Raport al OSC privind tranziția de la finanțarea Fondului Global la buget public pentru sustenabilitatea intervențiilor implementate de către organizațiile societății civile în domeniul TB și HIV

Chișinău, 2026

Cuprins

Cuprins **1**

Abrevieri și acronime **4**

Sumar executiv **5**

Context epidemiologic și programatic 7

Situația epidemiologică privind tuberculoza 7

Situația epidemiologică HIV 8

Guvernanță, coordonare și responsabilitate 8

Grupuri-cheie și cu vulnerabilitate crescută pentru TB și HIV 9

Diferențe teritoriale (malul drept al râului Nistru vs regiunea de Est) 10

Bariere de acces și drepturi (stigmă, legislative, structurale) 11

Scopul și obiectivele planului de tranziție 11

Scopul general 11

Obiective specifice: 12

Metodologie 12

Surse de date și informații 12

Procesul de consultare și implicare a părților interesate 13

Cadrul de analiză și prioritizare a intervențiilor pentru tranziție 14

Limitări 15

Componenta TB **16**

Portofoliu de intervenții privind răspunsul la TB **16**

Implicarea comunitară în depistare activă a tuberculozei și screening-ul populațiilor cu risc sporit 16

Rolul comunitar în depistarea activă TB și screening-ul populațiilor cu risc sporit 16

Model actual de implementare privind implicarea comunitară în depistare activă a TB și screening-ul populațiilor cu risc sporit 16

Provocări de tranziție și dependența de finanțarea FG privind implicarea comunitară în depistare activă a TB și screening-ul populațiilor cu risc sporit 17

Pași de tranziție și traseu de integrare privind implicarea comunitară în depistare activă a TB și screening-ul populațiilor cu risc sporit în sistemul public 19

Planificare financiară privind implicarea comunitară în depistarea activă a TB 21

Riscuri reziduale după tranziția de la Fondul Global privind implicarea comunitară în depistare activă a TB și screening-ul populațiilor cu risc sporit 22

Implicarea comunitară în diagnosticul TB 24

Rolul comunitar în diagnosticul TB 24

Model actual de implementare și rezultate privind serviciile comunitare de diagnostic TB 24

Provocări de tranziție și dependența de finanțarea FG privind implicarea comunitară în diagnosticul TB 25

Pași de tranziție și traseu de integrare a componentul diagnostic TB comunitar în sistemul de finanțare publică 26

Planificare financiară privind implicarea comunitară în diagnosticul TB 26

Riscuri reziduale după tranziția de la Fondul Global privind diagnosticul TB 27

Implicarea comunitară în suport pentru tratament și aderență 28

Rolul OSC în suportul comunitar pentru tratament și aderență 28

Model actual de implementare, rezultate și aranjamente de finanțare privind suportul comunitar pentru tratament și aderență 29

Provocări de tranziție și dependența de finanțarea FG privind suportul comunitar pentru tratament și aderență 30

Pași de tranziție și traseu de integrare privind suportul comunitar pentru tratament și aderență în sistemul public 31
Planificare financiară privind suportul comunitar pentru tratament și aderență 33
Riscuri reziduale după tranziția de la Fondul Global privind suportului comunitar pentru tratament și aderență în sistemul public 34
Implicarea comunitară în servicii de prevenire TB 35
Rolul comunitar în prevenirea TB 35
Model actual de implementare și rezultate privind prevenirea comunitară 36
Provocări de tranziție și dependența de finanțarea FG privind prevenirea TB 36
Pașii de tranziție și traseu de integrare privind implicarea comunitară în prevenirea TB în sistemul public 37
Planificare financiară privind suportul comunitar pentru prevenire comunitară 39
Riscurile reziduale asociate tranziției prevenirii TB 39
Implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței în perioada de tranziție, TB 40
Rolul OSC în consolidarea guvernanței, monitorizării și participării comunitare 40
Model actual de implementare, rezultate și aranjamente de finanțare privind consolidarea guvernanței, monitorizării și participării comunitare 40
Provocări de tranziție și dependența de finanțarea FG în consolidarea guvernanței, monitorizării și participării comunitare 42
Pașii de tranziție și traseu de integrare privind consolidarea guvernanței, monitorizării și participării comunitare 44
Planificare financiară privind consolidarea guvernanței, monitorizării și participării comunitare 45
Riscuri reziduale după tranziția de la Fondul Global privind consolidarea guvernanței, monitorizării și participării comunitare 47
Importanța strategică a monitorizării comunitare și a monitorizării implementării Foii de parcurs de tranziție 49
Monitorizare și evaluare bazată pe comunitate 50
Servicii 50
Participarea în luarea deciziilor 50
Participare în cercetare și dezvoltare 50
Finanțare 50
Componenta HIV 51
Portofoliu de intervenții privind răspunsul la HIV 51
Implicarea comunitară în accesul la servicii de prevenire a infecției HIV, ITS și hepatitelor virale B, C și D 51
Rolul intervenției privind prevenirea comunitară în populațiile-cheie 51
Model actual de implementare, rezultate și aranjamente de finanțare a privind prevenirea comunitară în grupurile-cheie afectate 51
Provocări de tranziție privind prevenirea comunitară în populațiile-cheie 52
Pași de tranziție și traseul de integrare privind prevenirea comunitară în rândul populațiilor-cheie în sistemul public de finanțare, 2027-2028 54
Planificare financiară privind suportul comunitar pentru prevenire comunitară 56
Riscuri reziduale după tranziția de la Fondul Global privind prevenirea comunitară în populațiile-cheie 57
Implicarea comunitară în activități de depistare HIV, ITS și hepatite virale B, C și D 59
Rolul intervenției privind implicarea comunitară în activități de depistare HIV, ITS și hepatite virale B, C și D 59
Model actual de implementare, rezultate și aranjamente de finanțare privind implicarea comunitară în activități de depistare HIV, ITS, hepatite virale B, C, D 60
Provocări de tranziție și dependența de finanțarea FG privind implicarea comunitară în activități de depistare HIV, ITS, hepatite virale B, C, D 60
Pașii de tranziție și traseul de integrare a implicării comunitare în activități de depistare HIV, ITS, hepatite virale B, C, D în sistemul de finanțare public 62
Planificare financiară privind implicarea comunitară în activități de depistare HIV, ITS și hepatite virale B, C și D 63

Riscuri reziduale după tranziția de la Fondul Global privind implicarea comunitară în activități de depistare HIV, ITS, hepatite virale B, C, D 65
Implicarea comunitară în tratament pentru PTH 66
Rolul intervenției privind implicarea comunitară în tratament pentru PTH 66
Model actual de implementare, rezultate și aranjamente de finanțare a privind implicarea comunitară în tratament pentru PTH 66
Provocări de tranziție și dependența de finanțarea FG privind implicarea comunitară în tratament pentru PTH 67
Pașii de tranziție și trasul de integrare privind implicarea comunitară în tratament pentru PTH în sistemul public de finanțare 68
Planificare financiară privind implicarea comunitară în tratamentul PTH 69
Riscuri reziduale după tranziția de la Fondul Global privind implicarea comunitară în tratament pentru PTH 70
Implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței în perioada de tranziție, HIV 72
Rolul intervenției privind implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței 72
Model actual de implementare privind implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței 72
Provocări de tranziție și dependența de finanțarea FG privind implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței 73
Pașii de tranziție și trasul de integrare privind implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței în sistemul public 76
Planificare financiară privind implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței 78
Riscuri reziduale după tranziția de la Fondul Global privind implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței 79
Riscuri strategice asociate tranziției și sustenabilității serviciilor comunitare 82
Angajamente politice și instituționale a finanțării serviciilor comunitare 82
Cadrul normativ și de contractare insuficient adaptat pentru OSC 82
Finanțare insuficientă și sustenabilitate financiară limitată 83
Capacitate instituțională și operațională limitată a OSC în contextul tranziției 83
Integrarea insuficientă a OSC în răspunsul național și în serviciile centrate pe persoană 84
Limitarea utilizării datelor și a mecanismelor de monitorizare comunitară 84
Reducerea inovării și a intervențiilor catalitice 85
Bibliografie 86

Abrevieri și acronime

Denumire	Definiție
AMP	asistență medicală primară
ANP	Administrația Națională a Penitenciarelor
APL	Autoritate publică locală
ART	tratament antiretroviral
BSB	bărbați care fac sex cu bărbați
CLM	(community-led monitoring) – monitorizare comunitară a serviciilor și drepturilor
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
CNC TB/SIDA	Consiliul Național de Coordonare a Programelor Naționale de Profilaxie și Control al Infecției HIV/SIDA, ITS și de Control al Tuberculozei
CNTS	Centrul Național de Transfuzie a Sângelui
EQC	(external quality control) – control extern al calității
ECDC	Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor
FAOAM	Fondurile Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală
FG	Fondul Global de Combatere a SIDA, Tuberculozei și Malariei
GC7 / GC8	ciclurile de finanțare ale Fondului Global (Grant Cycle 7 și Grant Cycle 8)
HIV	virusul imunodeficienței umane
HTA	(health technology assessment) – evaluarea tehnologiilor medicale
IBBS	studii integrate bio-comportamentale
IEC	informare, educare și comunicare
IMSP	instituții medico-sanitare publice
ITS	infecții cu transmitere sexuală
LNR	laborator național de referință
LRR	laborator regional de referință
LS	lucrători sexuali
MDR	Multi-drog-rezistență
M&E	monitorizare și evaluare
MS	Ministerul Sănătății
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
OSC	organizații ale societății civile
PAAR	Prioritized Above Allocation Request
PCDI	persoane care consumă droguri injectabile (persoane care injectează droguri)
PRR	programe de reducere a riscurilor
PrEP	(profilaxie pre-expunere) – metodă de prevenire a infecției cu HIV prin administrarea de medicamente înainte de expunere
PNRT	Programul Național de răspuns la tuberculoză
PTH	persoane care trăiesc cu HIV
RR	rezistență la rifampicină
RR/MDR-TB	tuberculoză rezistentă la rifampicină și/sau multidrog-rezistentă
SIDA	sindromul imunodeficienței dobândite
SIME HIV	sistem informațional de monitorizare și evaluare pentru HIV
SIME TB	sistem informațional de monitorizare și evaluare pentru tuberculoză
TB	tuberculoza
TFAO / PTAO	tratament cu agoniști opioizi (metadonă, buprenorfină etc.)
TPT	tratament preventiv al tuberculozei
TSM	testarea sensibilității la medicamente
UNAIDS	Programul Comun al Națiunilor Unite privind HIV/SIDA
VST	tratament video-asistat (Video Supported Treatment)

Sumar executiv

Republica Moldova se află într-o etapă avansată a procesului de tranziție de la finanțarea Fondului Global (FG) către finanțarea națională a răspunsului la tuberculoză (TB) și HIV. În ultimii ani au fost înregistrate progrese importante în integrarea serviciilor în sistemele publice de sănătate, inclusiv prin creșterea contribuției naționale și instituționalizarea unor intervenții anterior finanțate exclusiv din sursele FG. Cu toate acestea, un număr semnificativ de servicii implementate de organizațiile societății civile (OSC) rămân dependente de finanțarea FG, în special cele destinate populațiilor-cheie și grupurilor vulnerabile, precum servicii comunitare de prevenție, screening activ, suport pentru aderență la tratament, educație, acompaniere a pacienților, monitorizare comunitară, implicare în cercetări și dezvolare, iar activitățile implementate în regiunea de est continuă să depindă în mare măsură de resursele FG.

Raportul și acțiunile incluse în Planul de tranziție a fost elaborat în baza unei metodologii mixte, care a combinat analiza datelor epidemiologice, programatice și financiare cu analiza cadrului normativ și instituțional. Procesul a inclus consultări extinse cu OSC, comunitățile afectate, autoritățile publice și alte părți interesate, precum și un proces participativ de prioritizare a intervențiilor pentru elaborarea aplicației de țară către FG în cadrul ciclului de finanțare GC8.

Progresul tranziției s-a axat pe creșterea graduală a finanțării publice pentru intervențiile comunitare TB și HIV, extinderea mecanismelor de contractare, dezvoltarea cadrului normativ pentru integrarea serviciilor comunitare și consolidarea rolului societății civile în guvernanța și monitorizarea programelor naționale.

Un rol esențial în procesul de tranziție îl are dezvoltarea mecanismelor funcționale de contractare CNAM–OSC, care să permită finanțarea sustenabilă a serviciilor comunitare după retragerea finanțării FG. Lipsa mecanismelor adaptate specificului OSC, ar putea induce riscul ca unele dintre serviciile OSC dezvoltate în ultimele două decenii să nu poată fi integrate corespunzător în sistemul public.

Principalele riscuri asociate tranziției includ insuficiența resurselor financiare pentru preluarea integrală a serviciilor comunitare, lipsa unor mecanisme funcționale și sustenabile de contractare a OSC, capacitatea instituțională limitată a unor actori implicați, riscul pierderii personalului și expertizei comunitare, precum și vulnerabilitatea intervențiilor implementate în regiunea de est. Persistă, de asemenea, riscul reducerii accesului la servicii pentru grupurile vulnerabile în cazul în care mecanismele de monitorizare și responsabilizare nu vor fi consolidate.

Principalele constatări

- O parte dintre serviciile implementate de OSC au intrat pe un traseu de tranziție graduală către finanțare publică. În domeniul TB, acestea includ screening-ul comunitar, suportul de la egal la egal, serviciile de suport pentru tratament și unele activități de cercetare bazate pe comunitate, iar în domeniul HIV includ serviciile de prevenire pentru populațiile-cheie, testarea comunitară, serviciile de egal la egal, PrEP, precum și alte servicii medico-sociale integrate. Pentru raport au fost utilizate datele disponibile la data de 15.06.2026.
- Intervențiile de tip RHSS, advocacy, consolidare comunitară, cercetare comunitară și monitorizare condusă de comunitate (CLM) rămân printre cele mai vulnerabile componente, întrucât nu beneficiază de mecanisme funcționale și sustenabile de finanțare publică și continuă să depindă în

mare măsură de resursele donatorilor. Acestea sunt completate de intervenții asociate promovării drepturilor omului, echității de gen și combaterii stigmei și discriminării.

- Sinergia dintre componentele TB și HIV în cadrul ciclului de finanțare FG (GC8) este slab dezvoltată și planificată din perspectiva intervențiilor conjugate la nivelul grupurilor comune de risc, inclusiv măsurile preventive. Parte din aceste intervenții, susținute de OSC, au fost deplasate în PAAR, de ex. screening-ul TB în grupul persoanelor care consumă droguri, iar managementul colaborativ dintre cele două programe în vederea implementării GC8 este slab dezvoltat și lipsit de finanțare distinctă.
- Intervențiile care necesită suport catalizator suplimentar pentru tranziție GC8 (Categoria IV) pentru a crea condițiile necesare instituționalizării, contractării și integrării lor sustenabile în sistemele naționale.
- Prioritizarea serviciilor standardizate și a activităților de rutină în cadrul GC8 a determinat includerea mai multor intervenții catalitice și factori facilitatori în PAAR/*Prioritized Above Allocation Request*, ceea ce poate limita capacitatea sistemului de a se adapta la nevoile emergente ale populațiilor vulnerabile și de a susține reformele necesare tranziției.
- Din totalul de 18 priorități ale OSC și comunitățile active în domeniul TB, 10 priorități au fost incluse în alocarea de bază GC8, iar 8 transferate în PAAR. Există sub-intervenții care în procesul de bugetare au fost excluse integral sau parțial din cererea GC8.
- Din totalul de 16 priorități ale OSC și comunitățile afectate de HIV, 13 priorități au fost incluse în alocarea de bază GC8, 3 priorități au fost incluse în lista PAAR.
- Abordările actuale de planificare și bugetare în cadrul GC8, care cuantifică contribuția OSC exclusiv prin prisma zilelor-expert, fără a include costurile operaționale (management, coordonare și suport administrativ) ar putea conduce la limitarea posibilităților de integrare și valorificare a metodologiilor și instrumentelor dezvoltate ca produse de expertiză și transpunerea acestora în practică. La fel, aceasta afectează grav funcționalitatea organizațiilor și crește riscul de pierdere a partenerilor comunitari (încetarea activității ori redirecționare la alte programe).
- Cu toate că anumite servicii comunitare au fost incluse în planul de tranziție gradual, mecanismul actual de debursare a fondurilor din bugetul public, bazat pe acoperirea post-factum (rambursare) a cheltuielilor ar putea impune riscuri majore de blocaj financiar pentru OSC pe termen mediu și lung, organizațiile neavând capitalul de rulaj necesar pentru a pre-finanța serviciile destinate grupurilor vulnerabile.
- Mecanismele actuale de acreditare sunt concepute preponderent pentru instituțiile medicale și prestatorii de servicii sociale, fără a reflecta particularitățile organizaționale și operaționale ale OSC. În context nu există garanții că guvernul va dezvolta mecanisme care să corespundă specificului și capabilităților OSC. La fel, ca o precondiție pentru acreditare este obținerea autorizației sanitare de funcționare, care include un component esențial de evaluare și dotare a infrastructurii (inclusiv reparații ale încăperilor), dar lipsa finanțării din FG și ale altor surse pentru acest component poate duce la riscuri majore pentru organizațiile non – profit finanțate doar pentru servicii și anumite cheltuieli administrative/servicii comunale nu dezvoltare și capacitare organizațională.

- Regiunea de est reprezintă una dintre cele mai vulnerabile componente ale procesului de tranziție. Numeroase servicii TB și HIV implementate în regiune rămân integral dependente de finanțarea FG, iar opțiunile de integrare în mecanismele naționale de finanțare sunt limitate.
- Există riscul ca autoritățile publice să nu preia integral responsabilitatea financiară și instituțională pentru toate funcțiile și serviciile susținute în prezent de FG, în special pentru componentele comunitare, activitățile de monitorizare, pledoarie, drepturile omului, cercetare și participare comunitară;
- Compania Națională de Asistență Medicală (CNAM) constituie unicul mecanism de finanțare viabilă a intervențiilor OSC, parte ale ambelor programe naționale, precum și în parcursul de tranziție, care acoperă deopotrivă partea medicală și cea socială. În cazul unor potențiale reforme ale CNAM și sistemului de finanțare în sănătate, OSC riscă să rămână fără acoperire financiară, pentru că sunt finanțate în bază de proiecte din cadrul Fondului de profilaxie și nu beneficiază de echitate în accesul la finanțare, similar instituțiilor publice (inclusiv mecanism de acces pentru OSC-uri la programele de dezvoltare instituțională).
- În absența resurselor dedicate inovării, implicării OSC în pledoarie, monitorizare comunitară, există riscul ca sistemul să se concentreze predominant pe menținerea serviciilor existente, în detrimentul dezvoltării sau introducerii de intervenții inovative care răspund mai eficient nevoilor persoanelor și comunităților afectate.

În pofida progreselor semnificative realizate în instituționalizarea și finanțarea serviciilor TB și HIV, tranziția rămâne incompletă pentru unele dintre intervențiile comunitare esențiale, care continuă să depindă de finanțarea FG. Menținerea implicării societății civile, protejarea funcțiilor comunitare și asigurarea accesului populațiilor vulnerabile la servicii trebuie să reprezinte elemente centrale ale procesului de reformă și tranziție. Fără instituționalizarea serviciilor comunitare, dezvoltarea mecanismelor adecvate de contractare și finanțare a OSC și menținerea implicării comunităților afectate în procesele de guvernanță și monitorizare, există riscul pierderii progreselor obținute în ultimele două decenii.

Context epidemiologic și programatic

Situația epidemiologică privind tuberculoza

Republica Moldova a înregistrat progrese semnificative în răspunsul la TB în ultimele decenii, totuși, TB continuă să rămână o problemă majoră de sănătate publică. Potrivit datelor OMS, incidența TB pentru anul 2024 a fost estimată la 64 cazuri la 100.000 populație [interval: 52-78]; plasând țara peste media Uniunii Europene (9/100.000), precum și peste media regională a OMS (22/100.000). Trendul epidemiologic indică o scădere pe termen lung a incidenței, de la 111 cazuri/100.000 în 2015 la valori mai reduse în anii recenți; însă, după perioada pandemiei COVID-19 s-a înregistrat o creștere cu circa 17% până în 2024. Mortalitatea prin TB a scăzut semnificativ, de la 10/100.000 în 2015 la 2,2/100.000 în 2024; rezultate care sunt încă sub obiectivul Strategiei END TB de a reduce povara prin incidența TB cu 50% și a mortalității prin TB cu 75% față de anul 2015 [1–4].

Un element critic al profilului epidemiologic îl reprezintă povara înaltă a TB multidrogrezistente (RR/MDR-TB). Republica Moldova se numără printre țările cu cea mai mare povară de RR/MDR-TB la nivel global, proporția cazurilor cu forme rezistente fiind estimată în aproximativ o treime printre

cazurile noi (28%; interval: 26–29) și la circa jumătate printre cazurile tratate anterior (50%; interval: 48–53). Rata de succes a tratamentului pentru TB sensibilă este de 85%, dar considerabil mai joasă pentru RR/MDR-TB (61%), neatingând țintele OMS pentru Regiunea Europeana (≥90% și ≥80%, respectiv) [1–4].

În contextul trendului favorabil a datelor epidemiologice, dar și pe fundalul progreselor înregistrate, se conturează necesitatea consolidării intervențiilor, inclusiv accelerarea depistării precoce, cu suportul OSC, extinderea accesului la regimuri moderne și eficiente pentru RR/MDR-TB, îmbunătățirea aderenței la tratament și a integrării serviciilor de sănătate.

Situația epidemiologică HIV

În pofida faptului că numărul absolut de cazuri este relativ mic, povara infecției cu HIV în Republica Moldova se numără printre cele mai ridicate din Europa (a treia după Federația Rusă și Ucraina). Epidemia HIV este concentrată în rândul populațiilor cheie, cu o prevalență de 13,9% în rândul persoanelor care injectează droguri (PCDI), 11,4% în rândul bărbaților care fac sex cu bărbați (BSB) și 2,7% în rândul lucrătorilor sexului (LS), precum și a partenerilor lor sexuali. Prevalența HIV în populația generală adultă este de 0,6%. Dacă la începutul anilor 2010 distribuția geografică a cazurilor nou diagnosticate de HIV era caracterizată printr-o predominanță în zonele urbane, datorită concentrării mai mari de populații cheie și partenerii lor sexuali, în ultimii ani se observă o tendință de diminuare: începând cu anul 2022, mai mult de jumătate (54%) dintre persoanele nou diagnosticate cu HIV provin din mediul rural.

Cascada de tratament arată un progres modest, iar ținta 90–90–90 nu a fost atinsă. Conform estimărilor Programului Comun al Națiunilor Unite privind HIV/SIDA (UNAIDS) (Spectrum 2022), în Republica Moldova 15.249 persoane trăiesc cu HIV (PTH), dintre care 66% își cunosc statutul HIV, 72% sunt în tratament antiretroviral (ARV), iar 89% dintre persoanele aflate în tratament au atins supresia virală. Potrivit rezultatelor supravegherii de generația a doua, sub-diagnosticarea reprezintă o problemă în rândul populațiilor cheie: doar 48% dintre BSB își cunosc statutul HIV, 50% dintre PCDI și 62% dintre LS. Dintre persoanele pentru care se cunoaște numărul de celule CD4, 53% au fost diagnosticate tardiv, cu un număr de CD4 sub 350/mm. Procentul persoanelor cu diagnostic tardiv crește odată cu vârsta și are cea mai mare pondere în rândul persoanelor de peste 50 de ani. Proporția diagnosticului tardiv a crescut ușor în 2021, probabil din cauza impactului COVID-19, și rămâne la cote înalte până în 2025.

Guvernanță, coordonare și responsabilitate

Guvernanța răspunsului național la HIV și TB în Republica Moldova pentru perioada 2026–2030 este fundamentată pe două programe naționale complementare – Programul Național de răspuns la HIV, ITS și hepatitele virale B, C și D (PN HIV)[1] pentru anii 2026-2030 și Programul Național de răspuns la tuberculoză (PNRT) anii 2026–2030[2]. Programele definesc cadrul strategic, instituțional și financiar pentru atingerea obiectivelor de sănătate publică și pentru asigurarea tranziției sustenabile de la finanțarea externă către finanțarea națională. Guvernanța acestor programe se bazează pe principiile responsabilității instituționale, coordonării multisectoriale, participării comunitare, utilizării datelor pentru decizie și alinierii la strategiile naționale de dezvoltare și la angajamentele internaționale asumate de Republica Moldova.

[1] În proces de avizare cu autoritățile
[2] https://www.legis.md/cautare/downloadpdf/154325

Ministerul Sănătății (MS) reprezintă autoritatea centrală responsabilă de elaborarea politicilor, coordonarea generală și monitorizarea implementării și finanțarea parțială din bugetul MS a programelor naționale HIV și TB. Ministerul asigură dezvoltarea cadrului normativ și metodologic, actualizarea și aprobarea protocoalelor clinice, coordonarea relațiilor cu partenerii internaționali și integrarea progresivă a intervențiilor susținute de FG în sistemele naționale de finanțare și prestare a serviciilor. Coordonarea tehnică este realizată prin unitățile de coordonare din cadrul instituțiilor IMSP Institutul de Pneumologie „Chiril Draganiuc" pentru TB și din cadrul IMSP Spitalul Clinic de Boli Infecțioase „Toma Ciorbă" pentru domeniul HIV.

Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) deține un rol central în sustenabilitatea financiară a ambelor programe. Prin Fondurile Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală (FAOAM), CNAM finanțează o parte semnificativă a serviciilor de diagnostic, tratament și monitorizare pentru HIV și TB și este identificată în documentele de tranziție drept principalul mecanism de absorbție a intervențiilor anterior finanțate de FG.

Coordonarea multisectorială este asigurată de **Consiliul Național de Coordonare a Programelor Naționale de Profilaxie și Control al Infecției HIV/SIDA, Infecțiilor cu Transmitere Sexuală și de Control al Tuberculozei** (CNC TB/SIDA), care funcționează ca principal mecanism național de guvernanță participativă. Consiliul reunește reprezentanți ai autorităților publice centrale, CNAM, instituțiilor medico-sanitare, administrației penitenciare, organizațiilor societății civile, comunităților afectate și partenerilor internaționali. CNC TB/SIDA examinează progresul implementării programelor naționale, monitorizează îndeplinirea angajamentelor de tranziție, facilitează coordonarea intersectorială și asigură alinierea priorităților programatice și financiare între actorii implicați.

Societatea civilă și comunitățile afectate au un rol important în guvernanță pentru răspunsul la HIV și TB. OSC prestează servicii comunitare de prevenire, screening, educație, management de caz, suport pentru aderență, navigare a pacienților și monitorizare comunitară.

Programele naționale TB și HIV prevăd implicarea societății civile și în același timp, definesc clar rolul OSC atât în prestarea serviciilor, cât și în procesele de guvernanță și monitorizare a politicilor. Societatea civilă joacă un rol crucial și multidimensional în asigurarea îngrijirii centrate pe persoană, acționând ca o punte între nevoile individuale ale beneficiarilor și sistemele formale de asistență socială sau medicală. OSC nu doar că prestează servicii, dar și protejează drepturile și promovează demnitatea persoanelor.

Modelul de guvernanță pentru HIV și TB în Republica Moldova reprezintă un parteneriat instituțional între MS, CNAM, CNC TB/SIDA, programele naționale, instituții departamentale (ANP), OSC și comunitățile afectate. Modelul existent urmărește să asigure continuitatea serviciilor, utilizarea eficientă a resurselor, responsabilitatea comună pentru rezultate și o tranziție sustenabilă către finanțarea și gestionarea integrală națională a răspunsului la HIV și tuberculoză până în anul 2030.

Grupuri-cheie și cu vulnerabilitate crescută pentru TB și HIV

Vulnerabilitatea la TB și HIV este concentrată în anumite grupuri vulnerabile, existând o suprapunere semnificativă între grupurile cu risc crescut pentru ambele infecții. În anul 2023 a fost elaborat și aprobat Ghidul privind organizarea și desfășurarea screening-ului sistematic și a tratamentului

preventiv al tuberculozei în Republica Moldova[3], care include 18 grupuri cu risc sporit de infectare și îmbolnăvire prin TB. Dintre acestea, mai multe constituie grupuri prioritare pentru intervențiile comunitare implementate cu implicarea OSC, precum:

Persoanele contacte din focarele de TB; Persoane în detenție și cele eliberate din locurile de **detenție** – prevalență crescută a persoanelor din diferite grupuri de risc asociată cu supraaglomerare, condiții de detenție, dar și cu acces redus ori neregulat la servicii de sănătate înainte de detenție și după eliberare, fapt ce necesită intervenții prioritare; **Persoane cu consum problematic de alcool și/sau droguri** – asociere cu acces redus la servicii și coinfecții. Persoanele cu consum de droguri injectabile fac parte din populațiile cheie cu risc crescut, monitorizate în programele HIV/TB [5]; **Persoane care trăiesc cu HIV** (PTH) – coinfecția TB/HIV rămâne o problemă importantă. Ponderea TB/HIV - 12.57% (218 persoane, 2025)[4]; **Persoane migrante, inclusiv migranți externi și lucrători sezonieri** – expunere crescută și acces limitat la continuitatea tratamentului; **Persoane adulte fără adăpost și/sau în situații de vulnerabilitate socială** (inclusiv neasigurate în sănătate) cu acces redus la servicii de sănătate; **Persoane cu tuberculoză** în tratament cu **risc sporit de abandon și/sau recidivă.**

Programul național HIV vizează, de asemenea, grupuri cu vulnerabilitate epidemiologică înaltă, inclusiv **PTH, persoanele care consumă droguri, inclusiv injectabile (PCD/PCDI), bărbații care fac sex cu bărbați (BSB), lucrătorii sexuali (LS) și persoanele din detenție**. Suprapunerea dintre grupurile prioritare pentru TB și HIV este evidentă în cazul persoanelor care trăiesc cu HIV, al persoanelor deținute și al persoanelor care consumă droguri injectabile, categorii caracterizate printr-un risc ridicat de coinfecție, acces limitat la servicii și rezultate mai puțin favorabile ale tratamentului.

În anul 2025, **coinfecția TB/HIV** a format 12,57% din numărul cazurilor de TB (218 persoane), confirmând necesitatea intervențiilor integrate de prevenire, depistare precoce, tratament și suport comunitar pentru aceste grupuri vulnerabile. În cadrul răspunsului HIV, sunt considerate grupuri prioritare suplimentare **femeile gravide și copiii expuși perinatal**, pentru care sunt asigurate testarea sistematică în timpul sarcinii, accesul universal la tratamentul antiretroviral (ARV) pentru gravidele care trăiesc cu HIV și intervenții destinate prevenirii transmiterii verticale.

Diferențe teritoriale (malul drept al râului Nistru vs regiunea de Est)

Situația epidemiologică a TB și HIV în Republica Moldova evidențiază disparități teritoriale pronunțate între malul drept al râului Nistrului și regiunea de Est (malul stang), determinate de divergențe în structura sistemului de sănătate, instituționale și socio-economice.

Cadrul strategic pentru TB și HIV este definit la nivel național, dar cu implementare neuniformă. Pe malul drept, răspunsul este integrat în sistemul național, aliniat la standardele internaționale și susținut de mecanisme funcționale de finanțare, servicii dezvoltate și sisteme de supraveghere consolidate. În contrast, pe malul stâng, sistemul de sănătate funcționează separat, cu integrare limitată în mecanismele naționale, ceea ce se reflectă în date epidemiologice fragmentare, acces variabil la servicii și dependență de aranjamente externe pentru finanțare și implementare. Funcționarea paralelă a sistemelor de sănătate, accesul inegal la servicii și dificultățile în colectarea și integrarea datelor epidemiologice limitează coordonarea răspunsului la nivel național atât pentru TB, cât și pentru HIV.

[3] Ghidul cu privire la Organizarea și desfășurarea screening-ului sistematic și a tratamentului preventiv al tuberculozei în Republica Moldova, 2023

[4] Raport privind realizarea Programului național de răspuns la tuberculoză pentru anul 2025

Discrepanțele formate sunt amplificate, inclusiv de factori socio-economici (sărăcie, migrație, consum de droguri) și de bariere de acces pentru populațiile-cheie, în special pe malul stâng.

Regiunea malului stâng se caracterizează printr-o povară mai înaltă a TB, în special pentru formele RR/MDR-TB, fiind identificată ca zonă cu transmitere intensă, susținută de condiții socio-economice nefavorabile, mobilitate crescută și acces limitat la servicii [5].

Bariere de acces și drepturi (stigmă, legislative, structurale)

În Republica Moldova, atât TB, cât și HIV sunt influențate de bariere interconectate de tip social, structural și legislativ, care limitează accesul la servicii și eficiența intervențiilor. Stigmatizarea rămâne un factor transversal major: în cazul TB, aceasta este larg răspândită la nivel comunitar, familial și instituțional, contribuind la întârzierea adresării, întreruperea tratamentului și izolare socială [6]; în cazul HIV, stigma și discriminarea afectează în mod disproporționat populațiile-cheie, descurajând testarea, dezvăluirea statutului și întârzierea în solicitarea și acordarea serviciilor, ceea ce duce frecvent la diagnostic tardiv și risc crescut de transmitere. Alți factori transversali includ socio-economici precum sărăcia, migrația forței de muncă -externă și internă, mobilitatea crescută și accesul limitat la servicii în zonele rurale[5]

Barierele sistemice din sectorul sănătății afectează în special controlul TB, prin acces limitat la servicii esențiale (inclusiv testarea infecției TB), implementare suboptimală a tratamentului preventiv și acoperire inegală a serviciilor, în special în mediul rural. Deficiențele de infrastructură, distribuția neuniformă a resurselor și integrarea incompletă a serviciilor în asistența medicală primară contribuie la întârzieri în diagnostic și sub-diagnosticare. În paralel, serviciile pentru HIV sunt adesea insuficient adaptate nevoilor populațiilor-cheie, iar lipsa modelelor integrate și centrate pe pacient limitează accesul și continuitatea îngrijirii.

Cadrul normativ-legislativ existent nu asigură pe deplin protecția drepturilor persoanelor afectate. În TB, mecanismele de raportare și soluționare a discriminării sunt insuficiente, iar implicarea limitată și finanțarea nesustenabilă a serviciilor comunitare reduc acoperirea intervențiilor. În HIV, criminalizarea consumului de droguri și a muncii sexuale, alături de lipsa protecției eficiente împotriva discriminării, generează neîncredere și descurajează utilizarea serviciilor.

Scopul și obiectivele planului de tranziție

Scopul general

Scopul general al planului de tranziție este asigurarea tranziției sustenabile și ireversibile de la finanțarea externă (FG) către finanțarea guvernamentală a răspunsului național TB și HIV, garantând continuitatea serviciilor esențiale, în special pentru grupurile-cheie și cele vulnerabile.

Tranziția presupune nu doar preluarea financiară a intervențiilor, dar și integrarea completă a acestora în sistemele naționale de sănătate și protecție socială, inclusiv prin mecanisme durabile de contractare, guvernanță și monitorizare.

[5] https://statistica.gov.md/files/files/publicatii_electronice/acces_servicii_sanatate/Acces_servicii_sanatate_2022.pdf

Obiective specifice:

1. **Identificarea intervențiilor comunitare dependente de finanțarea Fondului Global**. Cartografierea serviciilor implementate de către OSC și finanțate integral sau parțial din sursele FG, cu identificarea celor esențiale pentru continuitatea răspunsului la TB și HIV. *Serviciile vor fi clasificate în funcție de gradul de dependență (complet dependente, parțial integrate, preluate complet de către stat), cu evidențierea celor cu risc crescut de întrerupere după încheierea finanțării FG*.
2. **Explorarea modului de implementare și de finanțare a intervențiilor de către OSC.** Evaluarea structurii actuale de finanțare a serviciilor TB și HIV implementate de OSC, cu accent pe ponderea finanțării externe (FG) în raport cu finanțarea din bugetul public. *Analiza va include identificarea mecanismelor existente de finanțare din buget public (FAOAM/CNAM, buget de stat) și determinarea ponderii alocărilor pentru preluarea acestor servicii*.
3. **Definirea traseului de integrare a serviciilor OSC în sistemul public pentru perioada 2027–2030.** Elaborarea planului etapizat de tranziție pentru preluarea serviciilor comunitare, incluzând clarificarea responsabilităților instituționale (MS, CNAM și alți actori relevanți) și definirea mecanismelor privind integrarea în sistemul de finanțare public. *Procesul va include identificarea ajustărilor necesare la nivel bugetar, legislativ și instituțional, precum și stabilirea indicatorilor pentru monitorizarea progresului*.
4. **Consolidarea cadrului instituțional și financiar pentru preluarea graduală a serviciilor comunitare implementate de OSC și reducerea dependenței de finanțarea FG.** Identificarea intervențiilor care necesită suport temporar și direcționarea resurselor către consolidarea capacității instituționale, dezvoltarea mecanismelor de contractare și integrarea serviciilor în sistemul public, în vederea eliminării progresive a dependenței de finanțare FG.

Metodologie

Elaborarea planului de tranziție TB/HIV s-a bazat pe o metodologie mixtă, care a integrat analiza datelor epidemiologice și financiare cu evaluarea intervențiilor implementate de OSC, precum și consultări cu actorii instituționali și comunitari, intervențiile fiind ulterior prioritizate în funcție de impact și fezabilitatea preluării din sursele bugetare naționale.

Surse de date și informații

Elaborarea planului de tranziție a avut drept bază un set divers de surse de date cantitative și calitative și care au inclus:

Analiza cadrului normativ și de reglementare relevant pentru implementarea Programelor Naționale TB și HIV/SIDA, ITS și hepatitelor virale B, C și D, incluzând actele legislative și normative (legi, hotărâri de Guvern, ordine), documentele programatice și tehnice (ghiduri, protocoale și proceduri operaționale), precum și recomandările și standardele internaționale de referință - *identificarea oportunităților și constrângerilor pentru procesul de tranziție și sustenabilitate*.

Analiza datelor epidemiologice: indicatori privind incidența, prevalența, mortalitatea și acoperirea serviciilor TB și HIV; date din sistemele naționale de supraveghere (SIME TB, SIME HIV), precum și din rapoarte internaționale (OMS, Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor/ECDC) - *analiza tendințelor epidemiologice, identificarea grupurilor și și estimarea necesităților de servicii și intervenții*.

Analiza documentelor programatice și financiare: bugetele Programelor naționale TB și HIV, granturile FG, rapoarte de performanță; cerințe și ghiduri ale FG pentru GC8, inclusiv referitor la tranziție și sustenabilitate; scrisoarea de alocare GC8 și documentele aferente procesului de aplicare - *evaluarea structurii și mecanismelor de finanțare, a costurilor intervențiilor, a gradului de dependență de resursele externe și a perspectivelor de preluare a finanțării din surse naționale*.

Analiza evaluărilor și a datelor de monitorizare comunitară: rezultate ale monitorizării serviciilor din perspectiva beneficiarilor, studii privind barierele de acces, stigmatizarea și discriminarea, evaluări ale calității serviciilor și analize tematice privind serviciile comunitare, drepturile omului și implicarea OSC, rapoarte de evaluări ale Programelor naționale TB și HIV, dar și rapoarte ale evaluărilor internaționale și care au permis *evaluarea accesibilității, acceptabilității și calității serviciilor, precum și identificarea barierelor și necesităților specifice ale grupurilor vulnerabile și populațiilor-cheie*.

Integrarea și triangularea informațiilor sistematizate au permis identificarea priorităților pentru perioada de tranziție în contextul sustenabilității financiare, instituționale și programatice a răspunsului național la TB și HIV.

Procesul de consultare și implicare a părților interesate

Procesul de elaborare a planului de tranziție a inclus o componentă participativă, bazată pe consultări cu comunitățile afectate și actorii relevanți, în conformitate cu principiile FG.

Componenta TB

În luna mai 2026 au fost organizate trei consultări online cu reprezentanții OSC active în domeniul TB și ai comunității TB (6 mai – 15 participanți, dintre care 11 femei și 4 bărbați; 13 mai – 11 participanți, dintre care 9 femei și 2 bărbați; 26 mai – 14 participanți, dintre care 12 femei și 2 bărbați). Scopul consultărilor a fost identificarea direcțiilor prioritare de activitate pentru perioada 2027–2029, consolidarea implicării OSC în planificarea și implementarea intervențiilor din cadrul ciclului de finanțare GC8 al FG și discutarea priorităților aferente procesului de tranziție către sustenabilitatea serviciilor TB prin finanțare națională și suportul FG.

Discuțiile au vizat, de asemenea, capacitatea organizațională a OSC de a răspunde cerințelor privind auditul, controlul financiar, conformitatea contractuală și sustenabilitatea instituțională în contextul extinderii finanțării publice a serviciilor comunitare. Un accent deosebit a fost pus pe evaluarea progreselor realizate în perioada GC7, promovarea priorităților OSC în domeniul TB și formularea contribuțiilor pentru elaborarea aplicației de țară către FG pentru perioada 2027–2029. Participanții au subliniat necesitatea unui proces transparent și bazat pe dovezi de prioritizare a intervențiilor propuse, ținând cont de relevanță, impact, sustenabilitate și oportunitățile de finanțare disponibile.

În perioada 22–24 iunie 2026 s-a desfășurat un atelier de lucru cu prezență fizică cu genericul *Implicarea comunităților și societății civile în procesele Fondului Global: elaborarea aplicației de țară în cadrul ciclului de finanțare GC8 – prioritățile comunității și societății civile.* Obiectivele atelierului: (i) alinierea intervențiilor prioritizate la strategiile naționale în domeniul TB și la ghidurile tehnice ale FG; (ii) clasificarea și prioritizarea intervențiilor propuse; și (iii) validarea acestora prin consens.

În cadrul atelierului au fost discutate și validate prioritățile comunitare pentru componenta TB, aliniate la recomandările și cerințele FG și analizat feedbackul privind constatările asistenței tehnice aferente Inițiativei Strategice a FG. Rezultatele consultărilor au fost sistematizate într-un raport care reflectă modul în care perspectivele comunității au fost colectate, analizate și prioritizate pentru a contribui la

elaborarea aplicației GC8, a răspunsului național la TB și a strategiilor de tranziție către sustenabilitate. La eveniment au participat 25 de reprezentanți din 10 OSC, dintre care 20 femei și 5 bărbați.

Componenta HIV

Dialogul și consultarea cu comunitatea HIV au constituit elemente esențiale in procesul de elaborare a acestui raport și modul în care este conceptualizat planul de tranziție și GC8 din perspectiva nevoilor reale ale persoanelor afectate și ale OSC prestatoare de servicii. Acest dialog a avut drept scop creșterea legitimității deciziilor și garantarea continuității și relevanței serviciilor în procesul de transfer către finanțarea domestică. La data de 15-17 mai 2026 a fost organizat atelierul de analiză și elaborare a propunerilor din partea OSC și a Comitetului KAP pentru GC8 la care au participat 15 persoane. În cadrul atelierului au fost documentate propunerile și prioritățile participanților pentru fiecare dintre componentele Programului Național, precum și în raport cu recomandările scrisorii de alocare emisă de către Fondul Global în privința obiectivelor grantului de țară în cadrul GC8.

Adițional, au avut loc câteva consultări online cu reprezentanții organizațiilor societății civile active în domeniul HIV și cu membri ai comunităților cheie afectate. Scopul reuniunilor a fost analiza propunerilor Grupului tehnic de lucru al CNC TB/SIDA pentru conținutul grantului pentru perioada 2027–2029, scenariile de sustenabilitate propuse și relevanța lor pentru intervențiile asigurate de OSC în cadrul Programului Național. Un subiect aparte l-a constituit subiectul menținerii rolului OSC în planificarea și implementarea intervențiilor GC8 și discutarea pașilor necesari pentru tranziția serviciilor HIV către finanțare națională, cu sprijin catalitic din partea FG.

Cadrul de analiză și prioritizare a intervențiilor pentru tranziție

Procesul de evaluare și prioritizare a intervențiilor incluse în răspunsul național la HIV și TB a avut la bază o abordare structurată, orientată spre sustenabilitate, impact și fezabilitatea preluării de către sistemele naționale. Analiza a urmărit identificarea intervențiilor care pot fi integrate în mecanismele naționale de finanțare și implementare, precum și a celor care necesită măsuri suplimentare de pregătire pentru tranziție.

Evaluarea intervențiilor s-a realizat în baza următoarelor criterii:

- Impact asupra sănătății publice – contribuția intervenției la reducerea incidenței, mortalității și transmiterii HIV și TB, precum și relevanța pentru atingerea obiectivelor programelor naționale;
- Sustenabilitate – existența sau posibilitatea dezvoltării mecanismelor naționale de finanțare, nivelul de integrare în sistemul public și gradul de dependență de finanțarea FG;
- Fezabilitate – capacitatea instituțională de preluare, existența cadrului normativ și operațional necesar, precum și complexitatea procesului de implementare și absorbție;
- Echitate și acces (criteriu transversal) – contribuția la menținerea și extinderea accesului la servicii pentru populațiile-cheie, grupurile vulnerabile și comunitățile greu accesibile

În baza criteriilor, intervențiile au fost analizate și clasificate în funcție de nivelul de pregătire pentru tranziție și de necesitatea măsurilor suplimentare de consolidare (Tabel 1).

Tabel 1. Clasificarea intervențiilor în funcție de nivelul de pregătire pentru tranziție

Categorie		Descriere
I	Tranziție completă înainte de GC7	Finanțat și gestionat deja integral sau aproape integral prin sisteme naționale
II	Tranziție parțială, în curs de tranziție în cadrul GC7	Există finanțare națională, dar FG a acoperit încă o parte din costuri sau o funcție esențială în GC7
III	Tranziție planificată în timpul GC8	Preluarea la nivel național este fezabilă în perioada 2027–2029, cu etape anuale clare
IV	Este nevoie de suport catalizator suplimentar pentru tranziție	Este nevoie de suport pentru a permite instituționalizarea, contractarea, achizițiile, integrarea sau reforma

Limitări

Elaborarea planului de tranziție a fost supus unor limitări care trebuie luate în considerare:

- Lipsa versiunilor finale ale Planurilor de sustenabilitate pentru ambele componente și lipsa versiunii finale a Programului Național de prevenire HIV, ITS, hepatite virale B, C, D;
- **Disponibilitatea și calitatea datelor** - diferențe între surse (naționale vs. internaționale), limitări în datele dezagregate (ex. grupuri cheie, regiuni);
- **Incertitudini legate de finanțare** - evoluția bugetelor naționale și constrângerile macroeconomice, gradul de angajament al diferitelor instituții;
- **Variabilitate instituțională și teritorială** - diferențe între regiuni (inclusiv mal drept / mal stâng), capacități instituționale neuniforme;
- **Limitări ale procesului de consultare** - reprezentativitate variabilă a grupurilor, constrângeri de timp și resurse.

Componenta TB

Portofoliu de intervenții privind răspunsul la TB

Implicarea comunitară în depistare activă a tuberculozei și screening-ul populațiilor cu risc sporit

Aliniere cu PNRT – *Obiectivul specific 1. Asigurarea screening-ului sistematic pentru tuberculoza activă în rândul persoanelor din grupurile cu risc sporit, inclusiv contactele cu bolnavii de tuberculoză și cu persoanele vulnerabile, cu o acoperire de cel puțin 90%, până la sfârșitul anului 2030.*

Intervenția contribuie la atingerea obiectivului 1 prin extinderea screening-ului în rândul grupurilor vulnerabile cu risc crescut pentru TB precum persoane contacte, persoane fără adăpost și/sau în situații de vulnerabilitate socială, persoane eliberate din detenție, PTH, PCD/PCDI, persoane migrante, persoane cu modificări pulmonare nespecifice și alte grupuri cu bariere de acces la servicii medicale.

Rolul comunitar în depistarea activă TB și screening-ul populațiilor cu risc sporit

Implicarea comunitară în depistarea activă a TB și screening complimentează intervențiile instituționale (radiografie mobilă, diagnostic la nivel de AMP și servicii specializate), oferind un model flexibil, descentralizat și orientat către nevoile populațiilor-cheie, axându-se pe:

- identificarea și mobilizarea grupurilor vulnerabile care nu accesează serviciile medicale
- realizarea screening-ului comunitar (inclusiv prin utilizarea instalațiilor radiologice ultra-portabile și alte instrumente de triaj)
- facilitarea referirii către servicii de diagnostic TB, inclusiv acompaniere în navigarea sistemului
- asigurarea continuității contactului cu beneficiarii pe parcursul procesului de diagnostic
- colectarea și raportarea datelor privind screening-ul și accesul la servicii, integrate ulterior în sistemul de raportare național

Model actual de implementare privind implicarea comunitară în depistare activă a TB și screening-ul populațiilor cu risc sporit

Screening-ul comunitar este implementat de către OSC prin echipe mobile de lucrători în teren (1-3 persoane) care desfășoară activități direct în comunitate și asigură identificarea activă a persoanelor din grupurile vulnerabile și referirea acestora către serviciile de diagnostic TB din cadrul IMSP la nivel teritorial/raional. Modelul de implementare este complementar sistemului de sănătate, intervențiile OSC fiind integrate funcțional în traseul pacientului prin mecanisme de referire și acompaniere către serviciile de diagnostic (examene radiologice, testare de laborator) și colaborare cu serviciul TB la nivel local și național.

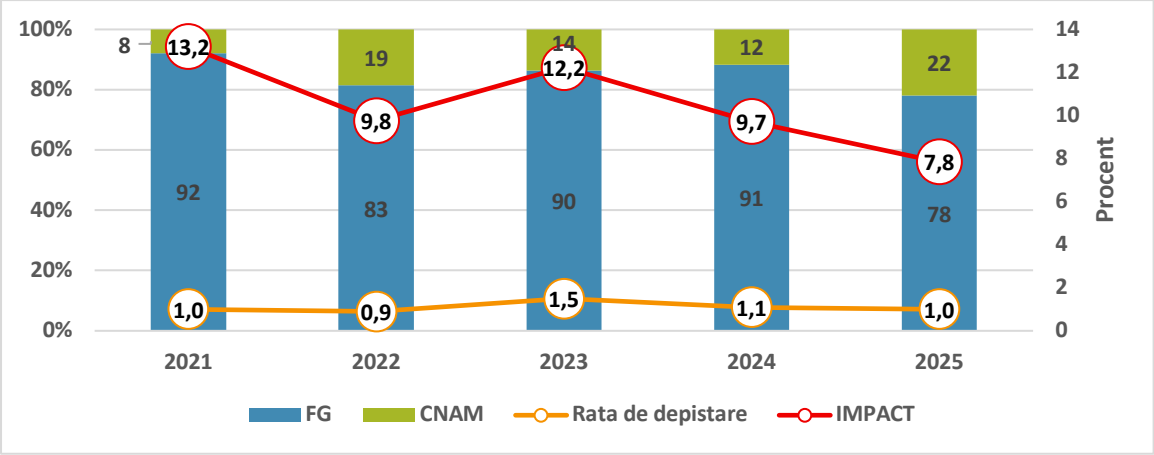
În perioada anilor 2021–2025, anual au fost examinate între 13.768 și 27.664 persoane, cu o rată de depistare de 0.9–1.5%. Contribuția OSC la depistarea cazurilor TB a fost de 13% în 2021 și 7.8% în 2025, pondere calculată din total cazuri TB notificate la nivel național. Rata de depistare a rămas înaltă pe întreaga perioadă, variind între 858,4 și 1.445,4 la 100.000 persoane examinate, ceea ce sugerează o bună orientare a screening-ului către grupurile cu risc sporit de TB (Figura 1).

NB! Scăderea ponderii contribuției OSC trebuie interpretată în contextul modificării grupurilor-țintă de risc pentru OSC și evoluției epidemiologice, în special al reducerii incidenței TB. Odată cu scăderea prevalenței în populație, randamentul screening-ului (yield) scade, fiind necesară examinarea unui număr mai mare de persoane pentru identificarea unui caz de TB [8].

Se evidențiază preluarea graduală a activităților de depistare activă a TB, realizată pe malul drept din sursele publice. În prezent, finanțarea screening-ului comunitar este mixtă, fiind asigurată atât din sursele FG, cât și din bugetul CNAM. Ponderea finanțării s-a majorat de la 8% (2021) la 22% (2025), reflectând integrarea treptată a screening-ului comunitar în sistemul public de finanțare (Figura 1).

De menționat că screening-ul comunitar în regiune rămâne dependent integral de finanțarea FG, fără mecanisme funcționale de integrare în sistemul de finanțare și contractare din surse publice.

Figura 1. Structura finanțării, eficienței depistării și impactului intervențiilor de depistare activă a TB în perioada 2021–2025, în contextul tranziției de la finanțarea FG către surse naționale



*Structura de finanțare calculată estimativ din numărul total de persoane examinate (%)
** Rata de depistare – ponderea persoanelor diagnosticate cu TB din numărul de persoane examinate
*** IMPACT – ponderea cazurilor de TB depistate de OSC din total de cazuri notificate cu TB (național)[6]

Provocări de tranziție și dependența de finanțarea FG privind implicarea comunitară în depistare activă a TB și screening-ul populațiilor cu risc sporit

În pofida progreselor în perioada GC7, unde modelul comunitar și-a demonstrat fezabilitatea și impactul, integrarea acestuia în mecanismele de finanțare din bugetul public rămâne incompletă. Dependenta de finanțarea externă a FG se menține din cauza faptului că serviciile comunitare de depistare activă și screening nu sunt pe deplin standardizate, cuantificate și integrate în pachetele de servicii finanțate din sursele CNAM. În consecință, o parte dintre intervenții continuă să funcționeze în regim paralel. Principalele bariere care ar putea limita tranziția includ:

- cadrul funcțional rigid și incomplet pentru contractarea și acreditarea OSC
- metodologii incomplete și în schimbare privind cuantificarea și costul pachetul de screening comunitar care să permită includerea serviciilor comunitare în mecanismele de finanțare publică
- lipsa mecanismului de validare a unor grupuri vulnerabile (persoane fără adăpost, fără acte, migrante) pentru screening-ul comunitar

6 Ponderea persoanelor cu TB activă depistate cu suportul organizațiilor societății civile (%), indicator OMS

- integrarea incompletă a datelor generate de OSC în SIME TB;
- validare incompletă a cazurilor depistate (indicator existent de validare doar în baza cazurilor/persoanelor înrolate în tratament și introduse în SIMETB și nu comparativ cu cazurile depistate cu TB în aceleași grupuri de risc la nivel de AMP/Pulmoscan)
- capacitatea OSC dependentă de suportul FG pentru formare, inclusiv utilizarea echipamentelor (instalații ultra-portabile), implementarea standardelor și raportarea datelor;
- fragmentarea coordonării între OSC, AMP și serviciul TB (documente operaționale de referire, colaborare și monitorizare a traseului pacientului în procesul de screening și diagnostic).
- dependența de FG pentru costuri operaționale, inclusiv pentru activitățile în teren, mobilizare comunitară și utilizarea echipamentelor de screening.

La nivel de PNRT, se observă diferențe între tipurile de intervenții și modalitatea de tranziție. Intervențiile bazate pe infrastructură și implementate predominant prin sistemul public (screening prin unități mobile digitale sau activitățile de depistare în penitenciare) au o traiectorie de tranziție mai clară și un potențial mai înalt de integrare. În schimb, intervențiile implementate prin OSC (screening, utilizarea ultra-portabilelor) rămân dependente în mare parte de FG și de capacitatea sistemului de a dezvolta și prelua mecanisme noi.

Un nivel suplimentar de complexitate îl au intervențiile implementate în regiunea de est, unde constrângerile de reglementare, finanțare și integrare instituțională limitează capacitatea de preluare de către sistemul public. În aceste condiții, intervențiile comunitare din această regiune rămân integral dependente de finanțarea externă (FG) și de mecanisme operaționale specifice, ceea ce le plasează într-o categorie de risc înalt în contextul tranziției.

Tabel 2. Clasificarea intervențiilor de depistare activă a TB și screening-ul populațiilor cu risc sporit după nivelul de dependență de FG

Intervenție	**Categorie tranziție**	**OSC**	**Comentarii**
Screening cu instalații X-ray mobile digitale	Categoria II	M&E	Investiții majore (AI, PACS, tele-radiologie), cu integrare progresivă în sistemul public (MS/CNAM). Tranziția este fezabilă prin preluarea costurilor.
Activități depistare activă și screening în penitenciare	Categoria II	M&E	Intervenții instituționalizate, implementate prin sistemul public (AMP și serviciile medicale). Tranziția este fezabilă prin integrarea completă în sistemele publice existente.
Screening cu instalații X-ray ultra-portabile	Categoria III	√	Model operațional flexibil, implementat inclusiv de OSC la nivel comunitar. Tranziția este fezabilă posibilă, dar necesită suport catalizator.
Screening comunitar realizat prin OSC	Categoria III	√	Implementată exclusiv prin OSC și este puternic dependentă de finanțarea FG. Necesită dezvoltarea mecanismelor pentru preluare, altfel riscul de discontinuitate în tranziție este înalt.
Politici și reglementare pentru contractare OSC	Categoria III	√	Condiție critică pentru preluarea serviciilor comunitare de către sistemul public. Necesită dezvoltarea standardelor de acreditare, a mecanismelor de contractare și a surselor de finanțare pentru asigurarea continuității serviciilor prestate de OSC
Depistare activă și screening comunitar în regiunea de est	Categoria IV	√	Intervenție critică pentru populații greu accesibile, dependentă integral de finanțarea FG și de capacitatea OSC de implementare în context administrativ specific. Constrângerile legate de reglementare și finanțare și limitează preluarea de către sistemul public. Necesită

Intervenție	Categorie tranziție	OSC	Comentarii
			suport catalizator extins și mecanisme adaptate pentru asigurarea continuității serviciilor în tranziție.
Screening comunitar realizat prin OSC 20% din planificare	PAAR	√	Intervenție critică; din cauza limitărilor de alocare, 20% din numărul de beneficiari, estimați inițial a fost transferat în PAAR.
Politici și reglementare contractare OSC *(costificare servicii screening comunitar, inclusiv ultra-portabile și Pulmoscan)*	PAAR	√	Activitate catalitică necesară pentru fundamentarea costurilor serviciilor de screening comunitar și dezvoltarea mecanismelor de contractare publică. Va facilita integrarea serviciilor prestate de OSC în mecanismele naționale și locale de finanțare și contractare

√ - indică implicarea nemijlocită a OSC și rețelelor comunitare în implementarea intervenției
M&E – implicarea OSC și rețelelor comunitare în monitorizarea implementării intervenției
PAAR - Prioritized Above Allocation Request

Pași de tranziție și traseu de integrare privind implicarea comunitară în depistare activă a TB și screening-ul populațiilor cu risc sporit în sistemul public

Tranziția către finanțare sustenabilă presupune dezvoltarea unui set integrat de mecanisme care să permită transformarea intervenției din modelul actual (bazat pe proiect FG) în serviciu contractabil și sistematic finanțat din sursele bugetului public. Astfel, pentru instituționalizarea și operaționalizarea screening-ului comunitar TB în cadrul sistemului public, se vor implementa următorii pași:

Elaborarea cadrului operațional pentru instituționalizarea, implementarea și contractarea serviciilor de screening TB comunitar

- Cadru legal pentru contractare socială al OSC (actualizarea cadrului legal-normativ care să recunoască explicit serviciile TB în mecanismul de finanțare publică a societății civile, nu doar din fondul de profilaxie);
- Dezvoltarea și aprobarea standardelor de acreditare și de funcționare în calitate de prestator de servicii pentru OSC active în domeniul TB;
- Operaționalizarea mecanismului de contractarea serviciului de screening comunitar pentru toate modelele operaționale (inclusiv cu echipament radiologic ultra-portabil);
- Aprobarea unui Ghid național de screening comunitar TB (criterii de eligibilitate, algoritmi de triaj, trasee de referire, colaborare OSC–AMP-ANSP-APL-PNRT);
- Mecanism de validare a grupurilor vulnerabile (persoane fără adăpost, fără acte, persoane migrante, etc.) pentru toate modelele operaționale dezvoltate.

NB! Fără standarde de acreditare și fără mecanism de validare, politici de contractarea serviciilor comunitare rămâne fragilă, iar lipsa documentelor de identitate sau a unei încadrări formale a vulnerabilității poate deveni o barieră de sustenabilitate, cu impact direct asupra depistării precoce, continuității referirii și protecției sănătății publice.

Dezvoltarea modelelor și cuantificarea serviciilor de screening – vor permite trecerea de la finanțarea bazată pe proiect (FG) la modelul bazat pe servicii standardizate, clar definite și contractabile.

- Modele operaționale de contractare a serviciilor de screening TB (servicii cuantificate, criterii de eligibilitate pentru OSC, indicatori de performanță și mecanisme de raportare), care să includă:
    - metodologie distinctă de cuantificare și cost pentru screening-ul TB cu suportul OSC;

- metodologie distinctă de cuantificare și cost pentru screening-ul radiologic cu echipamente ultra-portabile realizat cu suportul OSC;
- metodologie distinctă de cuantificare pentru screening-ul radiologic Pulmoscan.

Monitorizarea accesului și utilizării serviciilor de screening de către populațiile vulnerabile – va permite evaluarea impactului intervențiilor și ajustarea acestora în funcție de lacunele identificate.

- Mecanism CLM legat de contractele OSC, cu indicatori de experiență a beneficiarilor și cu obligație de răspuns a MS/CNAM la constatări;
- Integrarea datelor OSC în rapoartele PNRT (indicatori de screening comunitar în SIME TB);
- Revizuirea anuală a tranziției (SIME TB, scorecard de acoperire a grupurilor vulnerabile, referiri finalizate, timpi de acces la diagnostic).

Responsabili:

- MS – reglementarea intervenției și integrarea acesteia în politicile naționale TB
- CNAM – contractarea serviciilor de screening comunitar și finanțarea activităților operaționale prestate de OSC, conform pachetului de servicii aprobat
- OSC – implementarea activităților de screening la nivel comunitar, mobilizarea populațiilor vulnerabile și prestarea serviciilor în teren, în baza contractelor și procedurilor stabilite

Tranziția screening-ului comunitar TB de la finanțare din sursele FG către finanțare publică este planificată într-un proces etapizat, bazat pe extinderea progresivă a mecanismelor de contractare și integrarea serviciilor comunitare în pachetele finanțate din sursele naționale (CNAM).

Tabel 3. Etapele de tranziție și livrabile aferente pentru integrarea comunitară în depistare activă a TB și screening-ul populațiilor cu risc sporit în sistemul public de finanțare (malul drept), 2027–2030

Livrabile și indicatori
2027 - Pre-tranziție: consolidarea cadrului operațional co-finațare
• Cadru legal pentru contractare socială al OSC elaborat • Standarde de funcționare și acreditare a OSC elaborate • Ghid național de screening comunitar elaborat • Mecanism de contractare a screening-ului comunitar revizuit • *Servicii de screening comunitar TB cuantificate (inclusiv ultra-portabile și Pulmoscan) PAAR* • Mecanism de validare a beneficiarilor vulnerabili dezvoltat/aplicat • Mecanism de validare a cazului sugestiv TB la nivel de AMP versul caz declarat în SIMETB • *Modele operaționale de contractare elaborate și validate (Exclus)* • Contractarea CNAM-OSC pentru servicii de screening comunitar (% OSC contractate, % fonduri publice alocate) • Mecanisme de M&E comunitară elaborate și aplicate
2028 - Tranziție activă: extindere co-finanțare
• Operaționalizarea standardelor de funcționare și acreditare a OSC • Ponderea OSC funcționale și acreditate • Contractarea CNAM-OSC pentru servicii de screening comunitar (% OSC contractate, % fonduri publice alocate) • Mecanisme de M&E comunitară aplicate (raport elaborat)
2029 – Preluare majoritară de către sistemul public
• Contractarea CNAM-OSC pentru servicii de screening comunitar (% OSC contractate, % fonduri publice alocate) • Mecanisme de M&E comunitară aplicate (raport elaborat)

2030 – Post-tranziție: sustenabilitate
• Screening-ul comunitar - serviciu standardizat și contractat regulat din surse CNAM (% OSC contractate, % fonduri publice alocate) • Mecanismele de M&E comunitară asigură menținerea accesului pentru grupurile vulnerabile (raport elaborat)

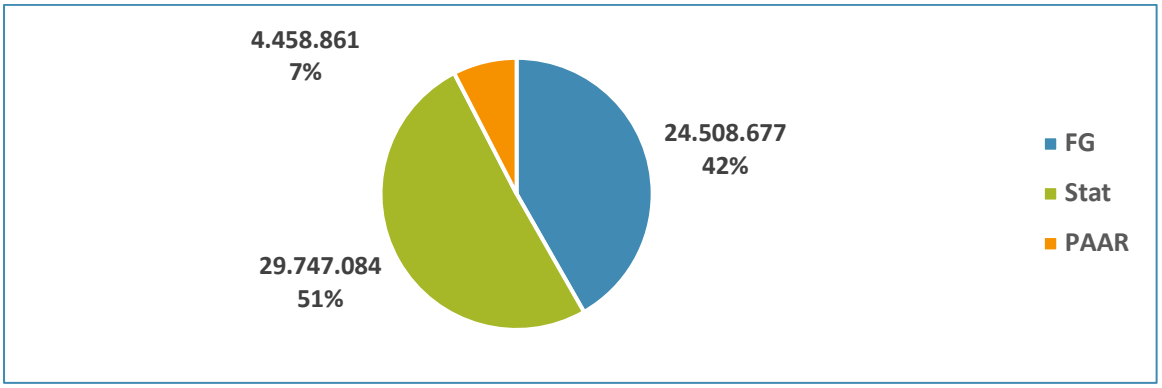
Monitorizarea accesului la serviciile de screening a grupurilor vulnerabile pe durata perioadei de tranziție și executarea angajamentelor. M&E prin prisma mecanismelor conduse de comunitate (CLM) va urmări în timp atingerea acoperirii planificate, identificarea lacunelor de acces și respectării angajamentelor asumate de către instituțiile publice responsabile (MS, CNAM). OSC vor asigura colectarea și analiza datelor privind accesul populațiilor vulnerabile la servicii, identificarea obstacolelor și a barierelor de acces. În același timp, mecanismul va permite intervenții corective în timp util și va asigură că tranziția nu afectează disproporționat populațiile vulnerabile.

Planificare financiară privind implicarea comunitară în depistarea activă a TB

Bugetul aferent intervențiilor privind implicarea comunitară în depistarea activă a TB (screening-ul comunitar) a fost estimat la 58,76 milioane MDL pentru perioada 2027–2029. Intervențiile incluse spre finanțare constituie 54,26 milioane MDL dintre care 24,68 milioane MDL vor fi acoperite din sursele FG, iar 29,75 milioane MDL din sursele naționale). Intervențiile incluse în PAAR - 4,46 milioane MDL (7,6% din estimarea integrală pentru 2027-2029) (Figura 2).

Intervențiile incluse în PAAR în valoare de 4,46 milioane MDL, includ mai multe activități importante pentru consolidarea sustenabilității pe termen lung, precum extinderea screening-ului comunitar și dezvoltarea mecanismelor de costificare a serviciilor, însă nu au fost incluse pentru putut fi finanțate din cauza în limitărilor alocării disponibile. Mobilizarea resurselor suplimentare ar permite accelerarea procesului de tranziție și consolidarea capacității sistemului de a absorbi și contracta serviciile comunitare de screening TB după retragerea finanțării FG (Figura 2, Tabel 4).

Figura 2. Structura bugetului estimat privind intervențiile screening-ului comunitar, 2027-2029



Se evidențiază o tranziție graduală a responsabilității financiare de la FG către sursele naționale pentru intervențiile de implicare comunitară în depistarea activă a TB și screening-ul grupurilor vulnerabile. În perioada 2027–2030, bugetul estimat este de 73,11 milioane MDL, din care 24,51 milioane MDL (33,5%) urmează să fie acoperite din sursele FG, iar 48,60 milioane MDL (66,5%) din surse naționale. Ponderea finanțării naționale crește constant de la 35,7% (6,25 milioane MDL) în anul 2027 la 52,4% (9,38 milioane MDL) în anul 2028 și 74,9% (14,11 milioane MDL) în anul 2029, demonstrând o preluare

progresivă a costurilor de către sistemul public. În anul 2030, activitățile sunt planificate să fie finanțate integral din surse naționale, în valoare de 18,86 milioane MDL (Tabel 4).

În **regiunea de est**, screening-ul comunitar rămâne limitat de constrângerile de integrare instituțională și mecanismele de finanțare publică. Astfel, în perioada tranziției, se va asigura implementarea serviciilor de screening comunitar prin finanțare integrală din FG, în baza unui pachet dedicat pentru circa 2.684 beneficiari anual, cu un cost anual de aproximativ 2,2 milioane MDL. Totodată, începând cu anul 2028 intervențiile se vor axa inclusiv pe consolidarea activităților de pledoarie și dialog politic, cu scopul de a mobiliza resurse din bugetele locale pentru screening-ul comunitar (Tabel 4).

Tabel 4. Planificarea financiară în etapele de tranziție privind screening-ul TB comunitar, 2027–2030 (MDL)

	Activități principale		Sursa	2027	2028	2029	2030
GC8	Screening (grupuri vulnerabile) realizat prin OSC	Malul drept	FG	7.503.439	5.002.292	2.501.146	
			Stat	6.253.283	9.379.507	12.506.566	15.007.712
		Regiunea de est	FG	2.239.932	2.239.932	2.239.932	
			Stat				2.239.932
GC8	Screening (cu ultra-portabile) realizat prin OSC	Malul drept	FG	1.266.662	1.266.662		
			Stat			1.583.328	1.583.328
GC8	Elaborare modele operaționale de contractare pentru serviciile de screening comunitar		FG	99.160			
			Stat			24.400	24.400
GC8	Elaborare standardelor de funcționare și acreditare a prestatorilor comunitari		FG	99.160			
GC8	Elaborarea mecanismului de validare a grupurilor vulnerabile		FG	50.360			
PAAR	Screening (grupuri vulnerabile) realizat prin OSC (malul drept)		FG	1.838.006	1.225.337	612.668	
PAAR	Screening (cu ultra-portabile) realizat prin OSC (malul drept)		FG	316.665	316.665		
PAAR	Costificare servicii de screening TB prin OSC		FG	74.760			
			Stat			24.400	24.400
PAAR	Costificare servicii de screening prin radiografie ultra-portabilă și Pulmoscan		FG	74.760			
			Stat			24.400	24.400

NB! Abordările actuale de planificare și bugetare în cadrul GC8, care cuantifică contribuția OSC exclusiv prin prisma zilelor-expert, fără a include costurile de management, coordonare și suport administrativ ar putea conduce la diminuarea capacității organizaționale, pierderea memoriei instituționale și limitarea posibilităților de integrare și valorificare a experienței, metodologiilor și instrumentelor dezvoltate.

Riscuri reziduale după tranziția de la Fondul Global privind implicarea comunitară în depistare activă a TB și screening-ul populațiilor cu risc sporit

Dintre riscurile identificate, cele mai critice sunt întreruperea serviciilor comunitare și reducerea volumului de screening în rândul populațiilor vulnerabile, având o probabilitate înaltă în absența mecanismelor funcționale de contractare din bugetul public. Acestea ar duce la consecințe precum: reducerea acoperirii cu screening a persoanelor din grupurile vulnerabile, creșterea numărului de cazuri nediagnosticate și depistate tardiv, precum și intensificarea transmiterii TB în comunitate. În

timp, toate acestea pot duce la creșterea incidenței și pot agrava povara TB, afectând sustenabilitatea răspunsului național privind controlul TB.

Din perspectivă strategică, implicarea OSC în activități de depistare TB nu este doar complementară, dar și necesară pentru sustenabilitatea intervenției. Screening-ul comunitar permite atingerea populațiilor vulnerabile și greu accesibile la costuri relativ reduse comparativ cu depistarea pasivă.

Tabel 5. Riscuri reziduale și măsuri de redresare aferente tranziției screening-ului TB comunitar către finanțarea publică, 2027–2030

Risc / probabilitate	Impact sau consecințe	Acțiuni de redresare
Risc de subfinanțare a serviciilor de depistare activă și screening TB (inclusiv prin OSC și tehnologii mobile) *Probabilitate: medie*	**Consecințe programatice** • Reducerea volumului de screening comunitar în populațiile vulnerabile • Discontinuitatea activităților implementate de OSC • Limitarea accesului la servicii pentru grupurile greu accesibile **Impact major** • Creșterea cazurilor nediagnosticate sau diagnosticate tardiv • Menținerea transmiterii TB	• Menținerea unui pachet minim de servicii de screening comunitar prin mecanisme tranzitorii • Prioritizarea intervențiilor în populațiile cu risc sporit • Activități de pledoarie pentru includerea serviciilor de screening în pachetele contractate de CNAM
Risc de neacreditare sau acreditare incompletă a OSC ca prestatori de servicii *Probabilitate: înaltă*	**Consecințe programatice** • Număr limitat de OSC eligibile pentru contractare prin CNAM • Întârzierea implementării serviciilor de screening comunitar • Acoperire redusă a intervențiilor în populațiile vulnerabile **Impact major** • Creșterea cazurilor nediagnosticate sau diagnosticate tardiv • Menținerea transmiterii TB	• Simplificarea și clarificarea procedurilor administrative de acreditare și contractare pentru serviciile comunitare • Suport tehnic pentru OSC în procesul de acreditare și conformare la cerințe • Menținerea suportului financiar în perioada de tranziție pentru evitarea întreruperii serviciilor în comunitățile vulnerabile
Risc de pierdere a capacității operaționale a OSC în screening comunitar TB *Probabilitate: medie-înaltă*	**Consecințe programatice** • Reducerea activităților de outreach și identificare activă • Pierderea personalului instruit (navigatori comunitari, outreach) **Impact major** • Reducerea depistării precoce în grupurile greu accesibile • Menținerea transmiterii TB	• Asigurarea continuității finanțării în perioada de tranziție • Diversificarea surselor de finanțare, prin alte mecanisme publice disponibile • Dezvoltarea și implementarea mecanismelor de retenție a personalului-cheie din cadrul OSC • Integrarea OSC în mecanismele naționale de prestare a serviciilor
Risc de implementare incompletă a mecanismului de validare a grupurilor vulnerabile *Probabilitate: medie*	**Consecințe programatice** • Imposibilitatea includerii persoanelor vulnerabile în serviciile contractate CNAM • Reducerea acoperirii screening-ului în grupurile vulnerabile țintite **Impact major** • Creșterea cazurilor nediagnosticate sau diagnosticate tardiv • Menținerea transmiterii TB	• Mecanisme alternative de confirmare/validare a eligibilității beneficiarilor • Proceduri simplificate privind validarea provizorie până la remedierea deficiențelor • Utilizarea confirmării beneficiarilor prin OSC și rețele comunitare ca mecanism operațional recunoscut • Monitorizarea aplicării mecanismului CLM și intervenții

Risc / probabilitate	Impact sau consecințe	Acțiuni de redresare
		corective imediate în caz de ne-validarea beneficiarilor
Reducerea screening-ului comunitar în regiunea de est *Probabilitate: înaltă*	**Consecințe programatice** • Limitarea intervențiilor comunitare în regiune • Lipsa continuității serviciilor OSC • Acoperire redusă a populațiilor vulnerabile **Impact major** • Menținerea transmiterii TB	• Menținerea intervențiilor prin finanțare continuă FG • Consolidarea parteneriatelor cu autoritățile locale, instituțiile medicale și organizațiile comunitare pentru mobilizarea resurselor suplimentare • Consolidarea activităților de pledoarie pentru mobilizarea resurselor locale

Implicarea comunitară în diagnosticul TB

Aliniere PNRT - *Obiectivului specific 2 - asigurarea diagnosticului precoce al tuturor formelor de TB și accesul universal la testarea sensibilității la medicamente, cu identificarea a cel puțin 75% dintre cazurile estimate de TB rezistentă la Rifampicină și multidrogrezistentă până la sfârșitul anului 2030*

Rolul comunitar în diagnosticul TB

Rolul OSC în componenta de diagnostic TB este de a interveni în punctele critice ale traseului pacientului, în special în etapele pre- și post-diagnostic. Traseu de implicare comunitară în diagnosticul TB este integrat operațional în intervenția de screening comunitar, unde activitățile de identificare, referire și facilitare a accesului la investigații constituie etape esențiale ale cascadei de depistare precoce a TB. Serviciile acoperite de către OSC la nivel de comunitate includ:

- identificarea persoanelor cu simptome sugestive de TB și referirea către serviciul de diagnostic;
- suport în respectarea traseului diagnostic prin facilitarea accesului beneficiarilor la investigații;
- reducerea pierderilor înainte de confirmarea diagnosticului de TB;
- informare pentru creșterea cererii pentru serviciile de diagnostic TB, inclusiv diagnosticele inovative;
- consiliere și informare pentru creșterea acceptabilității serviciilor de diagnostic, reducerea stigmei;
- suport în depășirea barierelor administrative și sociale de acces la servicii;
- monitorizare comunitară și identificarea barierelor de acces în procesul de diagnostic.

Model actual de implementare și rezultate privind serviciile comunitare de diagnostic TB

În perioada implementării PNRT 2021–2025 și a grantului GC7, serviciile comunitare au contribuit la creșterea adresabilității la serviciile de diagnostic și la identificarea cazurilor de TB în rândul grupurilor vulnerabile, complimentar cu intervențiile de screening și depistare activă. Contribuția OSC la depistarea cazurilor TB este semnificativă (13% în 2021 și 7.8% în 2025 din total cazuri TB notificate la nivel național), evidențiind rolul important al intervențiilor comunitare în controlul TB (Figura 1).

Din perspectiva finanțării, serviciile comunitare de diagnostic nu constituie o intervenție finanțată separat. Activitățile sunt integrate funcțional în intervenția de screening comunitar. Astfel, structura de finanțare și mecanismele de implementare reflectă aceleași tendințe ca în componenta de screening, inclusiv dependența de sursele FG și procesul gradual de preluare de sursele naționale (CNAM).

Pentru **regiunea de Est**, serviciile comunitare aferente diagnosticului TB rămân dependente integral de finanțarea FG, iar lipsa mecanismelor funcționale de integrare în sistemul de finanțare și contractare în regiune va afecta continuitatea accesului la diagnostic a persoanelor din grupurile vulnerabile.

NB! Dezvoltarea Mecanismului de validare a cazului sugestiv TB la nivel de AMP versus caz declarat în SIMETB va permite distingerea aportului OSC la diferite nivele de asistență, inclusiv contribuția în diagnosticul TB.

Provocări de tranziție și dependența de finanțarea FG privind implicarea comunitară în diagnosticul TB

Provocările de tranziție privind intervențiile comunitare în diagnosticul TB sunt strâns legate de componenta de depistare activă și screening, fiind în esență complementare acesteia. Intervențiile comunitare nu vizează diagnosticul propriu-zis, ci contribuie la creșterea adresabilității către serviciile de diagnostic prin identificarea și referirea persoanelor din grupurile vulnerabile.

În același timp, intervențiile de diagnostic TB, realizate în cadrul sistemului de sănătate, prezintă un nivel relativ avansat de integrare în mecanismele de finanțare publică. Serviciile de laborator (diagnostic microbiologic și molecular, biosecuritatea) și transportul probelor, sunt în mare parte instituționalizate și preluate de către stat, ceea ce reduce dependența sistemică de finanțarea FG.

În acest context, rolul OSC în intervențiile de diagnostic se concentrează în principal pe monitorizare prin mecanismul CLM și care va urmări implementarea procesului de tranziție și accesul populațiilor vulnerabile la serviciile de laborator.

Tabel 6. Clasificarea intervențiilor diagnostic TB după nivelul de dependență de FG

Intervenție	Categorie tranziție	OSC	Comentarii
Diagnostic microbiologic și molecular al TB, inclusiv TSM	Categoria II	M&E	Intervenție parțial integrată în sistemul public de finanțate din bugetul național. Dependența de FG se menține pentru anumite componente (ex. costuri, tehnologii sau volum).
Asigurarea aplicării continue a standardelor de biosecuritate în laboratoarele de microbiologie TB, modernizarea LNR	Categoria II	M&E	Intervenție dependentă de investiții inițiale și suport FG pentru modernizare (ex. BSL-3). Costurile recurente sunt preluate progresiv de stat, însă necesită suport tranzitoriu pentru menținerea standardelor și finalizarea investițiilor.
Asigurarea menținerii și consolidării sistemului de curierat pentru transportul prompt și sigur al probelor biologice către LNR/LRR	Categoria III	M&E	Intervenție dependentă de FG pentru costuri operaționale (transport, logistică), cu integrare în finanțarea publică începând cu 2028. Necesită suport tranzitoriu pentru asigurarea continuității și evitarea întreruperilor în lanțul de diagnostic.
Diagnostic de laborator – elaborare politici și reglementare	Categoria III	M&E	Necesită suport FG pentru dezvoltarea și instituționalizarea mecanismelor, cu preluarea ulterioară de către instituțiile naționale
Introducerea testelor rapide pentru tuberculoză la punctul de îngrijire (Near Point of Care/NPOC) în algoritmul de diagnostic	PAAR	M&E	Activitate necesară pentru a elimina decalajele în diagnosticul TB. OMS recomandă testele NPOC ca test de diagnostic inițial pentru adulții și adolescenții cu TB pulmonară prezumtivă, înlocuind microscopia frotiului, cu tampoane linguale disponibile ca opțiune atunci când sputa nu poate fi colectată.

√ - indică implicarea nemijlocită a OSC și rețelelor comunitare în implementarea intervenției
M&E – implicarea OSC și rețelelor comunitare în monitorizarea implementării intervenției
LNR/LRR – laborator național de referință, laborator regional de referință
TSM – testarea sensibilității la medicamente
PAAR - Prioritized Above Allocation Request

Pași de tranziție și traseu de integrare a componentul diagnostic TB comunitar în sistemul de finanțare publică

Tranziția componentului diagnostic TB reflectă procesul de consolidare a capacităților instituționale ale sistemului de sănătate, în care sustenabilitatea depinde de integrarea completă a acestora în planificarea bugetară. Procesul de tranziție este bazat pe mai multe mecanisme operaționale interdependente, inclusiv:

- Cuantificare privind serviciile de laborator TB, inclusiv definirea costurilor per serviciu și integrarea acestora în procesele de planificare bugetară și finanțare națională;
- Monitorizare funcționalității serviciilor de laborator, inclusiv asigurarea mentenanței echipamentelor și continuității operaționale;
- Monitorizare comunitară privind introducerea diagnosticelor inovative;
- Monitorizare comunitară a progresului prin evaluarea periodică a activității sistemului de laboratoare TB, inclusiv transportarea probelor de spută și asigurarea calității serviciilor prestate.

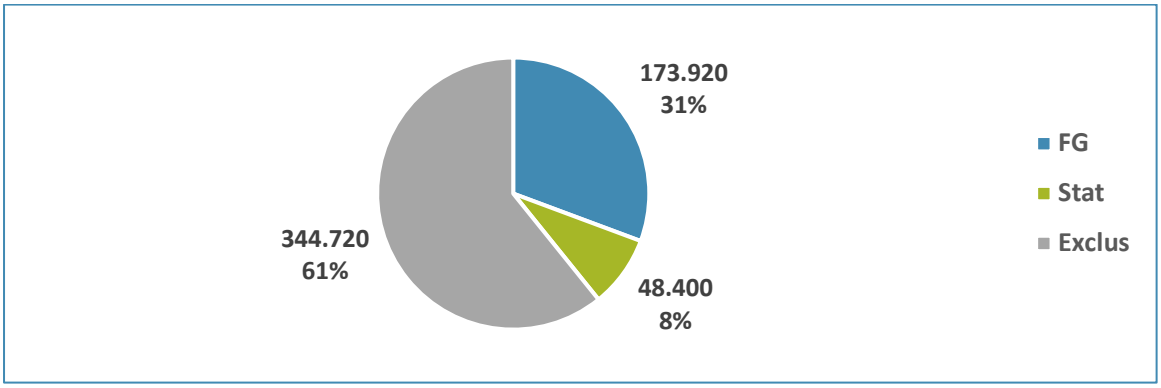
Rolul OSC este unul complementar și se concentrează pe monitorizare comunitară. În contextul tranziției, integrarea și finanțarea serviciilor de diagnostic TB de către sursele publice nu garantează automat menținerea accesului echitabil, în special pentru populațiile vulnerabile. **Dezvoltarea și implementarea mecanismelor de M&E (PAAR)** pentru monitorizarea condusă de comunitate (CLM) va permite monitorizarea accesului la servicii de diagnostic în special a grupurilor vulnerabile, funcționalitatea echipamentelor, dar și a utilizării metodelor rapide de diagnostic, inclusiv inovative, identificarea lacunelor de acces, documentarea barierelor și semnalarea disfuncționalităților. Raportarea periodică prin instrumente de M&E va asigura transparența progresului, responsabilizarea instituțiilor implicate și respectarea angajamentelor asumate în procesul de tranziție.

Planificare financiară privind implicarea comunitară în diagnosticul TB

Planificarea financiară privind diagnosticul TB (din viziunea OSC) evidențiază un deficit în finanțarea intervențiilor de tranziție. Din necesarul estimat de 567,0 mii MDL, au fost incluse în alocarea FG (GC8) 173,9 mii MDL (30,7%), iar 48,4 mii MDL (8,5%) reprezintă contribuția planificată a statului.

Intervențiile (*Operaționalizarea funcționalităților integrate GeneXpert TB/HIV la nivel teritorial și Monitorizarea funcționalității serviciilor de laborator și a mentenanței echipamentelor*) în valoare de 344,7 mii MDL (66,5% din total estimat) au fost excluse (Figura 3).

Figura 3. Buget estimat privind intervențiile diagnostic TB pentru perioada de tranziție, 2027-2029



Planificarea financiară reflectă rolul catalitic al FG în dezvoltarea cadrului normativ, operațional și de monitorizare necesar sustenabilității serviciilor de diagnostic TB. În anul 2027, toate intervențiile incluse în alocarea de bază sunt finanțate integral din sursele FG (173,9 mii MDL). Începând cu 2029, contribuția națională este graduală pentru activitățile de actualizare și utilizare a produselor dezvoltate, în special pentru revizuirea costurilor serviciilor de diagnostic molecular, cultural și TSM (Tabel 7).

Tabel 7. Planificarea financiară în etapele de tranziție privind diagnosticul TB comunitar, 2027–2030 (mii, MDL)

	Activități principale	Sursa	2027	2028	2029	2030
GC8	Cost per serviciu de diagnostic molecular, cultural și TSM și integrarea lor în bugetele MS/LNR	FG	99.160			
		Stat			24.400	24.400
GC8	Plan național de dezvoltare și mentenanță a rețelei de laboratoare TB 2027–2030 (inclusiv inventarierea echipamente, înlocuire, costuri	FG	74.760			
Exclus	Operaționalizarea funcționalităților integrate GeneXpert TB/HIV la nivel teritorial	FG	99.160	99.160		
Exclus	Monitorizarea funcționalității serviciilor de laborator și a mentenanței echipamentelor	FG	48.800	48.800	48.800	

Riscuri reziduale după tranziția de la Fondul Global privind diagnosticul TB

Riscurile reziduale în componenta de diagnostic TB sunt asociate în principal cu continuitatea finanțării și funcționarea operațională și mai puțin cu integrarea în sistemul de sănătate care este deja realizată în mare parte.

Tabel 8. Riscuri reziduale și măsuri de redresare aferente tranziției diagnosticului TB către finanțarea publică din viziunea OSC, 2027–2030

Risc / probabilitate	Impact sau consecințe	Acțiuni miime de redresare
Acoperirea insuficientă cu consumabile și reagenți de laborator *Probabilitate: medie*	**Consecințe programatice** • Reducerea capacității de testare (moleculară și bacteriologică) • Întârzieri în diagnostic din cauza lipsei consumabilelor **Impact major** • Cazuri nediagnosticate/diagnosticate tardiv • Menținerea transmiterii TB	• Dezvoltarea și menținerea mecanismelor eficiente de achiziții (inclusiv platforme internaționale) • Planificare bugetară multianuală bazată pe volum de servicii • Pledoarie din partea OSC
Disfuncționalitatea echipamentelor de laborator (lipsa	**Consecințe programatice** • Reducerea funcționalității sistemului de diagnostic (GeneXpert, MGIT) • Întreruperi în realizarea testelor	• Includerea costurilor de mentenanță în contractele și bugetele instituționale

Risc / probabilitate	Impact sau consecințe	Acțiuni miime de redresare
mentenanței adecvate) *Probabilitate: medie-înaltă*	• Reducerea accesului la diagnostic rapid **Impact major** • Cazuri nediagnosticate/diagnosticate tardiv • Menținerea transmiterii TB	• Monitorizarea funcționalității echipamentelor prin indicatori standardizați • Pledoarie din partea OSC
Fragmentarea sau disfuncționalitatea sistemului de transport al probelor biologice *Probabilitate: medie*	**Consecințe programatice** • Întârzieri în transportul probelor către laboratoarele de referință • Pierderi/compromiterea probelor biologice • Reducerea accesului populației din zonele periferice • Reducerea calității serviciilor laborator **Impact major** • Întârzierea diagnosticului TB • Cazuri nediagnosticate/diagnosticate tardiv	• Standardizarea lanțului logistic și a procedurilor de transport • Monitorizarea performanței (timp transport, calitate probe) • Pledoarie din partea OSC
Dependența continuă de finanțarea FG pentru funcționarea componentelor de diagnostic TB în regiunea de est *Probabilitate: înaltă*	**Consecințe programatice** • Limitări în diagnostic • Limitări și continuitatea serviciilor de laborator • Fragilitatea sistemului de transport al probelor biologice **Impact major** • Risc de întrerupere sau reducere a accesului la diagnostic TB • Creșterea cazurilor nediagnosticate sau diagnosticate tardiv • Menținerea transmiterii TB	• Menținerea finanțării FG în perioada tranziției • Dezvoltarea graduală a cadrului instituțional și identificarea unor surse alternative de finanțare (inclusiv la nivel local) • Monitorizarea funcționalității sistemului de diagnostic prin mecanisme M&E, inclusiv CLM • Pledoarie din partea OSC
Reducerea inovării și a intervențiilor noi *Probabilitate: înaltă*	**Consecințe programatice** • Limitări în implementarea metodelor noi de diagnostic **Impact major** • Creșterea cazurilor nediagnosticate sau diagnosticate tardiv • Menținerea transmiterii TB	• Dezvoltarea și menținerea mecanismelor eficiente de achiziții (inclusiv platforme internaționale) • Planificare bugetară multianuală bazată necesități • Pledoarie din partea OSC

Implicarea comunitară în suport pentru tratament și aderență

Alinierea cu PNRT - *Obiectivului specific 3 privind asigurarea accesului echitabil la tratament și servicii de calitate pentru toate persoanele diagnosticate cu tuberculoză, inclusiv tuberculoză rezistentă la medicamente, cu atingerea unei rate de succes terapeutic de cel puțin 85% în rândul pacienților cu tuberculoză rezistentă la Rifampicină și multidrogrezistentă până la sfârșitul anului 2030.*

Intervențiile comunitare implementate de OSC contribuie direct la realizarea obiectivului prin susținerea continuității îngrijirilor și îmbunătățirea aderenței la tratament, în special în rândul pacienților din grupurile vulnerabile și al celor cu risc crescut de pierderi din supraveghere.

Rolul OSC în suportul comunitar pentru tratament și aderență

OSC contribuie prin suportul comunitar în susținerea tratamentului și aderenței la TB, intervenind în punctele critice ale cascadei de îngrijire, în special în etapele de menținere în tratament și de finalizare a acestuia. Prin abordări centrate pe persoană și adaptate nevoilor grupurilor vulnerabile, OSC complimentează intervențiile sistemului de sănătate și contribuie la îmbunătățirea rezultatelor terapeutice, prin:

- suport psihosocial și consiliere pentru pacienții cu TB, inclusiv TB RR/MDR;
- intervenții de la egal la egal (peer-to-peer) pentru creșterea motivației și acceptării tratamentului;
- management de caz și navigarea beneficiarilor în sistemul de sănătate și de protecție socială;
- facilitarea accesului la servicii sociale și suport în depășirea barierelor socio-economice;
- follow-up comunitar privind aderența și suport pentru prevenirea pierderilor din supraveghere;
- suport pentru pacienții cu risc sporit de pierdere din supraveghere (persoane fără adăpost, consumatori de alcool/droguri, persoane eliberate din detenție etc.);
- contribuții la reintegrarea socială a pacienților și la reducerea stigmatizării în comunitate.

Model actual de implementare, rezultate și aranjamente de finanțare privind suportul comunitar pentru tratament și aderență

Modelul de implementare a serviciilor comunitare de suport pentru tratament și aderență se bazează pe un mecanism integrat de colaborare între sistemul de sănătate, protecție socială, APL și OSC.

În perioada implementării PNRT 2021–2025 și a grantului GC7, serviciile comunitare au contribuit la îmbunătățirea aderenței la tratament și la creșterea ratei de succes (de la 83% la 85% - caz nou TB și de la 75% la 80% - TB MDR/RR)[7], în special pentru pacienții cu risc crescut de pierdere din supraveghere.

Ponderea persoanelor cu TB care au inițiat tratamentul și au beneficiat de suport pentru aderență din partea OSC a variat între 7,9% și 10,9%, reflectând contribuția intervențiilor comunitare.

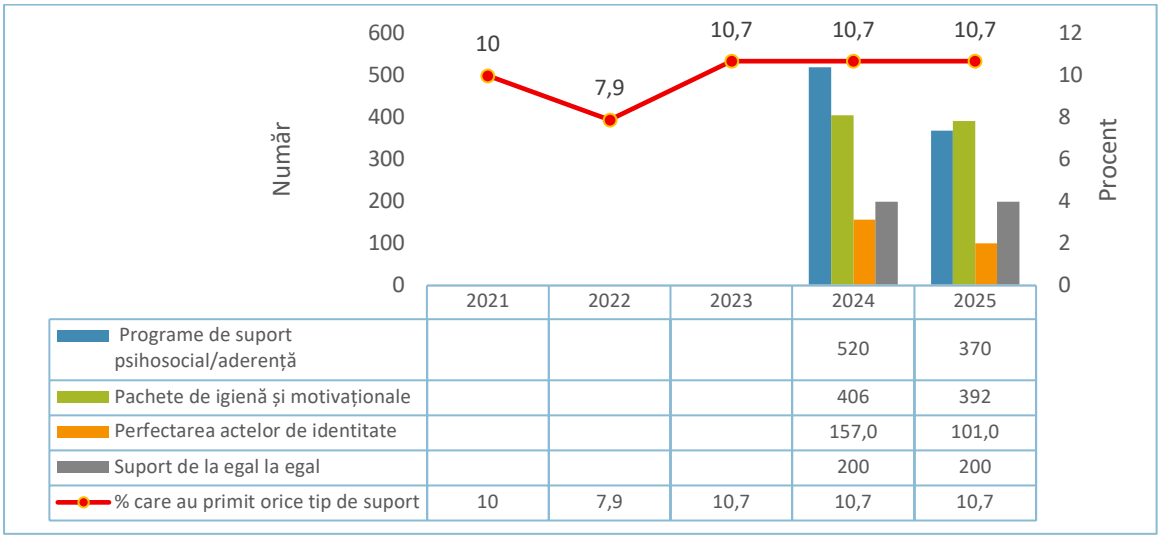
OSC au implementat intervenții de suport diversificate, inclusiv servicii de la egal la egal și suport psihosocial atât la nivel ambulator, în teritoriile țintă cât și staționar, în cadrul IMSP (Spitalul Clinic Municipal Bălți, Institutul de Pneumologie „Chiril Draganiuc", Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie). Serviciile acordate au vizat în mod prioritar grupurile vulnerabile (persoane fără adăpost, persoane cu consum problematic de alcool, precum și pacienți cu risc evaluat sau istoric de pierderi din supraveghere). Programele de suport psihosocial și suport pentru aderență au fost implementate inclusiv și în sistemul penitenciar.

Beneficiarii au avut acces la grupuri de suport, consiliere și pachete igienice adaptate, iar tematicele abordate au inclus drepturile persoanelor afectate de TB, importanța continuității tratamentului, opțiunile de tratament video-asistat (I Like VST), modalitățile de raportare a barierelor de acces la serviciile de sănătate, dar și informare despre serviciile de suport disponibile la nivel de comunitate, inclusiv au beneficiat de suport juridic în perfectarea actelor de identitate și para-juridic în soluționarea problemelor pe perioada tratamentului.

Peste 2300 de persoane cu TB au beneficiat de diverse forme de suport în perioada anilor 2024-2026.

[7] Raport privind realizarea Programului Național de răspuns la tuberculoză pentru anii 2021-2025 https://simetb.ifp.md/Download/tbreps.excel/raport_2021_2015.pdf

Figura 4. Suport comunitar pentru aderență la tratamentul TB în perioada 2021–2025, sursa FG (CG7)



	2021	2022	2023	2024	2025
Programe de suport psihosocial/aderență				520	370
Pachete de igienă și motivaționale				406	392
Perfectarea actelor de identitate				157,0	101,0
Suport de la egal la egal				200	200
% care au primit orice tip de suport	10	7,9	10,7	10,7	10,7

Provocări de tranziție și dependența de finanțarea FG privind suportul comunitar pentru tratament și aderență

În pofida progreselor înregistrate în perioada PNRT 2021–2025 și GC7, integrarea serviciilor comunitare de suport pentru tratament și aderență în mecanismele de finanțare din bugetul public rămâne este limitată. Intervențiile sunt în continuare dependente de finanțarea FG, în special pentru componentele precum suportul psihosocial, intervenții de la egal la egal, managementul de caz și follow-up-ul comunitar. Principalele provocări ale tranziției includ:

- cadrul funcțional incomplet pentru contractarea și acreditarea OSC;
- definirea serviciilor de suport ca pachete standardizate și contractabile din surse publice;
- metodologii incomplete privind cuantificarea pachetelor standardizate a serviciilor de suport pentru aderență;
- absența mecanismelor funcționale și diversificate de finanțare a OSC, inclusiv din surse naționale alternative;
- dependența de finanțarea externă pentru acoperirea costurilor operaționale și a resurselor umane din cadrul OSC implicate în serviciilor de suport pentru aderență;
- cooperarea neuniformă între sectorul comunitar și sistemul public de sănătate, care afectează continuitatea îngrijirii pe parcursul tratamentului.

Tabelul de mai jos evidențiază profilul diferențiat al intervențiilor de suport comunitar pentru tratament și aderență, în funcție de nivelul de dependență de finanțarea FG. Intervențiile instituționalizate precum distribuția medicamentelor, mentenanța infrastructurii de stocare și abordarea multidisciplinară a aderenței, sunt încadrate în Categoria IV, reflectând un nivel avansat de integrare în finanțarea publică și o dependență limitată de FG.

În contrast, intervențiile implementate direct de OSC, inclusiv suportul de la egal la egal și tratamentul videoasistat (VST), sunt clasificate în Categoria III, indicând o dependență marcantă de finanțarea externă și necesitatea dezvoltării mecanismelor de contractare pentru sustenabilitate.

În context, dacă funcțiile de sistem sunt în mare parte sustenabile, componentele comunitare rămân vulnerabile în absența mecanismelor funcționale de finanțare națională.

Tabel 9. Clasificarea intervențiilor privind suportul comunitar pentru tratament și aderență după nivelul de dependență de FG

Intervenție	Categorie tranziție	OSC	Comentarii
Asigurarea cu medicamente pentru TB, inclusiv inovative	Categoria I	M&E	Funcție sistemică deja integrată în finanțarea publică.
Asigurarea distribuirii medicamentelor anti-TB către instituții	Categoria II	M&E	Funcție sistemică deja integrată în finanțarea publică; dependența de FG este tranzitorie, cu preluare completă planificată de către stat.
Asigurarea mentenanței unității centrale de stocare a medicamentelor și dispozitivelor medicale	Categoria II	M&E	Intervenție de sistem cu integrare în finanțarea națională; FG - rol de suport inițial, dar sustenabilitatea este asigurată prin buget public.
Asigurarea continuității și optimizării utilizării VST la nivel național	Categoria III	M&E	Intervenție parțial integrată, cu dependență continuă de FG pentru funcționare și mentenanță; necesită integrare în finanțarea publică.
Asigurarea educației, informării și suportului de la egal la egal pentru persoanele afectate de TB, oferite de OSC	Categoria IV	√	Intervenție dependentă de FG, implementată direct de OSC; necesită dezvoltarea mecanismelor de contractare publică pentru integrare și sustenabilitate.
Asigurarea suportului motivațional (stimulente pentru aderența la tratamentul TB (regiunea est)	Categoria IV	M&E	Intervenție integral dependentă de FG, fără mecanism funcțional de preluare în finanțarea publică; risc major de ne sustenabilitate post-tranziție.
Elaborare politici și reglementare pentru suport comunitar pe perioada tratamentului	Categoria IV	√	Intervenție critică necesară integrării serviciilor comunitare de suport pentru tratament și aderență în mecanismele publice de finanțare. Condiție esențială pentru sustenabilitatea și preluarea graduală după retragerea finanțării FG
Analiza cadrului normativ, privind planificarea, estimarea, procurarea și accesul la mecanisme alternative de achiziție pentru medicamentele și produsele de sănătate prioritare TB	PAAR	M&E	Dependență înaltă de finanțarea FG. În contextul unei piețe farmaceutice limitate, lipsa mecanismelor alternative de achiziției poate conduce la disfuncționalități în lanțul de aprovizionare cu medicamente și produse de sănătate. În contextul limitărilor de alocare, nu este inclusă în pachetul finanțat de bază, fiind propusă pentru finanțare suplimentară.

√ - indică implicarea nemijlocită a OSC și rețelelor comunitare în implementarea intervenției
M&E – implicarea OSC și rețelelor comunitare în monitorizarea implementării intervenției
PAAR - Prioritized Above Allocation Request

Pași de tranziție și traseu de integrare privind suportul comunitar pentru tratament și aderență în sistemul public

Tranziția suportului comunitar pentru tratament și aderență TB vizează transformarea intervențiilor implementate de OSC, finanțate din sursele FG, în servicii standardizate, contractabile și finanțate din bugetul public. Procesul presupune dezvoltarea progresivă a cadrului normativ, financiar și operațional necesar pentru integrarea acestor servicii în sistemul național de sănătate.

Elaborarea cadrului de reglementare și a mecanismelor de finanțare:

- Definirea și standardizarea pachetului de servicii de suport pentru aderență (educație, suport psihosocial, peer-to-peer, management de caz, VST, follow-up comunitar)

- Dezvoltarea procedurilor operaționale pentru integrarea pachetului de servicii de suport pentru aderență în sistemul de îngrijire TB
- Cuantificarea pachetului de servicii de suport pentru tratament și aderență
- Dezvoltarea modelelor de contractare din surse publice a pachetului de servicii de suport pentru tratament și aderență și diversificarea mecanismelor de finanțare a OSC, inclusiv contractare socială și alte surse publice.

Pe baza serviciilor cuantificate și a mecanismelor de finanțare operaționalizate, intervențiile de suport vor fi integrate gradual în sistemul public de finanțare prin mecanisme de contractare. Contractarea serviciilor va permite recunoașterea formală a OSC drept prestatori de servicii, stabilirea relațiilor contractuale cu sistemul public și asigurarea unei finanțări predictibile. În același timp, aceasta creează cadrul necesar pentru monitorizarea performanței și pentru corelarea intervențiilor comunitare cu rezultatele privind aderența și succesul tratamentului.

- **Analiza cadrului normativ, instituțional și operațional privind planificarea, *estimarea*, procurarea și accesul la mecanisme alternative de achiziție pentru medicamentele și produsele de sănătate prioritare TB** - intervenție esențială pentru asigurarea accesului continuu la medicamente TB, în special, în contextul reducerii incidenței, la formulelor pediatrice și regimurilor sinergice TB/HIV, care depind de platforme internaționale și mecanisme de *pooled procurement*. Activitatea dezvoltă analize EX POST/EX ANTE și recomandări normative și operaționale vor permite țării să utilizeze sistematic mecanisme internaționale de achiziție și procurări comune regionale, reducând costurile și riscul de taxele de procurare. Intervenție este **plasată în PAAR** fiind o investiție catalitică de reformă a sistemului de procurări și cu impact transversal și de durată asupra tratamentului TB pediatric.

Monitorizarea accesului la serviciile de tratament și suport pe durata perioadei de tranziție și respectarea angajamentelor. M&E comunitară va permite: verificarea reală a accesului, nu doar raportarea serviciilor prestate, prin documentarea cazurilor în care pacienții nu ajung sau nu se mențin în tratament; identificarea barierelor specifice la nivel individual și comunitar, inclusiv probleme de eligibilitate, stigmatizare, lipsă de suport social sau inaccesibilitate geografică; semnalarea în timp real a disfuncționalităților, inclusiv excluderea unor categorii de pacienți sau reducerea neintenționată a acoperirii serviciilor; monitorizarea respectării angajamentelor asumate privind acoperirea serviciilor pentru grupurile vulnerabile, în condițiile tranziției către finanțare publică.

M&E comunitar este imperativ, deoarece lipsa mecanismului ar putea induce la riscul ca tranziția să fie evaluată doar formal, fără a evidenția impactul asupra aderenței și rezultatelor tratamentului

Responsabili:

- MS – reglementarea intervenției și integrarea acesteia în politicile naționale TB;
- CNAM – contractarea serviciilor de suport pentru aderență și finanțarea activităților operaționale prestate de OSC, conform pachetului de servicii aprobat;
- OSC – implementarea activităților de suport pentru aderență la nivel comunitar, în baza contractelor și procedurilor stabilite

Tranziția suportului comunitar pentru tratament și aderență de la finanțare din sursele FG către finanțare publică este planificată etapizat, bazat pe extinderea progresivă a mecanismelor de contractare și integrarea serviciilor comunitare în pachetele de finanțare din sursele CNAM.

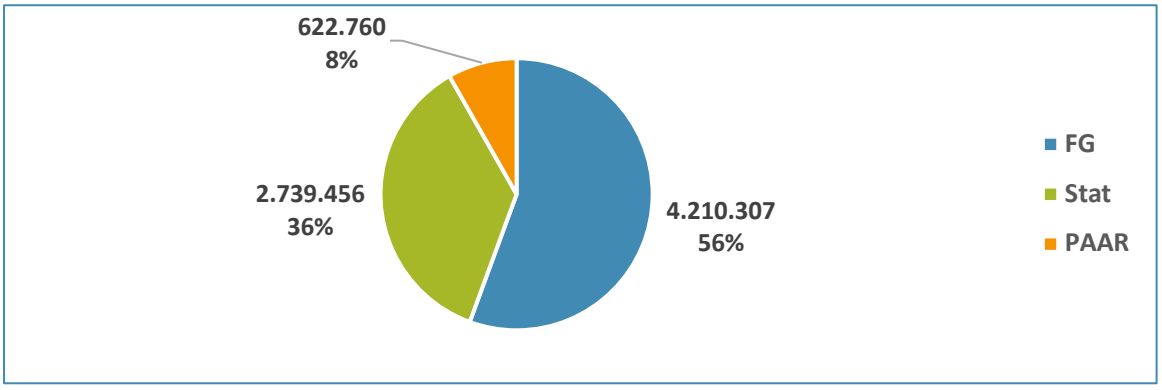
Tabel 10. Etapele de tranziție și livrabile aferente pentru integrarea suportului comunitar pentru tratament și aderență în sistemul public de finanțare (malul drept), 2027–2030

Livrabile și indicatori
2027 - Pre-tranziție: consolidarea cadrului operațional co-finațare
• Servicii de suport pentru aderență definite și standardizate • Servicii de suport pentru aderență cuantificate • Proceduri operaționale pentru integrarea serviciilor în traseul pacientului TB dezvoltate • Servicii de suport pentru aderență cuantificate (per serviciu) • Modele de contractare dezvoltate (CNAM și mecanisme alternative) • Mecanisme de M&E comunitar elaborate și aplicate • *Raport privind analiza cadrului de planificare, mecanisme de achiziție pentru produse TB elaborat (PAAR)*
2028 - Tranziție activă: extindere co-finanțare
• Contractarea CNAM-OSC tratament comunitar (% OSC contractate; % fonduri alocate) • Operaționalizarea modelelor/mecanismelor de finanțare (CNAM și/sau alternative) • Mecanisme de M&E comunitar aplicate (raport elaborat) • *Raport privind analiza cadrului de planificare, mecanisme de achiziție pentru produse TB elaborat (activitate PAAR)*
2029 – Preluare majoritară de către sistemul public
• Integrarea majoritară a serviciilor de suport în mecanismele de finanțare publică • Contractarea CNAM-OSC tratament comunitar (% OSC contractate, % fonduri alocate) • Mecanisme de M&E comunitar aplicate (raport elaborat)
2030 – Post-tranziție: sustenabilitate
• Serviciile de suport pentru tratament și aderență sunt standardizate și contractate regulat din surse publice (% OSC contractate) • Mecanismele de finanțare funcționale • M&E comunitar asigură monitorizarea acoperirii pentru grupurile vulnerabile

Planificare financiară privind suportul comunitar pentru tratament și aderență

Bugetul aferent intervențiilor privind suportul comunitar pentru tratament și aderență este estimat la 7,57 milioane MDL pentru perioada 2027–2029. Dintre acestea, intervențiile incluse în alocarea de bază GC8 constituie 6,95 milioane MDL (92.8%), în timp ce intervenția inclusă în PAAR însumează 622,8 mii MDL (8.2% din necesarul total estimat). Din bugetul estimat intervențiilor finanțate în cadrul alocării GC8, 4,54 milioane MDL (60.6%) urmează să fie acoperite din sursele FG, iar 2,74 milioane MDL (39.4%) - contribuția planificată a statului (Figura 5).

Figura 5. Buget estimat privind intervențiile de suport comunitar pentru perioada de tranziție, 2027-2029



În anul 2027, finanțarea este asigurată integral din FG (2,94 milioane MDL). În anul 2028, contribuția națională ajunge la 1,35 milioane MDL, reprezentând 53.8% din bugetul anual planificat. În anul 2029, ponderea finanțării naționale crește la 65.4% (1,39 milioane MDL), iar în anul 2030 activitățile incluse în plan sunt finanțate integral din surse naționale (735,6 mii MDL).

Intervenția inclusă în PAAR are o valoare totală de 622,8 mii MDL și vizează analiza cadrului normativ, instituțional și operațional privind planificarea, prognozarea, procurarea și accesul la mecanisme alternative de achiziție pentru medicamentele și produsele prioritare TB.

Tabel 11. Planificarea financiară și etapele de tranziție privind tratamentul comunitar TB, 2027–2030 (MDL)

	Activități principale	Sursa	2027	2028	2029	2030
GC8	Servicii de suport pentru pacient (suport de la egal la egal)	FG	672.914			
		Stat		672.914	672.914	686.800
GC8	Suport motivațional (stimulente pentru aderența la tratamentul TB, regiunea est)	FG	1.472.495	1.104.371	736.247	
		Stat		672.914	672.914	686.800
GC8	Elaborare pachet standard de servicii comunitare pentru tratament TB	FG	125.120			
		Stat			48.800	48.800
GC8	Dezvoltarea mecanismelor alternative de finanțare pentru serviciile comunitare TB	FG	99.160			
PAAR	Analiza cadrului legislativ-normativ, privind planificarea, forecasting-ul, procurarea și accesul la mecanisme alternative de achiziție pentru medicamentele și produsele de sănătate prioritare TB	FG	570.960	51.800		

Riscuri reziduale după tranziția de la Fondul Global privind suportului comunitar pentru tratament și aderență în sistemul public

În pofida tranziției planificate către finanțare publică, există riscuri ce țin de continuitatea și accesibilitatea serviciilor comunitare de suport pentru tratament și aderență.

Tabel 12. Riscuri reziduale și măsuri de acțiuni de redresare aferente tranziției suportului comunitar pentru tratament și aderență către finanțarea publică, 2027–2030

Risc / probabilitate	Impact sau consecințe	Acțiuni de redresare
Risc de subfinanțare a serviciilor de suport pentru tratament și aderență *Probabilitate: medie*	**Consecințe programatice** • Reducerea sau întreruperea serviciilor de tratament comunitar • Reducerea acoperirii serviciilor pentru populațiile vulnerabile • Discontinuitatea suportului pe durata tratamentului **Impact major** • Reducerea ratei de succes a tratamentului TB • Menținerea transmiterii TB	• Prioritizarea finanțării intervențiilor cu impact asupra aderenței • Pledoarie din partea OSC
Risc de pierdere a capacității operaționale a OSC pentru suportul pacienților TB	**Consecințe programatice** • Pierderea personalului format • Limitarea intervențiilor psihosociale și a suportului de la egal la egal • Reducerea activității de follow-up comunitar **Impact major**	• Utilizarea mecanismelor alternative de finanțare (contractare socială, granturi) • Implementarea măsurilor de retenție a personalului-cheie și menținerea capacității operaționale minime a OSC

Risc / probabilitate	Impact sau consecințe	Acțiuni de redresare
Probabilitate: medie-înaltă	• Creșterea riscului de neaderență la tratament • Reducerea ratei de succes a tratamentului TB	• Integrarea OSC în sistemul public ca prestatori recunoscuți • Pledoarie din partea OSC
Risc de menținere a barierelor de acces pentru pacienții vulnerabili *Probabilitate: medie-înaltă*	**Consecințe programatice** • Acces redus la servicii de suport • Participare limitată la intervenții **Impact major** • Aderență redusă la tratament în grupuri vulnerabile • Menținerea transmiterii TB	• Adaptarea serviciilor la nevoile beneficiarilor • Monitorizarea accesului pentru grupuri vulnerabile
Dependența integrală de FG în regiunea de est *Probabilitate: înaltă*	**Consecințe programatice** • Lipsa mecanismelor de finanțare publică pentru servicii de suport • Risc de întrerupere a intervențiilor comunitare **Impact major** • Aderență redusă la tratament în grupuri vulnerabile • Reducerea ratei de succes a tratamentului TB	• Menținerea finanțării FG pentru componentele critice • Dezvoltarea mecanismelor locale de susținere (APL) • Consolidarea parteneriatelor cu OSC pentru continuitate

Implicarea comunitară în servicii de prevenire TB

Aliniere cu PNRT - *Obiectivul specific 5. Prevenirea tuberculozei prin vaccinarea BCG a cel puțin 95% dintre nou-născuți, inițierea tratamentului preventiv al tuberculozei pentru cel puțin 90% dintre persoanele eligibile, creșterea conștientizării populației și intensificarea controlului infecției tuberculoase, până la sfârșitul anului 2030.*

OSC contribuie la realizarea obiectivului prin implementarea intervențiilor comunitare de prevenire, inclusiv activități de informare, educare și comunicare (IEC), identificarea și referirea persoanelor eligibile pentru vaccinarea BCG, tratamentul preventiv al TB (TPT) și facilitarea accesului grupurilor vulnerabile la serviciile de prevenire și suport pentru aderență la TPT.

Rolul comunitar în prevenirea TB

OSC complementează intervențiile sistemului de sănătate prin abordări centrate pe comunitate и adaptate nevoilor grupurilor vulnerabile. În contextul Republicii Moldova, unde povara TB este concentrată în populații greu accesibile și afectate de bariere socio-economice, intervențiile comunitare devin critice pentru reducerea incidenței și prevenirea transmiterii. Implicarea OSC în activitățile de prevenire se manifestă prin:

- activități de IEC pentru creșterea nivelului de conștientizare și reducerea stigmei;
- activități de IEC pentru creșterea/menținerea cererii pentru vaccinare cu BCG și/sau eventual alte vaccinuri în dezvoltare;
- mobilizarea și referirea persoanelor eligibile pentru TPT;
- activități de outreach, consiliere și suport de la egal la egal;
- abordarea determinanților sociali (stigmă, discriminare, bariere de acces);
- implementarea de monitorizare condusă de comunitate (CLM);
- contribuții la cercetare operațională și generarea de evidențe.

Model actual de implementare și rezultate privind prevenirea comunitară

Modelul actual de prevenire comunitară a TB este bazat pe un parteneriat funcțional între sistemul public (MS, CNAM, PNRT) și OSC, cu finanțare combinată (FG și resurse publice). Intervențiile includ activități IEC, mobilizare comunitară, depistare activă în grupuri vulnerabile și facilitarea accesului la screening și tratament preventiv.

Activitățile IEC sunt realizate la scară largă, incluzând campanii media naționale, acțiuni comunitare, implicarea voluntarilor și dezvoltarea produselor informaționale adaptate grupurilor vulnerabile. Toate intervențiile de informare și mobilizare comunitară planificate au fost realizate integral (100%) în perioada 2021-2025, contribuind la creșterea nivelului de conștientizare și la îmbunătățirea accesului la servicii TB.

Intervențiile comunitare au fost complementare activităților sistemice de prevenire. Tratamentul preventiv TB (TPT) în rândul anumitor grupuri cum ar fi PTH rămâne sub nivelul optim (20–33% inițiere), rata de finalizare a TPT în rândul contacților a crescut semnificativ, de la 81% în 2021 la peste 91% în 2024, indicând eficiența intervențiilor de suport și consiliere.

În anul 2026, CNAM a contractat pentru prima dată o organizație pentru implementarea activităților IEC în domeniul TB, marcând introducerea mecanismului național de finanțare aplicabil și pentru OSC. Cu toate acestea, mecanismul actual, cu un cost aprobat de 500.000 anual, acoperă doar parțial spectrul serviciilor comunitare recomandate de OMS, fiind limitat, în prezent, la doar două tipuri de intervenții (informare șu depistare activă) din pachetul extins de aproximativ 12 servicii comunitare [9].

Intervenția se află într-o etapă incipientă de integrare în sistemul public, cu dependență înaltă de finanțarea externă și acoperire limitată a pachetului de servicii comunitare de prevenire

Provocări de tranziție și dependența de finanțarea FG privind prevenirea TB

Intervențiile de prevenire TB prezintă un profil dual în ceea ce privește dependența de finanțarea FG. Pe de o parte, componentele legate de sistem, precum procurarea medicamentelor pentru tratamentul preventiv (TPT) și măsurile de prevenire și control al infecției (IPC), sunt în mare parte integrate în mecanismele de finanțare publică și se află într-o etapă avansată de tranziție. Pe de altă parte, intervențiile comunitare, în special IEC, mobilizarea comunitară și suportul pentru acces la TPT, rămân dependente în mare măsură de finanțarea FG.

Principalele provocări ale tranziției includ:

- lipsa serviciilor standardizate și cuantificate pentru intervențiile de prevenire;
- absența mecanismelor funcționale de contractare a OSC pentru servicii de IEC și suport TPT;
- dependența de finanțarea externă pentru implementarea activităților comunitare și acoperirea costurilor operaționale;
- integrarea limitată a intervențiilor IEC în strategiile instituționalizate de prevenire TB și în mecanismele de finanțare CNAM;
- rolul insuficient formalizat al OSC în prevenirea TB, în special în facilitarea accesului la TPT pentru grupurile vulnerabile.

Tabel 13. Clasificarea intervențiilor de prevenire TB după nivelul de dependență de FG

Intervenție	Categorie tranziție	OSC	Comentarii
Procurarea medicamentelor pentru tratamentului preventiv al TB (TPT)	Categoria II	M&E	Intervenție integrată în mecanismele de aprovizionare publică; dependența de FG este limitată și tranzitorie, în principal pentru introducerea/extinderea regimurilor moderne TPT
Asigurarea achiziționării, funcționării și mentenanței echipamentului pentru prevenirea și controlul infecției TB în instituțiile medicale	Categoria II	M&E	Susținută inițial de FG pentru investiții și echipamente; costurile recurente sunt preluate progresiv de bugetul public, cu integrare avansată.
Informare, educare și consiliere (IEC)	PAAR	√	Dependență înaltă de finanțarea FG. Tranziția necesită standardizarea și integrarea serviciilor IEC în pachetul de suport pentru aderență, precum și dezvoltarea mecanismelor de contractare publică pentru asigurarea continuității. Inclusă în PAAR

√ - indică implicarea nemijlocită a OSC și rețelelor comunitare în implementarea intervenției
M&E – implicarea tangențială a OSC și rețelelor comunitare în monitorizarea implementării intervenției
PAAR - Prioritized Above Allocation Request

Pașii de tranziție și traseu de integrare privind implicarea comunitară în prevenirea TB în sistemul public

În perspectiva tranziției, obiectivul este integrarea serviciilor de prevenire TB implementate de OSC în mecanismele naționale de finanțare drept servicii standardizate și contractabile, asigurând continuitatea intervențiilor comunitare și accesul echitabil al grupurilor vulnerabile la prevenire. Activitățile intervenției propuse spre tranziție depășește plafonul de finanțare disponibil în cadrul alocării curente și necesită mobilizarea de resurse suplimentare - **PAAR**.

Definirea și cuantificarea pachetelor de servicii IEC (PAAR) – va permite definirea clară a serviciilor IEC ca intervenții standardizate, stabilirea costului per serviciu sau pachetului de servicii, integrarea serviciilor în contractele de finanțare publică CNAM.

Cuantificarea serviciilor TPT cu suport comunitar (PAAR). În prezent, rolul OSC în susținerea TPT (inclusiv identificarea beneficiarilor, consilierea și suportul pentru aderență) nu este definit ca serviciu standardizat și nu are cost per beneficiar, ceea ce limitează posibilitatea contractării din surse publice.

Elaborarea mecanismelor de implementare (PAAR) - reglementarea clară a serviciilor de prevenire TB implementate de către OSC prin integrarea acestora în sistemul public de finanțare.

Desfășurarea campaniilor de informare (în grupuri vulnerabile) pentru creșterea adresabilității la servicii și ardență la tratament (PAAR). Intervenția este necesară pentru a susține funcționalitatea întregului lanț de servicii de la prevenire, la diagnostic și menținere în tratament.

Dezvoltarea și difuzarea produselor media și a campaniilor digitale în grupurilor vulnerabile (PAAR). comunicare strategică continue și adaptată în domeniul prevenirii TB. Intervenția va contribuie nu doar la informarea populației, dar și la comunicarea strategică a politicilor și reformelor în domeniul TB, prin dezvoltarea de produse bazate pe dovezi, promovarea bunelor practici și susținerea dialogului între nivelul comunitar și instituțional.

Monitorizarea progreselor prin cercetări operaționale (PAAR). În contextul tranziției, integrarea măsurilor de prevenire și control al infecției (IPC) în instituțiile prioritare, inclusiv în AMP, nu poate fi evaluată doar prin raportări de rutină. Evaluarea este necesare pentru a verifica aplicarea reală a standardelor IPC la nivel de instituție, a identifica lacunele de implementare, pentru a genera dovezi concrete privind funcționalitatea acestora. Complimentar, M&E comunitar va asigură monitorizarea modului în care aceste măsuri sunt aplicate în practică, urmărind experiența reală a beneficiarilor și funcționalitatea intervențiilor la nivel de servicii.

Monitorizarea accesului la serviciile de informare și prevenire în rândul grupurilor vulnerabile pe durata perioadei de tranziție și urmărirea executării angajamentelor. Monitorizarea bazată pe comunitate va permite urmărirea modului în care serviciile de prevenire (IEC, TPT, activități comunitare) sunt accesate în practică, evidențiind diferențele dintre acoperirea raportată și accesul real al beneficiarilor. Prin colectarea datelor direct din comunitate, OSC va identifica barierele de acces (stigmă, lipsă de informare, acces limitat la servicii) și va documenta cazurile de excludere sau sub-acoperire. În același timp, M&E comunitar va monitorizarea executării angajamentelor asumate de autoritățile publice în procesul de tranziție, în special în ceea ce privește menținerea acoperirii serviciilor pentru populațiile vulnerabile.

Tabel 14. Etapele și livrabile aferente integrării prevenirii TB în sistemul public de finanțare, 2027–2030

Livrabile și indicatori - PAAR
2027 - Pre-tranziție: consolidarea cadrului operațional cofinanțare
• *Pachete servicii de prevenire TB (IEC și suport comunitar pentru TPT) definite, standardizate* • *Pachete de servicii IEC și TPT cuantificate (cost per serviciu/beneficiar)* • *Cadrul normativ elaborat (reglementare, eligibilitate OSC, condiții de implementare)* • *% contractare CNAM–OSC pentru servicii de prevenire (IEC, TPT), % fonduri alocate* • *Desfășurarea campaniilor IEC în grupuri vulnerabile* • *Dezvoltarea și difuzarea produselor media și a campaniilor digitale* • *Mecanisme M&E comunitar dezvoltate (IEC și suport comunitar TPT)*
2028 - Tranziție activă: extindere co-finanțare
• *% contractare CNAM–OSC pentru servicii de prevenire (IEC, TPT), % fonduri alocate* • *Operaționalizarea mecanismelor de finanțare publică (CNAM și/sau mecanisme alternative)* • *Desfășurarea campaniilor IEC în grupuri vulnerabile* • *Produse media și campanii digitale și difuzate* • *Mecanisme de M&E comunitar aplicate (raport elaborat)*
2029 – Preluare majoritară de către sistemul public
• *% contractare CNAM–OSC pentru servicii de prevenire (IEC, TPT), % fonduri alocate* • *Integrarea serviciilor în procesele de planificare și bugetare națională* • *Ajustarea intervențiilor pe baza datelor (M&E, cercetări operaționale)* • *Mecanisme de M&E comunitar consolidate și aplicate*
2030 – Post-tranziție: sustenabilitate
• *Serviciile de prevenire TB contractate regulat din surse publice (% OSC contractate, % fonduri alocate)* • *Mecanismele de finanțare publică funcționale și sustenabile* • *Serviciile IEC și TPT integrate complet în pachetele CNAM* • *M&E comunitar asigură monitorizarea continuă a acoperirii pentru grupurile vulnerabile* • *Intervențiile de prevenire adaptate permanent pe baza datelor și cercetărilor operaționale*

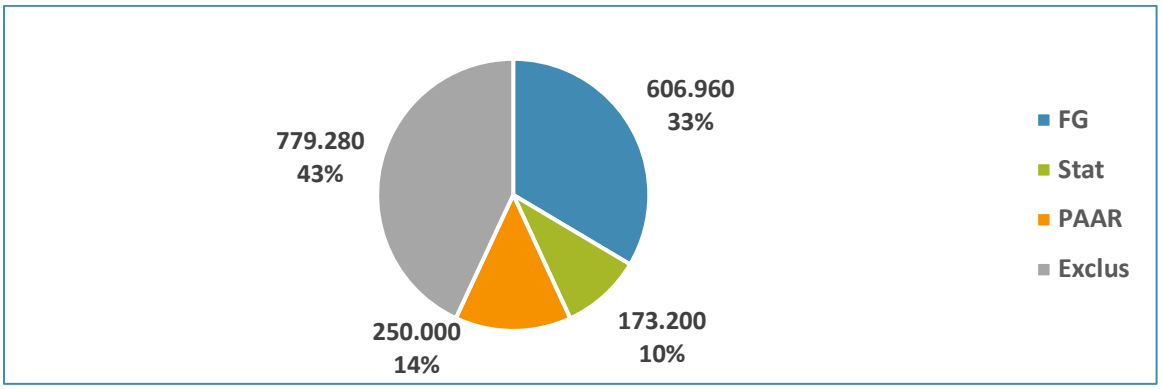
Planificare financiară privind suportul comunitar pentru prevenire comunitară

Pentru perioada tranziției (2027-2029), s-a estimat un buget 1,81 milioane MDL pentru intervențiile privind prevenirea comunitară a TB. Din bugetul estimat spre alocare - 606,96 mii MDL (77,8%) urmează să fie acoperite din sursele FG, iar 173,2 mii MDL (22,2%) reprezintă contribuția planificată a statului.

Intervenția inclusă în PAAR, în valoare de 250,0 mii MDL (13,8% din necesarul total estimat), vizează dezvoltarea și difuzarea produselor media și a campaniilor digitale pentru grupurile vulnerabile

Intervențiile excluse din finanțare însumează 779,28 mii MDL și includ calcularea costurilor serviciilor IEC, a serviciilor de suport comunitar pentru tratamentul preventiv TB (TPT), dezvoltarea mecanismelor operaționale pentru implementarea serviciilor de prevenire TB, campanii țintite pentru grupurile vulnerabile și monitorizarea accesului la serviciile de prevenire (Figura 10).

Figura 6. Buget estimat privind intervențiile de prevenire TB pentru perioada de tranziție, 2027-2029



Tabel 15. Planificarea financiară și etapele de tranziție pentru prevenirea TB, 2027–2030 (mii MDL)

	Activități principale	Sursa	2027	2028	2029	2030
GC8	Evaluarea implementării măsurilor de prevenire și control al infecției (IPC) în instituțiile prioritare, inclusiv AMP	FG	606.96			
PAAR	Dezvoltarea și difuzarea produselor media și a campaniilor digitale pentru grupurile vulnerabile	FG	100.000	100.000	50.000	
		Stat			50.000	100.000
Exclus	Cuantificarea serviciilor de informare, educare și consiliere (IEC)	FG	74.760			
		Stat			24.400	24.400
Exclus	Cuantificarea serviciilor de tratament preventiv TB (TPT) cu suport OSC	FG	74.760			
		Stat			24.400	24.400
Exclus	Dezvoltarea mecanismelor operaționale pentru implementarea serviciilor de prevenire TB	FG	50.360			
Exclus	Campanii țintite pentru grupurile vulnerabile privind screening-ul, prevenirea și aderența la tratament	FG	100.000	100.000	50.000	
		Stat			50.000	100.000
Exclus	Monitorizarea accesului grupurilor vulnerabile la servicii de prevenire și executarea angajamentelor asumate	FG	109.800	109.800	109.800	
		Stat			24.400	24.400

Riscurile reziduale asociate tranziției prevenirii TB

Cel mai critic risc este neintegrarea serviciilor de IEC în mecanismele de finanțare publică, cu probabilitate înaltă, ceea ce poate duce la reducerea activităților de mobilizare comunitară, scăderea

adresabilității la servicii și limitarea acoperirii în rândul grupurilor vulnerabile. Pe termen mediu, acest fenomen poate contribui la menținerea transmiterii TB în comunitate și la subutilizarea intervențiilor preventive.

Un risc complementar este utilizarea limitată a TPT, determinată de absența suportului comunitar, ceea ce afectează identificarea și includerea beneficiarilor eligibili, precum și aderența la tratament. Impactul poate fi unul semnificativ, prin creșterea numărului de cazuri de TB în grupurile de risc.

Implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței în perioada de tranziție, TB

Aliniere cu PNRT. Componenta este în deplină concordanță cu prioritățile Programului, contribuind la:

- *Obiectivul specific 6, prin consolidarea guvernanței și a cadrului normativ, promovarea participării societății civile și susținerea alocării eficiente a resurselor pentru intervenții TB;*
- *Obiectivul specific 4, prin facilitarea accesului universal și echitabil la servicii integrate și centrate pe persoană, inclusiv prin colaborarea între programe și integrarea serviciilor comunitare în sistemul de sănătate;*
- *Obiectivul specific 7, prin contribuția la generarea și utilizarea datelor și dovezilor (inclusiv prin M&E comunitar și cercetări operaționale) pentru informarea proceselor de planificare și luare a deciziilor.*

Rolul OSC în consolidarea guvernanței, monitorizării și participării comunitare

OSC joacă un rol strategic în consolidarea funcțiilor de guvernanță, monitorizare și participare comunitară în răspunsul la TB, în special în contextul tranziției către finanțarea publică.

OSC contribuie la promovarea transparenței prin implicarea activă în procesele de planificare, implementare și evaluare a intervențiilor TB, asigurând integrarea perspectivelor comunităților afectate în politicile și programele naționale.

OSC facilitează participarea comunitară în procesele de guvernanță, inclusiv prin implicarea în platforme de coordonare (Platforma TB), contribuind la dezvoltarea politicilor centrate pe persoană, inclusiv prin identificarea barierelor de acces la servicii. Prin activități de pledoarie și monitorizare, OSC susțin alinierea intervențiilor la nevoile reale ale grupurilor vulnerabile și contribuie la reducerea stigmei și discriminării asociate TB.

În context, OSC contribuie la consolidarea mecanismelor de coordonare intersectorială, la promovarea politicilor bazate pe dovezi și la creșterea rezilienței răspunsului la TB.

Model actual de implementare, rezultate și aranjamente de finanțare privind consolidarea guvernanței, monitorizării și participării comunitare

În viziunea PNRT, componenta de guvernanță, monitorizare, participare comunitară și transformare de sistem este structurată în mai multe arii funcționale interdependente, care asigură sustenabilitatea reformelor TB și instituționalizarea completă a tranziției către sistemul public:

- guvernanța PNRT, inclusiv coordonare intersectorială și dezvoltare de politici;
- sistem național de colectare, analiza și utilizarea datelor pentru decizie (SIME TB);
- trasee de referire și integrare a serviciilor TB în sistemul național de sănătate;

- **participare comunitară și implicarea OSC în răspunsul TB;**
- comunicare pentru sănătate și activități de schimbare a comportamentului;
- instruirea continuă a resurselor umane și consolidarea capacităților instituționale;
- **cercetare operațională, inovare și utilizarea evidenței științifice în politici și intervenții.**

Modelul actual de implementare a intervențiilor de consolidare a guvernanței, monitorizării și participării comunitare în TB este caracterizat printr-o implicare activă a OSC, integrată în mecanismele naționale, dar predominant dependentă de finanțarea FG. În perioada 2021–2025, intervențiile au fost implementate prin:

- contractare directă a OSC din sursele FG și, în paralel, prin mecanisme de contractare cu CNAM;
- participarea OSC în platforme naționale de decizie (GTL-TB, CNC) și în Platforma OSC-TB Plus;
- implementarea mecanismelor de monitorizare comunitară (CLM);
- desfășurarea cercetărilor conduse de comunitate;
- implicarea în coordonarea multisectorială la nivel central și local.

Rezultate privind implicarea OSC în activități de guvernanță, participare și monitorizare:

- Capacitate și participare instituțională: peste 100 de participanți instruiți în cadrul activităților de consolidare a capacităților; 32 participări ale OSC în procese naționale de luare a deciziilor în perioada 2024–2026;
- Coordonare la nivel local: peste 600 de reprezentanți (APL, CNAM, AMP, OSC etc.) implicați; elaborarea a 25 planuri teritoriale de răspuns la TB cu suportul OSC;
- Monitorizare comunitară (CLM): 532 beneficiari unici înregistrați în sistem; 163 bariere raportate privind accesul la servicii; 93 cazuri soluționate prin mecanisme de dialog și intervenție;
- Cercetări conduse de comunitate: 3 studii finalizate (TB stigma [6], costuri catastrofale [10], cascada DR-TB și evaluarea drepturilor omului [11]) - rezultatele fiind utilizate la fundamentarea PNRT 2026–2030 și un studiu în derulare (satisfacția pacienților cu TB).

Rezultatele obținute demonstrează funcționarea modelului de participare comunitară activă, cu contribuții directe la procesele de politici, monitorizare și planificare.

Mecanisme de finanțare pentru OSC în perioada 2021-2025. Din 2021 până în 2025, finanțarea din surse naționale (CNAM) pentru OSC a crescut cu 160%, însă reprezintă în continuare doar 23% din totalul resurselor necesare pentru serviciile comunitare TB.

Începând cu 2021 a fost realizat și standardizat costul serviciilor comunitare privind 1) creșterea gradului de conștientizare, comunicarea riscurilor, implicarea și mobilizarea comunității, 2) suport depistarea activă a cazurilor de TB; 3) suport pentru tratamentul observat/asistat; 4) suport de la egal la egal/per vizită dintre care costul pentru suport în depistarea activă a cazurilor de TB, a fost aprobat prin (ordine comune ale MS și CNAM (nr. 1192/323- A[8] din 22 decembrie 2023 și nr. 985/325- A[9] din 29 octombrie 2025. Standardizarea costurilor de depistare activă a cazurilor de TB a permis instituirea unei abordări unitare de finanțare și contractare a serviciului, iar în prezent aceeași metodologie de calcul este aplicată atât pentru intervențiile finanțate din sursele publice, prin CNAM, cât și pentru cele

[8] https://cnam.md/wp-content/uploads/2025/11/325-A-985-29.10.2025.pdf

[9] https://cnam.md/wp-content/uploads/2026/03/323-A-1192-din-22.12.2023-Cu-privire-la-aprobarea-tarifelor-serviciilor-de-depistare-activa-a-tuberculozei-in-grupurile-de-risc-in-contextul-raspunsului-la-tuberculoza.pdf

finanțate din sursele FG, abordare care facilitează tranziția către finanțarea publică și creează premise pentru extinderea mecanismelor de contractare a serviciilor comunitare TB.

Un progres important este mecanismul funcțional de contractare prin CNAM: 6 din 10 OSC-TB implicate în implementarea intervențiilor TB au experiență de contractare.

Provocări de tranziție și dependența de finanțarea FG în consolidarea guvernanței, monitorizării și participării comunitare

În pofida progreselor înregistrate în consolidarea implicării comunitare în răspunsul la TB, tranziția către finanțarea publică a funcțiilor de guvernanță, monitorizare și participare comunitară rămâne una dintre cele mai complexe componente ale procesului de sustenabilitate. Spre deosebire de serviciile clinice, aceste activități sunt mai dificil de integrat în mecanismele tradiționale de finanțare ale sistemului de sănătate, cu toate că prezintă elemente de bază pentru calitatea, echitatea și eficiența răspunsului național la TB.

Principala provocare constă în **dependența disproporționată de finanțarea externă** pentru realizarea intervențiilor de monitorizare comunitară, cercetarea operațională, participarea OSC în procesele de guvernanță și coordonare, dar și alte funcții de consolidare a rezilienței sistemului de sănătate. Reducerea progresivă a finanțării FG pentru unele servicii OSC-TB (ACF -37% în anul 2025 și -40% în anul 2026 comparativ cu anul 2024) și alocarea limitată din sursele naționale generează presiuni privind sustenabilitatea tuturor intervențiilor.

Este evidentă **integrarea instituțională incompletă a OSC** în sistemele naționale de guvernanță și monitorizare, intervenție dependentă de resursele FG privind facilitarea dialogului, coordonării și consolidării capacităților.

Provocările de tranziție sunt amplificate și de **capacitatea limitată de contractare a OSC** (6 din 10 contractate surse CNAM), fapt ce indică necesitatea dezvoltării cadrului instituțional și a capacităților administrative pentru extinderea contractărilor publice.

Limitările actuale ale finanțării publice sunt reflectate și de **gradul redus de integrare a serviciilor comunitare recomandate de OMS**. În prezent, doar 2 (depistarea TB și elemente din IEC) din 12 servicii comunitare recomandate sunt finanțare din surse publice, ceea ce indică o dependență sistemică de finanțarea FG pentru un spectru larg de intervenții. **Acoperire parțială a costului real pentru modelele comunitare de intervenție**. Cu toate că costul serviciilor comunitare a fost apreciat, standardizat și inclus în mecanismele de finanțare publică, acesta nu acoperă pe deplin toate activitățile comunitare (lucrători în teren, mobilizare comunitară, educare, navigare și suport pentru beneficiari), acestea continuă să fie susținute în mare măsură din sursele FG.

Din perspectiva rolului OSC privind intervențiile de guvernanță, monitorizare și participare comunitară, 9 din 14 intervenții presupun implicarea directă a OSC, în special în domeniile participării comunitare, monitorizării tranziției, cercetării operaționale și dezvoltării mecanismelor de sustenabilitate. Dintre acestea, 1 intervenție este încadrată în Categoria II, 4 intervenții în Categoria III, 1 intervenție în Categoria IV și 3 intervenții în PAAR (Tabel 16).

Principalele vulnerabilități ale tranziției sunt legate în mare măsură de mecanismele care asigură participarea comunitară, generarea dovezilor și dialogul dintre actorii implicați în răspunsul la TB. Includerea intervențiilor în PAAR evidențiază lacune de finanțare pentru funcții strategice importante

în răspunsul TB. Acestea cuprind: monitorizarea implementării Foii de parcurs de tranziție și a angajamentelor asumate (parțial), comunicare strategică și promovare reforme pentru sustenabilitatea răspunsului TB, dezvoltarea și implementarea PTRT, dar și evaluarea barierelor din cascada TB și evaluarea stigmei. Neasigurarea finanțării acestor intervenții poate limita capacitatea sistemului de a genera dovezi pentru politici, de a mobiliza resurse interne și de a adapta serviciile la nevoile reale ale populațiilor afectate (Tabel 16).

Tabel 16. Clasificarea intervențiilor privind consolidarea guvernanței, monitorizării și participării comunitare după nivelul de dependență de FG

Intervenție	**Categorie tranziție**	**OSC**	**Comentarii**
Asigurarea vizitelor de M&E în cadrul IMS publice și private, în OSC implicate în răspunsul la TB	Categoria II	M&E	Activitate instituțională de M&E, preluată gradual de sistemul public; FG contribuie complementar la extinderea și consolidarea capacităților de monitorizare.
Actualizarea PCN „TB la copil” și „TB la adult”	Categoria II	M&E	Funcție normativă de bază a MS; FG are rol limitat (expertiză, suport tehnic), fără dependență structurală de finanțare externă.
Elaborarea ghidului național pentru evaluarea și îngrijirea persoanelor afectate de consecințele post-TB	Categoria II	M&E	Intervenție de reglementare în curs de dezvoltare; dependență limitată de FG pentru suport tehnic și aliniere la ghidurile internaționale.
Menținerea și ajustarea periodică a SIME TB	Categoria III	M&E	Funcție de sistem esențială, integrată în structurile instituționale (MS/PNRT); dependența de FG este limitată la suport tehnic.
Organizarea periodică a întâlnirilor și sesiunilor de instruire la nivel central și teritorial	Categoria III	M&E	Necesită menținerea finanțării pentru sustenabilitatea participării și coordonării multisectoriale.
Asigurarea participării active a societății civile în răspunsul național la TB (consolidarea Platformei OSC-TB+), pentru alinierea politicilor la standardele internaționale și drepturile omului	Categoria III	√	Funcție critică de guvernanță și participare comunitară, dependentă de FG; nu este instituționalizată ca mecanism finanțat sistematic din resurse publice.
Realizarea studiului operațional - evaluarea satisfacției pacienților	Categoria III	√	Intervenție prioritară pentru politici centrate pe pacient, dar neacoperită din alocarea de bază; necesită finanțare suplimentară
Realizarea studiului operațional - evaluarea costurilor catastrofale	Categoria III	√	Intervenție necesară pentru monitorizarea impactului socio-economic TB și alinierea la indicatorii OMS, dependentă de finanțarea FG
Instituționalizarea Agendei de Cercetare Operațională TB	Categoria II	√	Funcție de sistem strategică pentru utilizarea dovezilor, dar dependentă de FG; necesită integrare în mecanismele naționale de planificare și finanțare.
Monitorizarea implementării Planului de sustenabilitate și a angajamentelor asumate	Categoria IV PAAR	√	Funcție critică pentru gestionarea procesului de tranziție și responsabilizarea instituțiilor implicate. Implementarea depinde în mare măsură de suportul tehnic și financiar al FG
Coordonare tehnică, dialog instituțional, comunicare strategică și promovare	PAAR	√	Intervenție de tip RSSH, esențială pentru funcționarea mecanismelor de guvernanță și coordonare multisectorială. Neacoperită din alocarea de bază; necesită finanțare suplimentară pentru adaptarea

Intervenție	Categorie tranziție	OSC	Comentarii
reforme pentru sustenabilitatea răspunsului TB			condițiilor sanitare și infrastructură la rigorile de autorizare sanitară, acreditare și funcționare
Dezvoltarea și implementarea PTRT și a mecanismelor locale de finanțare	PAAR	√	Intervenție neacoperită din alocarea de bază; necesită finanțare suplimentară
Realizarea studiului operațional bariere în cascada TB (DS și DR)	PAAR	√	Studiu esențial pentru identificarea lacunelor în acces și continuitatea serviciilor, dar neacoperită din alocarea de bază; necesită finanțare suplimentară
Realizarea studiului operațional stigma TB	PAAR	√	Intervenție prioritară pentru politici centrate pe pacient, neacoperită din alocarea de bază; necesită finanțare suplimentară

√ - indică implicarea nemijlocită a OSC și rețelelor comunitare în implementarea intervenției
M&E – implicarea tangențială a OSC și rețelelor comunitare în monitorizarea implementării intervenției
PAAR - Prioritized Above Allocation Request

Pașii de tranziție și traseu de integrare privind consolidarea guvernanței, monitorizării și participării comunitare

În perspectiva tranziției către finanțarea publică, consolidarea guvernanței, monitorizării și participării comunitare în răspunsul la procesul cuprinde direcții strategice interdependente, precum:

- **operaționalizarea și asigurarea rezilienței sistemului informațional (SIME TB),** inclusiv, integrarea raportării serviciilor implementate prin OSC (screening și VST) - va permite extinderea acoperirii sistemului de date și va reflecta contribuția comunitară în răspunsul TB.
- **instituționalizarea Agendei de Cercetare Operațională în domeniul TB** - instrument strategic care va permite prioritizarea cercetărilor pentru generarea de dovezi și informarea politicilor în răspunsul TB.
- facilitarea **participării OSC în procesele de coordonare și luare a deciziilor, inclusiv prin consolidarea Platformei OSC-TB+** va asigură cadru instituțional pentru participarea a OSC și a comunităților, contribuind la creșterea transparenței, responsabilității și relevanței politicilor.

Monitorizarea progresului prin cercetări operaționale – importantă pentru funcționarea efectivă a serviciilor comunitare, deoarece acestea nu pot fi gestionate exclusiv prin indicatori de rutină TB.

- evaluarea satisfacției pacienților va permite identificarea problemelor de acceptabilitate și calitate a serviciilor, care influențează direct aderența;
- evaluarea costurilor catastrofale evidențiază impactul economic asupra pacienților, factor major de neaderență;
- analiza barierelor în cascada TB (DS și DR) identifică punctele unde pacienții se pierd de-a lungul cascadei de îngrijire (PAAR);
- evaluarea stigmei asociate TB și impactului acesteia asupra accesului la servicii identifică barierele sociale și structurale care influențează adresabilitatea la servicii, inițierea și continuitatea tratamentului (PAAR).

În perspectiva tranziției către finanțarea publică, consolidarea guvernanței, monitorizării și participării comunitare în răspunsul TB cuprinde direcții strategice interdependente, precum:

- **dezvoltarea și implementarea planurilor teritoriale** (PAAR) și a mecanismelor locale de finanțare, care vor permite adaptarea intervențiilor TB la specificul epidemiologic și socio-economic local.
- **dezvoltarea mecanismelor de monitorizare a implementării Foii de parcurs de tranziție și a angajamentelor asumate** (parțial PAAR), asigurând urmărirea progresului și identificarea precoce a riscurilor.

Tabel 17. Etapele de tranziție și livrabile aferente pentru consolidarea guvernanței, monitorizării și participării comunitare în sistemul public de finanțare, 2027–2030

Livrabile și indicatori
2027 - Pre-tranziție: consolidarea cadrului operațional cofinanțare
• Consolidarea Platformei OSC-TB+ și formalizarea mecanismelor de participare la procesele decizionale și de coordonare • Elaborarea mecanismului M&E a Foii de parcurs de tranziție și a angajamentelor asumate • Integrarea raportării serviciilor implementate prin OSC (screening, VST) în SIME TB • Instituționalizarea Agendei de Cercetare Operațională TB (cadru aprobat) • Desfășurarea cercetărilor operaționale (satisfacție, costuri) • *Desfășurarea cercetărilor operaționale (bariere în cascada TB, stigma) - PAAR* • *Dezvoltarea planurilor teritoriale de răspuns la TB - PAAR* • *Mecanismelor de dialog instituțional și participare comunitară - PAAR*
2027 - Pre-tranziție
• Participarea OSC în procesele decizionale și de coordonare (mecanisme funcționale) • M&E privind implementarea Foii de parcurs de tranziție (raport de progres elaborat) • Funcționarea SIME TB cu includerea deplină a datelor privind intervențiile comunitare • Aplicarea rezultatelor cercetărilor operaționale în documente de politici și planificare • *Consolidarea mecanismelor de dialog instituțional și participare comunitară - PAAR* • *Dezvoltarea planurilor teritoriale de răspuns la TB - PAAR*
2028 - Tranziție activă: extindere co-finanțare
• Participarea OSC în procesele decizionale și de coordonare (mecanisme funcționale) • M&E privind implementarea Foii de parcurs de tranziție (raport de progres elaborat) • *Consolidarea mecanismelor de dialog instituțional și participare comunitară - PAAR* • *Dezvoltarea planurilor teritoriale de răspuns la TB - PAAR*
2029 – Preluare majoritară de către sistemul public
• Participarea OSC în procesele decizionale și de coordonare (mecanisme funcționale) • M&E privind implementarea Foii de parcurs de tranziție (raport de progres elaborat) • *Consolidarea mecanismelor de dialog instituțional și participare comunitară - PAAR* • *Dezvoltarea planurilor teritoriale de răspuns la TB - PAAR*
2030 – Post-tranziție: sustenabilitate
• SIME TB funcțional și sustenabil, incluzând toate intervențiile comunitare • Agenda de Cercetare Operațională TB instituționalizată și integrată în politici și planificare • Participarea OSC asigurată prin mecanisme formale și sustenabile

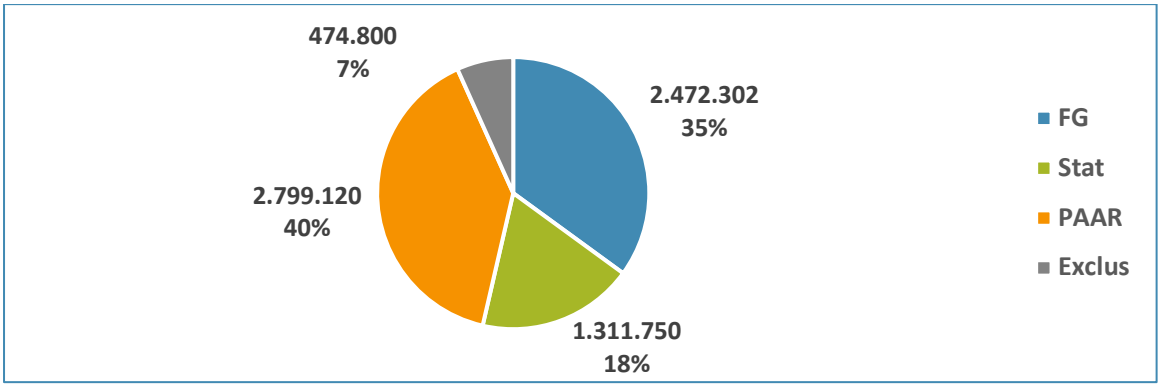
Planificare financiară privind consolidarea guvernanței, monitorizării și participării comunitare

Bugetul estimat pentru implementarea intervențiilor privind consolidarea guvernanței, monitorizării și participării comunitare în perioada 2027–2029 a fost estimat la 7,06 milioane MDL. Intervențiile incluse în alocarea financiară pentru perioada de tranziție însumează 3,78 milioane MDL (53,6%), intervențiile

incluse în PAAR însumează 2,80 milioane MDL (41,6%), iar cele excluse atât din alocarea de bază, cât și din PAAR au o valoare de 474,8 mii MDL, reprezentând 6,7% din necesarul financiar estimat (Figura 7).

În perioada de tranziție GC8 (2027–2029), 2,47 milioane MDL (65,3%) urmează să fie acoperite din sursele FG, iar 1,31 milioane MDL (34,7%) reprezintă contribuția planificată a statului (Figura 7).

Figura 7. Structura bugetului estimat pentru intervențiile de consolidarea a guvernanței, monitorizării și participării comunitare, 2027-2029



În anul 2027, finanțarea este asigurată predominant din sursele FG, care acoperă 3,69 milioane MDL (93,8%) din bugetul anual planificat, contribuția națională fiind limitată la 244,0 mii MDL (6,2%). În anul 2028, contribuția națională crește la 446,0 mii MDL, reprezentând 33,5% din bugetul anual, iar în anul 2029, ponderea finanțării naționale ajunge la 621,8 mii MDL echivalent cu 44,6% din necesarul anual, reflectând preluarea graduală a unor funcții de guvernanță și monitorizare de către sistemul public. Către 2030, finanțarea națională atinge 694,3 mii MDL, reprezentând 100% din activitățile planificate după finalizarea finanțării din sursele FG pentru intervențiile incluse în planul de tranziție ().

Intervențiile incluse în PAAR au o valoare totală de 2,80 milioane MDL și vizează dezvoltarea și implementarea PTRT, coordonarea tehnică, dialogul instituțional, comunicarea strategică și promovarea reformelor pentru sustenabilitatea răspunsului la TB, precum și cercetări operaționale precum stigmatizarea și barierele din cascada serviciilor TB. Importanța intervențiilor este majoră pentru consolidarea guvernanței, utilizarea dovezilor în procesul decizional și monitorizarea progresului tranziției către un răspuns sustenabil la TB.

Intervenția în valoare de 474,8 mii MDL – (46% din bugetul estimat pentru monitorizarea implementării Foii de parcurs de tranziție și a angajamentelor asumate) rămâne exclusă atât din alocarea de bază, cât și din PAAR, deși reprezintă mecanism semnificativ pentru urmărirea progresului tranziției, responsabilizarea instituțiilor implicate și documentarea respectării angajamentelor asumate în procesul de sustenabilitate.

Tabel 18. Planificarea financiară și etapele de tranziție pentru intervențiile de consolidarea a guvernanței, monitorizării și participării comunitare, 2027–2030 (MDL)

	Activități principale	Sursa	2027	2028	2029	2030
GC8	Operaționalizarea și reziliența SIME TB	FG	286.0019			
		Stat	244.000	446.000	446.000	446.000
GC8	Operaționalizarea și reziliența sistemului VST	FG	99.160	99.160	48.800	
		Stat			50.630	99.160
GC8	Instituționalizarea Agendei Cercetare Operațională TB	FG	49.580			

	Activități principale	Sursa	2027	2028	2029	2030
GC8	Evaluarea costurilor catastrofale asociate TB	FG	605.400			
GC8	Evaluarea satisfacției beneficiarilor serviciilor TB	FG	605.400			
GC8	Facilitarea participării OSC în procesele de coordonare și decizii (Platforma TB Plus)	FG	51.920	51.920	25.960	
		Stat			25.960	50.360
GC8 53,6%	Monitorizarea implementării Planului de sustenabilitate și a angajamentelor asumate	FG	183.000	183.000	183.000	
		Stat			24.400	24.400
PAAR	Evaluarea stigmei asociate TB	FG	605.400			
PAAR	Evaluarea barierelor în cascada TB DS și TB DR	FG	605.400			
PAAR	Dezvoltarea PTRT și a mecanismelor de finanțare	FG	125.120	125.120	74.760	
		Stat			50.360	99.160
PAAR	Comunicare strategică, promovare reforme în sustenabilitatea răspunsului la TB	FG	473.160	473.160	317.000	
		Stat			24.400	50.360
Exclus 46,4%	Monitorizarea implementării Planului de sustenabilitate și a angajamentelor asumate	FG	158.600	158.600	158.600	

Riscuri reziduale după tranziția de la Fondul Global privind consolidarea guvernanței, monitorizării și participării comunitare

Tabel 19. Riscuri reziduale și măsuri de acțiuni de redresare aferente tranziției consolidării guvernanței, monitorizării și participării comunitare către finanțarea publică, 2027–2030

Risc / probabilitate	Impact sau consecințe	Acțiuni de redresare
Integrarea incompletă a OSC în mecanismele naționale de guvernanță și monitorizare *Probabilitate: medie - înaltă*	**Consecințe programatice** • Reducerea participării OSC în procesele de coordonare și luare a deciziilor • Diminuarea reprezentării intereselor grupurilor afectate de TB • Slăbirea mecanismelor de responsabilizare instituțională **Impact major** • Politici și intervenții mai puțin adaptate nevoilor comunităților afectate • Reducerea caracterului centrat pe persoană al răspunsului la TB	• Instituționalizarea participării OSC în structurile de coordonare și monitorizare ale PNRT • Menținerea și consolidarea Platformei OSC-TB+ ca mecanism formal de consultare și reprezentare • Dezvoltarea mecanismelor de finanțare sustenabilă pentru participarea OSC în procesele de guvernanță și monitorizare • Pledoarie din partea OSC
Capacitate limitată de contractare și finanțare a OSC din surse publice *Probabilitate: medie*	**Consecințe programatice** • Reducerea numărului de prestatori comunitari activi • Pierderea capacităților construite prin granturile FG • Reducerea acoperirii intervențiilor comunitare **Impact major**	• Diversificarea surselor de finanțare pentru serviciile comunitare (contractare socială, bugete locale, proiecte de dezvoltare) • Consolidarea capacităților OSC privind acreditarea, managementul financiar și contractarea serviciilor

Risc / probabilitate	Impact sau consecințe	Acțiuni de redresare
	• Acces redus al grupurilor vulnerabile la servicii TB • Creșterea inechităților de acces la servicii	• Pledoarie din partea OSC pentru alocarea resurselor publice destinate serviciilor comunitare TB.
Reducerea sau întreruperea mecanismelor CLM *Probabilitate: înaltă*	**Consecințe programatice** • Reducerea colectării sistematice a feedbackului beneficiarilor • Pierderea informațiilor privind barierele de acces și calitatea serviciilor • Diminuarea monitorizării implementării tranziției din perspectiva comunităților **Impact major** • Problemele sistemice sunt identificate tardiv • Scăderea capacității de îmbunătățire continuă a serviciilor	• Instituționalizarea mecanismelor de monitorizare conduse de comunitate (CLM) în cadrul proceselor de M&E ale PNRT • Integrarea indicatorilor și rezultatelor CLM în sistemele naționale de monitorizare și raportare (SIME TB) • Pledoarie din partea OSC pentru menținerea mecanismelor de monitorizare comunitară după tranziția de la finanțarea FG.
Neimplementarea cercetărilor operaționale (bariere în cascada TB, stigma TB) *Probabilitate: înaltă*	**Consecințe programatice** • Lipsa dovezilor privind cauzele pierderilor din cascada servicii TB • Capacitate redusă de evaluare a impactului stigmei asupra accesului la servicii • Limitarea utilizării dovezilor pentru adaptarea intervențiilor **Impact major** • Intervenții mai puțin eficiente și mai puțin adaptate nevoilor populațiilor afectate • Menținerea barierelor de acces neidentificate	• Integrarea Agendei de Cercetare Operațională TB în documentele naționale de planificare și bugetare • Instituționalizarea cercetării operaționale TB în cadrul proceselor de planificare, monitorizare și evaluare ale PNRT • Pledoarie din partea OSC pentru includerea cercetărilor operaționale în prioritățile de finanțare ale sistemului public.
Autorizarea sanitară obligatorie a OSC-TB ca precondiție pentru acreditarea prestatorilor de servicii de sănătate, în lipsa mecanismelor de finanțare pentru conformarea la cerințele sanitare. Procesul presupune investiții semnificative în reparații, amenajarea spațiilor și dotarea acestora conform standardelor aplicabile prestatorilor de servicii medicale, costuri pe care OSC	**Consecințe programatice:** • Întârzierea sau imposibilitatea acreditării OSC • Reducerea numărului de prestatori eligibili pentru contractare din fondurile publice • Discontinuitatea serviciilor comunitare și diminuarea accesului populațiilor-cheie la servicii esențiale **Impact major:** • Întârzierea procesului de integrare a serviciilor comunitare în sistemul public • Risc de pierdere a capacității instituționale dezvoltate prin finanțarea externă	• Revizuirea cadrului normativ privind autorizarea sanitară și acreditarea serviciilor comunitare, cu aplicarea unor cerințe proporționale profilului serviciilor prestate. • Crearea unui mecanism de finanțare dedicat OSC pentru conformarea la cerințele de autorizare sanitară, inclusiv prin **accesarea Fondului de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale administrat de CNAM** sau prin instituirea unui fond similar destinat prestatorilor comunitari. • Implementarea unor mecanisme tranzitorii de acreditare și contractare până la asigurarea conformării complete la standardele sanitare.

Risc / probabilitate	Impact sau consecințe	Acțiuni de redresare
nu le pot acoperi din sursele curente de finanțare. *Probabilitate: înaltă*		

Importanța strategică a monitorizării comunitare și a monitorizării implementării Foii de parcurs de tranziție

Monitorizarea implementării Foii de parcurs de tranziție și mecanismele de Community-Led Monitoring (CLM) reprezintă una dintre cele mai importante funcții de sustenabilitate ale răspunsului la TB în perioada post-FG. În contextul tranziției, succesul nu poate fi măsurat exclusiv prin preluarea costurilor de către stat, dar prin capacitatea sistemului de a menține accesul efectiv la servicii, de a proteja grupurile vulnerabile și de a asigura continuitatea funcțiilor esențiale ale programului. Monitorizarea tranziției oferă cadrul necesar pentru verificarea sistematică a acestor obiective și pentru evaluarea progresului în raport cu angajamentele asumate de instituțiile naționale.

CLM are o valoare strategică deosebită deoarece completează sistemele instituționale de monitorizare cu informații care nu sunt disponibile prin raportările de rutină. Prin colectarea feedbackului beneficiarilor, documentarea experienței reale a pacienților și identificarea barierelor de acces, mecanismele comunitare permit detectarea timpurie a problemelor legate de accesibilitatea, acceptabilitatea și calitatea serviciilor TB. Astfel, CLM contribuie la transformarea datelor și experiențelor comunitare în recomandări concrete pentru îmbunătățirea intervențiilor și adaptarea politicilor la nevoile persoanelor afectate de TB.

În același timp, **monitorizarea implementării Foii de parcurs** reprezintă principalul instrument de responsabilizare a actorilor implicați în procesul de tranziție. Aceasta permite urmărirea progresului privind integrarea intervențiilor în sistemul public, dezvoltarea mecanismelor de finanțare, implementarea reformelor și respectarea termenelor asumate. Prin analizarea periodică a rezultatelor și a riscurilor, procesul oferă autorităților posibilitatea de a identifica din timp întârzierile și blocajele și de a aplica măsuri corective înainte ca acestea să afecteze continuitatea serviciilor.

Importanța CLM este cu atât mai mare în contextul populațiilor vulnerabile și al grupurilor-cheie, pentru care accesul la servicii este influențat de factori care nu sunt reflectați în indicatorii programatici tradiționali, precum stigmatizarea, discriminarea, costurile indirecte, lipsa documentelor de identitate sau alte bariere sociale. Prin urmare, menținerea mecanismelor de monitorizare comunitară după retragerea finanțării externe (FG) este esențială pentru asigurarea unui răspuns TB centrat pe persoană și bazat pe drepturile omului.

În context, monitorizarea implementării Foii de parcurs și CLM prezintă mecanisme de pilon în guvernanță și sustenabilitate și care permit verificarea faptului că tranziția produce rezultate reale pentru beneficiari și că investițiile realizate prin FG sunt menținute și valorificate pe termen lung. Consolidarea limitată a mecanismelor amplifică riscul ca procesul de tranziție să fie evaluat doar prin prisma absorbției financiare, fără o înțelegere clară a impactului asupra accesului la servicii, calității intervențiilor și protecției grupurilor vulnerabile.

Monitorizare și evaluare bazată pe comunitate

În cadrul PNRT pentru anii 2026–2030, traseul de integrare este conceput ca un proces continuu, integrat atât în sistemele curente de raportare ale sănătății, cât și în mecanismele de coordonare ale răspunsului la TB. PNRT prevede implicarea societății civile și în același timp definește clar rolul OSC atât în prestarea serviciilor cat și în procesele de guvernanță și monitorizare de politici. Impactul intervențiilor va fi măsurat printr-un set de 11 indicatori specifici destinați monitorizării activităților OSC în perioada 2026-2030, și care urmează să fie evaluați semestrial și/sau anual după cum urmează:

Servicii

- Ponderea persoanelor cu TB identificate prin screening activ susținut de OSC (%)
- Ponderea cazurilor confirmate de TB în rândul persoanelor examinate folosind unități radiologice mobile și ultra-portabile echipate cu inteligență artificială (%)
- Ponderea persoanelor cu TB care au primit sprijin din partea OSC pentru îmbunătățirea aderenței la tratament, (%)
- Ponderea persoanelor cu TB care primesc management de caz și suport multidisciplinar (inclusiv psihosocial) (%)
- Pachet standardizat de servicii de sprijin social/comunitar adoptat și implementat la nivel național (2024 - 1 serviciu (ACF-B) vs. 2030 - 12 servicii pilotate și implementate)
- Ponderea persoanelor cu TB care au finalizat cu succes tratamentul din numărul total de persoane cu TB sprijinite de organizațiile societății civile (%)
- Numărul de evenimente informative și educaționale privind prevenirea și controlul TB (inclusiv unități mobile de sănătate, campanii media și distribuirea de materiale)

Participarea în luarea deciziilor

- Ponderea deciziilor luate în cadrul PNRT la care organizațiile societății civile au participat activ (%)
- Numărul de întâlniri și evenimente anuale organizate la nivel central și regional cu participarea tuturor părților interesate cheie implicate în răspunsul la tuberculoză.

Participare în cercetare și dezvoltare

- Ponderea de cercetări clinice și operaționale efectuate cu participarea directă a organizațiilor societății civile și/sau a comunității (%)

Finanțare

- Ponderea OSC implicate în răspunsul la TB care primesc finanțare guvernamentală (% din numărul total de organizații ale societății civile active în acest domeniu)
- Mecanisme de finanțare guvernamentală dezvoltate și implementate (% bugete alocate)

Componenta HIV

Portofoliu de intervenții privind răspunsul la HIV

Analiza intervențiilor plasate în Categoriile III și IV evidențiază patru blocuri strategice în care tranziția trebuie planificată și monitorizată atent:

- prevenirea comunitară în populațiile-cheie
- PrEP (orală și injectabilă)
- serviciile și diagnosticul în regiunea de est
- sistemele comunitare, drepturile omului și monitorizarea comunitară (CLM, para-juriști, M&E digital și sisteme informaționale).

Implicarea comunitară în accesul la servicii de prevenire a infecției HIV, ITS și hepatitelor virale B, C și D

Aliniere cu PN HIV, hepatite virale și ITS – obiectiv 1. *Asigurarea accesului la servicii de prevenire a infecției HIV, ITS și hepatitelor virale B, C și D pentru cel puțin 90% dintre persoanele din grupurile cu risc sporit de infectare care necesită asemenea servicii*

Componenta cuprinde pachetele de prevenire pentru bărbați care fac sex cu bărbați (BSB), persoane trans (TG), persoane care consumă droguri injectabile și non-injectabile (PCDI și PCD), lucrători sexuali (LS), deținuți, tineri din grupurile cheie afectate (GCA).

Rolul intervenției privind prevenirea comunitară în populațiile-cheie

OSC și rețelele comunitare asigură prevenirea comunitară prin intervenții la nivel de comunitate, lucrători în teren, testare, referire și acompaniere, consiliere și suport psihosocial în grupurile-cheie afectate. Prin intervențiile menționate, serviciile comunitare facilitează accesul populațiilor dificil de atins la pachete integrate de prevenire (inclusiv distribuire consumabile, testare HIV și ITS, referire către servicii medicale și prevenirea PrEP), contribuind la creșterea acoperirii cu servicii și la reducerea riscului de transmitere în rândul populațiilor-cheie și al persoanelor cu risc sporit de infectare

Model actual de implementare, rezultate și aranjamente de finanțare a privind prevenirea comunitară în grupurile-cheie afectate

Serviciile de prevenire comunitară pentru populațiile-cheie sunt implementate preponderent prin OSC, în baza pachetelor standardizate de prevenire reglementate prin Standardul de organizare a serviciilor respective aprobat de către MS[10] (2025). La finele anului 2025, acoperirea serviciilor de prevenire a atins:

- 58,4% pentru BSB (7.594 persoane din 13.000 estimate);
- 67,3% pentru lucrătorii sexuali (7.785 persoane din 11.560 estimate);
- 56,1% pentru PCD/PCDI (12.238 persoane din numărul estimativ 21.800).

[10] Ordinul MS nr. 1226/2025 cu privire la aprobarea cu privire la aprobarea Standardului de organizare și funcționare a serviciilor de prevenire HIV și reducere a riscurilor în mediul grupurilor cheie afectate, inclusiv a tinerilor din aceste grupuri, ediția III

În regiunea de Est, au beneficiat de servicii de prevenire 490 BSB, 1.285 LS și 1.960 PCD/PCDI.

Implementarea serviciilor este diversificată și include intervenții inovative, precum serviciile de prevenire prin aparate vending, de care au beneficiat 3.514 persoane în perioada 2022–2024. De asemenea, serviciile de reducere a riscurilor includ tratamentul de suport cu agoniști opioizi (PTAO) și prevenirea supradozelor, inclusiv cu utilizarea Naloxonei, de care au beneficiat 740 persoane, inclusiv 147 (19,8%) din mediul penitenciar către finele anului 2025.

Serviciile de prevenire sunt completate cu intervenții integrate și specializate pentru tineri prin intermediul Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor[11].

Serviciile PrEP sunt implementate printr-un model mixt, care combină servicii medicale instituționale cu intervențiile comunitare. Inițierea și monitorizarea tratamentului sunt realizate în cadrul centrelor de diagnostic și tratament HIV de către personalul medical a IMSP. Componenta comunitară a serviciilor PrEP este asigurată prin intermediul OSC, în special prin modele de livrare adaptate populațiilor-cheie. Modelul include identificarea beneficiarilor eligibili, consilierea pentru inițiere și menținerea aderenței, precum și facilitarea accesului la servicii.

PrEP este disponibilă în prezent predominant sub formă orală (emtricitabină/tenofovir disoproxil), medicamentele fiind procurate integral din sursele bugetului național (CNAM). Modelul actual include, de asemenea, dezvoltarea și introducerea profilaxiei injectabile de lungă durată (lenacapavir)[12], aflată în fază de pilotare și integrare în servicii în contextul GC8. În acest context, implicarea comunitară este critică pentru transformarea PrEP (injectabil) dintr-o intervenție cu acoperire joasă într-un element standard și scalabil al răspunsului național la HIV.

În anul 2025, doar 731 de persoane au beneficiat de servicii PrEP, dintre care peste 90% BSB, ceea ce evidențiază o concentrare a accesului într-un singur grup și o extindere insuficientă a serviciilor în alte populații-cheie și teritorii.

Provocări de tranziție privind prevenirea comunitară în populațiile-cheie

În pofida progreselor realizate în integrarea serviciilor de prevenire pentru populațiile-cheie, modelul actual este dependent de finanțarea externă (FG), în special pentru componentul comunitar (Tabel 20).

Mecanisme de finanțare, contractare și cuantificare incomplete. Modelul actual rămâne dependent de finanțarea externă (FG), în special pentru componenta comunitară (outreach, prevenire combinată, servicii de suport și pachete extinse). Contribuția bugetului public (CNAM) este limitată și acoperă doar pachetul de bază de servicii (conform standardului) și mai puțin de 40% din acoperirea necesară, precum doar pe malul drept. În același timp, costurile serviciilor de prevenire comunitară nu reflectă integral componentele reale ale intervențiilor, ceea ce afectează planificarea, contractarea și alocarea eficientă a resurselor. Astfel, aceste pachete nu includ costurile de PrEP comunitare, funcționalitatea aparatelor vending, suport juridic primar, etc. **Pachetele de prevenire** sunt dependente de finanțarea FG. Serviciile adiționale destinate BSB/TG, PCDI și LS sunt finanțate predominant din sursele FG (consiliere specializată și diagnostic ITS).

[11] Contacte YK – Centre de sănătate prietenoase tinerilor (CSPT) | NEOVITA - Centrul Național de Resurse

[12] Ordinul MS nr. 395/2025 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Profilaxia Pre-expunere la infecția HIV", ediția III https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2025/05/Ordinul-MS-nr.395-din-02.05.2025-Cu-privire-la-aprobarea-PCN-Profilaxia-Pre-expunere-la-infec%C8%9Bia-HIV-edi%C8%9Bia-III.pdf

Constrângeri legislative pentru contractarea serviciilor de prevenire comunitară în regiunea de est - cadrul legislativ actual nu permite contractarea OSC din surse naționale pentru intervențiile din regiunea de est. În același timp, există **inegalități teritoriale**: pe malul drept serviciile sunt funcționale, dar incomplet integrate în mecanismele publice, în timp ce în regiunea de est acestea sunt finanțate aproape exclusiv din surse externe (FG), fără integrare în sistemul public.

Tabel 20. Clasificarea intervențiilor de prevenire pentru populațiile-cheie după nivelul de dependență de FG

Intervenție	Categorie tranziție	OSC	Comentarii
Prevenirea transmiterii materno-fetale HIV și sifilis (testare gravide, profilaxie, ART)	Categoria I	M&E	Intervențiile sunt integrate în pachetul de servicii de sănătate maternă și finanțate național
Servicii de prevenire pentru PCD/PCDI (schimb de seringi, naloxonă, PTAO)	Categoria II	√	CNAM finanțează deja PRR pe malul drept; FG acoperă o parte importantă a volumului și inovațiile (vending, PrEP comunitar, unități mobile).
Servicii de prevenire pentru BSB și persoane trans (pachet comunitar integrat)	Categoria II	√	Există cofinanțare CNAM, iar programele comunitare sunt încă puternic dependente de FG, precum și serviciile pachetului extins și adițional de suport.
Servicii de prevenire pentru LS	Categoria II	√	Modele consolidate cu cofinanțare (CNAM și FG), dar finanțarea integrată și multi-anuală necesită consolidare în GC8.
Servicii de prevenire și suport în penitenciare (HIV/TB/hepatite/ ITS, reducerea riscurilor	Categoria II	M&E	Sistemul penitenciar și MS finanțează o parte; FG acoperă pachetele extinse pentru PK. Preluare etapizată în 2027–2029
PTAO (metadonă, buprenorfină, VADO assist)	Categoria II	M&E	Există finanțare mixtă (MS/CNAM + FG); integrarea completă în reforma adicțiilor și pachetul CNAM este fezabilă în perioada GC8.
PrEP (orală) – comunitară și clinică	Categoria II	√	Intervenția pilotată și cofinanțată de FG; costificarea și includerea ca componentă separată în pachetul de bază CNAM este fezabilă în GC8
PrEP injectabilă (noile recomandări)	Categoria III	√	Necesită sprijin catalizator pentru costificare, HTA, integrare în PCN și negocierea prețurilor; fără FG, adoptarea ar fi întârziată.
Servicii de prevenire și suport pe malul stâng (reducere riscuri, suport PK)	Categoria IV	M&E	Fără mecanism național de finanțare; complet dependente de FG. Necesită instrumente speciale (fond de contingență, modele transfrontaliere)
Evaluarea eficienței diferitor strategii de testare HIV în scopul realizării primului 95 din cascada HIV	PAAR	M&E	Nu există mecanism național de finanțare a acestui tip de analize – este necesar pentru sporirea eficienței primului 95 a cascadei, care necesită fortificare
Oferirea serviciilor de prevenire și testare beneficiarilor grupurilor cu risc sporit de infectare prin intermediul unităților mobile	PAAR	√	Nu există mecanism național de finanțare a acestui tip de servicii, istoric fiind susținute de către FG. Sunt importante a fi susținute pentru acoperirea geografică rurală pe care o asigură unitățile mobile, contribuind la controlul epidemiei în sate și raioane
Evaluarea la mijloc de termen și finală a Programului Național	PAAR	M&E	Nu există mecanism național de finanțare a acestei evaluări – prezintă un cadru de recomandări importante pentru ajustarea

Intervenție	Categorie tranziție	OSC	Comentarii
			intervențiilor programului național în fortificarea raspunsului.
Activități colaborative HIV TB - screeningul radiologic al TB în grupul PCD	PAAR	√	Acest set de activități a fost anterior finanțat de FG in cadrul componentei pentru TB a Grantului. Acuma nu dispune de suport nici din partea FG, nici din partea CNAM.

√ - indică implicarea nemijlocită a OSC și rețelelor comunitare în implementarea intervenției
M&E – implicarea tangențială a OSC și rețelelor comunitare în monitorizarea implementării intervenției

Pași de tranziție și traseul de integrare privind prevenirea comunitară în rândul populațiilor-cheie în sistemul public de finanțare, 2027-2028

Implementarea tranziției către finanțare sustenabilă va fi realizată printr-un set integrat de măsuri care vizează cuantificarea serviciilor, consolidarea mecanismelor de contractare, integrarea intervențiilor în sistemul public și utilizarea sistematică a datelor pentru planificare și monitorizare:

Cuantificarea serviciilor de prevenire HIV comunitară

- revizuirea cuantificării serviciilor de prevenire comunitară și PrEP, prin recalcularea costurilor reale per beneficiar prin includerea completă a componentelor (inițiere, monitorizare, suport pentru aderență și outreach) în costurile serviciilor;
- elaborarea standardelor și cuantificarea serviciilor modernizate în pachetele de prevenire, inclusiv introducerea pachetului extins de testare pentru BSB/TG (testare la 4 ITS), cu acestuia;

Consolidarea mecanismelor de contractare și finanțare

- extinderea contractării serviciilor comunitare de către CNAM și introducerea contractelor multianuale pentru OSC;
- integrarea serviciilor PrEP în mecanismele de contractare CNAM, inclusiv componenta comunitară;
- dezvoltarea mecanismelor de finanțare pentru serviciile destinate PCDI, inclusiv integrarea suportului psihosocial în cadrul PTAO în serviciile centrelor de sănătate mintală până în 2029;

Integrarea și extinderea intervențiilor specifice

- integrarea serviciilor inovative de prevenire (vending, PrEP injectabil), prin preluarea graduală a costurilor produselor și a celor de mentenanță în bugetele CNAM, MS, MJ și administrațiilor publice locale, inclusiv în regiunea de est
- dezvoltarea mecanismelor de finanțare pentru serviciile destinate PCDI, inclusiv integrarea suportului psihosocial în cadrul PTAO în serviciile centrelor de sănătate mintală până în 2029;
- adaptarea cadrului normativ și dezvoltarea mecanismelor de achiziție pentru introducerea și integrarea PrEP injectabile în sistemul național;
- extinderea serviciilor PrEP prin integrare în AMP, serviciile de sănătate reproductivă și programele pentru asistența adicțiilor;
- asigurarea serviciilor preventive specifice, inclusiv vaccinarea împotriva hepatitei B pentru grupurile cu risc, prin preluarea finanțării din surse CNAM și autorități locale regiunea de est începând cu 2029 și integrarea acestora în conținutul pachetelor de prevenire;

Planificare bazată pe date și M&E

- consolidarea planificării bazate pe date, prin utilizarea rezultatelor IBBS și a altor cercetări pentru stabilirea conținutului intervențiilor, volumul contractelor, distribuția resurselor și implicarea societății civile și a comunităților afectate;
- integrarea indicatorilor de prevenire și PrEP în sistemele naționale de monitorizare și utilizarea acestora pentru planificare și alocarea resurselor;
- introducerea indicatorilor de performanță pentru prestatori (sector public și OSC), inclusiv pentru identificarea cazurilor, inițierea tratamentului, retenția și aderența la PrEP;

Consolidarea cadrului legislativ și a mecanismelor de contractare regiunea de est.

- dezvoltarea cadrului legislativ și a mecanismelor de finanțare dedicate pentru regiunea de est;
- introducerea unor instrumente specifice (ex. fonduri de contingență, implicarea CNAM, MJ și administrația locală din regiunea de est) pentru contractarea serviciilor comunitare în condiții comparabile cu cele de pe malul drept;
- asigurarea continuității serviciilor din surse FG în perioada de tranziție și continuarea pledoariei pentru integrarea progresivă în finanțarea publică până în 2029–2030.

Tabel 21. Etapele de tranziție și livrabile aferente integrării prevenirii HIV comunitare în populațiile-cheie în sistemul public de finanțare, 2027–2030

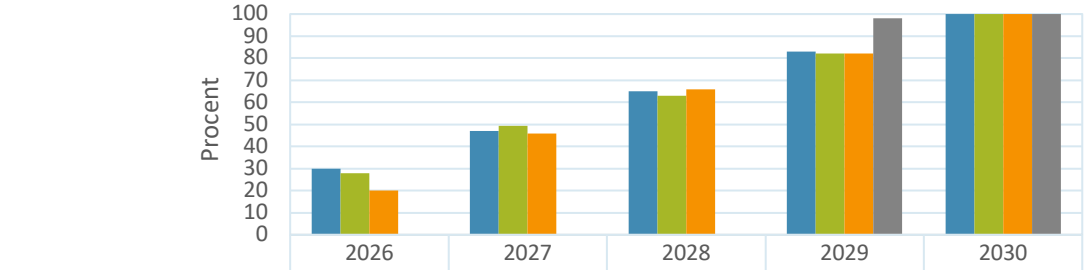
Livrabile și indicatori
2027 - Pre-tranziție: consolidarea cadrului operațional cofinanțare
• Mecanism de planificare bazat pe date (IBBS) dezvoltat și aplicat • Elaborare/adaptare protocoale (inclusiv pentru PrEP injectabilă) și Formarea personalului medical și personalul din cadrul OSC • Revizuirea costului per beneficiar și integrarea componentelor lipsa a serviciile de prevenire comunitară, inclusiv PrEP (pachete BSB/TG, PCDI, LS,) • Metodologia de contractare CNAM pentru OSC revizuită (inclusiv PreP) • Contractarea CNAM-OSC pentru servicii de prevenire HIV comunitară (100% OSC contractate pentru 100% acoperire a GCA cu servicii) • Mecanism privind preluarea finanțării activității aparatelor vending din sursele CNAM/MJ/APL elaborat
2028 - Tranziție activă: extindere co-finanțare
• Contractarea extinsă CNAM-OSC pentru servicii de prevenire comunitară (% OSC contractate, % resurse alocate • Integrarea progresivă a finanțării activității aparatelor vending în bugetele CNAM/MJ/APL (număr și ponderea acoperirii) • Mecanism de finanțare pentru serviciile destinate GCA dezvoltat • Dezvoltarea modelului operațional PrEP (clinic + comunitar + injectabil) • Mecanism de finanțare pentru prevenirea comunitară regiunea de est dezvoltat
2029 – Preluare majoritară de către sistemul public
• Contractare stabilă și funcțională CNAM-OSC (% OSC contractate pentru prevenire comunitară;% OSC contractate pentru PrEP; % resurse alocate) • Integrare completă a vending în bugetele CNAM/MJ/APL (număr și ponderea acoperirii) • Mecanism de finanțare pentru serviciile GCA aplicat • Mecanism de finanțare privind prevenirea comunitară regiunea de est operaționalizat (parțial) și inițiat aplicat
2030 – Post-tranziție: sustenabilitate
• Contractare stabilă și funcțională CNAM-OSC (complet integrat) • Vending și servicii alternative finanțate integral din surse interne

- Mecanism de finanțare pentru serviciile destinate GCA implementat integral
- Mecanism de finanțare pentru prevenirea comunitară regiunea de est implementat integral

Planificare financiară privind suportul comunitar pentru prevenire comunitară

În perioada 2026 pachetele de prevenire adresate BSB/TG, PCDI și LS sunt finanțate predominant din sursele FG, cu cofinanțare din partea CNAM (25-30%), iar începând cu 2027 crește contribuția bugetului public, atingând finanțare integrală (100%) din sursele naționale către în 2030. Cu referire la serviciile PrEP comunitar și injectabil, intervenția fiind dependentă integral de FG în perioada 2026–2028, iar ritmul accelerat de preluare începând cu 2029 generează percepția unui risc înalt de discontinuitate și subfinanțare a serviciilor în absența unei tranziții efectiv realizate (Figura 8).

Figura 8. Tendința de integrare privind prevenirea HIV comunitară în rândul populațiilor-cheie în sistemul public de finanțare, GC7 (2026) și GC8 (2027-2028), %



	2026	2027	2028	2029	2030
BSB și TG	30	47	65	83	100
PCDI (inclusiv suport TSO)	28	49,5	63	82	100
LS	20	46	66	82	100
PrEP BSB/TG	0	0	0	98	100

În anul 2027, finanțarea intervențiilor de prevenire comunitară în rândul populațiilor-cheie va fi asigurată preponderent din sursele FG cu o acoperire de 23,26 milioane MDL (58,1%), contribuția națională fiind de 16,77 milioane MDL (41,9 % din bugetul anual planificat de 40,03 milioane MDL). Contribuția națională crește la 21,26 milioane MDL (56,7%) în anul 2028, și la 29,54 milioane MDL (81,7% din bugetul anual de 36,16 milioane MDL) în anul 2029. În anul 2030, activitățile incluse în perioada de tranziție sunt planificate să fie finanțate integral din surse naționale, în valoare de 35,64 milioane MDL (Tabel 22).

Intervențiile incluse în categoria PAAR au o valoare totală de 5,96 milioane MDL (3,8% din suma totală estimată de 155,30 milioane MDL) și vizează activități privind extinderea accesului populațiilor-cheie la servicii de prevenire și testare HIV (140 mii MDL), inclusiv prin intermediul unităților mobile (1.78 milioane MDL), evaluarea eficienței strategiilor de testare HIV (181mii MDL), activități colaborative HIV/TB prin screening radiologic al TB în rândul PCDI (3,71 milioane MDL) și dezvoltarea curriculei pentru consultanții de la egal la egal și lucrătorii sociali implicați în activitățile de prevenire (150 mii MDL) (Tabel 22).

Tabel 22. Planificarea financiară privind prevenirea comunitară în rândul populațiilor-cheie 2027–2030 (MDL)

	Activități principale	Sursa	2027	2028	2029	2030
CG8	Oferirea serviciilor de prevenire pentru BSB și TG	FG	6.192.259	4.003.053	1.988.492	0
		Stat	5.438.094	7.265.856	9.731.670	11.733.465
CG8		FG	8.431.824	5.734.288	2.909.560	0

	Activități principale	Sursa	2027	2028	2029	2030
	Oferirea serviciilor de prevenire pentru PCDI, Asigurarea suportului psihosocial pentru persoanele aflate în PTAO	Stat	8.266.730	9.620.391	13.060.213	15.984.330
CG8	Oferirea pachetului de bază de servicii de prevenire pentru LS	FG	3.585.781	2.276.756	1.221.491	0
		Stat	3.068.829	4.376.715	5.431.794	6.653.285
CG8	Oferirea pachetului de servicii aferente PrEP	FG	1.465.149	1.465.149	47.261	0
		Stat	0	0	47.261	0
CG8	Oferirea serviciilor de prevenire și testare beneficiarilor GCA prin intermediul instalațiilor vending	FG	1.270.039	1.342.113	0	0
		Stat	0	0	1.270.039	1.270.039
CG8	Asigurarea vaccinării împotriva hepatitei B a grupurilor cu risc sporit de infectare. Instruirea personalului ONC care este implicat în testarea HIV și hepatitele virale	FG	1.270.039	965.828	0	0
		Stat	0	0	0	0
CG8	Implicarea reprezentanților comunității în activități de prevenire	FG	1.045.074	456.396	456.396	0
		Stat	0	0	0	0
PAAR	Evaluarea eficienței diferitor strategii de testare HIV în scopul realizării primului 95 din cascada HIV	FG	140.000	0	0	0
		Stat	0	0	0	0
PAAR	Oferirea serviciilor de prevenire și testare beneficiarilor grupurilor cu risc sporit de infectare prin intermediul unităților mobile	FG	592.200	592.200	592.200	0
		Stat	0	0	0	0
PAAR	Evaluarea la mijloc de termen și finală a Programului Național	FG	181.200	0	0	0
		Stat	0	0	0	0
PAAR	Activități colaborative HIV TB – screening-ul radiologic al TB în grupul PCDI		3.708.300	0	0	0
		Stat	0	0	0	0
PAAR	Elaborarea și acreditarea curriculei de formare a consultanților de la egal la egal și lucrătorilor sociali în domeniul prevenirii HIV	FG	0	150.000	0	0
		Stat	0	0	0	0

Riscuri reziduale după tranziția de la Fondul Global privind prevenirea comunitară în populațiile-cheie

Pe parcursul implementării tranziției către finanțare publică a serviciilor de prevenire comunitară (inclusiv PrEP), persistă o serie de riscuri reziduale care pot afecta sustenabilitatea, acoperirea și eficiența intervențiilor, în special în contextul dependenței istorice de finanțarea externă și al ritmului accelerat de integrare în sistemul național (Tabel 23).

Tabel 23. Riscuri reziduale și măsuri de mitigare aferente tranziției serviciilor de prevenire comunitară (inclusiv PrEP) către finanțarea publică, 2027–2030

Risc / probabilitate	Impact sau consecințe	Mitigare
Risc de subfinanțare a pachetelor de prevenire comunitară (inclusiv PrEP) *Probabilitate medie*	**Consecințe programatice** • Reducerea volumului serviciilor (outreach, prevenire combinată, proximitate) • Limitarea acoperirii pentru BSB/TG, PCDI și LS • Limitarea inițierii și monitorizării beneficiarilor PrEP **Impact major** • Creșterea riscului de infectare și transmitere HIV	• Prioritizarea intervențiilor cu impact înalt în alocările bugetare • Ajustarea volumului contractat în funcție de acoperire și rezultate • Asigurarea continuității prestării serviciilor prin contracte temporare • Mecanisme alternative de finanțare în cazul întârzierilor de integrare • Monitorizarea funcționalității serviciilor comunitare de prevenire
Risc de funcționare incompletă a mecanismelor de contractare a OSC (inclusiv PrEP) *Probabilitate: medie-înaltă*	**Consecințe programatice** • Acoperire teritorială neuniformă cu servicii de prevenire comunitară • Acces limitat pentru populațiile-cheie • Eficiență redusă a intervențiilor **Impact major** • Creșterea riscului de infectare și transmitere HIV	• Monitorizarea implementării contractelor CNAM–OSC • Ajustarea volumelor și distribuției teritoriale a serviciilor • Revizuirea periodică a pachetelor și cerințelor de contractare • Monitorizarea funcționalității serviciilor comunitare de prevenire
Risc de pierdere a capacității operaționale a serviciilor comunitare de prevenire (inclusiv PrEP) *Probabilitate: medie-înaltă*	**Consecințe programatice** • Reducerea activităților de outreach și prevenire combinată • Pierderea personalului format în prevenirea comunitară **Impact major** • Reducerea acoperirii serviciilor pentru populațiile-cheie • Scăderea acoperirii și retenției în programele PrEP	• Asigurarea continuității echipelor comunitare (evitarea întreruperilor de finanțare prin surse alternative)
Risc de reducere a accesului la PrEP și la intervenții inovative *Probabilitate: medie-înaltă*	**Consecințe programatice** • Acces limitat la PrEP pentru populațiile-cheie • Utilizare redusă a PrEP injectabil și a serviciilor comunitare **Impact major** • Creșterea riscului de infectare HIV	• Monitorizarea accesului și acoperirii serviciilor PrEP • Ajustarea volumului serviciilor în funcție de cerere • Asigurarea continuității intervențiilor în perioada de tranziție
Risc de menținere a barierelor de acces pentru intervenții specifice (PTAO, PrEP) *Probabilitate: medie-înaltă*	**Consecințe programatice** • Acoperire suboptimală a intervențiilor (PrEP, PCDI) • Participare redusă a beneficiarilor **Impact major** • Reducerea eficienței intervențiilor de prevenire • Creșterea transmiterii HIV în grupurile țintă	• Ajustarea criteriilor de acces și a modelelor de livrare • Adaptarea intervențiilor la barierele identificate (acceptabilitate, disponibilitate, capacitate) • Monitorizarea accesului și acoperirii pentru intervenții specifice
Risc de integrare incompletă a aparatelor vending și a intervențiilor alternative	**Consecințe programatice** • Acces limitat la metode moderne de prevenire • Utilizare redusă a serviciilor în anumite grupuri	• Promovarea activă a serviciilor alternative în rândul populațiilor-cheie prin outreach • Monitorizarea utilizării serviciilor (vending, alternative) și identificarea

Risc / probabilitate	Impact sau consecințe	Mitigare
Probabilitate: medie	**Impact major** • Reducerea eficienței intervențiilor de prevenire	grupurilor cu utilizare scăzută (vending)
Risc de planificare insuficient bazată pe date *Probabilitate: înaltă*	**Consecințe programatice** • Alocare suboptimală a resurselor • Direcționare „oarbă" a eforturilor și resurselor **Impact major** • Creșterea riscului de infectare și transmitere HIV	• Monitorizarea utilizării sistematice a datelor IBBS în planificare și contractare • Ajustarea periodică a intervențiilor în baza datelor • Monitorizarea performanței intervențiilor (acoperire, servicii)
Risc de acces inegal la servicii (în regiunea de est) *Probabilitate: înaltă*	**Consecințe programatice** • Diferențe teritoriale de acoperire **Impact major** • „Goluri epidemiologice" • Creșterea riscului de infectare și transmitere HIV în regiunea de est cu impact direct asupra situației pe malul drept al Nistrului • Control inegal al epidemiei la nivel național	• Monitorizarea acoperirii teritoriale a serviciilor de prevenire comunitară • Implementarea progresivă a mecanismelor financiare pentru regiunea de est • Ajustarea distribuției resurselor în funcție de necesități

Implicarea comunitară în activități de depistare HIV, ITS și hepatite virale B, C și D

Aliniere cu PN HIV, hepatite virale și ITS – obiectiv 2. *Asigurarea depistării a 95% din cazurile de HIV, ITS și hepatite virale B, C și D către 2030*

Rolul intervenției privind implicarea comunitară în activități de depistare HIV, ITS și hepatite virale B, C și D

OSC și rețelele comunitare contribuie la extinderea accesului la testare prin intervenții de comunitare, inclusiv outreach, testare rapidă în comunitate, promovarea autotestării și facilitarea testării partenerilor (index testare). Prin aceste modele, serviciile de depistare devin mai accesibile, confidențiale și adaptate nevoilor beneficiarilor, reducând barierelor legate de stigmatizare, discriminare și reticență față de instituțiile medicale.

Organizațiile comunitare asigură legătura cu serviciile medicale, facilitând referirea rapidă către confirmare diagnostică, tratament și monitorizare.

Implicarea comunitară contribuie, de asemenea, la diversificarea și modernizarea modelelor de testare, inclusiv prin integrarea testării HIV cu testarea pentru ITS și hepatite virale, promovarea autotestării și extinderea serviciilor în afara instituțiilor medicale.

Prin activități de advocacy și monitorizare, comunitatea contribuie la identificarea barierelor, adaptarea serviciilor la nevoile beneficiarilor și îmbunătățirea calității intervențiilor.

Model actual de implementare, rezultate și aranjamente de finanțare privind implicarea comunitară în activități de depistare HIV, ITS, hepatite virale B, C, D

Activitățile de depistare HIV, ITS și hepatite virale sunt implementate printr-un model mixt, descentralizat, care combină intervențiile instituționale cu cele comunitare, asigurând o acoperire largă și diversificarea modalităților de testare.

Componenta comunitară este realizată de către OSC prin servicii de testare rapidă, outreach activ, promovarea autotestării, testarea partenerilor (index testare) și facilitarea referirii către serviciile medicale - intervenții care completează serviciile oferite de instituțiile medicale și permit accesarea grupurilor dificil de atins prin sistemul formal de sănătate.

În paralel, AMP joacă un rol important în depistare, testarea rapidă fiind descentralizată la nivelul cabinetelor medicilor de familie începând cu 2019. Medicii de familie sunt implicați în activități de prevenire și testare, fiind finanțați în sistem per capita, iar în perioada finanțată de FG (din 2021) au beneficiat de mecanisme de stimulare financiară pentru depistarea cazurilor noi, similar cu stimularea oferită OSC.

Autotestarea HIV, inclusiv prin rețeaua de farmacii și distribuția comunitară – este o altă componentă a modelului de depistare, cu o integrare preponderentă în finanțarea publică și contribuția sistemului farmaceutic.

Rezultatele arată o extindere a testării (de la 259.595 în 2020 la 372.701 în 2025), însă rata de pozitivitate rămâne stabilă (0,26% și 0,22%), indicând necesitatea direcționării către populațiile-cheie.

În ceea ce privește performanța cascadei de depistare, în 2025 - 72,2% dintre PTH își cunoșteau statutul serologic, în creștere față de anii precedenți, dar sub ținta programatică de 95%. Persistența numărului mare de persoane nediagnosticate (~5.000) și nivelul înalt al diagnosticului tardiv evidențiază importanța consolidării intervențiilor comunitare.

Provocări de tranziție și dependența de finanțarea FG privind implicarea comunitară în activități de depistare HIV, ITS, hepatite virale B, C, D

Tranziția serviciilor de depistare HIV, ITS și hepatite virale către finanțare sustenabilă este caracterizată de dependența financiară externă (FG) pentru componenta comunitară, în paralel cu o integrare parțială a serviciilor instituționale în sistemul public.

Mecanisme de finanțare, contractare și integrare în sistemul public

- Modelul actual este dependent de finanțarea externă pentru componenta comunitară de depistare (peste 60% din finanțare aparține FG). Activitățile realizate de OSC (outreach, testare rapidă comunitară integrată HIV/ITS/hepatite, referire) sunt finanțate predominant din sursele FG.
- Mecanismele de stimulare pentru depistare la nivelul AMP nu sunt integrate sustenabil în finanțarea publică. Modelele existente (stimulente pentru medicii de familie) sunt dependente de FG.

Provocări de eficiență și direcționare a intervențiilor

- Direcționarea testării către populațiile-cheie și zonele cu risc sporit rămâne insuficient dezvoltată. Creșterea volumului de testare nu a fost însoțită de o creștere evidentă a ratei de pozitivitate, ceea ce indică o eficiență limitată a orientării intervențiilor către populațiile-cheie.
- Persistența diagnosticării tardive HIV - în ciuda progreselor în extinderea serviciilor, o proporție mare de PTH rămân nediagnosticate. Nivelul înalt al diagnosticului tardiv indică bariere persistente de acces și necesitatea consolidării intervențiilor comunitare pentru depistare precoce.

Provocări de acces și inegalități teritoriale

- Regiunea de est prezintă cel mai ridicat nivel de vulnerabilitate în procesul de tranziție, caracterizat prin prevalență înaltă, diagnostic tardiv și dependență majoră de finanțarea externă FG pentru testare și monitorizare. Mecanismele financiare nedezvoltate pentru această regiune creează riscul discontinuității serviciilor în perioada post-tranziție.

Tabel 24. Clasificarea intervențiilor de depistare HIV, ITS, hepatite virale B, C, D după nivelul de dependență FG

Intervenție	Categorie tranziție	OSC	Comentarii
Testare HIV în sarcină, donare de sânge și alte screening-uri sistemice	Categoria I	M&E	Testarea este parte a pachetului național; costurile sunt acoperite din bugetul de stat / CNAM (inclusiv CNTS).
Testare de laborator confirmatorii HIV/hepatite (LNR, rețea laboratoare)	Categoria I	M&E	Infrastructura și salariile sunt acoperite în mare parte național, dar FG susține consumabile, EQC și unele inovații de laborator.
Testare comunitară și autotestare HIV / hepatite / ITS	Categoria II	√	Cadru normativ există; FG susține achiziții și pilotare. Extinderea și finanțarea integrală de către MS/CNAM este realistă în GC8.
Achiziții de inovații de laborator (rezistență HIV, noi teste combinate)	Categoria II	M&E	Introducerea și menținerea acestor produse necesită sprijin catalizator (analiză cost-eficiență, negociere, integrare în liste naționale).
Intervenții multi-sectoriale pentru populațiile cheie fără statut legal / refugiați / migranți (component diagnostic) și persoane din regiunea de est	Categoria IV	√	Lipsă mecanisme standard interne; în prezent dependente de proiecte. E nevoie de suport pentru a crea cadre legale și mecanisme de finanțare dedicată.
Implementarea sistemului de biobancare pentru specimenele HIV, ITS și Hepatite Virale	PAAR	M&E	Intervenție strategică. În contextul resurselor limitate, transferată la PAAR
Procurare si implementare soft Controlul Intern de Calitate	PAAR	M&E	Intervenție strategică. În contextul resurselor limitate, transferată la PAAR
Procurare si implementare soft Managemntul documentelor	PAAR	M&E	Intervenție strategică. În contextul resurselor limitate, transferată la PAAR
Instruirea continuă a persoanelor din cadrul LNR și LR (programe externe și interne de instruire: metode, biosecuritate, echipamente, management)	PAAR	M&E	Intervenție strategică. În contextul resurselor limitate, transferată la PAAR

√ - indică implicarea nemijlocită a OSC și rețelelor comunitare în implementarea intervenției
M&E – implicarea OSC și rețelelor comunitare în monitorizarea implementării intervenție

Pașii de tranziție și traseul de integrare a implicării comunitare în activități de depistare HIV, ITS, hepatite virale B, C, D în sistemul de finanțare public

Tranziția serviciilor de testare comunitară presupune dezvoltarea și implementarea mecanismelor necesare pentru definirea serviciilor, asigurarea calității, instituirea mecanismelor de contractare și consolidarea sistemelor de monitorizare și evaluare, cu integrarea acestor servicii în sistemul național de sănătate și asigurarea accesului echitabil la nivel teritorial.

Reorientarea intervențiilor comunitare de depistare către testare direcționată, prin prioritizarea populațiilor-cheie și a zonelor geografice prioritare și utilizarea datelor epidemiologice pentru orientarea intervențiilor, precum și integrarea serviciilor HIV, ITS și hepatite virale într-un model coordonat de prevenire și diagnostic

Definirea pachetul standard de servicii de testare comunitară pentru finanțarea publică

- Definirea pachetului de servicii de testare comunitară
- Cuantificarea costurilor per serviciu și per beneficiar (inclusiv hepatite virale și ITS)
- Includerea pachetului în mecanismele de finanțare publică (CNAM).

Dezvoltarea cadrului de calitate pentru prestarea serviciile de testare comunitară

- Elaborarea standardelor minime de prestare a serviciilor comunitare de testare
- Definirea criteriilor de eligibilitate și mecanismelor de acreditare a OSC
- Stabilirea mecanismelor de monitorizare și raportare a performanței serviciilor prestate

Dezvoltarea mecanismelor de contractare

- Elaborarea metodologiei de contractare CNAM pentru serviciile comunitare de testare (inclusiv hepatite virale și ITS)
- Introducerea contractării directe a OSC din surse naționale
- Definirea volumelor, tarifelor și indicatorilor contractuali

Dezvoltarea și aplicarea mecanismului de finanțare pentru regiunea de Est care să permită finanțarea serviciilor de depistare HIV, ITS, hepatite virale B, C, D și diagnostic (inclusiv testare de laborator și monitorizare) în condiții comparabile cu cele de pe malul drept.

Consolidarea sistemului M&E privind testarea comunitară

- Integrarea indicatorilor de depistare comunitară în sistemul național de raportare.
- Utilizarea datelor pentru evaluarea performanței și ajustarea intervențiilor.
- Corelarea M&E cu planificarea și contractarea serviciilor.

În paralel, mecanismele de M&E comunitar vor monitoriza implementarea măsurilor la nivel de sistem din perspectiva comunității, urmărind accesul, calitatea și funcționalitatea serviciilor de depistare și furnizând feedback pentru ajustarea intervențiilor, inclusiv pentru:

- **Integrarea serviciilor de depistare în pachetele de servicii** în special în AMP, serviciile de sănătate reproductivă și alte programe relevante, pentru a asigura accesul continuu și extinderea geografică.
- **Revizuirea și adaptarea mecanismelor de stimulare a depistării la nivel AMP**, inclusiv renunțarea etapizată la stimulentele pentru medicii de familie finanțate din sursele FG și dezvoltarea mecanismelor alternative din surse naționale.

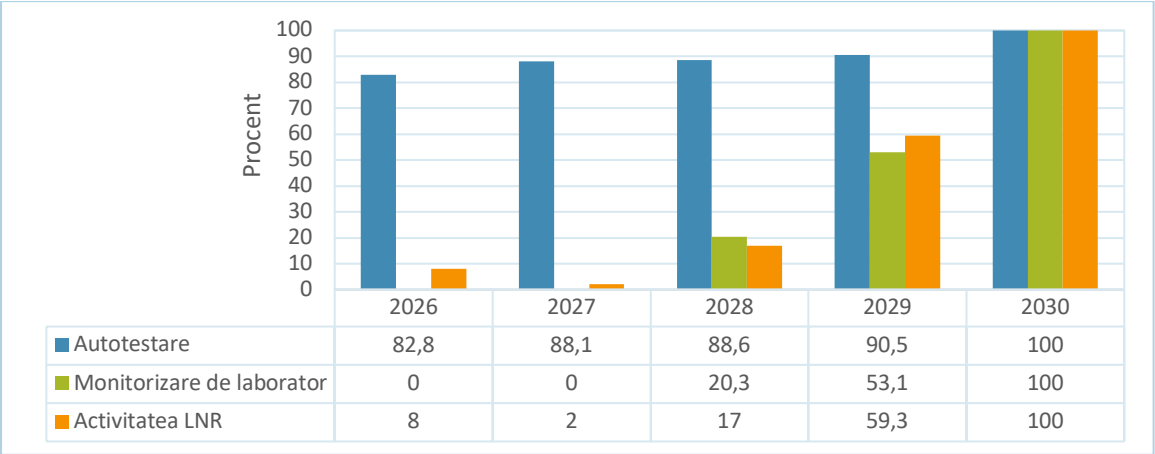
Tabel 25. Etapele de tranziție și livrabile aferente integrării implicării comunitare în activități de depistare HIV, ITS, hepatite virale B, C, D în sistemul public de finanțare, 2027–2030

Livrabile și indicatori
2027 - Pre-tranziție: consolidarea cadrului operațional cofinanțare
• Cartografierea serviciilor de depistare și a beneficiarilor elaborată • Extinderea testării direcționate pentru populațiile-cheie (%), inclusiv la nivel rural • Pachetul de servicii de depistare comunitară definit și cuantificat (document aprobat) • Metodologia de contractare CNAM pentru OSC elaborată • Mecanisme de stimulare pentru depistare în AMP și OSC dezvoltate (din resursele bugetului public) • Cadrul de M&E pentru testarea comunitară dezvoltat (set indicatori + instrumente)
2028 - Tranziție activă: extindere co-finanțare
• Metodologia de contractare CNAM pentru OSC aplicată • Contracte CNAM–OSC semnate pentru servicii de depistare comunitară (% OSC contractate din surse publice, % fonduri alocate) • Extinderea serviciilor de depistare în AMP și alte programe (%) • Mecanismul de finanțare pentru regiunea de est dezvoltat • Raport M&E privind performanța depistării comunitare elaborat
2029 – Preluare majoritară de către sistemul public
• Contractarea CNAM-OSC pentru servicii de depistare comunitară (% OSC contractate din surse publice, % fonduri alocate) • Mecanisme de stimulare pentru depistare în AMP și OSC funcționale • Mecanismul de finanțare pentru regiunea de est operaționalizat (parțial) • Raport M&E privind performanța depistării comunitare elaborat și utilizat pentru ajustarea intervențiilor
2030 – Post-tranziție: sustenabilitate
• Contractare stabilă și continuă a OSC pentru depistare comunitară • Mecanisme de stimulare pentru depistare în AMP și OSC integrate în mecanismele de finanțare a bugetului public (CNAM) • Mecanismul de finanțare pentru regiunea de est implementat integral • Sistem M&E comunitar complet integrat și utilizat pentru decizii • Raport final de tranziție privind depistarea comunitară elaborat

Planificare financiară privind implicarea comunitară în activități de depistare HIV, ITS și hepatite virale B, C și D

Tranziția serviciilor de depistare HIV, ITS și hepatite virale evidențiază o creștere progresivă a finanțării publice, diferită între intervenții. Autotestarea HIV este deja predominant finanțată din surse naționale depășind 80% din 2026 și menținând un trend ascendent până la finanțarea integrală în 2030. În contrast, serviciile de monitorizare de laborator și activitatea Laboratorului Național de Referință pornesc de la niveluri foarte reduse sau inexistente de finanțare publică (0% și 8% în 2026–2027) și sunt integrate gradual, cu creșteri după 2028 (depășind 50% în 2029), până la atingerea finanțării integrale în 2030. Se conturează un proces etapizat de integrare, în care intervențiile deja consolidate sunt preluate rapid, în timp ce serviciile de diagnostic necesită consolidarea mecanismelor de finanțare pentru a asigura continuitatea și accesul echitabil. Serviciile de diagnostic (regiunea de est) necesită mecanisme dedicate pentru a asigura integrarea completă și continuitatea serviciilor (Figura 9).

Figura 9. Tendința de integrare privind implicarea comunitară în activități de depistare HIV, ITS, hepatite virale B, C, D în sistemul public de finanțare, GC7 (2026) și GC8 (2027-2029), %



Finanțarea intervențiilor este asigurată aproape integral din sursele FG pe durata anului 2027 cu 7,98 milioane MDL sau 98,8% din bugetul anual planificat (8,08 milioane MDL), contribuția națională fiind de doar 95,5 mii MDL (1,2%). În anul 2028, contribuția națională crește la 728,4 mii MDL, reprezentând 18,0% din necesarul anual (4,04 milioane MDL), iar în anul 2029, finanțarea din surse publice ajunge la 2,34 milioane MDL, echivalentul a 57,4% din bugetul anual (4,07 milioane MDL). În anul 2030, activitățile incluse în perioada de tranziție sunt planificate să fie finanțate integral din surse naționale, în valoare de 4,54 milioane MDL (Tabel 26).

Intervențiile incluse în categoria PAAR au o valoare totală de 1,44 milioane MDL și vizează consolidarea capacităților LNR și ale LR prin instruirea continuă a personalului, implementarea sistemului de biobancare pentru specimene HIV, ITS și hepatite virale, dezvoltarea și implementarea sistemelor informatice pentru controlul intern al calității și managementul documentelor (Tabel 26).

Tabel 26. Planificarea financiară privind implicarea comunitară în activități de depistare HIV, ITS și hepatite virale B, C și D, 2027–2030 (MDL)

	Activități principale	Sursa	2027	2028	2029	2030
CG8	Asigurarea monitorizării de laborator a tratamentului HIV	FG	1.245.003	959.713	572.269	0
		Stat	0	244.004	648.443	1.260.444
CG8	Asigurarea activității LNR HIV/SIDA, ITS și Hepatite Virale	FG	6.738.172	2.354.899	1.162.399	0
		Stat	95.507	484.411	1.689.479	3.280.071
PAAR	Instruirea personalului LNR și LR (programe externe și interne de instruire: metode, biosecuritate, echipamente, management)	FG	87.400	52.440	52.440	0
PAAR	Implementarea sistemului de biobancare (HIV, ITS și Hepatite Virale). Procurare si implementare soft Controlul Intern de Calitate	FG	0	285.720	57.144	0
PAAR	Procurare si implementare soft Controlul Intern de Calitate (EURO)	FG	0	414.640	82.928	0
PAAR	Procurare si implementare soft Managementul documentelor	FG	336.600	33.660	33.660	0

Riscuri reziduale după tranziția de la Fondul Global privind implicarea comunitară în activități de depistare HIV, ITS, hepatite virale B, C, D

În contextul implementării planului de tranziție, pot persista anumite riscuri reziduale care pot influența sustenabilitatea, eficiența și echitatea accesului la serviciile de depistare în perioada post-tranziție.

Tabel 27. Riscuri reziduale și măsuri de mitigare privind implicarea comunitară în activități de depistare HIV, ITS și hepatite virale B, C, D, 2027–2030

Risc / probabilitate	Impact sau consecințe	Mitigare
Risc de funcționare incompletă a mecanismelor de contractare a OSC *Probabilitate înaltă*	**Consecințe programatice** • Discontinuitatea serviciilor de depistare comunitară • Acces inegal la depistare pentru grupurile-cheie **Impact major** • Apariția „golurilor epidemiologice” și creșterea riscului de transmitere HIV	• Ajustarea contractării în dependență de performanță și servicii de depistare comunitară prestate • Asigurarea continuității prestării serviciilor prin contracte temporare • Mecanisme alternative de finanțare în cazul întârzierilor de integrare • Monitorizarea funcționalității serviciilor comunitare de depistare
Risc de pierdere a capacității operaționale a depistării comunitare *Probabilitate medie-înaltă*	**Consecințe programatice** • Reducerea acoperirii serviciilor de depistare comunitară în rândul populațiilor-cheie • Migrarea personalului format în depistarea comunitară **Impact major** • Majorarea numărului de cazuri nediagnosticate și creșterea riscului de transmitere HIV	• Asigurarea continuității implicării OSC în perioada de tranziție (evitarea întreruperilor între mecanismele de finanțare) • Monitorizarea capacității operaționale (număr echipe outreach, volum servicii) • Mecanisme de retenție a personalului format în depistarea comunitară (stabilitate contractuală, continuitatea activităților)
Risc de fragmentare între serviciile comunitare și cele instituționale *Probabilitate medie*	**Consecințe programatice** • Tranziții imperfecte între testare, confirmare și înrolare • Pierderi pe cascada de depistare • Reducerea eficienței programului de depistare **Impact major** • Majorarea cazurilor depistate tardiv	• Consolidarea mecanismelor de referire comunitate–AMP–servicii specializate • Monitorizarea cascadei (testare → confirmare) • Ajustarea fluxurilor operaționale în funcție de lacunele identificate prin M&E
Risc de implementare insuficientă a testării direcționate *Probabilitate medie*	**Consecințe programatice** • Depistare cu randament mic (rată de pozitivitate redusă) • Acoperire insuficientă a populațiilor-cheie **Impact major** • Majorarea numărului de cazuri nediagnosticate și creșterea riscului de transmitere HIV	• Utilizarea sistematică a datelor epidemiologice • Monitorizarea indicatorilor de pozitivitate • Ajustarea targetării intervențiilor
Risc de acces inegal la servicii de depistare pentru grupurile vulnerabile (fără statut legal, persoane migrante, persoanelor fără adăpost etc.)	**Consecințe programatice** • Limitarea accesului la servicii comunitare pentru grupurile vulnerabile • Dificultăți în monitorizarea și urmărirea persoanelor în sistem **Impact major**	• Asigurarea mecanismelor operaționale de includere a grupurilor vulnerabile în servicii • Aplicarea mecanismelor de M&E comunitar pentru identificarea timpurie a barierelor de acces

Risc / probabilitate	Impact sau consecințe	Mitigare
Probabilitate medie-înaltă	• Apariția „golurilor epidemiologice” și creșterea riscului de transmitere HIV	
Risc de discontinuitate a serviciilor de depistare comunitară în regiunea de est (malul stâng) *Probabilitate înaltă*	**Consecințe programatice** • Acces instabil la servicii de testare și diagnostic • Dependență de mecanisme temporare /finanțare externă **Impact major** • Creșterea transmiterii și afectarea controlului epidemiologic la nivel național	• Monitorizarea implementării mecanismului de finanțare pentru regiunea de est • Utilizarea finanțării-punte (FG) pentru asigurarea continuității serviciilor în perioada de tranziție • Ajustarea mecanismelor financiare interne până la integrarea completă

Implicarea comunitară în tratament pentru PTH

Aliniere cu PN HIV, hepatite virale și ITS – obiectiv 3. *Asigurarea cu tratament a cel puțin 95% din persoanele diagnosticate cu HIV, ITS și hepatite virale B, C și D*.

Rolul intervenției privind implicarea comunitară în tratament pentru PTH

OSC și rețelele comunitare contribuie direct la inițierea timpurie, menținerea și continuitatea tratamentului pentru PTH, prin identificarea persoanelor HIV pozitive, facilitarea accesului la servicii de tratament și susținerea procesului de înrolare în tratament - intervenții importante pentru grupurile vulnerabile și cele dificil de atins și care se confruntă mai frecvent cu bariere de acces la serviciile de sănătate.

Intervențiile comunitare precum consilierea psihosocială, managementul de caz și suportul „de la egal la egal/ peer-to-peer” contribuie la menținerea persoanelor în tratament, la îmbunătățirea rezultatelor clinice și la atingerea supresiei virale, cu impact direct asupra reducerii transmiterii infecției. Cu alte cuvinte, comunitatea contribuie la adaptarea serviciilor la nevoile reale ale PTH transformând tratamentul HIV dintr-un model strict clinic într-un model integrat medico-social.

Model actual de implementare, rezultate și aranjamente de finanțare a privind implicarea comunitară în tratament pentru PTH

Pachetul de bază include tratamentul antiretroviral (ARV) și serviciile clinice esențiale (consultații, monitorizare și investigații de rutină) - finanțate în mare parte din surse publice (malul drept). Pachetul extins cuprinde servicii comunitare și medico-sociale, precum suport psihosocial structurat, consiliere, management de caz și intervenții „de la egal la egal” - servicii susținute preponderent din sursele FG.

Tratamentul ARV și serviciile clinice esențiale sunt asigurate în cadrul IMSP și al rețelei descentralizate de servicii în cadrul AMSA. Extinderea serviciilor a fost susținută prin procesul de descentralizare, cu creșterea numărului de cabinete de tratament de la 5 în 2020 la 26 în 2025. Procurarea preparatelor ARV este realizată centralizat din bugetul de stat, asigurând continuitatea tratamentului și stabilitatea componentei de bază.

Rezultatele programatice indică progrese, dar și provocări persistente. În 2025, 54% dintre numărul estimat PTH au beneficiat de tratament ARV fapt ce nu reflecta situația cu privire la accesul la tratament, dar în special lipsa de responsabilitate pentru propria sănătate și impactul sever al stigmei pentru persoanele din GCA și PTH. În același timp, rata de supresie virală în rândul PTH în tratament a

fost de 90%, apropiată de ținta națională și internațională, evidențiind eficiența serviciilor clinice, dar și a suportului comunitar.

Provocări de tranziție și dependența de finanțarea FG privind implicarea comunitară în tratament pentru PTH

Provocări de ordin legislativ-normativ și de reglementare

- **Constrângeri în achiziția medicamentelor pentru unele grupuri specifice**. Procurarea medicamentelor pentru tratamentul pediatric HIV, profilaxia transmiterii materno-fetale și tratamentul sifilisului este afectată de volumele mici și de limitările sistemului actual de achiziții. La moment nu există mecanisme alternative flexibile (platforme internaționale) care ar permite achiziționarea medicamentelor din bugetul de stat, asigurarea fiind acoperită din resursele FG

Provocări de finanțare și de integrarea a mecanismelor operaționale

- **Dependența de finanțarea externă pentru pachetul extins de servicii**. Serviciile comunitare esențiale pentru aderență și retenție, inclusiv suportul psihosocial, managementul de caz și intervențiile „de la egal la egal" sunt finanțate preponderent din sursele FG.
- **Integrarea incompletă în mecanismele de finanțare publică**. Dacă pachetul de bază este finanțat în mare parte din sursele naționale, atunci pachetul extins nu este integrat în mod sistematic în mecanismele de contractare din sursele naționale (CNAM), deși are un impact direct asupra aderenței la tratamentul ARV.
- **Limitări în extinderea și descentralizarea serviciilor**. Mecanismele de finanțare și contractare nu sunt pe deplin adaptate pentru modele integrate de îngrijire la nivel local. Lipsa modelelor flexibile de plată (pachete integrate/pay-for-performance) limitează dezvoltarea serviciilor în cadrul AMSA.

Provocări de acces și inegalități teritoriale

- **Inegalități de acces pentru grupurile vulnerabile**. Persoanele fără statut legal, persoanele migrante, persoanele din regiunea de est și alte grupuri vulnerabile întâmpină dificultăți în accesarea tratamentului, din cauza lacunelor legislative și a lipsei mecanismelor de finanțare.
- În regiunea de est serviciile de tratament și monitorizare rămân dependente de surse externe (FG).

Tabel 28. Clasificarea intervențiilor privind tratamentul pentru PTH după nivelul de dependență FG

Intervenție	Categorie tranziție	OSC	Comentarii
Medicamentele ARV și majoritatea serviciilor clinice sunt deja finanțate din bugetul de stat/CNAM	Categoria I	M&E	Medicamentele ARV și majoritatea serviciilor clinice sunt deja finanțate din bugetul de stat / CNAM; FG are rol limitat, mai ales tehnic.
Tratamentele sunt asigurate din bugetul de stat; acces universal, inclusiv în penitenciare	Categoria I	M&E	Tratamentele sunt asigurate din bugetul de stat; acces universal, inclusiv în penitenciare; FG are rol marginal/catalitic.
Servicii comunitare de egal-la-egal (consilieri PLHIV, PCDI, BSB etc.)	Categoria III	√	Profesia este recunoscută pe malul drept; extinderea și integrarea completă în statele de personal a IMSP și contractele cu CNAM necesită sprijin tehnic și politic.
Intervenții multi-sectoriale pentru populațiile cheie fără statut legal / refugiați / migranți; persoanele din regiunea de est	Categoria IV	√	Lipsă mecanisme standard interne; în prezent dependente de proiecte. E nevoie de suport pentru a crea cadre legale și mecanisme de finanțare.

Intervenție	Categorie tranziție	OSC	Comentarii
Elaborarea PCN pentru infecțiile oportuniste. Actualizarea PCN privind managementul HIV PCN management ITS(Sifilis)	PAAR	M&E	Lipsă mecanisme de finanțare locală – constituie parte a responsabilității specialiștilor responsabili de domeniu, dar nu implică reprezentanții OSC și a comunităților afectate
Rambursările cheltuielilor de drum la 30% pacienți care administrează TARV necesita acest suport și sunt aderenți la tratament.	PAAR	M&E	Lipsă experiență de rambursare din buget CNAM pentru persoanele care trăiesc cu HIV, în schimb există mecanism de rambursare de către CNAM a cheltuielilor pentru persoanele in tratament TB
Colectarea și prelucrarea sistematică a datelor privind cazurile de discriminare și încălcare a drepturilor grupurilor cheie vulnerabile prin susținerea rețelei de parajuriști specializați	PAAR	√	Consiliul Național de asistență juridică garantată de stat deține mecanism de finanțare, dar la moment nu contractează parajuriștii specializați în domeniul HIV/SIDA și TB. Suportul este necesar pentru a iniția contractarea și a o face sustenabilă în timp.

√ - indică implicarea nemijlocită a OSC și rețelelor comunitare în implementarea intervenției
M&E – implicarea tangențială a OSC și rețelelor comunitare în monitorizarea implementării intervenției

Pașii de tranziție și trasul de integrare privind implicarea comunitară în tratament pentru PTH în sistemul public de finanțare

Tranziția componentului tratament presupune integrarea serviciilor într-un model funcțional și sustenabil, prin acțiuni care vizează atât componenta comunitară, cât și adaptarea sistemului de sănătate, prin:

Cuantificarea și instituționalizarea pachetului extins de servicii pentru PTH, prin integrarea serviciilor de suport psihosocial, management de caz și intervenții „de la egal la egal" ca parte formală a pachetului extins de tratament

Definirea cadrului de calitate pentru serviciile comunitare de tratament PTH, prin stabilirea standardelor minime, cerințelor de acreditare/eligibilitate și a mecanismelor de monitorizare și raportare a performanței OSC

Dezvoltarea mecanismelor de contractare a OSC pentru serviciile comunitare de tratament PTH, inclusiv elaborarea metodologiei de contractare din surse naționale (CNAM, CNAS) pentru prestarea serviciilor comunitare din pachetul extins

Consolidarea sistemului de M&E comunitar pentru serviciile comunitare de tratament PTH prin dezvoltarea și aplicarea mecanismelor de M&E comunitar, inclusiv pentru urmărirea în perioada tranziției a următorilor pași la nivel de sistem:

- **Extinderea descentralizării serviciilor de tratament (în cadrul AMSA)** – inclusiv prin dezvoltarea unui model funcțional de management clinic în condiții de ambulator, care să asigure legătura între unitățile de tratament ARV și serviciile comunitare.
- **Revizuirea finanțării serviciilor de tratament**, inclusiv includerea indicatorilor de performanță pentru re/includerea in tratament, etc.
- **Consolidarea mecanismelor de achiziție pentru medicamentele critice**, în special pentru tratamentul pediatric HIV și alte necesități specifice, prin utilizarea platformelor internaționale și adaptarea legislației în domeniul achizițiilor.
- **Asigurarea creșterii progresive a finanțării din surse publice**, pentru a susține integrarea pachetului extins și continuitatea serviciilor până în 2030.

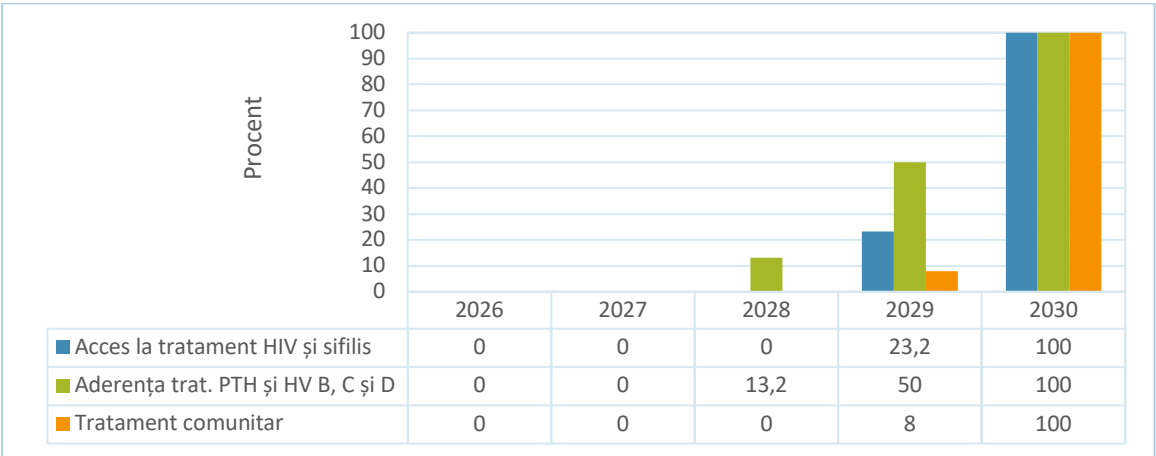
Tabel 29. Etapele de tranziție și livrabile aferente integrării implicării comunitare în tratament pentru PTH în sistemul public de finanțare, 2027–2030

Livrabile și indicatori
2027 - Pre-tranziție: consolidarea cadrului operațional cofinanțare
• Pachetul extins de servicii pentru PTH cuantificat și descris (document aprobat) • Standardele / criteriile de eligibilitate pentru OSC definite • Metodologia de contractare a OSC elaborată • Mecanismul de validare a beneficiarilor vulnerabili elaborat • Cadrul de M&E comunitar dezvoltat (set indicatori + instrumente)
2028 - Tranziție activă: extindere co-finanțare
• Mecanismul de validare a cazurilor (grup vulnerabil) aplicat operațional • Primele contracte CNAM–OSC semnate pentru servicii comunitare (% OSC contractate pentru intervenții comunitare din surse publice, % fonduri alocate) • Mecanismele de finanțare din surse publice adaptate (% serviciilor pentru intervenții comunitare acoperite) • Raport M&E comunitar privind funcționarea și aplicarea mecanismelor elaborate
2029 – Preluare majoritară de către sistemul public
• Contractarea OSC pentru intervenții comunitare din surse publice extinsă (% OSC contractatem % fonduri alocate) • Mecanisme de finanțare extinse (% serviciilor pentru intervenții comunitare acoperite) și ajustate pe baza rezultatelor (KPI) • Raport M&E comunitar privind tranziția elaborat și utilizat în ajustarea politicilor
2030 – Post-tranziție: sustenabilitate
• Pachet extins pentru intervenții comunitare complet integrat în sistemul de finanțare național • Contractarea stabilă și continuă a OSC • Raport final de evaluare a tranziție elaborat

Planificare financiară privind implicarea comunitară în tratamentul PTH

Integrarea tratamentului PTH demonstrează o situație distinctă față de alte componente, în care pachetul de bază (tratament ARV și servicii clinice) este practic integral finanțat din sursele naționale publice, iar tranziția vizează în principal pachetul extins de servicii comunitare. Traseul de integrare a componentului de tratament comunitar, în termeni agregați (cumulativ) reflectă creșterea graduală de la 0% (2026), la 4% (2028), 27% (2029), atingând 100% în 2030 (Figura 10).

Figura 10. Tendința de integrare componentei comunitare a privind tratamentul HIV, HV B,C,D sistemul public de finanțare, GC7 (2026) și GC8 (2027-2028), %



	2026	2027	2028	2029	2030
Acces la tratament HIV și sifilis	0	0	0	23,2	100
Aderența trat. PTH și HV B, C și D	0	0	13,2	50	100
Tratament comunitar	0	0	0	8	100

Bugetul aferent intervențiilor privind implicarea comunitară în tratamentul PTH este estimat la 21,03 milioane MDL pentru perioada 2027–2030. Dintre acestea, intervențiile incluse în perioada de tranziție (GC8) însumează 16,74 milioane MDL (79,6%), iar intervențiile incluse în categoria PAAR totalizează 4,29 milioane MDL sau 20,4% din bugetul integral estimat.

Pentru perioada 2027–2029 finanțarea din sursele FG constituie 10,33 milioane MDL (61,7%), iar contribuția națională 6,41 milioane MDL (38,3%), din necesar estimat de 16,74 milioane MDL pentru implementarea intervențiilor incluse în planul de tranziție (GC8).

În anul 2027, finanțarea intervențiilor privind implicarea comunitară în tratamentul PTH este asigurată integral din sursele FG, în valoare de 4,74 milioane MDL, fără contribuție națională. În anul 2028, contribuția națională constituie - 542,4 mii MDL (12,4%), iar în anul 2029 – 1,55 milioane MDL (46,8% din bugetul anual estimat). În anul 2030, activitățile incluse în perioada de tranziție sunt planificate să fie finanțate integral din surse naționale, în valoare de 4,32 milioane MDL.

Intervențiile incluse în categoria PAAR însumează 4,29 milioane MD (20,4% din estimarea integrală) și includ actualizarea protocoalelor clinice naționale privind managementul HIV și ITS, rambursarea cheltuielilor de transport pentru pacienții aflați sub tratament ARV, precum și colectarea și prelucrarea sistematică a datelor privind cazurile de discriminare și încălcare a drepturilor grupurilor-cheie și vulnerabile (Tabel 30).

Tabel 30. Planificarea financiară privind implicarea comunitară în tratament pentru PTH, 2027–2030 (MDL)

	Activități principale	Sursa	2027	2028	2029	2030
CG8	Asigurarea aderenței la tratament PTH, hepatite virale B, C și D	FG	4.096.555	3.576.584	1.531.149	0
		Stat	0	542.396	1.531.149	4.186.963
CG8	Asigurarea condițiilor tehnice și metodologice pentru oferirea tratamentului HIV și Implicarea OSC în activități de tratament	FG	642.607	250.123	231.217	0
		Stat	0	0	20.086	131.176
PAAR	Elaborarea PCN pentru infecțiile oportuniste	FG	0	0	0	0
		Stat	0	0	0	0
PAAR	Actualizarea PCN privind managementul HIV	FG	146.400	146.400	73.200	0
		Stat	0	0	0	0
PAAR	PCN management ITS (Sifilis)	FG	0	292.800	0	0
		Stat	0	0	0	0
PAAR	Rambursări de transport la 30% pacienți care administrează TARV necesita acest suport și sunt aderenți la tratament.	FG	756.000	432.000	0	0
		Stat	0	312.000	672.000	0
PAAR	Colectarea și prelucrarea sistematică a datelor privind discriminarea și încălcarea drepturilor grupurilor cheie vulnerabile prin susținerea rețelei	FG	585.600	292.800	0	0
		Stat	0	0	585.600	0

Riscuri reziduale după tranziția de la Fondul Global privind implicarea comunitară în tratament pentru PTH

Tranziția serviciilor de tratament către finanțare integrală din surse publice este avansată pentru componenta clinică, însă implică riscuri semnificative pentru componenta comunitară (pachetul extins), care este preluată într-un interval scurt de timp.

Risc	Impact sau consecințe	Mitigare
Risc de neinstituționalizare a pachetului extins de servicii pentru PTH *Probabilitate înaltă*	**Consecințe programatice** • Discontinuitatea serviciilor de suport comunitar • Revenirea la modelul strict clinic de tratament **Impact major** • Reducerea retenției în tratament a PTH • Reducerea supresiei virale	• Menținerea continuității serviciilor prin mecanisme tranzitorii de finanțare până la instituționalizare completă
Risc de subfinanțare a intervențiilor comunitare (pachet extins) din surse publice *Probabilitate înaltă*	**Consecințe programatice** • Reducerea volumului serviciilor comunitare • Limitarea accesului beneficiarilor la serviciile comunitare **Impact major** • Reducerea retenției în tratament a PTH • Reducerea supresiei virale	• Asigurarea continuității prestării serviciilor prin contracte temporare (fără întreruperi între mecanismele de finanțare) • Utilizarea mecanismelor alternative de finanțare (fondurilor de rezervă CNAM, alte proiecte) • Prioritizarea serviciilor esențiale (aderență, retenție) în caz de constrângeri bugetare • Majorarea treptată a alocărilor din sursele naționale înainte de 2029 • M&E comunitar pentru identificarea timpurie a reducerii accesului și ajustarea rapidă a alocărilor financiare
Risc de pierdere a capacității privind implicarea comunitară în tratamentul PTH *Probabilitate medie-înaltă*	**Consecințe programatice** • Pierderea expertizei și experienței în lucrul cu populațiile-cheie • Migrarea personalului calificat din OSC din cauza incertitudinii financiare	• Asigurarea continuității implicării personalului cheie • Integrarea personalului comunitar în modele mixte IMSP – OSC • Mecanisme de retenție pentru personalul comunitar în perioada de tranziție (evitarea întreruperilor contractuale
Risc de inechitate în accesul la serviciile comunitare în cazul persoanelor din grupurile vulnerabile (fără statut legal, persoane migrante, persoanelor fără adăpost etc.) *Probabilitate medie-înaltă*	**Consecințe programatice** • Limitarea accesului grupurile vulnerabile la pachetul extins • Dificultăți în monitorizarea și urmărirea pacienților **Impact major** • Apariția „golurilor epidemiologice” și creșterea riscului de transmitere HIV	• Asigurarea mecanismelor operaționale de includere a grupurilor vulnerabile în pachetul de servicii • Aplicarea mecanismelor de M&E comunitar pentru identificarea timpurie a barierelor de acces
Risc de discontinuitate a serviciilor de implicare comunitară în tratamentul PTH în regiunea de est (malul stâng) *Probabilitate înaltă*	**Consecințe programatice** • Acces instabil la pachetul extins • Dependență de mecanisme temporare /finanțare externă **Impact major** • Reducerea retenției în tratament a PTH • Reducerea supresiei virale • Creșterea riscului de transmitere HIV	• Monitorizarea implementării mecanismului de finanțare pentru regiunea de est prin sistemele de M&E • Utilizarea finanțării-punte pentru asigurarea continuității serviciilor în perioada de tranziție • Ajustarea mecanismelor financiare interne până la integrarea completă

Implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței în perioada de tranziție, HIV

Aliniere cu PN HIV, hepatite virale și ITS – obiectiv 4. *Consolidarea managementului programului prin asigurarea unui răspuns coordonat, informațiilor strategice de calitate și colaborare intersectorială*

Intervenția vizează consolidarea managementului programului printr-un răspuns coordonat, bazat pe date de calitate, colaborare intersectorială și implicare activă a actorilor relevanți.

Rolul intervenției privind implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței

Intervenția are rolul de a integra perspectiva comunitară (inclusiv CLM) în guvernanța Programului, contribuind la creșterea relevanței deciziilor, la consolidarea informațiilor strategice și la adaptarea intervențiilor la nevoile populațiilor-cheie.

Prin această intervenție se susține utilizarea datelor din comunitate și a cercetării pentru fundamentarea politicilor și planificărilor programatice, se promovează respectarea drepturilor omului și reducerea barierelor de acces, se facilitează colaborarea între sectoare și se contribuie la menținerea continuității și stabilității răspunsului național la HIV/SIDA, ITS, hepatite virale B, C, D.

Model actual de implementare privind implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței

La nivel de **guvernanță**, implicarea comunitară este realizată prin participarea OSC și a reprezentanților comunităților în mecanismele existente de coordonare și consultare a Programului, precum:

- participarea în cadrul CNC TB/SIDA și în grupuri tehnice de lucru;
- implicarea în procesele de elaborare și revizuire a documentelor programatice;
- consultări periodice între instituțiile publice și reprezentanții comunitari;
- contribuții la procesele de planificare și raportare programatică.

Aceste mecanisme sunt funcționale, dar participarea comunitară este organizată în mare parte prin surse și inițiative susținute extern (FG) fără formalizare completă în cadrul sistemului public (de exemplu activitatea Comitetului KAP și a Platformei OSC TB+).

Monitorizarea comunitară (Community-Led Monitoring – CLM) este implementată de OSC ca parte a activităților finanțate de FG. Modelul actual presupune:

- colectarea de date privind accesul la servicii, calitatea și satisfacția beneficiarilor și a pacienților
- documentarea barierelor de acces, inclusiv stigma și discriminarea;
- formularea de recomandări pentru îmbunătățirea serviciilor;
- elaborarea rapoartelor de monitorizare la nivel comunitar
- pledoarie pentru acces, calitate și sustenabilitate

Datele generate prin CLM nu sunt integrate sistematic în sistemele naționale de raportare, fiind utilizate în principal în cadrul proiectelor și dialogului cu partenerii. Astfel, legătura dintre monitorizarea comunitară și sistemul de M&E al Programului rămâne parțial dezvoltată.

Componenta de cercetare este implementată prin colaborarea între instituțiile publice (ANSP, Programul Național HIV/SIDA, ITS, Hepatite virale) și parteneri de dezvoltare (UNAIDS, WHO, etc) cu implicarea OSC în colectarea datelor și accesarea grupurilor-cheie. Activitățile actuale includ:

- realizarea studiilor integrate bio-comportamentale (IBBS) în rândul grupurilor-cheie și estimări populaționale, la intervale de aproximativ 4–5 ani;
- analize tematice privind diagnosticul tardiv și abandonul tratamentului ARV;
- utilizarea instrumentelor de estimare și modelare epidemiologică (SPECTRUM, OPTIMA);
- colectarea datelor calitative prin mecanisme comunitare (CLM, consultări).

Activitățile sunt de importanță majoră pentru generarea informațiilor strategice, însă sunt finanțate preponderent din sursele FG și a altor donatori, iar capacitatea de implementare independentă la nivel național nu este încadrată pe deplin în sistemul național.

Implicarea OSC în **procesele de guvernanță și feedback**, prin:

- colectarea și transmiterea feedback-ului din comunitate;
- monitorizarea respectării drepturilor beneficiarilor;
- participarea la procesele de consultare și advocacy;
- susținerea dialogului între beneficiari și instituțiile publice.

Activitățile sunt realizate în cadrul proiectelor finanțate din sursele FG și nu sunt susținute prin mecanisme de finanțare publică.

Reducerea stigmei și discriminării aferente statutului HIV și/sau hepatitelor virale

Acest component acoperă intervențiile de drepturi, comunicare și monitorizare a stigmei și discriminării, în special:

- colectarea și raportarea sustenabilă a cazurilor de descriminare și încălcare a drepturilor persoanelor care trăiesc cu HIV și ale grupurilor-cheie afectate și implicarea consilierilor de la egal-la-egal, parajuriști, React etc.)
- campaniile de pledoarie orientate spre sporirea accesului la intervențiilor pachetului de bază (PrEP, testare și autotestare, tratament, etc.)

Provocări de tranziție și dependența de finanțarea FG privind implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței

Dependența de finanțarea FG se menține în special pentru mecanismele de monitorizare comunitară (CLM), activitățile de cercetare (IBBS, analize tematice) și participarea OSC în procesele de guvernanță și promovare a drepturilor omului, întrucât aceste funcții nu sunt incluse în mod explicit în pachetele de servicii finanțate din sursele naționale de finanțare.

Principalele bariere în procesul de tranziție țin de lipsa cadrului operațional pentru integrarea acestor funcții în sistemul public, inclusiv:

- instituționalizarea rolului OSC în procesele de guvernanță și monitorizare mecanisme de contractare și finanțare a serviciilor de implicare comunitară;
- standarde și metodologii validate pentru utilizarea datelor generate de comunitate în sistemul național de M&E;

Dependenta de finanțarea FG este amplificată de lipsa mecanismelor de finanțare și contractare interne pentru funcțiile comunitare.

Servicii medico-sociale integrate (categoria III de tranziție) - implementate prin modele precum MedHUB, UES, GENDERDOC-M și alte inițiative comunitare, reprezintă intervenții validate care combină servicii medicale cu suport psihosocial, navigare în sistem, consiliere și asistență pentru populațiile-cheie.

În perioada tranziției modelul de finanțare rămâne predominant dependent de FG și alți donatori, serviciile medico-sociale integrate fiind implementate integral din surse externe. Se semnalează următoarele constrângeri:

- lipsa cadrului normativ care să definească conținutul serviciilor, fluxurile operaționale, criteriile de eligibilitate și indicatorii de performanță
- lipsa cuantificării serviciilor în corespundere cu cerințele de finanțare din bugetul public
- fragmentarea instituțională între sectorul sănătății și cel social.

Serviciile medico-sociale integrate presupun cooperare între aceste două domenii, însă mecanismele de coordonare și finanțare intersectorială sunt insuficient dezvoltate. Contractarea serviciilor sociale de la OSC este parțial reglementată, iar integrarea lor în intervențiile medicale rămâne limitată.

Consolidarea capacităților OSC (categoria IV de tranziție) vizează consolidarea capacităților în special a OSC-urilor care lucrează cu grupurile cheie afectate (PCDI, BSB/TG, LS, persoane în detenție etc.) prin activități de formare, suport instituțional și dezvoltare de instrumente comune (formare.md).

Analiza cadrului financiar (de tranziție) indică faptul că acest component este integral dependent de FG pe întreaga perioadă 2026–2029 (pre-GC8 și GC8). Atât activitățile de fortificare și capacitare OSC, cât și instrumentele de consolidare a capacităților (formare.md) sunt finanțate în proporție de 100% din sursele FG, fără contribuții din bugetul național. Spre deosebire de alte componente, nu se observă un trend clar de creștere a finanțării interne până în 2030, ceea ce indică absența unei tranziții reale în acest domeniu.

Provocarea majoră este lipsa strategiei clare de preluare a costurilor din sursele publice de finanțare. Fiind vorba de „capacități” și „formare”, acestea adesea nu sunt încadrate în categoria „cheltuieli de proiect” și nu sunt integrate în bugetele publice (MS, CNAM, CNAS sau APL), fapt ce va solicita efort suplimentar pe partea de colectare de fonduri pentru asigurarea sustenabilității, în afara tranziției.

Monitorizarea comunitară și mecanismele asociate de documentare a stigmei și drepturilor omului (categoria IV) - component care acoperă intervențiile de drepturi, comunicare și monitorizare a stigmei și discriminării. Provocările de tranziție indică:

- lipsa integrării CLM în arhitectura națională de M&E. Cu toate că datele generate prin monitorizarea comunitară sunt relevante pentru identificarea problemelor din teren (discontinuități de servicii, bariere de acces, cazuri de stigmatizare), acestea nu sunt incluse sistematic în procesele oficiale de raportare și planificare.
- absența mecanismelor de contractare și finanțare publică sustenabilă pentru CLM și intervențiile de drepturi, inclusiv pentru monitorizarea comunitară propriu-zisă; activitatea para-juriștilor specializați; mecanismele de raportare și răspuns la încălcările drepturilor; activitățile de advocacy și reducere a stigmei.

- scenariul propus de finanțare pentru tranziție indică faptul că costurile aferente „colectării și raportării sustenabile a datelor privind cazurile de stigmă și discriminare” și a campaniilor de pledoarie sunt acoperite aproape sau integral din sursele FG pentru perioada 2027–2029.

Campanii de reducere a stigmei și discriminării (categoria IV de tranziție) –

- dependența preponderentă de sursele FG, pentru planificarea și implementarea campaniilor de comunicare și advocacy. În perioada GC7 activitățile au fost finanțate din sursele FG, iar în planificarea GC8 finanțarea este limitată (anul 2027), cu intenție de preluare ulterioară de către sistemul public, dar fără mecanisme operaționale clar definite
- campaniile nu sunt integrate în mod sistematic în bugetul național (MS, CNAM)
- lipsa cadrului standardizat pentru planificarea și implementarea campaniilor , lipsa indicatorilor de rezultat și impact, lipsa mecanismelor de coordonare instituțională.

În ceea ce privește **componenta de cercetare** (categoria IV de tranziție), dependența de finanțarea FG rămâne înaltă pentru realizarea studiilor IBBS și a altor analize programatice privind estimările de mărime ale populațiilor-cheie și modelările epidemiologice (OPTIMA). Contribuția bugetului național este limitată, iar capacitatea tehnică (echipe, instrumente analitice) rămâne dependentă de FG.

Digitalizarea și integrarea sistemelor M&E (categoria III de tranziție) reprezintă o altă zonă critică. Sistemele de date și modulele HIV, inclusiv cele utilizate de OSC, sunt dezvoltate prin proiecte externe (FG) și nu sunt pe deplin integrate în arhitectura digitală națională de e-sănătate.

Provocările enumerate sunt amplificate de inegalitățile teritoriale, în special în regiunea de est, unde implicarea comunitară, mecanismele de monitorizare și serviciile asociate sunt mai slab dezvoltate și neconsiderate de către autoritățile locale.

Tabel 31. Clasificarea intervențiilor privind implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței după nivelul de dependență FG

Intervenție	Categorie tranziție	OSC	Comentarii
Managementul național al programului (Unitate coordonare, CNC TB/SIDA, studii de impact)	Categoria III	M&E	MS acoperă funcțiile de bază; FG finanțează o parte din unitatea de coordonare și studii (OPTIMA etc.). Tranziție completă posibilă în GC8.
M&E, SIME HIV, digitalizare (inclusiv servicii de reducere a riscurilor)	Categoria III	M&E	Infrastructura de bază e națională, dar digitalizarea serviciilor depinde de FG; integrarea în strategia e-sănătate cere suport.
IBBS, estimări de mărime PK, studii operaționale	Categoria IV	M&E	MS cofinanțează parțial; FG rămâne principalul finanțator. Integrarea în planurile și bugetele naționale de sănătate publică este fezabilă.
Servicii medico-sociale integrate (ex. MedHUB, UES, GENDERDOC-M etc.)	Categoria III	√	Modele validate, dar dependente de proiecte; pachetul standard și mecanismul de finanțare CNAM ori CNEAS trebuie dezvoltate cu suport catalizator.
Consolidarea capacităților OSC (Formare.md, training, suport instituțional)	Categoria IV	√	Platformele și instruirile sunt finanțate aproape exclusiv din proiecte externe; e nevoie de finanțare catalizatoare și integrare bugetară
CLM – monitorizare comunitară, documentare stigma/drepturi	Categoria IV	√	Rol cheie, dar încă nerecunoscut și nefinanțat sistematic de stat; necesită sprijin catalizator pentru instituționalizare și contractare.

Intervenție	Categorie tranziție	OSC	Comentarii
Campanii de reducere a stigmei și discriminării, formarea personalului	Categoria IV	√	Există intervenții în PN și unele finanțări naționale, dar reduse, povara financiară esențială aparținând FG.
Efectuarea studiului bio-comportamental in rândurile populației mobile	PAAR	M&E	Nu există mecanisme de finanțare națională – foarte important pentru continuitatea și sustenabilitatea răspunsului la HIV
Efectuarea studiului cunoștințe, atitudini și practici privind HIV și hepatitele virale în rîndul populației generale	PAAR	M&E	Nu există mecanisme de finanțare națională – foarte important pentru continuitatea și sustenabilitatea răspunsului la HIV
Activități suplimentare pentru consolidarea sustenabilității și rezilienței răspunsului HIV	PAAR	M&E	Nu există mecanisme de finanțare națională – foarte important pentru continuitatea și sustenabilitatea răspunsului la HIV

√ - indică implicarea nemijlocită a OSC și rețelelor comunitare în implementarea intervenției
M&E – implicarea OSC și rețelelor comunitare în monitorizarea implementării intervenției

Pașii de tranziție și trasul de integrare privind implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței în sistemul public

O parte semnificativă a intervențiilor aferente implicării comunitare în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței nu este reflectată explicit în planul actual de tranziție, fiind necesari pași care să asigure instituționalizarea rolului comunității, integrarea funcțiilor comunitare și dezvoltarea mecanismelor sustenabile de finanțare și monitorizare:

Instituționalizare și reglementare (definirea cadrului formal și standardizarea intervențiilor)

- Definirea și instituționalizarea OSC (prestare servicii, parteneri de guvernanță, furnizori de date);
- Operaționalizarea pachetelor standard de servicii medico-sociale, inclusiv servicii de la egal la egal, suport psihosocial, etc.
- Definirea indicatorilor de performanță și a metodologiilor de raportare pentru serviciile comunitare;
- Formalizarea CLM ca mecanism complementar în sistemul național de M&E al Programului;
- Stabilirea de protocoale de schimb de date cu OSC și includerea OSC ca furnizori de date oficiali;
- Integrarea completă a instrumentelor de raportare și colectare de date în strategia națională de digitalizare.

Cuantificare și modelare financiară (cuantificarea funcțiilor comunitare finanțare publică)

- Elaborarea modelelor de finanțare și contractare a OSC (criterii, mecanisme, raportare, continuitate), inclusiv finanțare pe termen lung;
- Cuantificarea și costificarea pachetelor medico-sociale integrate, serviciilor „egal la egal", intervențiilor CLM și drepturi, activităților de formare și dezvoltare OSC (inclusiv ore suplimentare, risc, nopți/weekend);
- Stabilirea costurilor standard pentru servicii medico-sociale integrate, campanii și intervenții de comunicare, infrastructura și costuri de formare (de ex. pentru formare.md);
- Dezvoltarea mecanismelor bugetare pentru finanțarea studiilor IBBS, estimări populaționale, modelări epidemiologice (OPTIMA);
- Asigurarea bugetării interne pentru dezvoltarea și mentenanța sistemelor IT de M&E.

Dezvoltare instituțională și operațională (crearea mecanismelor funcționale de implementare)

- Integrarea consilierilor „de la egal la egal” în statele de personal ale instituțiilor medicale, cabinetele HIV și PTAO (inclusiv pe malul stâng);
- Dezvoltarea mecanismelor de colaborare între sectorul sănătății, sectorul social, comunitate (acorduri intersectoriale și co-finanțare);
- Consolidarea capacităților și resurselor umane (sustenabilitatea operațională a OSC) prin suportul financiar al programelor de formare continuă (inclusiv formare.md).

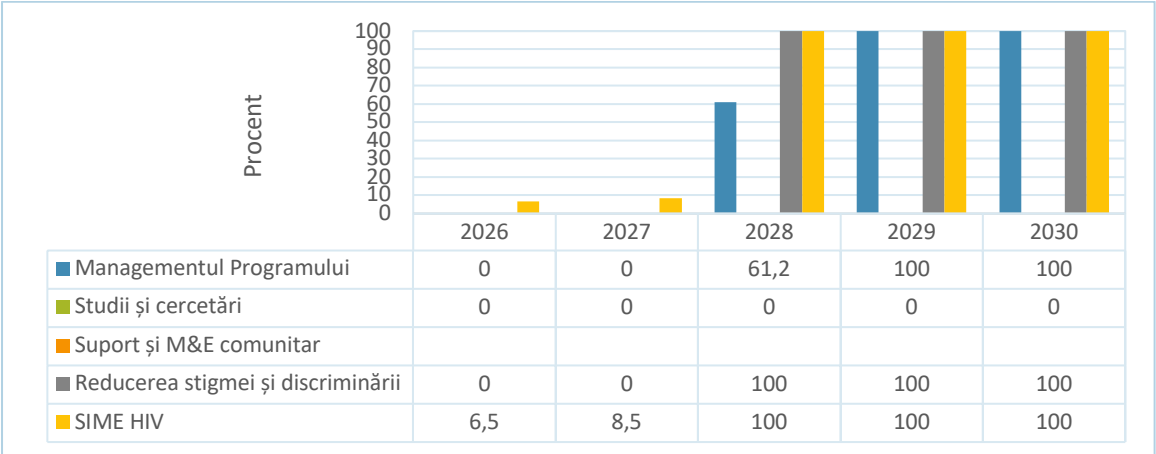
Tabel 32. Etapele de tranziție și livrabile aferente integrării componentului implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței în sistemul public de finanțare, 2027–2030

Livrabile și indicatori
2027 - Pre-tranziție: consolidarea cadrului operațional cofinanțare
• Rolul OSC în guvernanță, M&E și servicii comunitare definit formal (inclusiv statutul de furnizor de date și partener în CLM) • Pachetul standard de servicii medico-sociale (inclusiv „egal-la-egal”) elaborat și costificat • Metodologia de integrare a CLM în SIME HIV elaborată • Indicatorii de performanță și metodologiile de raportare pentru servicii comunitare definite • Plan de finanțare pentru IBBS, estimări PK și OPTIMA elaborat • Modelul de finanțare pentru capacitarea OSC (formare.md) elaborat • Concept de integrare a modulelor comunitare în sistemele de e-sănătate (SIME HIV) elaborat • Cadrul de M&E comunitar dezvoltat (set indicatori + instrumente)
2028 - Tranziție activă: extindere co-finanțare
• CLM integrat operațional (pilot) în M&E național, corelat cu SIME HIV • Contracte OSC semnate pentru CLM și drepturile omului (% OSC contractate pentru intervenții comunitare din surse publice, % fonduri alocate) • Finanțarea inițiată pentru capacitare și formare comunitară • Pilotarea finanțării pentru servicii integrate (ex. MedHUB, UES, GENDERDOC-M) • Alocări bugetare naționale pentru studii (IBBS / estimări PK / OPTIMA) • Inițierea cofinanțării campaniilor de reducere a stigmei și discriminării • Raport M&E comunitar privind funcționarea și aplicarea mecanismelor elaborate
2029 – Preluare majoritară de către sistemul public
• CLM integrat complet în M&E național și utilizat în procese decizionale • SIME HIV complet operaționalizat cu module comunitare și interoperabilitate cu OSC • Contractarea OSC pentru intervenții comunitare și drepturile omului din surse publice extinsă (% OSC contractate, % fonduri alocate) • Raport M&E comunitar privind tranziția elaborat și utilizat în ajustarea politicilor
2030 – Post-tranziție: sustenabilitate
• CLM instituționalizat și finanțat integral din surse publice • SIME HIV complet integrat în arhitectura națională de e-sănătate, inclusiv cu date comunitare • Capacitarea OSC integrată și finanțată sustenabil din buget public • Studiile strategice (IBBS, estimări, OPTIMA) finanțate integral din surse naționale • Contractarea stabilă și continuă a OSC • Raport final de evaluare a tranziție elaborat

Planificare financiară privind implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței

Se evidențiază o integrare limitată a funcțiilor comunitare în sistemul public în perioada GC7 (2026) și începutul GC8 (2027), urmată de o creștere accelerată începând cu anul 2028. Tendința reflectă o dependență continuă de finanțarea externă în primii ani ai tranziției și necesitatea unor măsuri suplimentare pentru asigurarea unei integrări sustenabile (Figura 11).

Figura 11. Tendința de integrare implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței în sistemul public de finanțare, GC7 (2026) și GC8 (2027-2028)



	2026	2027	2028	2029	2030
Managementul Programului	0	0	61,2	100	100
Studii și cercetări	0	0	0	0	0
Suport și M&E comunitar					
Reducerea stigmei și discriminării	0	0	100	100	100
SIME HIV	6,5	8,5	100	100	100

Bugetul aferent intervențiilor privind consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței răspunsului HIV este estimat la 26,95 milioane MDL pentru perioada 2027–2030. Intervențiile incluse în finanțare însumează 18,70 milioane MDL (69,4%), iar cele incluse în categoria PAAR formează 8,25 milioane MDL sau o treime din necesarul integral estimat (30,6%).

n anul 2027, finanțarea intervențiilor este asigurată preponderent din sursele FG, care acoperă 4,38 milioane MDL (94,8%), contribuția națională fiind de 240,3 mii MDL (5,2% din bugetul anual). În anul 2028, contribuția statului crește la 1,93 milioane MDL (51,9%), iar în anul 2029 ajunge la 2,25 milioane MDL, echivalentul a 27,7% din necesarul anual. În anul 2030, activitățile incluse în perioada de tranziție sunt planificate să fie finanțate integral din surse naționale, în valoare de 2,25 milioane MDL.

Intervențiile incluse în categoria PAAR (8,25 milioane MDL) includ efectuarea studiului bio-comportamental în rândul populației mobile, activități suplimentare pentru consolidarea sustenabilității și rezilienței răspunsului HIV, precum și realizarea studiului privind cunoștințele, atitudinile și practicile legate de HIV și hepatitele virale în rândul populației generale.

Tabel 33. Planificarea financiară privind implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței în sistemul public, 2027–2030 (MDL)

	Activități principale	Sursa	2027	2028	2029	2030
CG8	Asigurarea cu informații strategice de realizare al PN HIV/SIDA/ITS/HV cu susținerea activităților de M&E și Suport tehnic pentru estimări HIV, prognozare și modelare programatică (Spectrum,	FG	807.963	313.893	0	0
		Stat	0	494.106	807.963	807.963

	Activități principale	Sursa	2027	2028	2029	2030
	raportarea GAM, prognozarea necesarului pentru prevenire și tratament, estimările QuantPrEP/PrEPit/alte) pentru stabilirea țintelor programatice					
CG8	Realizarea studiului integrat bio comportamental în rândul grupurilor cu risc sporit de infectare cu estimarea mărimii grupurilor cheie. Auditul depistării cazurilor tardive de diagnostic HIV, Auditul cazurilor de abandon	FG	0	1.477.016	5.865.374	0
		Stat	0	0	0	0
CG8	Reducerea stigmei și discriminării aferente statutului HIV și hepatite virale	FG	984.694		0	0
		Stat	0	984.694	984.694	984.694
CG8	Asigurarea procesului de implementare, operaționalizare și funcționare durabilă a SIME HIV	FG	2.587.194		0	0
		Stat	240.259	453.649	453.649	453.649
PAAR	Efectuarea studiului biocomportamental in rândurile populației mobile	FG	1.449.750	0	0	0
		Stat	0	0	0	0
PAAR	Activități suplimentare pentru consolidarea sustenabilității și rezilienței răspunsului HIV	FG	1.518.207	1.769.459	2.058.133	0
		Stat	0	0	0	0
PAAR	Efectuarea studiului cunoștințe, atitudini și practici privind HIV și hepatitele virale în rândul populației generale	FG	1.449.750	0	0	0
		Stat	0	0	0	0

Riscuri reziduale după tranziția de la Fondul Global privind implicarea comunitară în consolidarea guvernanței, monitorizării și rezilienței

Risc	Impact sau consecințe	Mitigare
Risc de neinstituționalizare a mecanismelor de monitorizare comunitară (CLM) *Probabilitate înaltă*	**Consecințe programatice** • Datele comunitare nu sunt utilizate în planificare și contractare • Lipsa feedback-ului din comunitate privind accesul și calitatea serviciilor **Impact major** • Decizii nealiniate nevoilor populațiilor-cheie • Reducerea eficienței alocării resurselor	• Asigurarea continuității funcționării CLM din surse FG • Alte surse externe de finanțare (proiecte) • Stabilirea unor mecanisme interimare de recunoaștere a datelor furnizate de OSC • Monitorizarea periodică a funcționalității CLM și a gradului de integrare în SIME HIV, cu ajustări operaționale rapide

Risc	Impact sau consecințe	Mitigare
Risc de subfinanțare a funcțiilor comunitare (guvernanță, M&E, advocacy, drepturile omului) *Probabilitate: înaltă*	**Consecințe programatice** • Reducerea activităților de monitorizare, formare și participare comunitară • Pierderea capacităților OSC **Impact major** • Reducerea guvernanței participative • Reducerea sustenabilității sistemului	• Asigurarea continuității funcționării CLM din surse FG • Alte surse externe de finanțare (proiecte) • Reducerea activităților la un pachet minim de funcții critice • Integrarea parțială a funcțiilor comunitare existente în structuri deja finanțate (centre HIV/TFAO, personal existent preia roluri de bază de M&E și suport comunitar)
Risc de întrerupere ciclului de realizare a studiilor strategice (IBBS, estimări PK, OPTIMA) *Probabilitate: medie-înaltă*	**Consecințe programatice** • Lipsa datelor actualizate despre populațiile-cheie • Planificare și targetare ineficiente **Impact major** • Creșterea riscului de reapariție a focarelor epidemice	• Alte surse externe de finanțare (proiecte) • Utilizarea și valorificarea maximă a datelor existente (runde anterioare IBBS, estimări PK, analize OPTIMA) pentru planificare și alocare de resurse în absența datelor noi
Risc de neintegrare a serviciilor medico-sociale (MedHUB, UES, GENDERDOC-M) *Probabilitate: medie-înaltă*	**Consecințe programatice** • Reducerea serviciilor integrate pentru populațiile-cheie • Fragmentarea serviciilor **Impact major** • Creșterea barierelor de acces • Scăderea retenției în îngrijire	• Asigurarea continuității din surse FG • Alte surse externe de finanțare (proiecte • Integrarea parțială a componentelor în structuri deja finanțate (centre HIV, servicii sociale, AMP), chiar dacă modelul integrat complet nu poate fi susținut • Prioritizarea intervențiilor critice din cadrul serviciilor integrate
Risc de pierdere a capacității OSC (formare.md, training, suport instituțional) *Probabilitate: înaltă*	**Consecințe programatice** • Lipsa formării continue și a suportului tehnic • Probleme de implementare și raportare **Impact major** • Reducerea rolului OSC în sistem • Reducerea calității serviciilor	• Asigurarea continuității din surse FG • Alte surse externe de finanțare (proiecte) •
Risc de reducere a intervențiilor de drepturi (CLM, parajuriști, consiliere egal-la-egal) *Probabilitate: înaltă*	**Consecințe programatice** • Scăderea raportării cazurilor de discriminare • Lipsa monitorizării abuzurilor **Impact major** • Creșterea stigmei și discriminării • Scăderea accesului la servicii	• Reducerea activităților la un pachet minim de funcții critice • Integrarea parțială a funcțiilor de suport juridic și consiliere în structuri existente
Risc de reducere a campaniilor de comunicare și advocacy privind stigma *Probabilitate: medie-înaltă*	**Consecințe programatice** • Campanii sporadice sau simbolice • Nivel scăzut de conștientizare **Impact major** • Creșterea auto-stigmei • Reducerea testării și accesului la servicii	• Alte surse externe de finanțare (proiecte) • Menținerea unor acțiuni minime de comunicare țintită

Risc	Impact sau consecințe	Mitigare
Risc de ne-operaționalizare a sistemelor de digitalizare și M&E (SIME HIV și sisteme OSC) *Probabilitate: medie-înaltă*	**Consecințe programatice** • Pierderea datelor și fragmentarea sistemelor • Lipsa monitorizării în timp real **Impact major** • Limitarea controlului programatic	• Asigurarea raportării minime prin canale existente • Menținerea mecanismelor de schimb de date între instituții și OSC, în lipsa interoperabilității complete • Limitarea dezvoltării noilor funcționalități IT și concentrarea pe menținerea sistemelor existente în stare operațională
Risc de discontinuitate a implicării comunitare în regiunea de est *Probabilitate: înaltă*	**Consecințe programatice** • Acoperire redusă cu servicii și monitorizare • Lipsa intervențiilor **Impact major** • Inegalități teritoriale crescute • Risc de focalizare a epidemiei	• Asigurarea continuității din surse FG • Asigurarea continuității prin mecanisme tranzitorii și flexibile de implementare, inclusiv colaborări informale sau acorduri locale între OSC și structuri existente (centre medicale, servicii sociale)
Autorizarea sanitară obligatorieOSC-HIV ca precondiție pentru acreditarea prestatorilor de servicii de sănătate, în lipsa mecanismelor de finanțare pentru conformarea la cerințele sanitare. Procesul presupune investiții semnificative în reparații, amenajarea spațiilor și dotarea acestora conform standardelor aplicabile prestatorilor de servicii medicale, costuri pe care OSC nu le pot acoperi din sursele curente de finanțare. *Probabilitate: înaltă*	**Consecințe programatice:** • Întârzierea sau imposibilitatea acreditării OSC • Reducerea numărului de prestatori eligibili pentru contractare din fondurile publice • Discontinuitatea serviciilor comunitare și diminuarea accesului populațiilor-cheie la servicii esențiale **Impact major:** • Întârzierea procesului de integrare a serviciilor comunitare în sistemul public • Risc de pierdere a capacității instituționale dezvoltate prin finanțarea externă	• Revizuirea cadrului normativ privind autorizarea sanitară și acreditarea serviciilor comunitare, cu aplicarea unor cerințe proporționale profilului serviciilor prestate. • Crearea unui mecanism de finanțare dedicat OSC pentru conformarea la cerințele de autorizare sanitară, inclusiv prin **accesarea Fondului de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale administrat de CNAM** sau prin instituirea unui fond similar destinat prestatorilor comunitari. • Implementarea unor mecanisme tranzitorii de acreditare și contractare până la asigurarea conformării complete la standardele sanitare.

Riscuri strategice asociate tranziției și sustenabilității serviciilor comunitare

În pofida progreselor înregistrate de Republica Moldova în integrarea serviciilor comunitare TB și HIV și a recunoașterii rolului strategic al OSC și al comunităților afectate în răspunsul național TB și HIV, procesul de tranziție de la finanțarea FG către mecanismele naționale rămâne asociat cu riscuri substanțiale. Riscurile depășesc dimensiunea strict financiară și vizează întregul ecosistem necesar funcționării serviciilor comunitare, inclusiv angajamentele politice și instituționale, cadrul normativ și de contractare, sustenabilitatea financiară, capacitatea organizațională a OSC, integrarea serviciilor comunitare în sistemul de sănătate, utilizarea datelor și a dovezilor pentru luarea deciziilor, precum și menținerea capacității de inovare și adaptare la nevoile grupurilor vulnerabile.

Neadoptarea măsurilor pro-active de gestionare a riscurilor poate conduce la erodarea treptată a capacităților comunitare consolidate prin finanțarea din sursele FG, cu impact negativ asupra continuității serviciilor, accesului populațiilor vulnerabile și sustenabilității răspunsului la TB și HIV.

Angajamente politice și instituționale a finanțării serviciilor comunitare

Nivel de risc: Înalt

Asumarea insuficientă a responsabilităților de către autoritățile publice. Există riscul ca autoritățile publice să nu preia integral responsabilitatea pentru finanțarea și susținerea programelor după retragerea finanțării FG.

Absența mecanismelor de co-finanțare și a stimulentelor fiscale. Nu există instrumente funcționale de co-finanțare public–privat sau facilități fiscale care să încurajeze susținerea serviciilor TB și HIV comunitare, limitând diversificarea surselor de finanțare pentru OSC (în pofida deținerii statutului de utilitate publică).

Cadrul normativ și de contractare insuficient adaptat pentru OSC

Nivel de risc: Înalt

Limitările cadrului de acreditare și reglementare. Lipsa standardelor naționale clare pentru pachetele de servicii TB prestate de OSC afectează atât calitatea, cât și comparabilitatea intervențiilor. Mecanismele actuale de acreditare sunt concepute preponderent pentru IMSP și furnizorii de servicii sociale, fără a reflecta particularitățile organizaționale și operaționale ale OSC care prestează servicii comunitare prin intermediul echipelor mobile și al intervențiilor de teren. Cerințele de conformare la cadrul normativ existent nu sunt însoțite de mecanisme de adaptare la specificul sectorului asociativ. **În plus, obligativitatea obținerii autorizației sanitare înainte de depunerea dosarului pentru acreditare presupune investiții considerabile în reparația și dotarea spațiilor conform standardelor aplicabile prestatorilor de servicii medicale, în lipsa unor mecanisme dedicate de finanțare pentru OSC.** Nu există garanții că guvernul va dezvolta mecanisme care să corespundă specificului și capabilităților limitate ale OSC, inclusiv prin asigurarea accesului acestora la surse de finanțare pentru conformarea la cerințele de autorizare și acreditare.

Fragmentarea mecanismelor de contractare, lipsa standardizării serviciilor comunitare și mecanismelor de contractare socială funcționale și scalabile. Absența mecanismului unic, clar și

predictibil de contractare a serviciilor comunitare (CNAM vs. alte linii bugetare), întârzieri și interpretări divergente la nivel local. Cadrul de contractare socială este incipient și disponibil doar prin contractarea de către CNAM, din fondul de profilaxie și fără bugete dedicate multianuale, ceea ce reduce predictibilitatea pentru OSC. MS nu oferă granturi distincte pentru OSC active în domeniul sănătății publice, spre deosebire de alte APC.

Finanțare insuficientă și sustenabilitate financiară limitată

Nivel de risc: Înalt

Subfinanțarea intervențiilor catalitice și asumarea sarcinilor guvernamentale. Focalizarea excesivă a aplicației de finanțare (GC8) pe activități care intră, de jure, în responsabilitatea directă a Guvernului a determinat plasarea unor intervenții catalitice și a factorilor facilitatori (enablers) în categoria PAAR-abordare care ar putea reduce flexibilitatea răspunsului național TB și HIV și transferă sustenabilitatea intervențiilor comunitare critice într-o zonă de incertitudine financiară, dependentă de mobilizarea unor resurse suplimentare.

Riscuri de flux financiar și instabilitate operațională pe termen lung. Cu toate că anumite servicii comunitare au fost incluse în planul de tranziție graduală, mecanismul actual de debursare a fondurilor din partea CNAM, bazat preponderent, pe acoperirea post-factum (rambursare) a cheltuielilor nu este sustenabil. Sistemul actual impune riscuri majore de blocaj financiar pentru OSC pe termen mediu și lung, organizațiile neavând capitalul de rulaj necesar pentru a pre-finanța serviciile destinate grupurilor vulnerabile.

Subestimarea costurilor reale ale intervențiilor comunitare. Modelele de costificare utilizate în planificarea națională nu reflectă costurile reale ale intervențiilor de teren (outreach, DOT comunitar, suport nutrițional, suport psihosocial, management de caz complex), ceea ce duce la subfinanțare cronică și la reducerea acoperirii. **Metodologia curentă de calcul și validare a indicatorilor de performanță** necesită o revizuire urgentă pentru a îngloba și reflecta costurile operaționale existențiale (de bază) ale OSC, inclusiv de mentenanță a infrastructurii fizice și tehnice.

Vulnerabilități în finanțarea măsurilor de suport pentru pacient. Instabilitatea finanțării poate afecta continuitatea măsurilor elocvente de îngrijire, inclusiv acordarea suportului motivațional (pachete alimentare/igienice, acoperirea cheltuielilor de transport. Întreruperea intervenției poate avea consecințe directe asupra aderenței la tratament, retenției în îngrijire și rezultatelor terapeutice în rândul pacienților cu TB și a persoanelor care trăiesc cu HIV.

Capacitate instituțională și operațională limitată a OSC în contextul tranziției

Nivel de risc: Înalt

Subestimarea rolului strategic al OSC și riscul pierderii memoriei instituționale. Abordările actuale de planificare și bugetare care cuantifică contribuția OSC exclusiv prin prisma zilelor-expert, fără a include costurile de management, coordonare și suport administrativ pentru componente strategice precum RSHH și CLM, nu reflectă complexitatea rolului acestora în răspunsul la TB și HIV. O astfel de abordare ar putea conduce la diminuarea capacității organizaționale, pierderea memoriei instituționale și limitarea posibilităților de integrare și valorificare a experienței, metodologiilor și instrumentelor dezvoltate.

Capacitate instituțională insuficientă pentru conformarea la noile cerințe administrative și financiare. Creșterea exigențelor privind raportarea, auditul, gestionarea fondurilor și procedurile de achiziții poate depăși capacitatea instituțională a multor OSC mici și medii implicate în furnizarea serviciilor comunitare TB și HIV.

Vulnerabilitatea resurselor umane specializate. Incertitudinea financiară, împreună cu finanțarea insuficientă a costurilor indirecte și a funcțiilor de suport organizațional, contribuie la fluctuația personalului calificat, inclusiv a lucrătorilor de teren, managerilor de caz și consilierilor. Pierderea specialiști formați poate afecta continuitatea serviciilor comunitare, relația cu beneficiarii, aderența la tratament și rezultatele terapeutice.

Integrarea insuficientă a OSC în răspunsul național și în serviciile centrate pe persoană

Nivel de risc: Mediu-înalt

Integrarea limitată a OSC în continuumul de îngrijire pentru TB și HIV. Rolul OSC în depistare activă, aderență la tratament și suport psiho-social nu este pe deplin integrat în traseul pacientului TB și PTH . Lipsesc protocoale operaționale clare de referire bidirecțională și mecanisme funcționale de schimb de date între sistemul public și OSC.

Integrarea insuficientă a serviciilor pentru comorbidități (TB/HIV, TB/substanțe, sănătate mintală) și nevoi complexe. Integrarea serviciilor pentru co-morbidități este limitată operațional și financiar. OSC care oferă pachete integrate, mecanismele actuale de finanțare și contractare nu susțin în mod adecvat intervențiile multisectoriale și coordonarea între diferiți furnizori de servicii.

Limitarea utilizării datelor și a mecanismelor de monitorizare comunitară

Nivel de risc: Mediu-înalt

Bariere în accesul la date și provocări privind protecția datelor. Accesul restrâns al OSC la date dezagregate, inclusiv la informații privind grupurile vulnerabile și populațiile-cheie, limitează capacitatea acestora de a planifica, implementa și ajusta intervențiile pe baza dovezilor. În același timp, cerințele privind protecția datelor cu caracter personal nu sunt însoțite de ghiduri operaționale, proceduri standardizate și infrastructură adecvată pentru OSC, ceea ce poate genera dificultăți de conformare și riscuri operaționale.

Capacitate limitată de valorificare a mecanismelor de monitorizare comunitară. Cu toate că monitorizarea comunitară este recunoscută ca un instrument important pentru îmbunătățirea calității și accesibilității serviciilor, integrarea rezultatelor acesteia în procesele de luare a deciziilor și în mecanismele naționale de M&E rămâne limitată. Această situație reduce potențialul utilizării feedbackului comunitar pentru optimizarea răspunsului la TB și HIV.

Lipsa indicatorilor care să reflecte impactul contribuției OSC. Sistemele actuale de M&E din cadrul Programelor naționale sunt orientate preponderent spre măsurarea rezultatelor imediate (output-uri), fără a evalua în mod adecvat impactul intervențiilor implementate de OSC asupra rezultatelor programatice și de sănătate. Indicatori precum creșterea aderenței la tratament, reducerea pierderii din supraveghere, scăderea încărcăturii virale, scurtarea timpului până la inițierea tratamentului sau îmbunătățirea retenției în îngrijire sunt insuficient integrați în cadrul de M&E. În consecință, contribuția reală a OSC la atingerea obiectivelor programelor naționale TB și HIV ar putea fi subestimată.

Utilizarea insuficientă a datelor pentru fundamentarea deciziilor și alocarea resurselor. Integrarea limitată a dovezilor generate de OSC în procesele de planificare, prioritizare și alocare a resurselor ar putea reduce capacitatea sistemului de sănătate de a răspunde rapid la nevoile comunităților și de a adapta intervențiile în funcție de evoluția contextului epidemiologic și social.

Reducerea inovării și a intervențiilor catalitice

Nivel de risc: Mediu

Reducerea capacității de inovare și adaptare a intervențiilor. Reorientarea finanțării către servicii standardizate și activități operaționale de rutină, în detrimentul intervențiilor catalitice, ar putea limita capacitatea OSC de a dezvolta, testa și extinde modele inovatoare de prestare a serviciilor - tendință care poate reduce flexibilitatea răspunsului la TB și HIV și abilitatea sistemului de a adapta intervențiile la nevoile emergente ale populațiilor vulnerabile.

Finanțare insuficientă pentru cercetare operațională și pilotarea noilor abordări. Reducerea resurselor destinate cercetării operaționale, și celei conduse de comunitate, evaluării intervențiilor și proiectelor-pilot ar putea limita generarea de dovezi necesare pentru optimizarea programelor naționale și fundamentarea deciziilor de politici. În consecință, oportunitățile de identificare și implementare a practicilor eficiente ar putea fi diminuate.

Pierderea rolului OSC ca platforme de inovare socială. De-a lungul implementării programelor susținute de donatori externi (FG), OSC au contribuit la dezvoltarea și pilotarea unor abordări inovatoare. Limitarea finanțării pentru astfel de inițiative ar putea reduce capacitatea sectorului asociativ de a genera soluții noi pentru provocările persistente din domeniul TB și HIV.

Încetinirea adoptării intervențiilor centrate pe persoană. În absența resurselor dedicate inovării, există riscul ca sistemul să se concentreze predominant pe menținerea serviciilor existente, în detrimentul dezvoltării sau intorducerii de intervenții inovative care răspund mai eficient nevoilor persoanelor și comunităților afectate și ar putera contribui în timp util la îmbunătățirea rezultatelor terapeutice și a experienței pacientului.

Bibliografie

1. World Health Organization (WHO). Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2026: 2024 data [Internet]. Available from: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289062879
2. Tuberculosis Epidemiological Review Republic of Moldova 2024. 2024;1–82.
3. World Health Organization. Global Tuberculosis Report [Internet]. Blood. 2025. Available from: https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2025
4. World Health Organization. Tuberculosis action plan for the WHO European Region, 2023–2030 [Internet]. 2023. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/331170
5. Lan Y, Crudu V, Ciobanu N, Codreanu A, Chitwood MH, Sobkowiak B, et al. Identifying local foci of tuberculosis transmission in Moldova using a spatial multinomial logistic regression model. eBioMedicine [Internet]. 2024 Apr 1;102:105085. Available from: https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S2352396424001208
6. SMIT. Studiul „Analiza multidimensională a stigmei asociate tuberculozei în Republica Moldova", 2025 – SMIT Moldova [Internet]. Available from: https://smitmd.wordpress.com/2025/09/12/studiu-analiza-multidimensionala-a-stigmei-asociate-tuberculozei-in-republica-moldova-2025/
7. Rucsineanu O. Tuberculosis Legal Environment and Human Rights Scorecard Republic of Moldova.
8. World Health Organisation. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 2: Screening. Systematic screening for tuberculosis disease [Internet]. 2021. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340255/9789240022676-eng.pdf
9. World Health Organization (WHO). Standardized package of community-based support services to improve tuberculosis outcomes. A guide for affected community and civil society organizations, national tuberculosis programmes and policy-makers in eastern Europe and central Asia [Internet]. 2023. viii, 91 p. Available from: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060004
10. NTP. Evaluarea cheltuielilor catastrofale asociate tratamentului tuberculozei suportate de gospodăriile afectate din Republica Moldova [Internet]. Available from: https://smitmd.wordpress.com/2025/06/03/studiul-privind-evaluarea-cheltuielilor-catastrofale-asociate-tratamentului-tuberculozei-suportate-de-gospodariile-afectate-din-republica-moldova/
11. Evaluarea barierelor privind implicarea comunitară, drepturile omului, aspectele de gen și nivelul de stigmă asociată Tuberculozei în Republica Moldova [Internet]. Available from: https://smitmd.wordpress.com/2022/12/14/evaluarea-barierelor-privind-implicarea-comunitara-drepturile-omului-aspectele-de-gen-si-nivelul-de-stigma-asociata-tuberculozei-in-republica-moldova/