016 a evidențiat legătura dintre cheltuielile catastrofale asociate TB și sărăcia [8]. Rezultatele prezentului studiu relevă că în ambele forme de TB, gospodăriile sărace (în baza percepției pacientului) sunt mult mai predispuse la cheltuieli catastrofale comparativ cu cele care au o situație materială mai bună. Indicele de bunăstare, confirmă că gospodăriile cele mai sărace sunt cele mai afectate, atât în cazul TB sensibile, cât și al TB rezistente. De asemenea, gospodăriile aflate în sărăcie extremă, conform pragului internațional stabilit de Banca Mondială (2.15 USD per persoană/per zi), au șanse mai mari de a întâmpina cheltuieli catastrofale, demonstrat și în studiul realizat în 2016 [14]. Influența semnificativă a bunăstării gospodăriilor asupra probabilității de a întâmpina cheltuieli catastrofale în contextul TB a fost demonstrată în mai multe studii. Studiile realizate în India și în Kenya au arătat că gospodăriile cu un nivel scăzut de bunăstare au de aproximativ cinci ori mai multe șanse de a se confrunța cu cheltuieli catastrofale legate de TB [91,93], iar studiu din Cairo a evidențiat că gospodăriile cu venituri mai mici sunt mult mai susceptibile de a suporta cheltuieli catastrofale, în special în cazul TB rezistente [86].



LIMITĂRILE STUDIULUI

În cadrul studiului, datele privind veniturile și cheltuielile au fost auto-raportate de către respondenți, ceea ce poate reprezenta o limitare semnificativă. O altă limitare a studiului a fost desfășurarea acestuia pe sub-eșantioane, ceea ce a necesitat estimarea unor date pentru întregul eșantion pe baza informațiilor auto-raportate pentru anumite sub-eșantioane sau perioade de tratament. De asemenea, studiul a avut limitări în ceea ce privește calcularea veniturilor obținute din suportul acordat bolnavilor de TB în funcție de gradul de dizabilitate. Aceste limitări subliniază necesitatea unor metode mai precise de colectare și analiză a datelor pentru a obține rezultate mai exacte și mai fiabile.

CONCLUZII

1. Studiul a evidențiat impactul financiar semnificativ al TB (sensibile și rezistente) asupra gospodăriilor din Republica Moldova. Cheltuieli catastrofale, definite ca depășind 20% din venitul anual, au fost suportate de 48% dintre gospodăriile cu pacienți cu TB sensibilă și 43% dintre cele cu TB rezistentă. Un procent semnificativ dintre gospodării s-au confruntat cu cheltuieli catastrofale extreme, depășind 60% din venitul anual (10% în cazul TB sensibile și 2.6% în cazul TB rezistente).
2. Factorii determinanți privind confruntarea cu cheltuieli catastrofale au fost:
 - a. TB sensibilă: persoanele cu studii primare sau fără studii, neangajați în câmpul muncii, consum excesiv a băuturi alcoolice în perioada bolii TB, persoane care au urmat tratament medicamentos nespecific TB până la diagnostic, persoanele spitalizate, care suferă de boli cronice, gospodăriile cu un nivel de bunăstare jos și gospodăriile aflate în sărăcie, dar și persoane care au perceput următoarele nevoi (necesitatea în resurse financiare pentru transportul către unitățile medicale TB, necesitatea tratamentului gratuit pentru comorbidități, necesitatea primirea tratamentului TB la domiciliu, necesitatea de a fi internat în spital, de a vizita zilnic punctului medical)
 - b. TB rezistentă: persoanele din mediul rural, studii primare sau fără studii, neangajați în câmpul muncii, o persoană în gospodărie, prezența persoanelor cu vârsta <18 ani în gospodărie, consum excesiv a băuturi alcoolice în perioada bolii TB, persoanele spitalizate, care suferă de boli cronice, gospodăriile cu un nivel de bunăstare jos și gospodăriile aflate în sărăcie, dar și persoane care au perceput următoarele nevoi (necesitatea ajutorului în activitățile de gospodărie, abținerea de la consumul de alcool, necesitatea de a fi internat în spital, de a vizita zilnic punctului medical, capacitatea de a continua aceeași profesie sau meserie)
3. S-au confruntat cu cheltuieli directe (medicale și nemedicale) 60% dintre gospodăriile afectate de TB, și 54% dintre cele afectate de TB rezistentă. Gospodăriile au fost nevoite să recurgă la economii, venituri din salarii, burse și indemnizații, vânzarea de bunuri și produse agricole, împrumuturi și cadouri pentru a acoperi aceste cheltuieli.
4. Cheltuielile indirecte asociate tratamentului pentru TB au crescut considerabil pe măsură ce tratamentul a progresat, fiind mai mari în perioada de continuare comparativ cu perioada inițială, atât pentru TB sensibilă, cât și pentru TB rezistentă. Cheltuielile indirecte au fost 60% pentru perioada inițială și 40% pentru cea de continuare.
5. S-a constatat un impact economic semnificativ al diagnosticului și tratamentului TB asupra veniturilor gospodăriilor și ale pacienților. Veniturile gospodăriilor au scăzut în

timpul tratamentului, venitul pacientului a fost afectat foarte sever și nu a revenit complet la nivelul inițial după finalizarea tratamentului. Recuperarea economică a fost mai lentă pentru pacienții cu TB rezistentă.

6. Plățile de bunăstare au fost esențiale pentru sprijinirea pacienților pe parcursul tratamentului TB, în special pentru cei cu TB rezistentă, datorită duratei și complexității tratamentului. Aceste plăți au ajutat la menținerea unui nivel minim de bunăstare economică, prevenind scăderea semnificativă a veniturilor și asigurând aderența la tratament.
7. Rezultatele studiului au determinat diferențele semnificative în timpul pierdut pentru accesarea serviciilor medicale între pacienții cu TB sensibilă și cei cu TB rezistentă, evidențiind povara suplimentară pe care o reprezintă TB rezistentă.

RECOMANDĂRI

1. Întru minimalizarea impactul financiar semnificativ al TB asupra gospodăriilor se recomandă dezvoltarea și implementarea programelor de asistență financiară dedicat gospodăriilor afectate de TB, care să acopere o parte din cheltuielile medicale și nemedicale.
2. Extinderea programelor de asistență socială pentru persoanele afectate de TB
3. Dezvoltarea programelor educaționale și de suport pentru persoanele cu studii primare sau fără studii, cei din mediu rural, promovarea angajării în câmpul muncii și reducerea consumului de alcool.
4. Asigurarea accesului gratuit la tratamente specifice pentru reacții adverse și comorbidități
5. Facilitarea transportului către unitățile medicale prin acoperirea cheltuielilor de transport, implementarea pe larg a programului VST, implementarea unor soluții de telemedicină pentru monitorizarea pacienților la distanță.
6. Dezvoltarea și implementarea unor programe de reintegrare profesională pentru pacienții cu TB, care să includă formare profesională și suport în găsirea unui loc de muncă, inclusiv oferirea de stimulente financiare pentru angajatori care angajează pacienți recuperați de TB.
7. Extinderea și consolidarea programelor de plăți de bunăstare pentru pacienții cu TB. Aceste programe ar trebui să includă suport financiar continuu pe toată durata tratamentului și monitorizarea aderenței la tratament.

BIBLIOGRAFIE

1. World Health Organization (WHO). Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report. Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report. World Health Organization; 2023.
2. Martinez L. Addressing poverty in tb control options for National TB Control Programmes [Internet]. 2005 [cited 2020 Oct 23]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43256/WHO_HTM_TB_2005.352.pdf?sequence=1
3. World Health Organization. 2024 Global tuberculosis report [Internet]. [cited 2025 Jan 11]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>
4. Tanimura T, Jaramillo E, Weil D, Raviglione M, Lönnroth K. Financial burden for tuberculosis patients in low- And middle-income countries: A systematic review [Internet]. Vol. 43, European Respiratory Journal. European Respiratory Society; 2014 [cited 2020 Oct 21]. p. 1763–75. Available from: </pmc/articles/PMC4040181/?report=abstract>
5. Mauch V, Bonsu F, Gyapong M, Awini E, Suarez P, Marcelino B, et al. Free tuberculosis diagnosis and treatment are not enough: Patient cost evidence from three continents. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013;17(3):381–7.
6. World Health Organization. Tuberculosis patient cost surveys: a handbook [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 12]. Available from: <http://apps.who.int/bookorders>.
7. Spence DPS, Hotchkiss J, Williams CSD, Davies PDO. Tuberculosis and poverty. *Br Med J* [Internet]. 1993 [cited 2020 Oct 23];307(6907):759–61. Available from: </pmc/articles/PMC1696420/?report=abstract>
8. Ciobanu A, Plesca V, Doltu S, Manea M, Domente L, Dadu A. TB and poverty: the effect of rifampicin-resistant TB on household income. *IJTLD OPEN* [Internet]. 2024 Apr 14 [cited 2025 Jan 11];1(4):181–8. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11231822/>
9. Lönnroth K, Jaramillo E, Williams BG, Dye C, Raviglione M. Drivers of tuberculosis epidemics: The role of risk factors and social determinants. *Soc Sci Med* [Internet]. 2009 Jun [cited 2020 Oct 23];68(12):2240–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19394122/>
10. Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter JDH. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. *Am J Public Health*. 2011;101(4).
11. THE 17 GOALS | Sustainable Development [Internet]. [cited 2025 Jan 11]. Available from: <https://sdgs.un.org/goals>
12. Suthar AB, Zachariah R, Harries AD. Ending tuberculosis by 2030: Can we do it? Vol. 20, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2016.
13. World Health Organization. The End TB Strategy. WHO [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 23]; Available from: <http://www.who.int/tb/strategy/en/>
14. Ciobanu A, Plesca V, Doltu S, Manea M, Domente L, Dadu A, et al. Determinant of catastrophic costs associated with treatment for rifampicin-resistant TB in households in the Republic of Moldova. *IJTLD OPEN* [Internet]. 2024 Jun 14 [cited 2025 Jan 8];1(6):266. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11249656/>

15. Plesca V, Ciobanu A, Sereda Y, Dadu A. Do catastrophic costs impact treatment outcomes in people with rifampicin-resistant tuberculosis in the Republic of Moldova? *Monaldi Arch chest Dis = Arch Monaldi per le Mal del torace* [Internet]. 2021 Jan 14 [cited 2025 Jan 11];91(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33470084/>
16. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 11]. Available from: <https://statistica.gov.md/ro>
17. Upper Middle Income - Global Economic Diversification Index [Internet]. [cited 2025 Jan 11]. Available from: https://economicdiversification.com/income_cl/upper-middle-income/
18. Hotărâre de Guvern 107/2022 [Internet]. [cited 2025 Jan 11]. Available from: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=130171&lang=ro
19. IFP. SIME TB [Internet]. Available from: <http://simetb.ifp.md:8080/tbreps/>
20. WHO releases new global lists of high-burden countries for TB, HIV-associated TB and drug-resistant TB [Internet]. [cited 2025 Jan 11]. Available from: <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-who-releases-new-global-lists-of-high-burden-countries-for-tb-hiv-associated-tb-and-drug-resistant-tb>
21. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2024 – 2022 data [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 11]. Available from: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060912>
22. BIROUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ AL REPUBLICII MOLDOVA. Aspecte privind nivelul de trai al populației, edițiile 2007-2024 [Internet]. [cited 2025 Jan 11]. Available from: https://statistica.gov.md/ro/aspecte-privind-nivelul-de-trai-al-populatiei-editiile-2007-2022-9674_59480.html
23. World Health Organization. National Surveys of Costs Faced by Tuberculosis Patients and Their Households 2015–2021 [Internet]. Vol. 13, Nucl. Phys. 2022 [cited 2025 Jan 11]. 104–111 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240065536>
24. The World Bank Group. Measuring Poverty Overview [Internet]. worldbank.org. 2022 [cited 2025 Jan 11]. Available from: <https://www.worldbank.org/en/topic/measuringpoverty>
25. World Health Organization (WHO). Tuberculosis surveillance: Consolidated guidance on tuberculosis data generation Module 1. 2024 [cited 2025 Jan 11]; Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376612/9789240075290-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Ministerul Sanatatii Republicii Moldova. Protocol clinic național. 2009;(ediția VI):1–49.
27. Feleke BE, Feleke TE, Biadglegne F. Nutritional status of tuberculosis patients, a comparative cross-sectional study. *BMC Pulm Med* [Internet]. 2019 Oct 21 [cited 2025 Jan 7];19(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31638950/>
28. Onyango PA, Ter Goon D, Rala NMD. Knowledge, Attitudes and Health-seeking behaviour among Patients with Tuberculosis: A Cross-sectional Study. *Open Public Health J.* 2021;13(1).
29. Setyaningrum R. Correlation between gender, age, education level, and working status with anti-tuberculosis drug uses (OATS) in patients with lung tb in Indonesia 2013. *Int J Chem Mater Sci.* 2018;
30. Ilic M, Kuruc V, Pavlovic S, Kopitovic I, Kasikovic-Lecic S, Zvezdin B, et al. Tuberculosis in a developing country - How much patients know about disease. *Cent Eur J Med* [Internet]. 2012 Apr 17 [cited 2025 Jan 7];7(2):249–57. Available from: <https://link.springer.com/article/10.2478/s11536-011-0124-z>
31. Elena Viktorovna S. Features of Coping Behavior of Tuberculosis Patients. *Am J Biomed Sci Res* [Internet]. 2019;4(3):159–63. Available from: <https://biomedgrid.com/fulltext/volume4/features-of-coping-behavior-of-tuberculosis-patients.000790.php>
32. Fraction of Tuberculosis Mortality Attributable to Alcohol in Russia. *J Alcohol Drug Depend.* 2014;03(02).
33. Du R, Ma X, Huang A, Chen H, Guo X, Zhou J, et al. Health insurance's contribution to reducing the financial burden of tuberculosis in Guizhou Province, China. *Epidemiol Infect* [Internet]. 2024 Dec 11 [cited 2025 Jan 7];152:e141. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39659221/>

34. Chizimba R, Christofides N, Chirwa T, Singini I, Ozumba C, Sikwese S, et al. The association between multiple sources of information and risk perceptions of tuberculosis, Ntcheu District, Malawi. *PLoS One*. 2015;10(4).
35. World Health Organisation. A GUIDE TO DEVELOPING KNOWLEDGE , ATTITUDE AND PRACTICE SURVEYS. World Heal Organ [Internet]. 2008 [cited 2025 Jan 7];1–68. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596176>
36. Nyamagoud SB, Hiremath A, Swamy V, Chathamvelli A, Patil K, Pai A, et al. Assessment of Knowledge, Attitude, Practice and Medication Adherence among Tuberculosis Patients in Tertiary Care Hospital. *Int J Pharm Investig* [Internet]. 2023 Dec 27 [cited 2025 Jan 8];14(1):135–40. Available from: <https://jponline.org/article/32595/>
37. Amo-Adjei J, Kumi-Kyereme A. Myths and misconceptions about tuberculosis transmission in Ghana. *BMC Int Health Hum Rights*. 2013;13(1).
38. Spruijt I, Haile DT, van den Hof S, Fiekert K, Jansen N, Jerene D, et al. Knowledge, attitudes, beliefs, and stigma related to latent tuberculosis infection: a qualitative study among Eritreans in the Netherlands. *BMC Public Health*. 2020;20(1).
39. Deribew A, Abebe G, Apers L, Jira C, Tesfaye M, Shifa J, et al. Prejudice and misconceptions about tuberculosis and HIV in rural and urban communities in Ethiopia: A challenge for the TB/HIV control program. *BMC Public Health*. 2010;10.
40. Kasa AS, Minibel A, Bantie GM. Knowledge, attitude and preventive practice towards tuberculosis among clients visiting public health facilities. *BMC Res Notes* [Internet]. 2019;12(1). Available from: <https://bmcrsnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-019-4292-2>
41. Li D, He W, Chen B, Lv P. Primary multidrug-resistant tuberculosis versus drug-sensitive tuberculosis in non-HIV-infected patients: Comparisons of CT findings. *PLoS One* [Internet]. 2017;12(6). Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0176354>
42. Teo AKJ, Singh SR, Prem K, Hsu LY, Yi S. Duration and determinants of delayed tuberculosis diagnosis and treatment in high-burden countries: a mixed-methods systematic review and meta-analysis. *Respir Res*. 2021 Dec 1;22(1).
43. Hutchison C, Khan MS, Yoong J, Lin X, Coker RJ. Financial barriers and coping strategies: a qualitative study of accessing multidrug-resistant tuberculosis and tuberculosis care in Yunnan, China. *BMC Public Health*. 2017;17(1).
44. Tawfick MM, Badawy MSEM, Taleb MH, El Menofy NG. Tuberculosis Diagnosis and Detection of Drug Resistance: A Comprehensive Updated Review. Vol. 17, *Journal of Pure and Applied Microbiology*. 2023.
45. Gillani AH, Arshad H, Mujtaba H, Umer MF, Xu S, Ji W, et al. Dispensing of antibiotics for tuberculosis patients using standardized patient approach at community pharmacies: results from a cross-sectional study in Pakistan. *Front Public Heal*. 2023;11.
46. Galvin J, Tiberi S, Akkerman O, Kerstjens HAM, Kunst H, Kurhasani X, et al. Pulmonary tuberculosis in intensive care setting, with a focus on the use of severity scores, a multinational collaborative systematic review. Vol. 28, *Pulmonology*. 2022.
47. Hu H, Chen J, Sato KD, Zhou Y, Jiang H, Wu P, et al. Factors that associated with TB patient admission rate and TB inpatient service cost: A cross-sectional study in China. *Infect Dis Poverty*. 2016;5(1).
48. Williams AO, Makinde OA, Ojo M. Community-based management versus traditional hospitalization in treatment of drug-resistant tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Glob Heal Res Policy*. 2016;1(1).
49. Tedla K, Medhin G, Berhe G, Mulugeta A, Berhe N. Delay in treatment initiation and its association with clinical severity and infectiousness among new adult pulmonary tuberculosis patients in Tigray, northern Ethiopia. *BMC Infect Dis*. 2020;20(1).
50. Harris RC, Grandjean L, Martin LJ, Miller AJP, Nkang JEN, Allen V, et al. The effect of early versus late treatment initiation after diagnosis on the outcomes of patients treated for multidrug-resistant tuberculosis: A systematic review. *BMC Infect Dis*. 2016;16(1).

51. Coêlho AA. A Meta-Analysis of Directly Observed Treatment vs. Self- Administered Therapy Outcomes in Pulmonary Tuberculosis Patients. *J Infect Dis Epidemiol.* 2017;3(1).
52. Wright CM, Westerkamp L, Korver S, Dobler CC. Community-based directly observed therapy (DOT) versus clinic DOT for tuberculosis: A systematic review and meta-analysis of comparative effectiveness. *BMC Infect Dis.* 2015;15(1).
53. Story A, Aldridge RW, Smith CM, Garber E, Hall J, Ferenando G, et al. Smartphone-enabled video-observed versus directly observed treatment for tuberculosis: a multicentre, analyst-blinded, randomised, controlled superiority trial. *Lancet.* 2019;393(10177):1216–24.
54. Ravenscroft L, Kettle S, Persian R, Ruda S, Severin L, Doltu S, et al. Video-observed therapy and medication adherence for tuberculosis patients: Randomised controlled trial in Moldova. *Eur Respir J.* 2020;56(2).
55. Ali AOA, Prins MH. Patient Characteristics Associated with Non-Adherence to Tuberculosis Treatment: A Systematic Review. *J Tuberc Res.* 2020;08(02).
56. Adisa R, Ayandokun TT, Ige OM. Knowledge about tuberculosis, treatment adherence and outcome among ambulatory patients with drug-sensitive tuberculosis in two directly-observed treatment centres in Southwest Nigeria. *BMC Public Health.* 2021;21(1).
57. Nortey AN, Adjoda A, Alhassan A, Scott GY. Adherence patterns, risk factors and complications among patients with tuberculosis: a cross-sectional study at Nsawam Government Hospital. *BMJ Public Heal* [Internet]. 2024 Apr 16 [cited 2025 Jan 7];2(1):e000618. Available from: <https://bmjpublichealth.bmj.com/content/2/1/e000618>
58. Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient adherence to tuberculosis treatment: A systematic review of qualitative research. Vol. 4, *PLoS Medicine.* 2007.
59. The Epidemic of Due Process Violations for Tuberculosis Patients — Columbia Undergraduate Law Review [Internet]. [cited 2025 Jan 7]. Available from: <https://www.culawreview.org/journal/the-epidemic-of-due-process-violations-for-tuberculosis-patients>
60. Djochie RDA, Anto BP, Opare-Addo MNA. Determinants of adverse reactions to first-line antitubercular medicines: a prospective cohort study. *J Pharm Policy Pract.* 2023;16(1).
61. Singh B, Cocker D, Ryan H, Sloan DJ. Linezolid for drug-resistant pulmonary tuberculosis. Vol. 2019, *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019.
62. Allué-Guardia A, García JI, Torrelles JB. Evolution of Drug-Resistant Mycobacterium tuberculosis Strains and Their Adaptation to the Human Lung Environment. Vol. 12, *Frontiers in Microbiology.* 2021.
63. Mekonen H, Negesse A, Dessie G, Desta M, Mihiret GT, Tarik YD, et al. Impact of HIV coinfection on tuberculosis treatment outcomes in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2024 Jul 5 [cited 2025 Jan 7];14(7). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38969385/>
64. Khan AF, Sajjad A, Mian DA, Tariq MM, Jadoon UK, Abbas M, et al. Co-infection With Hepatitis B in Tuberculosis Patients on Anti-tuberculosis Treatment and the Final Outcome. *Cureus.* 2021;
65. Franco JVA, Bongaerts B, Metzendorf MI, Risso A, Guo Y, Peña Silva L, et al. Diabetes as a risk factor for tuberculosis disease. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2024 Aug 23 [cited 2025 Jan 7];2024(8):CD016013. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11342417/>
66. Marais BJ, Lönnroth K, Lawn SD, Migliori GB, Mwaba P, Glaziou P, et al. Tuberculosis comorbidity with communicable and non-communicable diseases: Integrating health services and control efforts. Vol. 13, *The Lancet Infectious Diseases.* 2013.
67. Law S, Daftary A, Mitnick CD, Dheda K, Menzies D. Disrupting a cycle of mistrust: A constructivist grounded theory study on patient-provider trust in TB care. *Soc Sci Med.* 2019;240.
68. Wagnew F, Gray D, Tsheten T, Kelly M, Clements ACA, Alene KA. Effectiveness of nutritional support to improve treatment adherence in patients with tuberculosis: a systematic review. Vol. 82, *Nutrition Reviews.* 2024.

69. Lutfian L, Azizah A, Wardika IJ, Wildana F, Maulana S, Wartakusumah R. The role of family support in medication adherence and quality of life among tuberculosis patients: A scoping review. *Jpn J Nurs Sci* [Internet]. 2025 Jan 1 [cited 2025 Jan 9];22(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39419582/>
70. Mariani H, Afriandi I, Setiawati EP, Gondodiputro S, Wiwaha G, Nataprawira HM, et al. Tuberculosis Family Support Training's (TB FaST) Influence on Encouraging TB Treatment Compliance. *Open Public Health J*. 2022;15(1).
71. Ciobanu A, Domete L, Soltan V, Bivol S, Severin L, Plesca V, et al. Do incentives improve tuberculosis treatment outcomes in the Republic of Moldova? *Public Heal Action*. 2014 Oct 21;4:S59–63.
72. Subbaraman R, Nathavitharana RR, Satyanarayana S, Pai M, Thomas BE, Chadha VK, et al. The Tuberculosis Cascade of Care in India's Public Sector: A Systematic Review and Meta-analysis. *PLOS Med* [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2022 Feb 14];13(10):e1002149. Available from: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002149>
73. Addo J, Pearce D, Metcalf M, Lundquist C, Thomas G, Barros-Aguirre D, et al. Living with tuberculosis: a qualitative study of patients' experiences with disease and treatment. *BMC Public Health*. 2022;22(1).
74. Myburgh H, Baloyi D, Loveday M, Meehan SA, Osman M, Wademan D, et al. A scoping review of patient-centred tuberculosis care interventions: Gaps and opportunities. *PLOS Glob Public Heal*. 2023;3(2).
75. Marley G, Zou X, Nie J, Cheng W, Xie Y, Liao H, et al. Improving cascade outcomes for active TB: A global systematic review and meta-analysis of TB interventions. *PLoS Med*. 2023;20(1).
76. Elbek O. Ethical issues in Tuberculosis control. Vol. 16, *Turk Toraks Dergisi*. 2015. p. 73–85.
77. Todd H, Hudson M, Grolmusova N, Kazibwe J, Pearman J, Skender K, et al. Social Protection Interventions for TB-Affected Households: A Scoping Review. Vol. 108, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2023.
78. Gyimah FT, Dako-Gyeke P. Perspectives on TB patients' care and support: A qualitative study conducted in Accra Metropolis, Ghana. *Global Health*. 2019;15(1).
79. Pradipta IS, Idrus LR, Probandari A, Lestari BW, Diantini A, Alffenaar JWC, et al. Barriers and strategies to successful tuberculosis treatment in a high-burden tuberculosis setting: a qualitative study from the patient's perspective. *BMC Public Health*. 2021;21(1).
80. Meghji J, Gregorius S, Madan J, Chitimbe F, Thomson R, Rylance J, et al. The long term effect of pulmonary tuberculosis on income and employment in a low income, urban setting. *Thorax*. 2021;76(4):387–95.
81. Ramachandran R, Dumitrescu A, Baiceanu D, Popa C, Dragomir A, Mahler B, et al. Impact of drug-resistant tuberculosis on socio-economic status, quality of life and psychological well-being of patients in Bucharest, Romania: a prospective cohort study. *J Heal Popul Nutr* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Jan 9];43(1):1–11. Available from: <https://jhpn.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41043-024-00717-x>
82. Ferreira MRL, Bonfim RO, Bossonario PA, Maurin VP, Valença ABM, Abreu PD de, et al. Social protection as a right of people affected by tuberculosis: a scoping review and conceptual framework. Vol. 12, *Infectious Diseases of Poverty*. 2023.
83. Shaweno T, Getnet M, Fikru C. Does time to loss to follow-up differ among adult tuberculosis patients initiated on tuberculosis treatment and care between general hospital and health centers? A retrospective cohort study. *Trop Med Health*. 2020;48(1).
84. Haldane V, Zhang Z, Ma Q, Yin T, Zhang B, Li Y, et al. A qualitative study of perspectives on access to tuberculosis health services in Xigaze, China. *Infect Dis Poverty*. 2021;10(1).
85. Choudhury EP, Sarkar K, Ojha UC. Indirect Cost of Treatment of Tuberculosis: Could It be A Major Cause for Treatment Failure Leading to Emergence of Drug Resistant Tuberculosis? *J Compr Heal* [Internet]. 2020 Oct 8 [cited 2025 Jan 10];8(2):94–8. Available from: <https://journalofcomprehensivehealth.co.in/indirect-cost-of-treatment-of-tuberculosis-could-it-be-a-major-cause-for-treatment-failure-leading-to-emergence-of-drug-resistant-tuberculosis/>
86. Ellaban MM, Basyoni NI, Boulos DNK, Rady M, Gadallah M. Assessment of Household Catastrophic Total Cost of Tuberculosis and Its Determinants in Cairo: Prospective Cohort Study. *Tuberc Respir Dis (Seoul)*. 2022;85(2).

87. Dememew ZG, Deribew AA, Datiko DG, Melkieneh K, Laloto TG, Negash S, et al. TB-related catastrophic costs and associated factors for patients in Ethiopia. *IJTLD OPEN* [Internet]. 2024 Aug 8 [cited 2025 Jan 10];1(8):369. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11308402/>
88. Wingfield T, Tovar MA, Huff D, Boccia D, Montoya R, Ramos E, et al. The economic effects of supporting tuberculosis-affected households in Peru. *Eur Respir J* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2020 Aug 17];48(5):1396–410. Available from: [/pmc/articles/PMC5091496/?report=abstract](https://pmc/articles/PMC5091496/?report=abstract)
89. António JM, Pacala D, Munyangaju I, Benzana I, Mutaquiha C, Osório D, et al. Assessment of the Indirect Cost of Drug Resistant Tuberculosis Treatment to Patients in a High Burden, Low Income Setting in Mozambique. *J Tuberc Res* [Internet]. 2024 Apr 7 [cited 2025 Jan 10];12(02):91–104. Available from: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=133007>
90. Rupani MP, Cattamanchi A, Shete PB, Vollmer WM, Basu S, Dave JD. Costs incurred by patients with drug-susceptible pulmonary tuberculosis in semi-urban and rural settings of Western India. *Infect Dis Poverty*. 2020;9(1).
91. Jeyashree K, Thangaraj JWV, Shanmugasundaram D, Giridharan SLP, Pandey S, Shanmugasundaram P, et al. Cost of TB care and equity in distribution of catastrophic TB care costs across income quintiles in India. *Glob Heal Res Policy* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2025 Jan 8];9(1):1–13. Available from: <https://ghrp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41256-024-00392-9>
92. Deribew AA, Dememew ZG, Alemu KM, Tefera G, Negash SG, Molla YA, et al. TB-related catastrophic costs in Ethiopia. *Public Heal Action* [Internet]. 2024 Jun 26 [cited 2025 Jan 8];14(2):71–5. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11216295/>
93. Kirubi B, Ong’ang’o J, Nguhiu P, Lönnroth K, Rono A, Sidney-Annerstedt K. Determinants of household catastrophic costs for drug sensitive tuberculosis patients in Kenya. *Infect Dis Poverty*. 2021 Dec 1;10(1).
94. WHO. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: Treatment. Drug-susceptible tuberculosis treatment. WHO Press. 2022.
95. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 6: tuberculosis and comorbidities [Internet]. [cited 2025 Jan 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240087002>
96. Pham TAM, Forse R, Codlin AJ, Phan THY, Nguyen TT, Nguyen N, et al. Determinants of catastrophic costs among households affected by multi-drug resistant tuberculosis in Ho Chi Minh City, Viet Nam: a prospective cohort study. *BMC Public Health* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 Jan 8];23(1):1–19. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-17078-5>
97. Aia P, Viney K, Kal M, Kisomb J, Yasi R, Wangchuk LZ, et al. The economic burden of TB faced by patients and affected families in Papua New Guinea. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2022;26(10):934–41.
98. Haider MR, Bachelor. Economic burden of Tuberculosis among Bangladeshi population and Economic Evaluation of the Current Approaches of Tuberculosis Control in Bangladesh. *Univ South Carolina*. 2017;6.
99. Prasanna T, Jeyashree K, Chinnakali P, Bahurupi Y, Vasudevan K, Das M. Catastrophic costs of tuberculosis care: a mixed methods study from Puducherry, India. *Glob Health Action* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2020 Aug 17];11(1). Available from: [/pmc/articles/PMC6008578/?report=abstract](https://pmc/articles/PMC6008578/?report=abstract)
100. Ghazy RM, El Saeh HM, Abdulaziz S, Hammouda EA, Elzorkany AM, Khidr H, et al. A systematic review and meta-analysis of the catastrophic costs incurred by tuberculosis patients. *Sci Rep*. 2022 Dec 1;12(1).
101. Shikuro D, Yitayal M, Kebede A, Debie A. Catastrophic out-of-pocket health expenditure among rural households in the semi-pastoral community, western Ethiopia: A community-based cross-sectional study. *Clin Outcomes Res*. 2020;12.
102. Myers B, Bouton TC, Ragan EJ, White LF, McIlleron H, Theron D, et al. Impact of alcohol consumption on tuberculosis treatment outcomes: A prospective longitudinal cohort study protocol. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1).
103. Yang T, Chen T, Che Y, Chen Q, Bo D. Factors associated with catastrophic total costs due to tuberculosis under a designated hospital service model: a cross-sectional study in China. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 Jun 26 [cited 2020 Aug 17];20(1):1009. Available from: [/pmc/articles/PMC7318445/?report=abstract](https://pmc/articles/PMC7318445/?report=abstract)



GUVERNUL
REPUBLICII MOLDOVA

