



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

**ORDIN**  
mun. Chișinău

„14” „04” \_\_\_\_\_ 2017

nr. 305

**Cu privire la aprobarea Foii de parcurs  
pentru modernizarea serviciului de ftiziopneumologie**

În temeiul Legii nr. 153-XVI din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei, (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2008, nr. 143-144, art. 583), Legii asistenței sociale nr. 547-XV din 25 decembrie 2003 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2004, nr. 42-44, art. 249), cu modificările și completările ulterioare, Politicii Naționale de Sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 886 din 6 august 2007, Programului național de control al tuberculozei pentru anii 2016-2020, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1160 din 20.10.2016, în scopul sporirii accesibilității la servicii de calitate medico-sociale pentru pacienții cu tuberculoză, aderenței la tratament pentru pacienții cu tuberculoză și realizarea măsurilor de prevenire a răspândirii epidemiei de tuberculoză, în baza pct. 9 al Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 397 din 31 mai 2011,

**ORDON:**

1. Se aprobă Foia de parcurs pentru modernizarea serviciului de ftiziopneumologie, în conformitate cu anexa nr. 1.
2. Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” va monitoriza realizarea măsurilor propuse în cadrul Foii de parcurs cu informarea lunară a Ministerului Sănătății, despre mersul executării acestor activități.
3. Direcția sănătate publică (dl Iurii Bucinschi), Direcția asistență medicală primară, urgentă și comunitară (dna Tatiana Zatic), Direcția asistență medicală spitalicească (dna Natalia Popa) vor coordona procesul de executare a activităților incluse în Foaia de parcurs.
4. Controlul executării prezentului ordin se atribuie dnei Aliona Serbulenco, dnei Liliana Iașan și dlui Oleg Creciun, viceministri.

Ministru

Ruxanda GLAVAN

## **Foaia de parcurs pentru modernizarea serviciului de ftiziopneumologie**

### ***Premise***

Tuberculoza reprezintă una dintre problemele prioritare ale sistemului de sănătate în Republica Moldova, iar prevenirea și controlul acesteia constituie obiective strategice de interes național. Obiectivele adoptate de către World Health Assembly în 1991 și integrate în programe naționale începând cu 2001, precum depistarea a 70% din cazurile noi cu microscopia sputei și atingerea ratei succesului terapeutic de 85% la acestea, au fost atinse parțial de Republica Moldova deși a trecut o perioadă îndelungată de la aprobarea lor. Scopul End TB este orientat la stoparea epidemiei de TB prin reducerea cu 95% a numărului de cazuri TB, în comparație cu 2015, reducerea cu 90% a incidenței TB și dispariția familiilor afectate financiar de povara TB.

Obiectivele estimative trasate spre îndeplinire pînă în 2035 sunt diminuarea ponderii globale a TB cu 2% anual, optimizarea tehnicilor de diagnostic, acoperirea socială universală, elaborarea și introducerea către 2025 a noilor vaccinuri antituberculoase, care vor diminua morbiditatea anuală cu 17%. În pofida investițiilor externe majore, a progresului înregistrat în aplicarea metodelor de diagnostic rapid și a măsurilor de menținere a aderenței la tratamentul antituberculos, TB rămîne o problemă de sănătate publică pentru Republica Moldova.

La momentul actual țările europene sunt în tranziție de la sistemele verticale, bazate pe spitalizare, la serviciile centrate pe pacient în condițiile asistenței medicale de ambulatoriu. Pentru dezvoltarea unui sistem modern de îngrijiri a pacienților cu TB, este necesară elaborarea unor metodologii de identificare a factorilor de risc printre aceștia, precum și realizarea intervențiilor orientate spre dezvoltarea și fortificarea serviciilor de prevenire, tratament și îngrijire.

### ***Analiza situației epidemiologice TB în Republica Moldova***

Pe parcursul ultimilor ani în Republica Moldova (RM), grație activităților întreprinse în cadrul programelor naționale de control al TB (PNCT), au fost înregistrate o serie de succese în ceea ce privește reducerea poverii medico-sociale a tuberculozei (TB). Aceasta se exprimă în special prin reducerea incidenței TB (în 2015 cu 23% mai joasă decât în 2011) și asigurarea accesului universal la diagnosticul și tratamentul TB. Cu toate acestea, Republica Moldova rămîne printre țările cu una din cele mai mare povară a TB în Regiunea Europeană a OMS și rată a TB multidrorezistentă (TB MDR)

la nivel mondial. Astfel, în 2015 au fost înregistrate 3599 cazuri noi și recidive de TB (88,4‰), peste o treime dintre acestea fiind cazuri multidrogrezistente (TB MDR) printre cazurile noi, iar printre cazurile de retratament rata MDR-TB fiind de 56% în 2016.

Între 35-40% dintre cazurile de TB diagnosticate anual sunt cazuri cu rezultate negative ale testelor microbiologice, prin urmare cazuri cu o contagiozitate redusă și riscuri minime de transmitere a infecției în cazul tratamentului în condiții de ambulatoriu. Alte 40% dintre cazuri sunt diagnosticate tardiv, deja cu distrucție pulmonară detectabilă radiologică. De regulă, astfel de cazuri se asociază cu o contagiozitate sporită și risc crescut de apariție a complicațiilor severe (hemoptizii, pneumotorax, insuficiență respiratorie, etc.). Frecvența crescută a complicațiilor face mult mai dificilă obținerea succesului terapeutic la acest grup de bolnavi, determinând prelungirea fazei intensive de administrare a tratamentului anti TB. Dacă la capitolul rezultatelor terapeutice a cazurilor de TB sensibilă actual în Republica Moldova se înregistrează o rată acceptabilă a succesului terapeutic de circa 80%, atunci în cazul bolnavilor cu TB MDR rezultatele pozitive ale tratamentului sunt sub nivelul așteptărilor. Astfel, TB MDR rata succesului terapeutic a cazurilor de TB MDR din cohorta anului 2013 a constituit doar 57%, iar cea a pierderii din supraveghere a atins cota de 18%. Potențialele explicații ale acestui fenomen sunt complexe, fiind legate în mod special de durata deosebit de lungă a tratamentului TB MDR și de spitalizare, toxicitatea sporită a medicamentelor existente la moment, co-morbiditățile asociate, nivelul de educație a pacienților, ceea ce creează premise propice pentru abandonarea tratamentului. Odata cu introducerea modelelor noi de suport al tratamentului pacienților cu tuberculoza în condiții de ambulator, frecvența pierderii din supraveghere este în descreștere pe parcursul ultimilor ani, dar rămâne deosebit de înaltă printre bolnavii cu TB MDR, rata cea mai semnificativă înregistrându-se în primele luni de la externarea din spitalele de TB.

### ***Conceptul modelului centrat pe pacient și tratamentul ambulatoriu al TB***

Eficacitatea, precum și eficiența tratamentului ambulatoriu al tuberculozei, inclusiv a cazurilor de TB MDR au fost raportate în studii efectuate în diferite regiuni ale lumii. Datele studiului pilot realizat în RM în anii 2012-2014 în raioane confirmă non-inferioritatea tratamentului ambulatoriu versus celui în condiții de spital. De menționat că datele raportate în acest studiu autohton au fost obținute în condițiile aplicării tehnicilor rapide de diagnostic al infecției TB și a pattern-ului respectiv de rezistență, de rând cu suportul social intensificat și oferirii serviciilor medicale centrate pe pacient. Avantajele tratamentului ambulatoriu al TB MDR se materializează în primul rând în eficientizarea utilizării resurselor și a reducerii timpului de la stabilirea diagnosticului până la inițierea tratamentului antiTB. Acestea la rândul lor sunt asociate cu îmbunătățirea accesului rapid și universal la tratamentul anti TB, de rând cu reducerea

răspândirii infecției TB în populație. În plus, tratamentul ambulator poate reduce transmiterea nosocomială a TB atât între pacienții spitalizați cât și către lucrătorii medicali, de rând cu cheltuielile individuale ale pacienților legate de absența lor de acasă sau de la locul de muncă.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) recomandă tratamentul preponderent ambulator pentru TB MDR începând cu anul 2011 și a reiterat aceste recomandări în strategia globală TB post 2015, care marchează Strategia de eliminarea a tuberculozei END TB. În septembrie 2015, pentru regiunea europeană a OMS a fost adoptat un nou plan de acțiuni anti TB 2016-2020. Acesta stipulează că țările din regiune cu prioritate înaltă în controlul TB, printre care și RM, urmează să identifice către anul 2016 strategii și mecanisme pentru extinderea și menținerea tratamentului ambulatoriu al TB. Mai mult ca atât misiunea OMS de evaluare a programului național de control al tuberculozei (PNCT) a venit cu recomandări expres despre extinderea tratamentului TB în condiții de ambulatoriu.

Durata prelungită de spitalizare de regulă este susținută de tendința de a profita de potențialele "beneficii" asociate spitalizării (atât pentru pacient cât și pentru instituția medicală) și evitării potențialelor "riscuri" asociate îngrijirilor în ambulatoriu.

Argumentele utilizare de către prestatori în favoarea spitalizării sunt: reducerea riscului transmiterii infecției în comunitate (în același timp cu sporirea riscului achiziționării nosocomiale a infecției TB, în condițiile unui control infecțios neadecvat); monitorizarea exhaustivă și managementul prompt al reacțiilor adverse; asigurarea mai eficientă a DOT; riscul mai mic al pierdere din supraveghere; oferirea unui rații alimentare adecvate și a condiții de cazare pe durata inițială a tratamentului; asigurarea finanțării instituției medicale de tip spitalicesc.

Riscurile percepute de către prestatori referitor la îngrijirile în ambulatoriu sunt riscul transmiterii infecției în comunitate; riscul neasigurării DOT; dificultăți în monitorizarea reacțiilor adverse (teste biochimice, audiometrice, oftalmologice, ECG, consult neurologic, psihologic sau psihiatric, etc.) grație lipsei de dotări și dificultăți logistice și în managementul acestora (diagnosticarea la timp și tratamentul lor); riscul mai mare al pierderii din supraveghere; dificultăți de administrare a tratamentului parenteral; lipsa finanțării cheltuielilor legate de tratamentul în ambulatoriu.

De regulă argumentul riscului diseminării infecției MBT în comunitate este cel mai frecvent invocat pentru argumentarea reticenței față de extinderea tratamentului TB în ambulatoriu. În acest context trebuie amintite o serie de publicații, care demonstrează reducerea critică a infecțiozității cazului de TB la scurt timp (circa 2 săptămâni) de la inițierea tratamentului antituberculos eficient. Concluziile acestor studii sunt recunoscute de decenii în cazul tuberculozei sensibile și au fost recent reproduse la bolnavii cu TB MDR. Astfel, durata spitalizării este condiționată în mod special de timpul de inițiere a unui tratament pentru tuberculoza. În cazurile de TB sensibilă tratamentul prin definiție este unul corect de la momentul inițierii, iar în cazurile de TB MDR durata medie de selectare a schemei terapeutice este condiționată de diverși

factori precum: timpul de obținere a rezultatelor microbiologice, toleranța și complianța bolnavului. Auditul clinic al cazurilor de TB MDR efectuat în Moldova a pus în evidență că durata de stabilire a schemei terapeutice la bolnavii de TB MDR este de 70 zile. Același audit pune în evidență faptul că astfel de argumente în favoarea tratamentului spitalicesc precum: monitorizarea mai adecvată a reacțiilor adverse, asigurarea mai eficientă a DOT, riscul mai mic al pierderii din supraveghere sunt mai mult unele subiective nefiind confirmate de rezultatele evaluării practicilor clinice existente.

Pe lângă cele specificate mai sus, un impediment semnificativ în extinderea tratamentului de ambulator este modalitatea de finanțare a cazului de TB la etapa de spitalizare și cea de ambulator. Astfel, mecanismul existent de plată per zi/pat la etapa spitalicească stimulează spitalizarea cât mai îndelungată a pacientului cu ocuparea patului de TB pe parcursul anului. Pe de altă parte, se remarcă lipsa unui mecanism de suport adecvat financiar pentru persoanele cu TB tratate ambulator care ar reveni serviciului specializat de ambulator și AMP nu poate asigura motivația necesară și acoperirea necesitatilor medico-sociale ale pacienților cu TB.

### ***Analiza sistemului de asistență medicală bolnavilor de TB existente în Republica Moldova***

Actual asistența medicală oferită bolnavilor de TB este efectuată după un model mixt, în care tratamentul de regulă este inițiat în condiții de spital, unde este administrată în mare parte faza intensivă a tratamentului, ca ulterior tratamentul să fie continuat până la finalizare în condiții de ambulator. Majoritatea pacienților sunt internați în spitale specializate (ftiziopneumologice), având în prealabil stabilit diagnosticul de TB de către medicul specialist ftiziopneumolog din ambulator. Responsabilitatea finalizării cu succes a tratamentului TB în condiții de ambulator le revine medicului ftiziopneumolog (în special în municipii și centre raionale – deși situația nu este similară în toate regiunile țării) de comun cu medicul de familie (care în majoritatea cazurilor asigură administrarea nemijlocită a tratamentului - în special în localitățile rurale). Această situație poate determina un șir de incertitudini în ceea ce privește distribuirea responsabilităților privind finalizarea cu succes a tratamentului anti TB în faza de ambulator.

La moment, în subordinea Ministerului Sănătății sunt înregistrate 940 paturi de profil ftiziopneumologic, dintre care funcționează doar 700. Dintre paturile funcționale 360 sunt dislocate în instituții republicane, iar 265 și respectiv 75 paturi în instituțiile de profil din municipiile Chișinău și Bălți. Trebuie menționat faptul, că începând cu anul 2012 au fost realizate acțiuni de reducere progresivă a numărului de paturi TB disponibile în sectorul civil de la 1255 la 940 în 2017. Cu toate acestea, în conformitate cu evaluările efectuate de către experții naționali și internaționali în baza numărului de

cazuri notificate și profilului de rezistență, este necesar să fie realizată o optimizare progresivă a numărului de paturi.

În Republica Moldova durata medie de spitalizare a bolnavilor de TB în anul 2016, a constituit 72,6 zile. Indicatorul cunoaște variații semnificative în dependență de tipul cazului de TB și instituția medico-sanitară. Astfel, deosebit de prelungită este spitalizarea cazurilor de TB MDR, care atinge nivelul mediu de 126,5 zile. În același timp, durata de spitalizare a cazurilor TB sensibile cu microscopie negativă variază între 57-65 zile, iar a celor cu microscopie pozitivă 70-81 de zile. La fel, trebuie subliniat faptul că pe parcursul ultimilor cinci ani a fost înregistrată o reducere semnificativă a duratei de spitalizare prin TB. În același timp, durata medie de utilizare a patului ftiziopneumologic variază între 337,5 zile în instituțiile republicane și 220 - 294 zile în cele municipale. Rata spitalizării în cazurile sensibile atinge valoarea de 70%, iar în cazurile de TB MDR 90% iar 46,8% din cazurile spitalizate non MDR sunt cazuri cu microscopie negativă, potențial neinfecțioase.

Astfel, în sistemul actual de acordare a îngrijirilor medicale bolnavilor TB există două fenomene critice ale practicii de spitalizare: spitalizarea aproape universală (inclusiv a celor cu risc redus de contagiozitate) și durata excesivă a spitalizării. Depășirea acestora poate fi realizată prin extinderea tratamentului în condiții de ambulator, ultima dependentă de reducerea potențialelor riscuri legate de tratamentul bolnavilor TB ambulator și de rând cu ajustarea practicilor curente de spitalizare.

#### *Analiza riscurilor (SWOT)*

<b>Puncte tari</b>	<b>Puncte slabe</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existența mecanismului de distribuire a medicamentelor antituberculoase în toate raioanele republicii</li> <li>• Existența experienței de acordare a suportului social persoanelor bolnave de TB, inclusiv prin atragerea ONG-urilor</li> <li>• Existența experienței de oferire a DOT în condiții de ambulatoriu</li> <li>• Implementarea la nivel republican a tehnologiilor de diagnostic rapid al MTB și rezistenței la rifampicină</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotarea limitată cu echipamente și resurse umane a Centrelor Medicilor de Familie din localitățile rurale.</li> <li>• Lipsa medicamentelor gratuite pentru managementul reacțiilor adverse și a co-morbidităților</li> <li>• Posibilități modeste de monitorizare a reacțiilor adverse în special a tratamentului TB MDR</li> <li>• Număr redus de personal în serviciul de ambulator, în special personal medical mediu.</li> <li>• Condiții limitate de oferire a medicației parenterale în zilele de odihnă</li> <li>• Posibilitățile de asigurare a metodelor de diagnostic rapid a tuberculozei din</li> </ul>

	surse interne după anul 2018
<p><b>Oportunități</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suportul în cadrul proiectului TB-REP</li> <li>• Implicare ONG-urilor de profil</li> <li>• Existența centrelor comunitare</li> </ul>	<p><b>Amenințări</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reticența personalului medical</li> <li>• Reticența CNAM</li> <li>• Prelungirea artificială a duratei de spitalizare pentru a menține finanțarea instituției spitalicești</li> <li>• Respectarea limitată a indicațiilor pentru spitalizare și externare pentru a menține finanțarea instituției spitalicești.</li> <li>• Tergiversarea dotării instituțiilor AMP cu echipamente pentru monitorizarea și managementul reacțiilor adverse.</li> </ul>

Foaia de parcurs este elaborată în concordanță cu prevederile Programului National de Control al Tuberculozei pentru anii 2016-2020 și include activități detaliate pentru realizarea obiectivelor specifice:

5) *Consolidarea capacităților sistemului de sănătate în scopul asigurării controlului eficient al tuberculozei;*

6) *Dezvoltarea și aplicarea instrumentelor noi și intervențiilor inovative în domeniul controlului tuberculozei;*

7) *Consolidarea implicării comunității și a organizațiilor societății civile în controlul tuberculozei prin abordare centrata pe pacient.*

### **Scopul**

Eficientizarea tratamentului bolnavilor de TB prin depistare precoce și extinderea tratamentului tuberculozei în condiții de ambulator.

### *Obiective*

1. Reducerea ponderii de cazuri depistate tardiv a tuberculozei cu 10% către finele anului 2018.
2. Inițierea și administrarea integrală în condiții de ambulator, către finele anului 2018, a tratamentului în 60% din cazurile noi TB sensibilă.
3. Inițierea și administrarea integrală în ambulator, către finele anului 2018, a tratamentului în 40% din cazurile noi de TB MDR.
4. Reducerea duratei de spitalizare a cazurilor noi de TB sensibilă, care necesită spitalizare, până la o medie de 30 zile către finele anului 2018.
5. Reducerea duratei de spitalizare a cazurilor noi de TB MDR care necesită spitalizare până la o medie de 90 zile către finele anului 2018.

### *Anexe*

1. Anexa 1 “Planul de măsuri de consolidare și modernizare a serviciului de ftiziopneumologie.”
2. Anexa 2 “Lista actelor normative în controlul tuberculozei care necesită modificare, completare și elaborare.”



## Planul de măsuri de consolidare și modernizare a serviciului de fiziopneumologie

N.	Denumirea activității	Produs	Termen	Executor
<b>1. Elaborarea modelului de tratament centrat pe pacient</b>				
1.1	Cartografierea serviciilor oferite bolnavilor de TB (prestatori, servicii și volum, referiri)	Raport	1 iunie 2017	DSP, DAMPUC, DAMS, IFP "Chiril Draganuic", CNSP
1.2	Elaborarea modelului nou, cu revizuirea și definirea clară a atribuțiilor funcționale pentru fiecare nivel de asistență (AMSA, AMP, SSSP, Centre Comunitare, ONG, IFP ș.a.)	Raport, Ordin aprobat	26 iunie 2017	DSP, DAMPUC, DAMS, IFP "Chiril Draganuic", CNSP
<b>2. Reorganizarea sectorului spitalicesc al serviciului fiziopneumologic în conformitate cu obiectivele de a micșora rata și durata de spitalizare</b>				
2.1	Evaluarea necesităților în paturi și a repartizării lor conform instituțiilor	Raport	22 mai 2017	DAMS, DSP, IFP "Chiril Draganuic"
2.2	Revizuirea și aprobarea planului de optimizare a staționarelor serviciului fiziopneumologic în conformitate cu obiectivele micșorării duratei și ratei de spitalizare	Ordin cu Plan aprobat	1 noiembrie 2017	DAMS, DSP, IFP "Chiril Draganuic"
2.3	Implementarea planului de optimizare a staționarelor serviciului fiziopneumologic	Notă informativă	2018-2020	DAMS, IFP "Chiril Draganuic"
<b>3. Creșterea rolului și fortificarea serviciului AMSA și AMP, comunitar în depistarea precoce a TB și managementul cazului de TB/MDR-TB</b>				
3.1	Revizuirea algoritmului de screening și examinare la TB a grupurilor de risc, a contactilor și a celor periclitante și a atribuțiilor funcționale ale fiecărui nivel de prestatori	Ordin aprobat	11 septembrie 2017	Institutul Fiziopneumologie "Chiril Draganuic", DSP, DAMPUC, DAMS, CNSP

3.2	Evaluarea disponibilității în serviciul fiziopneumologic de ambulatoriu și AMP a dotărilor necesare (aparatură, acces adecvat la investigații instrumentale și de laborator) pentru monitorizarea tratamentului anti TB/TB MDR, inclusiv managementul reacțiilor adverse.	Raport	14 decembrie 2017	DAMPUC, DSP, DAMS, IFP "Chiril Draganuic", CNSP
3.4	Extinderea Listei Medicamentelor Compensate cu medicamentele necesare managementului reacțiilor adverse.	Ordin aprobat	10 iulie 2017	Institutul Ftiziopneumologie "Chiril Draganuic", DSP, DAMPUC, DAMS, CNSP, CNAM
3.5	Organizarea instruirii a personalului din serviciul fiziopneumologic de ambulator și AMP în domeniul monitorizării tratamentului TB și anti TB MDR în regim ambulatoriu din prima zi.	Curiculă elaborată, Nr.instruirilor	14 august 2017	DAMPUC, IFP "Chiril Draganuic", USMF „N Testemițanu”, CNSP
3.6	Elaborarea și asigurarea unui sistem de ajutor metodic și consultativ a AMP de către PNCT.	Consultații oferite	Permanent	PNCT/ IFP "Chiril Draganuic"
3.7	Revizuirea și ajustarea cadrului de reglementare a activității centrelor comunitare pentru suportul tratamentului pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulator	Ordin elaborat	10 iulie 2017	DAMPUC, DSP, IFP "Chiril Draganuic"
3.8	Extinderea numărului de centre comunitare până la 37 ( cîte unul în fiecare raion) și suportul operațional a activității acestora	Nr. de centre deschise	15 iunie 2017	DAMPUC, IFP "Chiril Draganuic", Centrul PAS
<b>4. Asigurarea serviciilor de suport medico-social al pacienților cu TB la nivel de ambulator și comunitar</b>				
4.1	Elaborarea standardelor minime de calitate pentru acordarea suportului medico-social	Proiect de hotărâre de Guvern elaborat	18 decembrie 2017	DSP, Grupul de lucru, Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, Recipientii FG, ONG active în TB

4.2	Revizuirea și ajustarea cadrului legal și normativ pentru autorizarea prestatorilor neguvernamentali de servicii medico-sociale	Proiect de hotărâre de Guvern și proiect de lege elaborate	22 noiembrie 2017	DSP, DAMPUC, CNAM, Grupul de lucru, Recipientii FG ONG active în TB
4.3	Contractarea serviciilor medico-sociale conform conceptului elaborat și aprobat	Nr. de contracte încheiate	Începând cu luna mai 2018	CNAM, DSP, DAMPUC

### 5. Ajustarea mecanismelor de finanțare a serviciilor TB centrate pe pacienți

5.1	Analiza cost-eficienței serviciilor în TB orientate spre modelul de spitalizare și identificare modelului optim de finanțare a serviciilor centrate pe pacient TB prestate la nivel de ambulator (AMSA, AMP, comunitar).	Raport elaborat	15 decembrie 2017	DSP, CNAM, IFP "Chiril Draganuic", DAMPUC
5.2	Analiza și elaborarea mecanismului nou de finanțare a serviciului staționar fiziopneumologie	Ordin aprobat	15 decembrie 2017	CNAM, Institutul Fiziopneumologie "Chiril Draganuic", DAMS, DBFA
5.3	Evaluarea și elaborarea mecanismelor de finanțare a serviciului optimizat de AMSA	Program Unic ajustat	11 decembrie 2017	DSP, DAMS, DBFA, CNAM, IFP "Chiril Draganuic"
5.4	Evaluarea și ajustarea indicatorilor de performanță și a mecanismelor de finanțare cu scopul îmbunătățirii depistării și asigurării tratamentului strict supravegheat la nivel de AMP	Ordin aprobat	20 decembrie 2017	DAMPUC, DBFA, DSP, CNAM, IFP "Chiril Draganuic"
5.5	Analiza și elaborarea mecanismului de finanțare a centrelor comunitare pentru suportul tratamentului pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulator.	Ajustarea Programului Unic	23 august 2017	DAMPUC, DSP, DBFA, CNAM, IFP "Chiril Draganuic"

5.6	Elaborarea mecanismului de finanțare a serviciilor medico-sociale la nivel de AMP și comunitar	Ordin aprobat	18 mai 2018	DSP, DAMPUC, DBFA, CNAM, IFP "Chiril Draganiuc"
<b>6. Planificarea resurselor umane implicate în controlul tuberculozei</b>				
6.1	Analiza atribuțiilor funcționale și a nivelului de competențe pentru grupele de resurse umane implicate în serviciile TB (specialiști, generaliști, personal medical mediu, personal non-medical, suporteri ai pacienților)	Raport	12 septembrie 2017	DMPM, DSP, DAMPUC, DAMS, IFP "Chiril Draganiuc"
6.2	Elaborarea termenilor de referință pentru fiecare tip de resurse umane	Ordin aprobat	19 octombrie 2017	DMPM, DAMPUC, DSP, DAMS, IFP "Chiril Draganiuc", CNSP
6.3	Elaborarea planului de asigurare cu cadre implicate în managementul cazului de TB în serviciului staționar și de ambulatoriu.	Ordin aprobat	12 octombrie 2017	DMPM, IFP "Chiril Draganiuc"
6.4	Revizuirea și ajustarea curiculei de instruire pentru fiecare tip de resursă umană și metode alternative de instruire pentru creșterea gradului de acoperire de persoane cu noile cerințe (ex. instruire la distanță)	Curricula elaborată	Iunie 2018	DMPM, IFP "Chiril Draganiuc"
6.5	Elaborarea unui cadru de monitorizare a calității competențelor și a performanțelor	Ordin aprobat	Iunie 2018	DMPM, DAMPUC, DSP, DAMS, IFP "Chiril Draganiuc"
<b>7. Îmbunătățirea dirijării coordonării PNCT</b>				
7.1	Reorganizarea Unității de coordonare a PNCT din cadrul IFP prin o abordare comprehensivă a competențelor Unității	Ordin aprobat	29 mai 2017	DSP, IFP "Chiril Draganiuc",

7.2	Elaborarea procedurilor operaționale pentru Unitate	Manual al Procedurilor Operaționale pentru echipa Unității	18 decembrie 2017	IFP "Chiril Draganiuc", UCIMP, Centrul PAS
7.3	Revizuirea si ajustarea instrumentelor de M&E	Raport	18 decembrie 2017	DSP,IFP "Chiril Draganiuc", UCIMP, Centrul PAS
7.4	Elaborarea strategiei de ACSM in TB	Ghid elaborat	23 noiembrie 2017	IFP "Chiril Draganiuc", UCIMP, Centrul PAS
7.5	Îmbunătățirea sistemului informațional SYMETB	Manual de utilizare ajustat și disponibil oficial pe pagina, lista de indicatori standardizați pentru publicare pe pagina web	27 decembrie 2017	DSP, IFP "Chiril Draganiuc", UCIMP, Centrul PAS
7.6	Revizuirea mecanismului de finanțare a Unității de coordonare a PNCT	Ordin comun MS/CNAM	20 noiembrie 2017	DSP, DAMS, CNAM, IFP "Chiril Draganiuc"
<b>8. Realizarea activităților sinergice cu alte programe naționale de sănătate</b>				
8.1	Consolidarea capacităților pentru realizarea unui control eficient al coinfecției TB/HIV	Elaborarea protocolului (ghidului) privind infecția TB/HIV	9 octombrie 2017	DSP, IFP "Chiril Draganiuc", UCIMP, Centrul PAS

8.2	Realizarea activităților sinergetice cu alte programe naționale de sănătate și determinante sociale	Elaborarea Regulamentului privind intervențiile colaborative pentru bolile netransmisibile și TB	12 februarie 2018	DSP, DMPM, DAMPUC, DAMS, JFP “Chiril Drăganuic”
-----	---	--	-------------------	---

## Lista actelor normative în controlul tuberculozei care necesită modificare, completare și elaborare

Nr.	Denumire act normativ/legislativ	Argumentare/propuneri	Responsabil și parteneri implicați pentru elaborarea proiectului de document	Termeni de realizare	Comentarii
1.	Legea nr. 153-XVI din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei	Necesită completarea în corelarea cu ultimele strategii și recomandări internaționale, inclusiv tratamentul coercitiv	DSP, IFP (PNCT) CNSP MAI DIP ala MJ MMPSF ONG active în TB	Aprilie 2018 (proiectul legii)	
2.	Hotărârea de Guvern nr. 295 din 14.05.2012 „Cu privire la aprobarea Regulamentului privind modul de aplicare a spitalizării temporare coercitive în instituțiile medicale specializate antituberculoase a persoanelor bolnave cu tuberculoză în formă contagioasă, care refuză tratamentul”	Va necesita ajustare și corelare în conformitate cu modificările Legii nr. 153-XVI din 04.07.2008 „Cu privire la controlul și profilaxia TB”	DSP, IFP (PNCT) CNSP DIP ala MJ MAI MMPSF ONG active în TB	În termenii stabiliți în Lege	
3.	Ordinul Ministerului Sănătății nr. 571 din 17.07.2011, Cu privire la implementarea Programului național de control la tuberculozei pentru anii 2011-2015”				Ordinul a devenit caduc



4.	Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1003 din 15.11.2016 “Cu privire la implementarea Programului național de control al tuberculozei pentru anii 2016-2020”	Nu necesită intervenții		
5.	Ordinul Ministerului Sănătății nr. 465 din 07.06.2011 „Cu privire la instituirea Centrelor Comunitare pentru suportul tratamentului pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulator”	A fost elaborat ordinul MS „Cu privire la Centrul de suport al tratamentului pacienților cu TB în condiții de ambulator” care în prezent este în proces de coordonare	DSP, DAMPUC Recipienții FG ONG active în TB	20 aprilie 2017
6.	Ordin comun MAI/MS/MJ „Privind organizarea asistenței medicale persoanelor bolnave de TB arestate sau aflate în izolatoarele de detenție provizorie ale subdiviziunilor Ministerului Afacerilor Interne” (nr. 109/96/134 din 24.09.2003)	Unele prevederi din cadrul Ordinului nu mai sunt actuale, necesită ajustare/revizuire implicarea tuturor actorilor interesați.	IFP (PNCT) DSP MAI DIP MJ	19 martie 2018
7.	Ordin comun MS/MJ nr. 278 din 17.07.2007 despre aprobarea Regulamentului privind tratamentul și conduita deținuților bolnavi de TB	Unele prevederi din cadrul Ordinului nu mai sunt actuale, necesită ajustare/revizuire implicarea tuturor actorilor interesați.	IFP (PNCT) DSP DIP MJ	19 martie 2018



8.	Ordinul Ministerului Sănătății nr. 180 din 08.05.2007 "Cu privire la optimizarea activităților de control și profilaxie a TB"	În contextul noului PNCT 2016-2020, se propune revizuirea/ajustarea acestor ordine în unul comun. Proiectul de ordin care se propune spre elaborare va conține norme metodologice pentru realizarea obiectivelor specifice ale PNCT. Se propune corelarea cu prevederile Protocoloalelor clinice în TB și elaborarea după caz a standardelor în fiziopneumologie în conformitate cu recomandările internaționale.	DSP IFP (PNCT) DIP al MJ MMPSF CNAM Beneficiarii FG ONG active în TB	30 iunie 2017	Se propune integrarea în noul Ordin care va conține norme metodologice pentru realizarea obiectivelor specifice ale PNCT
9.	Ordinul Ministerului Sănătății nr. 883 din 30.12.2010 „Cu privire la implementarea în practica medicală a standardelor medicale de diagnostic și tratament „Fiziopneumologie”				
10.	Ordin MS nr. 1498 din 29.12.2014 „Cu privire la modificarea și completarea Ordinului nr. 180 din 08.05.2007 „Cu privire la optimizarea activităților de control și profilaxie a TB în RM”				
11.	Ordin MS nr. 247 din 07.04.2011 „Cu privire la raportarea operativă a cazurilor de TB”				
12.	Ordin comun MS/CNAM nr. 1285/265A din 20.12.2012 „Cu privire la organizarea tratamentului bolnavilor cu TB caz nou și readmis în condiții de ambulator”	Necesită revizuire în contextul sustenabilității PNCT. Noul Ordin va conține proceduri clare intru evitarea unor prevederi contradictorii și care va integra inclusiv prevederile Dispoziției MS nr. 164d din 30.03.3016 „Cu privire la acordarea suportului motivațional pacienților cu MDR TB”	DAMPUC IFP (PNCT) DSP CNAM Beneficiarii FG ONG active în TB	20 mai 2017	

13.	Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1080 din 13.10.2014 „Cu privire la măsurile de eficientizare a depistării tuberculozei (grupele de risc)”	Unele prevederi din cadrul Ordinului nu mai sunt actuale, necesită ajustare/revizuire și elaborarea unui ordin nou cu implicarea tuturor actorilor interesați. Corelarea cu Protocoalele clinice naționale în TB	DSP, IFP (PNCT), DAMPUC, CNSP DIP ala MJ ONG active în TB	30 iunie 2017	Se propune integrarea în noul Ordin care va conține toate prevederile care sunt actuale a acestor ordine
14.	Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1491 din 29.12.2014 „Cu privire la măsurile de eficientizare a utilizării instalațiilor radiologice”				
15.	Ordinul Ministerului Sănătății nr. 255 din 15.11.1996 „Cu privire la organizarea obligatorie a examenului medical al salariaților din întreprinderile alimentare, instituții medicale, comunale și pentru copii”				
16.	Ordinul Ministerului Sănătății nr. 14 din 23.01.2014 „Despre completarea ordinului nr. 255 din 15.11.1996 „				
17.	Ordinul Ministerului Sănătății nr. 322 din 28.03.2013 „Cu privire la spitalizarea temporară coercitivă și de supraveghere a persoanelor bolnave cu forma contagioasă a TB, care refuză tratamentul și pun în pericol sănătatea celor din jur”	Necesită integrarea în Ordin care va conține norme metodologice pentru realizarea obiectivelor specifice ale PNCT.	DSP, IFP (PNCT), DAMS, CNAM MJ MAI ONG active în TB	Termenul după adoptarea modificărilor în Lege	
18.	Ordinul Ministerului Sănătății nr. 7 din 17.01.2009 „Cu privire la perfectarea managementului tratamentului în serviciul de fiziopneumologie”				Ordinul a devenit caduc

19.	Ordinul Ministerului Sănătății nr. 245 din 09.08.2005 „Cu privire la examinarea cazurilor de deces a copiilor prin tuberculoză”	Elaborarea unui nou ordin „Cu privire la examinarea cazurilor de deces a copiilor și persoanelor în vârstă aptă de muncă prin tuberculoză”	DSP, IFP (PNCT) DAMPUC, DAMS	10 mai 2017	*
20.	Ordinul Ministerului Sănătății nr. 415 din 25.12.1998 „Cu privire la perfecționarea imunoprofilaxiei tuberculozei”	Prevederile Ordinului nu mai sunt actuale.			Ordinul a devenit caduc
21.	Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1316 din 24.11.2014 „Cu privire la contramandarea și excluderea din Calendarul National de Vaccinari a revaccinării BCG”	Prevederile din cadrul acestui Ordin nu mai sunt actuale.			Ordinul a devenit caduc