

2019

**Analiză privind identificarea barierelor în accesul la servicii de prevenire, testare, diagnostic și tratament HIV/SIDA, hepatite virale B și C și TBC al pacienților din populații vulnerabile (consumatori de droguri injectabile și persoane fără adăpost)**

---

## Cuprins

ABREVIERI .....	3
CONTEXT .....	4
METODOLOGIE.....	5
CAPITOLUL 1 – CONTEXT EPIDEMIOLOGIC NAȚIONAL .....	7
1.1 – HIV/SIDA.....	7
1.2 – TUBERCULOZA.....	8
1.3 – HEPATITELE VIRALE B ȘI C .....	9
CAPITOLUL 2 – CADRUL NAȚIONAL DE POLITICI .....	11
2.1 INSTITUȚII ȘI ROLUL LOR .....	11
2.2 PRIORITĂȚI STRATEGICE ÎN DOMENIUL HIV, TBC ȘI HEPATITELOR VIRALE B ȘI C .....	11
2.4.1 – HIV/SIDA.....	12
2.4.2 – TUBERCULOZA.....	13
2.4.3 – VHB ȘI VHC .....	14
CAPITOLUL 3 – BARIERE ÎN ACCESAREA SERVICIILOR DE PREVENIRE, TESTARE, DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT (HIV/SIDA, VHB, VHC ȘI TBC) .....	16
PREVENIREA, TESTAREA, DIAGNOSTICAREA ȘI TRATAMENTUL HIV/SIDA.....	18
PREVENIREA, SCREENING-UL, DIAGNOSTICAREA ȘI TRATAMENTUL TUBERCULOZEI .....	22
PREVENIREA, TESTAREA, DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL HEPATITELOR VIRALE B ȘI C.....	24
CAPITOLUL 4 – CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI .....	27
4.1 – CONCLUZII .....	27
4.2 – RECOMANDĂRI PRIVIND ADOPTAREA UNOR MĂSURI IMEDIATE CU IMPACT PE TERMEN LUNG	32
ANEXE.....	35
GHID DE INTERVIU PENTRU SECTORUL MEDICAL (MANAGEMENT, MEDICI CURANȚI) .....	35
GHID DE INTERVIU PENTRU FURNIZORII DE SERVICII SOCIALE (ONG, DGASMB ETC) .....	36
GHID DE INTERVIU PENTRU BENEFICIARI (consumatori de droguri injectabile, persoane fără adăpost .....	38
CONSIMȚĂMÂNT DE INFORMARE PENTRU PARTICIPAREA LA STUDIUL PRIVIND BARIERELE LEGALE ȘI CONCRETE/ PRACTICE ÎN ACCESUL LA SERVICII EFICIENTE DE PREVENIRE, DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU TBC/HIV/HVB/HBC AL PERSOANELOR VULNERABILE .....	41
LISTA INSTITUȚIILOR INTERVIEWATE .....	44
LISTA INSTITUȚIILOR CONSULTATE CU PRIVIRE LA CONCLUZII SI RECOMANDĂRI .....	45

---

**Mulțumim instituțiilor care au facilitat colectarea datelor și au oferit sprijin în elaborarea raportului, respectiv: Ministerului Sănătății, Centrului Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate - Direcției Programe Curative, Institutului Național de Boli Infecțioase Prof. Dr. Matei Balș, Institutului de Penumoftiziologie Marius Nasta, Spitalului Clinic Dr. V. Babeș, Spitalului Universitar de Urgențe (UPU), Agenției Naționale Antidrog, Poliției Locale a Municipiului București, DGASMB, Complexului de Servicii Sociale pentru Persoane Adulte Sector 1 Odăi, Clinicii Sociale Regina Maria, Fundației PARADA, Fundației Romanian Angel Appeal, ARAS – Asociației Române Anti-SIDA, Serviciului de Ajutor Mobil de Urgență (SAMUSOCIAL), Asociației CARUSEL, Asociației Umanitare Concordia, Uniunea Națională a Organizațiilor Persoanelor Afectate de HIV/SIDA (UNOPA), Asociației pentru Apărarea Drepturilor Omului în România – Comitetul Helsinki (APADOR-CH) și Rețelei Române de Reducere a Riscurilor (RHRN).**

---

## ABREVIERI

ANA	Agencia Națională Antidrog
ARAS	Asociația Română Anti-SIDA
ARV	Tratament antiretroviral
BSB	Bărbați care au relații sexuale cu bărbați
CDI	Consumatori de droguri injectabile
CNP	Cod numeric personal
CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
CNLAS	Comisia Națională de Luptă anti-SIDA
DGASPC	Direcția Generală de Asistență Socială
ECDC	Centrul European pentru Controlul Bolilor
HIV	Virusul Imunodeficienței Umane
ITS	Infecții cu Transmitere Sexuală
HIBG	Imunoglobulina specifică anti-VHB
MS	Ministerul Sănătății
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PFA	Persoane fără adăpost
PIAS	Platforma Informatică a Asigurărilor de Sănătate
PNPST	Programul Național de Prevenire, Supraveghere și Control a Tuberculozei
PNS	Programul Național de Prevenire, Supraveghere și Control a Infecției HIV/SIDA
TBC	Tuberculoză
VHB	Virusul Hepatitei B
VHC	Virusul Hepatitei C
SIUI	Sistemul Informatic Unic Integrat al Asigurărilor Sociale de Sănătate
ISTC	Standardele Internaționale pentru Îngrijirea Tuberculozei

---

## CONTEXT

În perioada octombrie 2018 – martie 2021, Ministerul Sănătății (MS) implementează Programul „Abordarea provocărilor sistemului de sănătate privind controlul tuberculozei în România”. Programul este finanțat de Fondul Global de Luptă Împotriva HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei, prin Grantul de Tranziție ROU-T-MOH pentru care MS îndeplinește rolul de Primitor Principal.

Programul este implementat cu asistență tehnică internațională furnizată de Organizația Mondială a Sănătății, completată prin asistență tehnică națională, prin participarea echipelor de consultanți naționali (persoane fizice și juridice), contractați de către Fundația Romanian Angel Appeal. De asemenea, Fundația Romanian Angel Appeal, în calitate de sub-recipient național, coordonează eforturile de monitorizare și advocacy ale organizațiilor societății civile.

În cadrul programului sus-menționat sunt incluse o serie de activități dedicate întăririi capacității MS de a controla epidemia de tuberculoză (TBC) și de a facilita accesul populațiilor cheie/vulnerabile (consumatori droguri injectabile, persoane fără adăpost, populații sărace, etc.) la servicii de prevenire, tratament și îngrijire pentru HIV/SIDA, TBC, hepatite virale B și C.

Pentru a îmbunătăți accesul populațiilor vulnerabile la serviciile mai sus menționate, este necesară identificarea și depășirea unor bariere care pot fi de multe tipuri: bariere ce țin de resursele sistemului sau de legislație și proceduri instituționale, geografice, bariere fizice, psihologice, financiare, culturale, etc.

---

## METODOLOGIE

Lipsa accesului consumatorilor de droguri injectabile (CDI) și a persoanelor fără adăpost (PFA) la serviciile de prevenire, testare, diagnostic și tratament pentru HIV/SIDA, hepatite și TBC are consecințe importante asupra sănătății și abilității acestora de a avea grijă de propria sănătate și bunăstare, dar și asupra sănătății comunității, fiind vorba de boli transmisibile.

### Obiective

Prezentul studiu este unul de tip calitativ și a vizat următoarele obiective:

- identificarea barierelor care țin de accesul CDI și PFA la servicii de prevenire, testare, diagnostic și tratament pentru HIV/SIDA, hepatite B/C și TBC
- proiectarea unor soluții și formularea de recomandări în vederea depășirii barierelor majore.

Au fost vizate în mod special barierele din cadrul sistemului medical, sistemului de protecție socială, de la nivel legislativ și de mediu, dar și alte tipuri de bariere (de ex. personale etc). Scopul nu a fost acela de a obține informații care se pot generaliza la nivelul celor două grupuri populaționale vizate (CDI și PFA), ci acela de a atinge niveluri informaționale mai profunde privind barierele de acces, de a înțelege mai bine cauzele care stau la baza acestora, precum și modul în care acestea pot fi depășite.

Colectarea și analiza datelor s-au realizat în perioada mai - august 2019 și s-au bazat pe utilizarea expertizei specifice a 6 consultanți care au lucrat în secvențe tematice diferite dar consecutive. Echipa a fost formată din următorii experți:

Alina Bocai - Lider de echipă

Dr. Cristiana Oprea - Responsabil asigurare date HIV și hepatite virale B și C

Dr. Ramona Nedelcu - Responsabil asigurare date TBC

Irina Zamfirescu - Responsabil colectare date persoane fără adăpost

Monica Dan - Responsabil colectare data consumatori de droguri

Cătălina Șerban - Responsabil elaborare raport

În acest demers s-a urmărit, pe cât posibil, integrarea perspectivelor următoarelor categorii: factori de decizie din domeniul sanitar, ofertanți de servicii din domeniul sanitar și social și beneficiari (CDI și PFA). Această abordare (triangularea) a permis verificarea și controlul reciproc al datelor obținute din surse diferite și de către cercetători diferiți.

În vederea identificării barierelor și a formulării unor soluții cu privire la eliminarea acestora, au fost colectate date cu privire la: situația epidemiologică privind HIV/SIDA, hepatitele virale de tip B și C și TBC în context european și la nivel național, tendințele privind calea de transmitere și grupurile la risc, situația CDI și PFA la nivel național și accesul acestora la servicii medicale, cadrul național de politici de sănătate, organizarea, furnizarea, decontarea și finanțarea serviciilor de prevenire, testare, diagnostic și tratament (inclusiv a celor de monitorizare și evaluare) pentru bolile vizate. Pe parcursul studiului, aceste date au fost furnizate de către:

- factori de decizie din domeniul sanitar
- personal medical responsabil de implementarea programelor naționale de sănătate, furnizarea și finanțarea serviciilor de testare, diagnostic și tratament în cadrul spitalelor de specialitate (boli infecțioase și sănătate mintală) și a spitalelor de urgență
- personal din cadrul sistemului de protecție socială
- personal din cadrul autorităților locale
- reprezentanți ai unor servicii din cadrul poliției locale

- 
- lucrători în cadrul unor organizații neguvernamentale care furnizează servicii medico-sociale grupurilor vulnerabile
  - consumatori de droguri injectabile
  - persoane fără adăpost.

Datele culese și analiza acestora vor fi valorificate prin proiectarea unor soluții legislative și de funcționare a sistemului de servicii medicale și sociale pentru depășirea barierelor identificate.

### Metode

Pentru atingerea obiectivului de cercetare, au fost utilizate o serie de metode, după cum urmează:

- **documentare și analiză on-line și off-line** a politicilor publice, legislației privind organizarea și funcționarea serviciilor de prevenire, testare, diagnostic și tratament pentru HIV/SIDA, hepatite și TBC, și datelor statistice relevante.
- **interviuri semi-structurate** cu reprezentanți ai unor instituții relevante din sectoarele medical și social dar și ai beneficiarilor (CDI și PFA) pe baza unor instrumente de tip ghiduri de interviu. Ghidurile de interviu au fost particularizate pentru fiecare categorie de respondenți vizată, astfel încât să surprindă competențele, experiența și responsabilitățile de la următoarele nivele: factori de decizie, finanțatori ai serviciilor de sănătate, furnizori de servicii medicale și sociale, beneficiari. În total, au fost realizate **36 de interviuri** din care: 11 interviuri cu personal din domeniul sanitar, 3 interviuri cu personal din domeniul social, 6 interviuri cu personal din cadrul organizațiilor neguvernamentale, responsabili cu siguranța publică, prevenirea și combaterea consumului de droguri, 5 CDI și 8 PFA.
- **consultări cu actori relevanți din domeniile medical și social** pentru verificarea concluziilor soluțiilor propuse.

**Limitări:** Având în vedere concentrarea mare a grupurilor vulnerabile, implicit a CDI și PFA la nivelul capitalei, precum și a furnizorilor de servicii medicale și sociale specializate, guvernamentale și neguvernamentale, barierele identificate vizează în mod special persoanele din zona metropolitană București-Ilfov. Analiza nu și-a propus să identifice soluții pentru barierele sistemice (legate de modul de organizare al sistemului de sănătate). Totuși, având în vedere importanța acestora, barierele sistemice identificate au fost consemnate în cadrul raportului.

### Grupuri țintă

Grupurile vizate de prezentul studiu sunt CDI și PFA, având în vedere vulnerabilitatea crescută a acestora față de infectarea cu HIV, hepatite virale B și C și TBC, precum și potentialul mare de transmitere a acestor infecții către alte grupuri populaționale. Vulnerabilitatea acestor persoane față de infectarea/transmiterea HIV, hepatitelor virale B și C și TBC, derivă din profilul acestora, din comportamentele cu risc mare de infectare practicate de aceste grupuri, dar și din potențialul endemo-epidemic al acestor infecții.

Caracteristicile definitorii ale CDI și PFA sunt în general reprezentate de: lipsa unei ocupații și/sau a unui loc de muncă, lipsa veniturilor, lipsa unui domiciliu stabil, lipsa unui act de identitate sau chiar a unui cod numeric personal (CNP), lipsa asigurării de sănătate, practicarea unor comportamente cu risc mare de infectare/transmitere, percepție eronată cu privire la propria stare de sănătate, prevalența mare a unor infecții (HIV, hepatite virale, TBC), probleme de sănătate mintală co-existente și negestionate corespunzător, pierderea autonomiei, capacitate diminuată de înțelegere, competențe sociale alterate de traiul pe stradă și experimentarea violenței, igienă personală precară, lipsa hranei etc.

---

## CAPITOLUL 1 – CONTEXT EPIDEMIOLOGIC NAȚIONAL

### 1.1 – HIV/SIDA

Transmiterea HIV rămâne una dintre principalele provocări ale sistemelor de sănătate publică din Europa, afectând peste 2 milioane de oameni, în special în partea de est a continentului. În România, conform ultimului raport publicat de Comisia Națională de Luptă anti-SIDA (CNLAS), la finalul anului 2018, trăiau aproximativ 15.661 pacienți cu infecție HIV, prevalența fiind calculată la o valoare de 0.1%. Incidența infecției HIV în țara noastră în anul 2018 a fost raportată ca fiind 2.32/100.000 la adulți, respectiv 0.13/100.000 la copii<sup>1</sup>.

Cea mai frecventă cale de transmitere în România este calea sexuală, predominant heterosexuală (63% în 2018). În ultimii ani s-a observat însă o creștere a incidenței HIV la pacienții care provin din grupurile cu comportament la risc – bărbații care au relații sexuale cu bărbați (BSB) și consumatorii de droguri injectabile (22.4%, respectiv 11.1%, în 2018)<sup>2</sup>.

La sfârșitul anului 2018, 12.862 de pacienți primeau tratament antiretroviral (ARV), incluzând aici și persoanele care au beneficiat de profilaxie post-expunere.

În anul 2018 s-au efectuat un număr total de 323.468 testări HIV cu o rată de pozitivitate de 0.42%. Cele mai multe teste au fost efectuate la gravide, personalul medico-sanitar și pacienții cu TBC. Procentul de testări pozitive a fost mai mare la persoane cu orientare homosexuală, utilizatorii de droguri injectabile și persoanele care au intrat în contact cu persoane infectate cu HIV<sup>3</sup>.

315 cazuri noi de infecție cu HIV și SIDA au fost raportate la 30 iunie 2019 în baza de date a Programului Național de Supraveghere și Control a Infecției cu HIV. Dintre acestea, 41 erau înregistrate la **persoane care consumă droguri prin injectare**, adică aproximativ 13% dintre cazurile noi<sup>4</sup>.

Din punct de vedere al statusului imunologic, utilizatorii de droguri diagnosticați cu HIV prezintă deseori imunodepresie severă. Conform CNLAS, în anul 2018 aproximativ 77% din cazurile noi au fost diagnosticate ca "late-presenters" (număr de limfocite CD4 < 350/mm<sup>3</sup>), aproximativ o treime (29%) având CD4 <100 /mm<sup>3</sup>, iar 41% având valori ale limfocitelor CD4 < 200/mm<sup>3</sup>, fiind diagnosticați cu boala HIV avansată<sup>5</sup>.

Conform datelor colectate și publicate în raportul privind situația drogurilor în România de Agenția Națională Antidrog (ANA) în 2017<sup>6</sup>, prevalențele rezultate din analiza datelor auto-raportate de consumatorii de droguri injectabile, admiși la tratament și testați pentru identificarea HIV, VHB și VHC în anul 2017, se situează la un nivel mai ridicat față de anul 2016:

- prevalența HIV a crescut de la 11,6% la 15,9%
- prevalența VHB a crescut de la 4,4% la 7,4%
- prevalența VHC a crescut de la 34,3% la 45,6%

---

<sup>1</sup> Comisia Națională de Luptă Anti SIDA [Evoluția Infecției HIV/SIDA în România \(31 decembrie 2018\)](#)

<sup>2</sup> Idem 1

<sup>3</sup> Idem 1

<sup>4</sup> Idem 1

<sup>5</sup> Idem 1

<sup>6</sup> Agenția Națională Antidrog - [Raport Național Privind Situația Drogurilor 2017](#)

---

Persoanele care își injectează droguri, înrolate în programele de schimb de seringi în anul 2017, au prezentat cel mai mic nivel al infectării cu HIV din ultimii 6 ani (8,7%). În schimb, prevalența VHC continuă tendința de creștere începută în 2016, ajungând la 45,9%, iar în ceea ce privește prevalența VHB, se observă o stabilizare a acesteia, 6,2% din consumatorii de droguri injectabile prezentând status pozitiv la acest virus, conform raportului ANA lansat în 2018<sup>7</sup>.

Incidența infecției cu HIV în rândul persoanelor fără adăpost nu este cunoscută. Nu există nici un studiu sau serviciu medical care să se ocupe de problemele HIV în rândul populației fără adăpost din România. De asemenea, instrumentele folosite în cadrul serviciilor de consiliere pre-testare nu includ informații referitoare la această categorie.

## 1.2 – TUBERCULOZA

În România, în fiecare an, circa 1.000 de persoane mor din cauza TBC, iar alte 16.000 sunt diagnosticate cu această boală. În 2016, incidența TBC în România a fost de cinci ori mai mare decât media UE: 20% din totalul cazurilor raportate în UE fiind atribuite României. În anul 2018 incidența TBC raportată a fost de la 59.1‰, indicator ridicat față de media țărilor europene<sup>8</sup>.

Cele mai recente progrese s-au axat pe diagnosticarea rapidă a TBC. Astfel, numărul de cazuri noi și recidive înregistrate menține un trend descendent încă din anul 2002<sup>9</sup>. TBC afectează mai mult bărbații decât femeile, cele mai multe cazuri fiind raportate în rândul adulților cu vârste între 45-64 de ani și la adulții tineri (15-44 ani). Există o distribuție geografică cu diferențe regionale în ceea ce privește ratele TBC în țară. Variațiile sunt corelate cu situația socio-economică a regiunilor din România, cu procente mai mari de cazuri raportate în părțile de est, vest și sud<sup>10</sup>.

Procentul de coinfecție TBC/HIV rămâne relativ redus în România (Tabel 1), o cauză importantă fiind explicată de sub-diagnosticare sau sub-raportare (deficit al screeningului TBC/HIV în ambele boli, deficit în aprovizionare și lipsa continuității cu teste HIV din cadrul Programului Național privind Prevenirea, Supravegherea și Controlul Tuberculozei al MS, dar și refuzul pacienților).

---

<sup>7</sup> Agenția Națională Antidrog – [Raport Național Privind Situația Drogurilor 2018](#)

<sup>8</sup> Institutul de Pneumoftiziologie Marius Nasta - [ACTUALIZAREA DATELOR PRIVIND ENDEMIA TUBERCULOZEI ÎN ROMÂNIA \(31 mai 2019\)](#)

<sup>9</sup> Idem 8

<sup>10</sup> Idem 8

**Tabel 1 - Situația testărilor HIV în rândul cazurilor TBC**

Anul	Nr. Cazuri TB notificate	Nr. Cazuri TB testate HIV	% cazurilor TB testate pentru HIV	Nr. de cazuri HIV poz între cazurile cu TB	% cazurilor HIV pozitive între cazurile cu TB
2005	29,288	10,860	37.1	160	1.5
2010	21,059	7,833	37.2	241	3.1
2011	19,202	9,623	50.1	244	2.5
2012	18,190	10,402	57.2	237	2.3
2013	16,689	10,403	62.3	271	2.6
2014	15,879	11,178	70.4	314	2.8
2015	15,183	11,533	75.8	308	2.7
2016	13,601	10,844	79.7	305	2.8
2017	13,004	10,760	82.7	232	2.2
2018 – 9 luni	9,536	7,810	81.9	184	2.4

Sursa: Baza Națională de date TBC, actualizată ian. 2019 și date pentru TESSY 31 aug. 2018

Testarea HIV în rândul pacienților cu TBC este reglementată de un ordin al MS din 1993, modificat în 1999. În 2011, MS, Programul Național de Prevenire, Supraveghere și Control a tuberculozei (PNPSCT) al MS și Comisia Națională de Luptă anti-SIDA au dezvoltat un protocol de colaborare pentru a consolida activitățile HIV/TBC, inclusiv testarea și raportarea TBC și HIV. Acest protocol prevede că toate cazurile de TBC trebuie testate pentru HIV și, similar, toate persoanele infectate cu HIV trebuie investigate pentru TBC. Și mai recent, MS a emis Ordinul nr. 6 din 4 Ianuarie 2018, care a aprobat Ghidul Național pentru managementul cazurilor TB-HIV prevăzut în Anexa nr. 3 a Ordinului. Ghidul a fost elaborat cu asistență tehnică națională și internațională în cadrul Grantului ROU-T-RAA și conține prevederi privind testarea HIV și TBC<sup>11</sup>. Orice caz suspect de TBC este trimis la investigații suplimentare. Ținta curentă pentru testarea statutului HIV la pacienții cu TBC este de 90%. Totuși, această țintă nu a fost încă atinsă.

Un studiu din 2011 estimează că prevalența TBC în rândul persoanelor fără adăpost din București este de 6.700 de cazuri la 100.000 de locuitori sau de 50 de ori mai mare decât prevalența în populația generală<sup>12</sup>.

### 1.3 – HEPATITELE VIRALE B ȘI C

Hepatitele de tip B și C sunt infecții sangvine cu risc ridicat de transmitere prin injectare cu echipamente nesterile și alte practici medicale, contact sexual și folosirea în comun a echipamentelor de injectare a drogurilor. Hepatitele B și C conduc frecvent la infecții cronice, care pot rămâne neidentificate perioade mari de timp, dar care determină progresiv ciroze și cancer al ficatului.

Milioane de oameni din Europa sunt afectați de hepatitele de tip B și C. Datele recente arată că în regiunea Europeană OMS estimează că trăiesc peste 15 milioane de oameni cu hepatită B cronică (1.8% din

<sup>11</sup> <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliuDocument/197200>; <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliuDocumentAfis/206252> ; <https://www.raa.ro/wp-content/uploads/2018/05/Ghid-pentru-managementul-cazurilor-de-TB-HIV-2016-RO.pdf>

<sup>12</sup> Institutul Național de Sănătate Publică - [Analiza de situație TBC 2016](#)

---

populația adultă) și 15 milioane de persoane cu hepatită C (2% din populația adultă)<sup>13</sup>. Hepatitele B determină 36.000 de decese anual, iar infecțiile cu hepatită de tip C 86.000 în statele membre ale regiunii. Centrul European pentru Controlul Bolilor (ECDC) estimează pentru statele membre ale Uniunii Europene o incidență de 6,7% la 100.000 de locuitori pentru hepatita B<sup>14</sup>, în timp ce pentru hepatita C incidența se ridică la 7,3% la 100.000 de locuitori<sup>15</sup>.

România este considerată a fi una din țările cu cea mai ridicată prevalență a **hepatitei B** (VHB) din Europa, raportând constant valori de peste 2.1%, în ciuda măsurilor de sănătate publică (introducerea vaccinării obligatorii anti VHB la nou-născuți din anul 1997). Astfel, numai în anul 2015 prevalența infecțiilor cronice cu VHB a fost 3%, iar a celor acute de 1.1%.

Prevalența VHB la consumatorii de droguri din țara noastră a fost estimată la aproximativ 8.6%. De-a lungul timpului, prevalența VHB la CDI din România a cunoscut mai multe variații, în rândul consumatorilor de droguri admiși la tratament specializat pentru consumul de droguri urmând o tendință ascendentă în perioada 2004-2006, cu un maxim în 2012, având apoi o tendință descendentă până în 2015.

Studiile efectuate în țara noastră la consumatorii de droguri cu VHB au evidențiat: preponderența infecției în rândul persoanelor de sex masculin (72.2%), vârsta predominant tânără între 25 și 34 de ani (61.1%), consumul preponderent de heroină (77.8%) cu o durată mai lungă de 10 ani (88.9%) și utilizarea de echipamente nesterile de injectare în 38.9% din cazuri<sup>16</sup>.

România a raportat de asemenea valori crescute ale prevalenței **hepatitei C** (VHC), atât în populația generală (7.0%), cât și la CDI (>80%). Epidemia VHC la CDI din țara noastră a precedat cu câțiva ani epidemia HIV, valorile prevalenței oscilând între 66 și 83%. Conform Comisiei Naționale de Luptă anti-SIDA, consumatorii de droguri seropozitivi HIV din țara noastră sunt în marea lor majoritate co-infecțați VHC, seroprevalența fiind estimată la 82%, în timp ce aproximativ 8.4% dintre ei prezintă serologie pozitivă pentru HIV, VHC și VHB<sup>17</sup>. Similar infecției HIV, transmiterea VHC a fost favorizată de factori comportamentali cum ar fi utilizarea în comun a acelor și seringilor nesterile sau comportamentele sexuale cu risc crescut (relații sexuale neprotejate, de multe ori în scop comercial). Co-infecția VHB/HIV sau chiar VHB/VHC/HIV la consumatorii de droguri injectabile din România este un fenomen frecvent întâlnit. Conform aceleiași surse, 1% din CDI diagnosticați în 2016 erau seropozitivi HIV/VHB, 9% aveau Ag HBs pozitiv și Ac antiVHC, iar 8.4% erau co-infecțați HIV/VHB și VHC<sup>18</sup>.

Ca și în cazul HIV, nu există studii relevante epidemiologice care să cuprindă o imagine de ansamblu a problematicei hepatitelor B și C în rândul persoanelor care locuiesc pe stradă.

---

<sup>13</sup> Organizația Mondială a Sănătății – Hepatitele Virale – Fact sheet pe obiectivele de dezvoltare durabilă: indicatorii pe sănătate -[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/348222/Fact-sheet-SDG-viral-hepatitis-FINAL-en.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/348222/Fact-sheet-SDG-viral-hepatitis-FINAL-en.pdf?ua=1)

<sup>14</sup> European Centre for Diseases Control - [Hepatitis B - Annual Epidemiological Report for 2017](#)

<sup>15</sup> European Centre for Diseases Control - [Hepatitis C - Annual Epidemiological Report for 2017](#)

<sup>16</sup> Agenția Națională Antidrog – [Raport Național Privind Situația Drogurilor 2018 Romania](#)

<sup>17</sup> Comisia Națională de Luptă Anti SIDA [Evoluția Infecției HIV/SIDA în România \(31 decembrie 2018\)](#)

<sup>18</sup> Comisia Națională de Luptă Anti SIDA [Evoluția Infecției HIV/SIDA în România \(31 decembrie 2016\)](#)

## CAPITOLUL 2 – CADRUL NAȚIONAL DE POLITICI

### 2.1 INSTITUȚII ȘI ROLUL LOR

**MS și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS)** sunt actorii cheie din România în domeniul evaluării și monitorizării stării de sănătate a populației, a dezvoltării și implementării de politici de sănătate preventive și curative prin intermediul programelor naționale de sănătate publică și curative și a Contractului cadru de acordare a serviciilor de asistență medicală.

### 2.2 PRIORITĂȚI STRATEGICE ÎN DOMENIUL HIV, HEPATITELOR VIRALE B ȘI C ȘI TBC

**Acordarea tuturor serviciilor medicale se realizează în baza Legii 95/2005 cu toate modificările și completările aduse acesteia. În ceea ce privește serviciile de prevenire, testare, diagnostic și tratament pentru HIV, TBC și hepatite virale, Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 este documentul de referință pentru identificarea priorităților și ariilor de intervenție specifică.**

[Strategia Națională de Sănătate 2014-2020](#) este un instrument menit să permită o articulare fermă la contextul european și a direcțiilor strategice formulate în „Strategia Europa 2020” (Health 2020) a Organizației Mondiale a Sănătății Regiunea Europa. Hotărârea de Guvern nr. 1028 din 2014 crează cadrul de reglementare al Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020 și a [Planului său de acțiuni](#). MS, CNAS, ministerele și celelalte organe de specialitate ale administrației publice centrale, precum și autoritățile administrației publice locale au obligația de a duce la îndeplinire măsurile specifice domeniului lor de activitate prevăzute în Planul de acțiuni.

Strategia propune 3 arii prioritare de intervenție:

- sănătatea publică
- servicii de sănătate
- măsuri transversale pentru un sistem de sănătate sustenabil și predictibil.

Strategia urmărește la nivel macro îndeplinirea unui set de indicatori generali:

Sănătatea publică	Servicii de sănătate	Măsuri transversale
OG 1. Îmbunătățirea stării de sănătate și nutriție a femeii și copilului	OG 4. Asigurarea unui acces echitabil a tuturor cetățenilor, în special a grupurilor vulnerabile, la servicii de sănătate de calitate și cost-eficiență	OG 5. Un sistem de sănătate incluziv, sustenabil și predictibil prin implementare de politici și programe transversale prioritare
OG 2. Reducerea morbidității și mortalității prin boli transmisibile, a impactului lor la nivel de individ și societate		OG 6. Eficientizarea sistemului de sănătate prin soluții e-sănătate
OG 3. Diminuarea ritmului de creștere a morbidității și mortalității prin boli netransmisibile și reducerea poverii lor în populație prin programe naționale, regionale și locale de sănătate cu caracter preventiv		OG 7. Dezvoltarea infrastructurii adecvate la nivel național, regional și local, în vederea reducerii inechității accesului la serviciile de sănătate

---

Strategia prevede ca, pentru anumite domenii prioritare, să fie elaborate planuri strategice sectoriale și/sau planuri de implementare specifice, care să transpună angajamentele sau obligațiile ce revin României în context european în intervenții naționale adecvate nevoilor reale ale populației. Pentru toate cele trei condiții medicale care fac subiectul acestui raport există Planuri Naționale specifice, aprobate prin ordin de ministru.

#### **2.4.1 – HIV/SIDA**

Din perspectiva infecției HIV, obiectivul de sănătate prioritar pentru România este menținerea profilului de țară cu incidență redusă a HIV prin măsuri comprehensive de prevenire și reducere a riscurilor adaptate nevoilor specifice ale grupurilor țintă prioritare, identificate în Strategia Națională HIV/SIDA 2011 –2015, inclusiv prin creșterea accesului la și a gradului de acoperire cu servicii/intervenții de tip preventiv esențiale în prevenirea HIV, VHB, VHC precum schimbul de seringi, testare voluntară anonimă, monitorizarea sarcinii și testarea la gravide. Având în vedere evoluțiile epidemiologice recente ale infecției HIV, strategia propune prioritizarea unor sub-grupuri populaționale cu risc crescut ( CDI și persoanele cu orientare homosexuală). De asemenea, măsurile propuse vizează și asigurarea continuum-ului de îngrijiri și tratament ARV necesare conform ghidurilor de practică pentru toți pacienții cu diagnosticați cu HIV/SIDA.

**Planul de acțiuni al Strategiei Naționale de Sănătate Publică** propune monitorizarea atât a indicatorilor de performanță, cât și a celor de rezultat. Reorganizarea Comisiei Naționale Multisectoriale HIV/SIDA, revizuirea unor documente strategice și programatice și punerea lor în aplicare, dezvoltarea aplicațiilor informatice, realizarea studiilor epidemiologice și de comportament, formarea personalului, procurarea materialelor de prevenire necesare serviciilor de schimb de seringi, susținerea serviciilor de testare și consiliere, asigurarea accesului la servicii de tratament conform ghidurilor de specialitate sunt o parte din indicatorii de performanță pe care MS și-a propus să îi urmărească în cadrul acestui obiectiv. Pentru a evalua eficiența măsurilor propuse, a fost prevăzută măsurarea anuală a incidenței și prevalenței HIV în populația generală și în grupele de risc în special în rândul consumatorilor de droguri.

Bugetul estimat necesar însumează peste 250.000 de euro.

În baza Strategiei Naționale de Sănătate Publică, MS a dezvoltat încă din anul 2017 [Planul Național Strategic HIV/SIDA 2019 –2021](#) care își propune menținerea profilului de țară cu incidență redusă a HIV. Documentul prioritizează o serie de grupuri populaționale cu risc ridicat de infectare cum ar fi: tinerii, CDI, bărbații care fac sex cu alți bărbați, persoanele care practică sexul comercial și deținuții. De asemenea, prevede consolidarea programului de tratament prin diagnosticarea timpurie a cazurilor noi, introducerea rapidă în tratament, implementarea unor acțiuni specifice de creștere a aderenței la tratament și introducerea terapiei pre-expunere.

În ceea ce privește CDI, Planul Național Strategic HIV/SIDA 2019-2021 propune:

- implementarea de programe de teren în București și Ilfov de care să beneficieze aprox. 4.500 de consumatori de droguri și 1.500 de persoane care practică sexul comercial.
- servicii de tratament substitutiv de tip low threshold pentru minim 1.100 de consumatori din București și Ilfov.
- servicii de testare rapidă HIV și consiliere specifică pentru 5.000 de persoane care consumă droguri.

---

Planul se bazează pe cele mai recente date epidemiologice și a fost dezvoltat cu participarea și consultarea tuturor actorilor relevanți din domeniul HIV/SIDA. Din păcate, acest document rămâne unul bibliografic, el nefiind încă adoptat de către MS.

## 2.4.2 – TUBERCULOZA

[Strategia Națională de Control al Tuberculozei 2015-2020](#) vizează eradicarea bolii în România la orizontul anului 2050 cu ținte importante de parcurs vizând reducerea prevalenței și mortalității TBC cu 50% până în 2020 și menținerea unor rate adecvate de depistare (70%), de notificare și de succes terapeutic (85%) pentru cazurile incidente de TBC pulmonară pozitivă microscopic.

Strategia propune următoarele **măsuri specifice**:

- Îmbunătățirea capacității de management programatic și de intervenție pentru prevenirea și controlul TBC și mai ales a formelor TBC MDR/XDR;
- Creșterea capacității de diagnostic de laborator a TBC/TBC-MDR și asigurarea accesului universal la diagnostic de calitate, conform standardelor internaționale;
- Ameliorarea condițiilor de tratament și asigurarea accesului tuturor pacienților la medicația anti-TBC de linie I și II indicată, conform standardelor internaționale;
- Asigurarea unui sistem eficace de suport social, psihologic și de informare a pacienților și comunității, inclusiv cu sprijinul asistenței medicale comunitare și a organizațiilor non-guvernamentale;
- Îmbunătățirea controlului infecției TBC în unitățile medicale de profil și minimizarea riscurilor la personalul medical prin măsuri metodologice și administrative, formarea personalului implicat în măsuri de control al infecției;
- Creșterea implicării tuturor furnizorilor de servicii medicale în controlul TBC prin consolidarea abordărilor de tip mixt public-public și public-privat și a celor conforme cu Standardele Internaționale pentru Îngrijirea Tuberculozei (ISTC);

Strategia Națională de Control al Tuberculozei propune următoarele activități pentru depistarea activă a cazurilor TBC în rândul utilizatorilor de droguri injectabile:

- Identificarea organizațiilor comunitare/ONG-urilor care lucrează cu utilizatori de droguri injectabile și cartografierea zonelor geografice de intervenție;
- Furnizarea de sesiuni de formare pentru organizațiile comunitare/ONG-urile care lucrează cu utilizatori de droguri injectabile;
- Contractarea organizațiilor comunitare/ONG-urilor identificate și asigurarea de fonduri necesare pentru furnizarea de servicii TBC în rândul utilizatorilor de droguri injectabile;

Persoanele fără adăpost reprezintă un grup declarat de asemenea vulnerabil în cadrul Strategiei Naționale de Control al Tuberculozei. Astfel, principalele activități propuse pentru implementare în depistarea activă a cazurilor în rândul acestui grup sunt următoarele:

- Identificarea organizațiilor comunitare/ONG-urilor care lucrează cu persoane fără adăpost și cartografierea zonelor geografice de intervenție;
- Furnizarea de sesiuni de formare pentru organizațiile comunitare/ONG-urile care lucrează cu persoane fără adăpost;
- Contractarea organizațiilor comunitare/ONG-urilor identificate și asigurarea de fonduri necesare pentru furnizarea de servicii TBC în rândul persoanelor fără adăpost;

- 
- Furnizarea de servicii TBC de către organizații comunitare/ONG-uri printr-un mix de intervenții (peer education, IEC, identificarea și trimiterea suspecților către servicii specializate etc).

MS își propune ca până în 2020, 5.200 de persoane fără adăpost și 20.000 de consumatori de droguri injectabile să primească informații despre simptomele, serviciile și tratamentul TBC. Strategia mai propune de asemenea, asigurarea spitalizării pentru pacienții fără adăpost. În documentul de program se estimează că vor fi asigurate peste 100.000 de zile de spitalizare pentru persoanele fără adăpost și vulnerabile, până la sfârșitul anului 2020. Până la momentul elaborării acestui raport nu a fost realizată o evaluare a stadiului implementării SNCT 2015-2020 și prin urmare nu se cunoaște exact dacă țintele asumate prin Strategie au putut fi îndeplinite.

### 2.4.3 – VHB ȘI VHC

Infecția cu virusurile hepatitice B și C constituie o prioritate de sănătate publică în România pe seama profilului epidemiologic nefavorabil al infecției virale în populație, a incidenței formelor clinice de boală, dar și a potențialului evolutiv important către patologii hepatice cu grad înalt de severitate și mortalitate.

Strategia Națională de Sănătate Publică propune următoarele **măsuri pentru reducerea incidenței** infecțiilor cu virusurile hepatice B și/sau C:

- Implementarea intervențiilor de prevenție primară a transmiterii virusului, mai ales la grupurile cu risc crescut (inclusiv testare și consiliere voluntară);
- Creșterea rolului și a capacității furnizorilor de servicii de sănătate de primă linie în prevenirea, stabilirea diagnosticului precoce și tratamentul infecțiilor cu virusul hepatitic B, conform competențelor specifice;
- Asigurarea accesului la monitorizare clinico-biologică, a tratamentului antiviral specific pentru pacienții eligibili, conform ghidurilor naționale.
- Minimizarea riscului biologic ocupațional la personalul din sistemul medical și din sistemul de asistență socială (inclusiv vaccinare HVB și acces gratuit la profilaxia postexpunere);
- Creșterea gradului de cunoaștere a profilului epidemiologic al infecției HVB și HVC în populația generală sau în anumite grupuri populaționale prin studii de prevalență, cercetări epidemiologice, dezvoltarea Registrului național al pacienților infectați cu HVB/HVC.

Pentru anul 2020, țintele asumate de România prin [Planul-cadru național privind controlul hepatitelor virale în România pentru perioada 2018-2030](#) vizează printre altele:

- 75% acoperire pentru testarea la gravide pentru hepatită B și C și 95% acoperire cu profilaxie post-expunere la copiii născuți din mame infectate, prin administrarea HIBG (imunoglobulina specifică anti-VHB) noului-născut în primele 12 ore după naștere, în asociere cu prima doză de vaccin hepatitic B;
- asigurarea continuității programelor de reducere a riscului pentru CDI („harm reduction”), cu distribuirea a cel puțin 200 seringi/utilizator/an;
- cel puțin 40% dintre CDI dependente de opioizi să primească tratament substitutiv;
- acoperire de 95% la vaccinarea hepatitică B la persoanele neinfectate care consumă droguri;
- cel puțin 25% dintre persoanele care trăiesc cu infecție cronică cu VHB, VHD și VHC să fie diagnosticate și informate privind boala lor;
- cel puțin 75% din persoanele depistate cu infecția VHB și VHC și eligibile pentru tratament să fie înscrise în programe de tratament antiviral;

- 
- obținerea supresiei virale la cel puțin 70% dintre pacienții aflați în tratament de lungă durată pentru VHB;
  - diagnosticarea a cel puțin 75% din pacienții aflați în stadii avansate ale bolilor hepatice provocate de infecțiile cu VHB și VHC (ciroza sau carcinom hepatocelular);
  - vindecarea a cel puțin 95% dintre pacienții cu VHC cronică înscriși în tratament.

---

## CAPITOLUL 3 – BARIERE ÎN ACCESAREA SERVICIILOR DE PREVENIRE, TESTARE, DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT (HIV/SIDA, VHB, VHC ȘI TBC)

În acest capitol sunt prezentate o serie de bariere care pornesc de la caracteristicile individuale ale grupului țintă și merg mai departe pe tot lanțul de servicii – prevenire, testare, diagnostic și tratament pentru HIV, TBC, hepatite virale B și C.

**Principalele bariere în accesarea serviciilor de testare, diagnostic și tratament HIV, TBC și hepatite B și C** întâmpinate de CDI și/sau PFA sunt generate de **lipsa actelor de identitate și a calității de asigurat.**

Raportul Național privind situația drogurilor 2016 realizat de Agenția Națională Antidrog, arată că doar 45% dintre respondenții studiului (Behavioral Surveillance Survey) dețineau carte de identitate, iar 4,5% nu aveau niciun document de identitate<sup>19</sup>. Un studiu realizat de Samusocial în anul 2008 pe un eșantion de 30 de PFA sublinia faptul că, dintre respondenți, doar 4 aveau acte de identitate/adeverințe provizorii<sup>20</sup>. Deși este principalul impediment în accesarea serviciilor medicale, identificat atât de ofertanții de servicii, cât și de beneficiari, niciun studiu realizat mai recent nu a avut drept obiectiv dimensionarea problemei și/sau evaluarea situației actelor de identitate în rândul PFA.

Procesul prin care se emite o carte de identitate pentru persoanele care nu pot face dovada unui domiciliu este unul dificil, multe dintre persoane întâmpinând rezistență din partea organelor de poliție la emiterea acestui act. Pentru a putea avea o carte de identitate provizorie (valabilă șase luni sau un an) este necesar ca persoana să se adreseze secției de poliției pe raza sectorului/orașului unde locuiește/se adăpostește. Dacă în trecut aceasta a avut un act de identitate emis pe raza altui oraș, ea va fi trimisă în raza acelei localități. Dacă însă persoana declară că are domiciliul în acel oraș, polițistul de proximitate va trebui să constate, în repetate rânduri, că persoana chiar se adăpostește acolo unde declară. Interviuurile realizate în cadrul acestei cercetări arată că reprezentanții poliției sunt mai degrabă circumspecți în a îndeplini acest protocol, majoritatea cazurilor de succes fiind acelea în care persoanele sunt acompaniate (de reprezentanți ai organizațiilor non-guvernamentale sau asistenți sociali). Una dintre modificările legislative propuse de către unul dintre asistenții sociali din program a fost ca sarcina de confirmare a locului unde persoana se adăpostește să fie a asistentului social din cadrul Primăriei, pe raza căreia persoana locuiește. Rapoartele neoficiale ale serviciilor care lucrează cu CDI sau PFA indică dificultatea acestora de a-și păstra actele de identitate din cauza comportamentelor de zi cu zi.

Există însă și persoane care nu pot fi identificate de poliție pentru că nu au fost declarate la naștere în registrul de evidență a populației. ***Acest lucru reprezintă o problemă extrem de dificilă cu care se confruntă sistemul medical, întrucât nu se poate obține decontarea serviciilor medicale pentru aceste cazuri "inexistente". "Nu avem cum să îi luăm analize pentru că nu are CNP și nu putem înregistra persoana în sistem. Ne trebuie măcar o dată de naștere."***

În cazul în care nu a fost înregistrată nașterea, o persoană nu poate fi identificată, deci trebuie declanșată procedura de înregistrare târzie. De cele mai multe ori, procedura este una greoaie și cvasimposibilă pentru unele categorii, cum ar fi minorii care stau în stradă. Aceștia nu își pot accesa drepturile sociale și medicale decât dacă sunt însoțiți de părinți/tutore. Astfel, fie se declanșează procedura ulterior împlinirii vârstei de 18 ani, fie intră sub protecția unei autorități publice locale. Accesul la aceste servicii este extrem de complicat în lipsa însoțirii de către reprezentanții unei fundații/asociații. Dacă persoana este majoră,

---

<sup>19</sup> [http://www.ana.gov.ro/rapoarte%20nationale/RN\\_2016.pdf](http://www.ana.gov.ro/rapoarte%20nationale/RN_2016.pdf)

<sup>20</sup> <http://www.samusocial.ro/proiecte/studiu-consumul-de-drog-injectabil/>

---

aceasta trebuie să se adreseze Institutului de Medicină Legală pentru stabilirea vârstei, iar procesul poate dura până la doi ani și implică autoritățile publice locale din localitatea unde persoana a fost născută. Procedura implică inclusiv demersuri de arhivistică pentru acele persoane născute în maternități.

Cele mai multe persoane care consumă droguri sau stau pe stradă **nu sunt asigurate**, neavând un venit constant înregistrat și declarat. Prin urmare, accesul la servicii medicale este extrem de limitat. De cele mai multe ori, persoanele din aceste categorii se adresează doar serviciilor de urgență. Dintre cele 8 PFA intervievate pentru acest studiu, trei au menționat diagnosticul de TBC. Pentru două dintre ele, accesul în Program s-a făcut prin serviciile de urgență. Cealaltă, deși a fost sprijinită de Samusocial, a menționat că nu a urmat tratamentul pentru că îi era greu să se deplaseze la medic (persoana având o mobilitate redusă).

Dacă o persoană neasigurată este infectată cu HIV sau are TBC, aceasta primește o adeverință de includere în PNS sau PNPSCT și poate solicita activarea statusului de asigurat în Sistemul Informatic Unic Integrat al Asigurărilor Sociale de Sănătate (SIUI). Totuși, pentru a beneficia de servicii de diagnostic persoana trebuie să facă dovada calității de asigurat. Unele spitale cer ca pacientul să fie asigurat pentru realizarea consultației și investigațiilor paraclinice. Bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de MS și care nu au asigurare de sănătate trebuie să depună la Casa de Asigurări de Sănătate de care aparțin cu domiciliul cu următoarele documente:

- act de identitate valabil la data solicitării – original și copie
- adeverință medicală de includere în PNS/PNPSCT eliberată de medicul curant sau de medicul coordonator al programului
- declarație pe propria răspundere că nu realizează venituri peste valoarea salariului de bază minim brut pe țară<sup>21</sup>.

Această procedură creează dificultăți în special PFA al căror domiciliu este înregistrat în alte județe, celor a căror identitate nu este cunoscută sau a căror naștere nu a fost înregistrată în Registrul național de evidență a populației.

În cazul în care este emis cardul de sănătate pe numele pacientului, este obligatorie prezentarea acestuia la fiecare accesare a serviciilor medicale. Dacă persoana are asigurare de sănătate, dar nu are card sau l-a pierdut, se poate adresa caselor de asigurări de sănătate pentru a primi o adeverință provizorie care poate să înlocuiască cardul de sănătate.

**Stigma și discriminarea** îmbracă forme variate atunci când vorbim despre accesul la servicii medicale al CDI și/sau PFA. Reprezentantul unui ONG intervievat menționează o rețineră a cadrelor medicale de a include în diferite programe naționale PFA sau CDI și chiar imposibilitatea decontării tratamentului, de cele mai multe ori aceste persoane prezentând mai multe boli cronice și fiind «o risipă» în condițiile în care aderența la tratament este scăzută.

O parte dintre medicii intervievați au fost de părere că internarea involuntară ar fi o soluție pentru acei pacienți contagioși care nu prezintă complianță la tratament sau se împotrivesc tratamentului. Pe considerente de sănătate publică, medicii consideră că împotrivirea la tratament coincide cu “pericolul la adresa celorlalți” și că ar trebui legiferată internarea involuntară. De asemenea, au menționat că majoritatea persoanelor care refuză tratamentul sunt CDI, astfel că internarea împotriva voinței trebuie acompaniată de servicii de psihiatrie și consiliere psihologică, care să sprijine pacientul. Din perspectiva medicilor intervievați, măsura trebuie privită ca o modalitate integrată prin care CDI sau PFA să

---

<sup>21</sup> Informație <http://www.cnas.ro/casmb/page/obtinerea-calitatii-de-asigurat-adeverintei-de-asigurat.html>

---

beneficieze de servicii medicale. Măsura propusă este discriminatorie, iar implementarea ei ar putea determina o serie de abuzuri.

În interviurile realizate cu persoanele care lucrează în serviciile implementate de organizațiile neguvernamentale a fost menționată și respingerea frecventă a beneficiarilor din cauza igienei precare de către cadrele medicale.

## **PREVENIREA, TESTAREA, DIAGNOSTICAREA ȘI TRATAMENTUL HIV/SIDA**

**Prevenire.** Serviciile de prevenire HIV pentru PFA și CDI existente la nivelul Municipiului București sunt aproape în exclusivitate implementate de către organizații neguvernamentale: ARAS, Carusel, Samusocial, Parada, excepție făcând unitatea mobilă de reducere a riscurilor dezvoltată de Direcția Generală de Asistență Socială (DGASPC) Sector 5 cu finanțare de la bugetul administrației locale. Serviciul public însă deservește mai multe categorii vulnerabile, având însă un focus accentuat pe CDI. Serviciile de prevenire HIV pentru CDI și PFA implementate de către organizațiile neguvernamentale nu beneficiază de finanțare din partea autorităților centrale, iar finanțarea de la bugetul local este discontinuă și limitată, astfel încât, rezultă o acoperire redusă și un impact limitat al intervențiilor.

Serviciile de prevenire HIV sunt oferite în cadrul unui pachet care include: informare-educare-consiliere cu privire la HIV, VHB, VHC, infecții cu transmitere sexuală (ITS) și TBC, distribuire de prezervative și materiale sanitare, testare rapidă HIV, VHB și VHC, vaccinare împotriva hepatitei A și B (la scară redusă), screening pentru simptomatologia TBC, consiliere socială, referire către servicii sociale specializate și eventual acompaniere, referire și acompaniere la servicii medicale, schimb de seringi și tratament substitutiv cu opioide (intervenții specifice CDI).

**Testare.** România nu mai are în prezent un algoritm unic de testare la nivel național. Totuși, practica arată că pentru confirmarea infecției HIV sunt necesare 2 teste ELISA pozitive și un test de viremie HIV (ARN-HIV) pozitiv sau testul Western-Blot pozitiv.

Asigurarea testelor HIV se realizează de către MS prin intermediul Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control a Infecției HIV/SIDA (PNS) și de către CNAS prin intermediul Contractului Cadru. PNS prevede activități de testare realizate la nivelul următoarelor instituții din rețeaua sanitară proprie:

- direcțiile de sănătate publică - care au printre responsabilități, activitățile de screening pentru HIV și de confirmare a infecției (cu test Western-Blot) pentru toate categoriile populaționale. Tot DSP realizează distribuirea testelor de screening rapide, după caz, către unitățile sanitare implicate în testarea HIV;
- spitalele de boli infecțioase sau spitalele care au în structură secții sau compartimente de boli infecțioase, acestea fiind obligate să asigure și consiliere pre-post testare conform prevederilor legale;
- spitalele de pneumoftiziologie și spitalele de boli dermato-venerice sau spitalele care au în structură secții sau compartimente de pneumoftiziologie, respectiv dermato-venerologie.
- maternitățile care realizează testarea pentru gravide.

***Serviciile publice de urgență, unde de cele mai multe ori ajung CDI și PFA, nu sunt însă prevăzute pe lista unităților care implementează PNS și prin urmare nu pot efectua teste HIV cu decontare din PNS.***

---

Costurile cu prestațiile medicale și costurile de asistență intraspitalicească legate de serviciul de testare HIV nu pot fi însă decontate din Program, acestea urmând a fi acoperite astfel:

- de spitale din surse proprii și/sau de către autoritățile locale (pentru spitalele aflate în subordinea autorităților locale) în cazul persoanele neasigurate
- de casele de asigurări de sănătate, în baza contractului încheiat cu unitatea sanitară, în cazul persoanele asigurate.

Totuși, în practică, nu toate unitățile sanitare primesc teste din cadrul PNS sau există discontinuități în **aprovizionarea cu teste**, astfel încât multe unități sanitare pot realiza un test HIV exclusiv în cadrul Contractului cadru (decontare CNAS). De aici, rezultă implicit necesitatea ca pacientul să fie asigurat și să dețină un card de asigurat pentru a beneficia de testare gratuită.

Testarea HIV se poate realiza gratuit în cadrul unităților sanitare prevăzute în cadrul PNS (menționate anterior), precum și în cadrul altor unități sanitare care au încheiat contracte cu CNAS (Contractul Cadru). În cadrul secțiilor de dispensarizare HIV, testarea HIV se face gratuit pe o foaie de zi. Nu este nevoie de bilet de trimitere de la medicul de familie. De asemenea, testarea HIV este oferită gratuit (în regim anonim, nominal sau pe baza unui cod) în cadrul unor pachete de prevenire HIV implementate de organizațiile neguvernamentale din domeniu.

Pentru ca o persoană să poată beneficia gratuit de testare HIV în cadrul sistemului public de asistență medicală, aceasta trebuie să aibă domiciliul în România și calitatea de asigurat ori să demonstreze că nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse. Mai mult, este necesar ca persoana să fie înregistrată cu nume și CNP.

Pentru persoanele neasigurate, casele de sănătate naționale și județene, prevăd în cadrul pachetului minimal de servicii din Contractul cadru de acordare a serviciilor de asistență medicală și normele de aplicare, depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic acoperind următoarele servicii:

- consultația (una/an/persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată de către medicul de familie sau medicul de specialitate din asistență medicală de specialitate în ambulatoriu)
- trimiterea
- recomandarea de investigații

Costurile analizelor și investigațiilor paraclinice recomandate, precum și tratamentul prescris de medicii de specialitate trebuie însă să fie acoperit integral de persoana neasigurată. **În concluzie, testarea nu poate fi efectuată în mod gratuit pentru persoanele neasigurate.**

Practica actuală indică faptul că persoanele neasigurate sunt deseori internate ca urgențe medicale (dacă îndeplinesc condițiile de urgență<sup>22</sup>) și astfel, sunt testate gratuit pentru HIV. Spitalele sunt cunoscute de către persoanele fără asigurare ca fiind unitățile unde pot primi îngrijiri medicale, apelând la această formulă, de regulă atunci când situația este gravă și când, cel mai adesea, este nevoie de ambulanță pentru transport. Astfel, într-o mare parte a cazurilor, **testarea HIV se realizează tardiv**, România fiind printre țările UE cu număr mare de "late presenters". Dacă pacientul nu are act de identitate și necesită internare în urgență, unitatea sanitară trebuie să solicite ajutorul poliției pentru a identifica persoana și

---

<sup>22</sup> Persoana poate fi internată ca urgență pe o perioadă de maxim 72 ore dacă prezintă febră înaltă, necesită tratament injectabil sau perfuzii de rehidratare, are o afecțiune severă, cu risc vital sau există un risc epidemiologic important. (febră peste 38, instabilitate hemodinamică, aritmie, saturație oxigen. Se fac analize complete pe "aparate și sisteme").

---

a-i conferi acesteia un act de identitate provizoriu. *"Problema este că nu ai unde să o transferi. Rămâi cu el. Nu există centru de cronici, adăpost. Cine l-a luat și l-a internat, și-a luat leașa, în stradă nu poți să-l lași, ești singura lui șansă."*, a declarat unul dintre medicii intervievați de la unitățile de primire urgențe.

**Diagnostic și tratament.** Pentru stabilirea diagnosticului de infecție HIV sunt necesare 2 teste HIV efectuate din 2 probe de sânge cu truse de depistare diferite. Diagnosticarea și stadializarea infecției HIV se realizează, în sistemul public, doar în centre specializate (9 Centre Regionale HIV). Aceste centre regionale sunt: Institutul Național de Boli Infecțioase Prof. Dr. Matei Balș, Spitalul Clinic Dr. Victor Babeș, Spitalele de Boli Infecțioase din Tg. Mureș, Iași, Cluj, Brașov, Timișoara, Constanța, Craiova. Institutul Național de Boli Infecțioase Prof. Dr. Matei Balș se află în subordinea MS, restul unităților sanitare fiind în subordinea autorităților locale. În aceste centre se pot evalua gratuit : numărul de limfocite CD4 pentru a se stabili statusul imunologic al pacientului (dacă are sau nu imunodepresie) și statusul virusologic al pacienților (ARN-HIV în plasmă). În funcție de valoarea acestor 2 investigații se poate aprecia stadiul infecției HIV.

Finanțarea tratamentului ARV se realizează prin PNS de la MS prin intermediul Direcției de Sănătate Publică. Licitarea de ARV se face la nivel național, centralizat. Spitalul primește de la DSP fila de buget și apoi face comandă pentru ARV în funcție de necesități. Pentru a se estima necesarul de ARV pentru anul următor, se pleacă de la suma utilizată în anul precedent, se iau în considerare și stocurile rămase și se mai adaugă un plus de 10%. Numărul de pacienți aflați în tratament ARV este în ușoară creștere în fiecare an.

Pacienților depistați HIV pozitiv, li se completează și o fișă de declarare nominală, informația fiind trimisă ulterior Centrului de monitorizare a infecției HIV din cadrul Institutului Național de Boli Infecțioase Prof. Dr. Matei Balș. Persoana asigurată poate beneficia de diagnostic și tratament prin serviciul de spitalizare de zi.

PNS al MS acoperă doar o parte din necesarul de teste utilizate în scop de diagnostic, terapia ARV și testele de rezistență genotipică, precum și profilaxia post-expunere accidentală, cheltuielile de monitorizare HIV (imunitate celulară<sup>23</sup> prin flowcitometrie și viremie HIV<sup>24</sup>), fiind acoperite de CNAS.

Prin urmare, pentru a se putea efectua aceste investigații specializate (diagnosticarea și stadializarea infecției HIV) și ulterior monitorizarea pacientului seropozitiv HIV, acesta are nevoie de card de identitate fie el și provizoriu, asigurare medicală și card de sănătate sau o adeverință de la CNAS (în caz de pierdere a cardului, dacă acesta a fost emis). Dacă nu se îndeplinesc aceste condiții, CNAS invalidează foaia de observație și nu decontează spitalului plata pentru serviciilor medicale furnizate.

Acompanierea pentru confirmarea diagnosticului și includerea în tratament este o activitate dificilă din cauza faptului că, frecvent, **starea de sănătate nu constituie o prioritate pentru CDI și PFA**, acestea fiind deseori afectate și de probleme de sănătate mintală co-existente.

Dacă se constată statusul de seropozitivitate, pacienții neasigurați primesc o adeverință de includere în Programul HIV și pot solicita activarea statusului de asigurat în Sistemul Informatic Unic Integrat al Asigurărilor Sociale de Sănătate (SIUI). Unele spitale cer ca pacientul să fie asigurat pentru realizarea

---

<sup>23</sup> Număr de limfocite CD4/mm3

<sup>24</sup> ARN-HIV

---

consultației și investigațiilor paraclinice. Prin urmare, **toate investigațiile premergătoare stabilirii diagnosticului vor trebui suportate de către fiecare persoană neasigurată în parte.**

Unii beneficiari care nu îndeplinesc condițiile de acces la serviciile de diagnostic ajung în situația de a chema ambulanța, pentru că altfel nu reușesc să primească îngrijiri, iar uneori nici măcar să fie diagnosticați. *“Pentru cineva care locuiește în stradă și nu are ajutor de la un ONG este imposibil. Aștepți să cazi pe stradă, să ajungi la urgențe și, dacă ai noroc, scapi.”*, a declarat un reprezentant ONG în timpul interviurilor realizate pentru acest raport.

Tratamentul antiretroviral se acordă gratuit pacienților seropozitivi HIV prin intermediul celor 9 Centre Regionale HIV menționate anterior. Medicația ARV se ridică de către pacient de la orice spital/secție de boli infecțioase, cel mai apropiat de domiciliul său de reședință sau chiar din spitalul în care s-a făcut comanda, ridicarea medicației nefiind posibilă din farmaciile cu circuit deschis. Evaluarea imunologică și virusologică, deci monitorizarea periodică a pacientului, se poate realiza doar în Centrele Regionale HIV.

Deși în Ghidul european<sup>25</sup> se recomandă inițierea tratamentului ARV la toate persoanele seropozitive HIV indiferent de statusul imunologic, PNS prevede următoarele criterii pentru includerea în tratament:

- 2.1.1. infecție HIV simptomatică;
- 2.1.2. infecție HIV asimptomatică + criterii imunologice;
  - 2.1.2.1. limfocite CD4 < 500/mm<sup>3</sup>;
  - 2.1.2.2. limfocite CD4 > 500/mm<sup>3</sup>, dar cu o rată mare de scădere;
- 2.1.3. infecție HIV asimptomatică + criterii virusologice;
  - 2.1.3.1. nivelul încărcăturii virale (RNA-HIV plasmatic) peste 100.000 copii/ml;
  - 2.1.3.2. nivelul încărcăturii virale (RNA-HIV plasmatic) < 100.000 copii/ml, dar cu o rată mare de creștere.

Testele de monitorizare a tratamentului sunt acoperite de casele de asigurari de sănătate, în timp ce testele de rezistență genotipică sunt prevăzute în cadrul programului MS.

**Monitorizarea tratamentului** implică o serie de analize legate de imunitatea celulară și viremia HIV, hemograma, teste biochimice (incluzând colesterol și trigliceride), examen sumar de urină, raclat lingual pentru levuri, serologii pentru hepatite B și C, serologii toxoplasma (IgM, IgG), serologii CMV (IgM, IgG), serologie sifilis, testare HLA B5701, radiografie pulmonară, ecografie abdominală, ECG, viremiile de VHC și VHB etc. Deși aceste analize sunt acoperite de casele de asigurări, ele nu pot fi efectuate de câte ori este necesar, ținând cont de prețul ridicat și de lipsa fondurilor din spitale. Deși testul de rezistență genotipică este prevăzut în programul MS, acesta nu se efectuează la pacienții naivi, tot din lipsa de fonduri având în vedere și faptul că mutațiile primare de rezistență sunt reduse.

Tratamentul HIV se realizează în ambulatoriu însă lipsa adăpostului pentru unii dintre pacienții diagnosticați cu HIV face ca spitalele să fie ocupate nenecesar și nejustificat de PFA, mai ales pe perioada anotimpului rece.

Atât pentru PFA, cât și pentru CDI, a fost deseori raportată o **aderență scăzută la tratamentul ARV**. Problematika aderenței este ancorată într-un complicat sistem psiho-socio-cultural și include:

---

<sup>25</sup> European AIDS Clinical Society, version 9.1 October 2018

---

comportamentul pacientului, prestația medicului, sistemul medical, factorii familiali, culturali etc. Pe parcursul internărilor, lipsa unei abordări de tip integrativ pentru toate co-morbiditățile, inaccesibilitatea tratamentului pentru dependența de droguri (de ex. tratamentul substitutiv cu metadonă), lipsa terapiei durerii reprezintă unele dintre cauzele principale ale unei aderențe și complianțe scăzute.

Cauzele care stau la baza unei aderențe scăzute sunt de cele mai multe ori legate de: condițiile de locuire, igiena personală precară, existența unor co-morbidități psihiatrice, lipsa hranei, capacitatea diminuată de înțelegere etc. De exemplu, se întâmplă deseori ca PFA să fie jefuite pe perioada nopții, rămânând astfel fără bunuri și medicamente. Pentru a-și administra tratamentul în siguranță, o parte dintre ei îl lasă la sediile unor ofertanți de servicii sociale și îl ridică de acolo zilnic sau există reprezentanți ai organizațiilor non-guvernamentale care livrează zilnic sau ori de câte ori este nevoie medicația. Lipsa adăpostului și/sau consumul de droguri sunt cauzate uneori de o problemă de sănătate mintală negestionată corespunzător, persoanele acestea pierzându-și o parte din autonomie.

## **PREVENIREA, SCREENING-UL, DIAGNOSTICAREA ȘI TRATAMENTUL TUBERCULOZEI**

**Screening și prevenire.** Screening-ul, diagnosticul și tratamentul bolnavilor cu TBC, controlul contactilor acestora, tratamentul preventiv, activitățile de informare-educare-comunicare se derulează sub coordonarea și finanțarea Programului Național de Prevenire, Supraveghere și Control al Tuberculozei (PNPSCT) al MS. Toate investigațiile sunt gratuite dacă sunt efectuate în instituțiile medicale de stat.

Prin intervențiile de screening se identifică persoanele care prezintă un risc deosebit de mare de a dezvolta boala TBC de-a lungul vieții lor. Medicii din asistența primară, numiți medici de familie, ar trebui să efectueze screening-ul inițial bazat pe simptomatologia sugestivă și să trimită suspjecții de TBC la dispensar sau secția/spitalul de pneumoftiziologie (dacă se consideră urgență medicală majoră), pentru evaluare și diagnostic. Cetățenii se pot adresa însă și direct dispensarului TBC teritorial pentru testare și stabilirea diagnosticului. Ca și în cazurile pacienților cu HIV, persoanele neasigurate identificate cu TBC capătă statusul de asigurat în sistemul de sănătate prin includerea în PNPSCT pe durata tratamentului antituberculos.

Condițiile pe care trebuie să le îndeplinească o persoană pentru a putea beneficia de serviciul de screening pentru TBC în sistemul public de stat, indiferent de statusul de asigurat sau apartenență la un grup vulnerabil, sunt:

- să asocieze simptome compatibile cu TBC/semne de impregnare bacilară;
- să nu prezinte contraindicații de efectuare a radiografiei pulmonare standard;
- să existe posibilitatea colectării probelor de spută în vederea testării pentru BK.

De asemenea, persoanele care nu au acte de identitate sau a căror valabilitate a expirat, sau au carte de identitate provizorie, sau cetățenii străini prin cardul european, pot beneficia de serviciile mai sus menționate. O problemă extrem de dificilă o reprezintă persoanele care nu pot fi indentificate nici chiar de poliție, pentru că nu au fost declarate la naștere în registrul de evidență a populației. Pentru aceste cazuri "inexistente" nu se poate obține decontarea serviciilor medicale.

De cele mai multe ori, CDI și PFA, nu se adresează ambulatoriilor de specialitate, ci se prezintă direct la camerele de gardă ale spitalelor unde pot beneficia de radiografie pulmonară, ulterior fiind direcționați către specialitatea de profil.

---

Conform opiniei specialiștilor intervievați în cadrul acestei analize, rolul asistenților sociali/asistenților comunitari din teren și al organizațiilor neguvernamentale este esențial în conectarea persoanelor vulnerabile la serviciile de screening, diagnostic și tratament TBC.

**Diagnostic și tratament.** Diagnosticul TBC este stabilit prin examen clinic, urmat de examen bacteriologic și examen radiologic efectuate de către medicul pneumolog. Însă examinarea bacteriologică este principala metodă pentru diagnosticul de certitudine al TBC. Selectarea persoanelor care trebuie examinate precum și ritmicitatea acestor controale se face în funcție de gradul de risc, prin colaborare între medicii de familie, medicii care îngrijesc aceste categorii vulnerabile și medicii pneumologi din dispensarele TBC teritoriale.

Medicii de familie și asistenții comunitari au un rol important în identificarea cazurilor noi și monitorizarea tratamentului pentru TBC. Conform Ghidului Metodologic TBC, medicul de familie trebuie să participe la: identificarea suspecților și contactilor TBC, administrarea medicației antituberculoase sub directă observare, efectuarea anchetei epidemiologice.

Unitățile cu paturi (spitalele) asigură izolarea, diagnosticul și tratamentul cazurilor TBC. Medicii din spitale colaborează cu cei din dispensarele TBC prin anunțarea existenței unui caz de TBC în teritoriul arondat dispensarului respectiv, a transferului către altă unitate cu paturi, transmiterea documentației medicale la externarea pacientului și a rezultatelor de laborator care sunt finalizate și primite ulterior externării. Spitalele, secțiile și cabinetele de alte specialități, ca și cabinetele de pneumologie, inclusiv cele private, care suspicionează sau depistează cazuri de TBC cu localizare pulmonară sau extrapulmonară au obligația de a îndruma cazul respectiv către dispensarul TBC sau spitalul teritorial (în funcție de gravitatea simptomelor și a riscului de contagiozitate).

Cheltuielile cu tratamentul<sup>26</sup> sunt suportate prin PNPST pentru toți bolnavii indiferent de statutul de asigurat al acestora. Medicamentele antituberculoase sunt furnizate gratuit, prin farmaciile cu circuit închis, ale spitalelor și ale dispensarelor teritoriale.

Achiziția medicamentelor în cadrul PNPST se face de către unitățile sanitare, în limita bugetului alocat, prin încheierea contractelor subsecvente la acordurile – cadru încheiate de MS. Sumele prevăzute cu această destinație sunt asigurate din bugetul MS.

Există dificultăți în punerea diagnosticului la nivelul dispensarelor de pneumoftiziologie, având în vedere faptul că, deseori, sunt necesare o serie de investigații auxiliare care nu sunt decontate din PNSCT. Singurele elemente decontate din programul MS sunt substanța de contrast, radiografia și examenul de spută astfel că, diagnosticul complet în baza căruia se stabilește schema de tratament, se pune, de cele

---

<sup>26</sup> Tratamentul TBC chimiosensibilă constă în administrarea unei asocieri de medicamente, pe durată de minim 6 luni. Tulpina sălbatică de *Mycobacterium tuberculosis* este sensibilă la cele mai eficiente medicamente antituberculoase, numite medicamente de linia I, dar poate suferi mutații, cu apariția de tulpini ce produc forme speciale de TBC (polichimiorezistentă, multidrog rezistentă – MDR sau cu rezistență extinsă - XDR) care necesită prelungirea tratamentului. În practică, se constată lipsa frecventă a medicamentelor pentru TBC-MDR din cauza deficiențelor din sistemul de achiziție a medicamentelor. De exemplu, mai multe medicamente de linia a doua recomandate de Biroul Regional OMS pentru Europa pentru tratamentul TBC-MDR nu pot fi achiziționate din cauză că nu sunt înregistrate în lista națională de medicamente esențiale sau nu sunt disponibile la furnizorii naționali.

---

mai multe ori, pe perioada internării. Prin urmare, aceste analize adiționale se pot realiza gratuit doar pentru persoanele asigurate în cadrul Contractului cadru cu casele de asigurări. Pentru persoanele neasigurate, aceste cheltuieli, la care se adaugă cele cu cazarea și hrana pe perioada spitalizării, sunt frecvent nedecontate, ele fiind acoperite din resursele proprii ale spitalelor.

Condițiile pe care trebuie să le îndeplinească persoanele vulnerabile pentru a beneficia de servicii de diagnostic sunt aceleași ca la screening. Apar însă o serie de dificultăți în cazul persoanelor cu comorbidități psihiatrice, care nu colaborează întotdeauna în vederea recoltării unui eșantion de spută (exclus salivă) corespunzător.

Lipsa asigurării unei abordări integrative – având în vedere faptul că persoanele vulnerabile prezintă mai multe boli cronice simultan combinate cu probleme sociale și deseori cu probleme de sănătate mintală – și teama de eșec terapeutic, conduce deseori la o aderență scăzută a acestora la tratament, generând o reținere din partea cadrelor medicale în a include aceste persoane în diferite tipuri de asistență. În mod particular, absența asistenței specializate pentru dependența de droguri (de ex. tratamentul substitutiv) și a serviciilor sociale de suport, face imposibil de gestionat comportamentul CDI pe perioada internării și administrarea tratamentului TBC.

Administrarea tratamentului pentru CDI și PFA este dificilă, condițiile de izolare fiind greu de asigurat mai ales în cazul unor comorbidități psihiatrice. Astfel, aceste cazuri sunt spitalizate până la dispariția riscului de contagiozitate, iar pentru a respecta administrarea tratamentului sub directă observație pe toată durata acestuia și a prevenirii abandonului terapeutic, se fac eforturi în menținerea spitalizării acestor cazuri pe toată durata terapiei anti-TBC.

Eliberarea medicamentelor se face prin farmaciile cu circuit închis ale unităților sanitare, pe bază de condică, atât pentru tratamentul spitalicesc, cât și pentru cel ambulatoriu. Pentru pacienții care nu pot urma tratament sub directă observație la nivelul dispensarului teritorial din diverse cauze, acesta este administrat sub directă observare de o persoană special instruită, care își asumă responsabilitatea corectitudinii administrării (membrii ai familiei, învățători, preoți, asistenți sociali din comunitate, asistenți medicali comunitari), sau de către medicul de familie.

## **PREVENIREA, TESTAREA, DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL HEPATITELOR VIRALE B ȘI C**

**Prevenire.** Ca și în cazul prevenirii HIV, prevenirea VHB și VHC în rândul CDI și PFA se realizează în principal de către organizațiile neguvernamentale pe baza unor finanțări internaționale, din resurse proprii sau cu contribuții în natură primite din partea unor organizații guvernamentale. Având în vedere concentrarea mare a acestor populații la nivelul Municipiului București, cele mai multe intervenții se desfășoară în capitală. Ca și în cazul prevenirii HIV, intervențiile cuprind acțiuni de informare, educare, comunicare, testare rapidă, distribuire de dispozitive medicale cum ar fi prezervative, seringi, consiliere socială și referire către servicii sociale specializate, referire și/sau acompaniere către servicii medicale specializate. Exceptând serviciile de testare de la nivelul rețelei sanitare, precum și unitatea mobilă de la nivelul DGASPC sector 5, nu există servicii publice de prevenire VHB și VHC pentru CDI și PFA.

**Testare și diagnosticare.** Testele de screening pentru hepatitele virale B și C se realizează gratuit în sistemul public de asistență sanitară, în limita fondurilor disponibile, costurile cu aceste servicii fiind

---

decontate integral de sistemul asigurărilor de sănătate<sup>27</sup> (***exclusiv pentru persoanele asigurate***). Pentru hepatitele virale se decontează investigații paraclinice pentru diagnostic<sup>28</sup>, determinarea viremiei, fibroscan. Aceste investigații sunt prevăzute în lista serviciilor decontate în cadrul spitalizării de zi<sup>29</sup>. De asemenea, sunt decontate și consultații de specialitate (gastroenterologie sau boli infecțioase), Ac Anti HBs, AgHBe, Ac anti-HBe, Ac anti-VHD și determinare cantitativă ADN VHB. Genotiparea nu este inclusă în lista investigațiilor cuprinse în pachetul de bază pentru investigații paraclinice în ambulatoriu și nici în spitalizare de zi. PFA și CDI, indiferent de statutul de asigurat, se pot testa gratuit în cadrul unor proiecte derulate de organizațiile neguvernamentale.

Persoanele asigurate pot face investigații și prin intermediul medicului de specialitate din ambulator, unde se pot prezenta și fără trimitere de la medicul de familie. Medicul specialist din ambulatoriu de specialitate poate asigura o singură consultație pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspiciată (inclusă în listă), iar analizele se pot deconta în cadrul investigațiilor paraclinice prevăzute de normele Contractului cadru. Bolile infecțioase reprezintă una dintre specialitățile pentru care se încheie contracte de furnizare a serviciilor medicale în ambulatoriu de specialitate.

***Persoanele neasigurate și/sau fără act de identitate nu pot beneficia gratuit de aceste servicii în sistemul public, beneficiind doar de servicii de depistare a bolilor endemo-epidemice în cadrul pachetului minim de servicii (o singură consultație an/pacient/boală suspiciată și confirmată atât la medicul de familie, cât și la cel de specialitate) cu achitarea integrală a costurilor cu investigațiile paraclinice.***

Dacă pacientul nu are acte de identitate, este necesară mai întâi identificarea acestuia de către poliție și apoi se poate face testarea (în cazul în care pacientul a fost internat). Testarea și diagnosticarea se pot realiza gratuit doar în urgență, însă această abordare nu permite inițierea tratamentului antiviral.

---

<sup>27</sup> PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE, ref 3, anexa 17 A.

<sup>28</sup> [Serviciu anual per asigurat](#)

<sup>29</sup> B.4.1. Lista serviciilor medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii și pentru care în vederea decontării se încheie fișa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical, ref 3 anexa 22,

---

**Tratament**<sup>30</sup>. De tratamentul antiviral pentru hepatitele B și C **pot beneficia gratuit doar persoanele asigurate în cadrul sistemului public de asistență sanitară**, costurile cu aceste servicii fiind decontate integral de sistemul asigurărilor de sănătate<sup>31</sup>, iar tratamentul fiind compensat 100%.

### **Hepatita C**

Pentru aprecierea oportunității începerii terapiei antivirale pentru hepatită C, pacientul primește vouchere gratuite pentru evaluarea viremiei VHC și a gradului de fibroza (Fibromax). Aceste analize se efectuează doar în cadrul unor laboratoare specializate, acreditate și acceptate de către CNAS. După primirea rezultatelor, în condițiile în care pacientul se încadrează în criteriile stabilite de CNAS, se poate iniția tratamentul antiviral C.

Înainte de inițierea tratamentului cu agenți antivirali cu acțiune directă (DAA), nu este recomandată genotiparea. În România există în mod predominant genotipul 1b (peste 90%). Riscul de rezistență poate fi mai mare la unii pacienți (de ex. CDI) care pot avea alte genotipuri (3a) și care nu răspund la schemele disponibile la noi în țară. În prezent, în România, nu sunt disponibile regimurile pangenotipice. Dacă aceste criterii de includere în tratament (fibroza minimă F1 și viremie VHC detectabilă) nu sunt îndeplinite, pacientul rămâne în monitorizare (în principiu este reevaluat la fiecare 6 luni) dar nu primește tratament.

### **Hepatita B**

Pentru a beneficia de tratament gratuit decontat de CNAS, pacientul cu hepatită cronică B trebuie să aibă o viremie VHB > 2000 UI și enzime hepatice crescute. Înainte de inițierea tratamentului pacientul trebuie să beneficieze și de alte investigații: hemogramă, teste biochimice, serologie pentru hepatita D, viremie VHD (în caz de serologie VHD pozitivă), ecografie abdominală etc. Tratamentul pentru hepatită cronică VHB se efectuează pe o perioadă lungă de timp, pentru că este o afecțiune la care nu se poate obține deocamdată vindecarea. Există cazuri mai rare, în care se produce seroconversia în sistemul HBs, cu dispariția AgHBs (până la 5%), cazuri la care se poate întrerupe terapia antivirală B.

Având în vedere condiționarea legată de statutul de asigurat, CDI și PFA au acces scăzut la serviciile de diagnostic și tratament pentru VHB și VHC. Chiar dacă aceste persoane ajung să primească tratament, lipsa unei abordări medicale integrative a tuturor co-morbidităților acestora (HIV, hepatite, probleme de sănătate mintală) și a serviciilor sociale de suport, conduce implicit la eșec terapeutic.

---

<sup>30</sup> Înainte de includerea în tratament sunt necesare și alte analize (hemograma, biochimie cu TGP, TGO, bilirubina, timpi de coagulare, alfa fetoproteina, ecografie abdominala, serologii pentru hepatita B). Tratamentul cu DAA poate fi prescris de către orice medic specialist de boli infecțioase și de medici cu specialitatea gastroenterologie și hepatologie. La pacienții cu grad foarte avansat de fibroză (ciroza cu scor Child- Pugh B sau C), tratamentul poate fi prescris doar de către medicul gastroenterolog (hepatolog). Acești pacienți trebuie să efectueze și o endoscopie digestivă superioară (pentru depistarea unor eventuale varice esofagiene).

Tratamentul cu DAA se realizează în ambulator nefiind necesară internarea continuă. Pacientul se prezintă lunar la clinica de boli infecțioase sau gastroenterologie, i se deschide o foaie de zi, se recoltează analize uzuale și apoi se prescrie o rețetă electronică pentru o lună, pe care o ridică personal de la farmaciile cu circuit deschis. Durata tratamentului pentru pacientul coinfectat HIV/HCV este de 12 săptămâni, iar la pacientul monoinfecat HCV cu genotip 1 se poate recomanda și o schemă mai scurtă de 8 săptămâni. După 12 săptămâni de la încheierea tratamentului antiviral C, pacientul beneficiază de încă o viremie VHC, pentru a se stabili dacă are un răspuns viral susținut (RVS) și este deci vindecat

<sup>31</sup> PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂȚILE PARACLINICE, Anexa 17 A.

---

## CAPITOLUL 4 – CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

### 4.1 – CONCLUZII

În cadrul acestei analize au fost identificate o serie de disfuncționalități care fac ca măsurile de prevenire, supraveghere și control al HIV, VHB, VHC și TBC asumate prin politicile publice și întreprinse în România să aibă impact limitat, conducând astfel la riscuri crescute de infectare în rândul unor grupuri la risc cum ar fi CDI și PFA. Diagnosticarea târzie a persoanelor bolnave și inițierea tratamentului în stadii avansate ale bolii, cresc potențialul de transmitere a acestor boli către populația generală (de ex. prin contact sexual, pe cale aerogenă, etc), dar și costurile de îngrijire pentru tratarea formelor avansate și cu complicații ale acestor boli.

Întârzierile în depistarea persoanelor cu seropozitive HIV, hepatite B și C și TBC în rândul CDI și PFA sunt cauzate de un complex de factori sau reprezintă o combinație între barierele legale, sociale/comunitare și individuale.

**Barierele legislative** se referă în mod special la stabilirea unor criterii legale de furnizare a serviciilor gratuite de testare, diagnostic și tratament pentru grupurile vulnerabile. Acestea vizează în special demonstrarea calității de asigurat sau a lipsei veniturilor și obligativitatea prezentării unui act de identitate și conduc implicit la dificultatea sau chiar imposibilitatea furnizorilor de servicii din sistemul sanitar public de a identifica timpuriu persoanele infectate, de a oferi tratament într-o manieră integrativă și de a-și deconta cheltuielile reale cu aceste intervenții.

- **Lipsa identității, a cardului de identitate și a asigurării de sănătate.** Conform prevederilor legale existente, la serviciile de testare, diagnostic și tratament pentru HIV, hepatite virale de tip B și C și TBC (acoperite fie prin programele naționale de sănătate publică și curative, fie prin Contractul cadru de servicii încheiat între casele de asigurări și unitățile sanitare), pot avea acces gratuit persoanele care dețin un act de identitate valabil sau un CNP și care pot demonstra calitatea de asigurat sau persoanele care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse. Condiționarea furnizării acestor servicii de existența calității de asigurat sau demonstrarea lipsei veniturilor constituie o barieră legală majoră pentru CDI și PFA. În practică, furnizorii de servicii se confruntă cu probleme majore în decontarea acestor costuri pentru persoanele vulnerabile neasigurate, existând totuși o permisivitate mai mare pentru cheltuielile decontate de către MS în cadrul programelor naționale de sănătate.

Având în vedere profilul acestor persoane, CDI și PFA, de cele mai multe ori ele nu întrunesc condițiile necesare accesării serviciilor gratuite de testare, diagnostic și tratament din sistemul public, putând accesa aceste servicii doar folosind ca punct de intrare serviciile de urgență. Absența cardului de identitate/a unui CNP, absența asigurării de sănătate face aproape imposibilă furnizarea asistenței medicale, în mod special cu privire la diagnosticul și tratamentul hepatitelor virale B și C ale căror costuri sunt acoperite integral prin Contractul cadru.

Pentru persoanele neasigurate, procesul de înscriere a calității de asigurat este anevoios. Chiar dacă CNAS și casele județene de asigurări de sănătate s-au organizat tot mai bine, inclusiv punând la dispoziția publicului servicii de informare telefonică și prin prezentare directă (cu timpi de așteptare minimi și condiții bune de așteptare), chiar dacă este acum posibilă și trimiterea prin curier a documentelor necesare pentru evidențierea în sistem a calității de asigurat, totuși, procedeele rămân greoaie și inaccesibile PFA sau CDI. Demersul pentru asigurarea unei persoane poate fi făcut doar atunci când

---

persoana are card de identitate valabil fiind necesară deplasarea persoanei în cauză la casa de asigurări de sănătate de care aparține cu domiciliul. Această procedură creează dificultăți în special PFA al căror domiciliu este înregistrat în alte județe, celor a căror identitate nu este cunoscută sau a căror naștere nu a fost înregistrată în Registrul național de evidență a populației. Identificarea persoanelor care nu pot prezenta unității sanitare un act de identitate se realizează cu ajutorul poliției. Conform noilor reglementări din domeniul evidenței populației, poliția nu se mai deplasează la spital pentru a identifica persoanele. În prezent, într-o situație și mai dificilă se află persoanele a căror naștere nu a fost înscrisă în Registrul de evidență a populației. Pentru aceste persoane este nevoie de un demers de înregistrare tardivă a nașterii. Procesul include formularea unei solicitări la biroul de stare civilă al primăriei pe raza căreia persoana declară că a avut loc nașterea, obținerea sau refacerea certificatului constatator al nașterii (dacă acesta nu mai există la arhiva maternității) și expertiză de specialitate pentru stabilirea vârstei persoanei. În plus, trebuie menționate și frecvențele disfuncționalități ale Platformei Informatice a Asigurărilor de Sănătate (PIAS) a CNAS, care ar trebui să permită aflarea statutului de asigurat al unei persoane pe loc, la introducerea CNP.

Totuși, beneficiarii programelor naționale de sănătate publică derulate de MS (de ex. HIV și TBC) pot dobândi calitatea de asigurat prin depunerea la casele de asigurări de sănătate a actului de identitate valabil la data solicitării (original și copie) și a unei adeverințe medicale eliberată de medicul curant sau de medicul coordonator al respectivului program de sănătate, însă toate investigațiile și serviciile premergătoare dobândirii statutului de asigurat se realizează contra cost.

- **Pachetul minimal de servicii destinat persoanelor neasigurate nu acoperă diagnosticarea și tratamentul bolilor cu potențial endemo-epidemic.** Pentru persoanele neasigurate, casele de sănătate națională și județene, prevăd în cadrul pachetului minim de servicii din Contractul cadru de acordare a serviciilor de asistență medicală și normele de aplicare, depistarea bolilor cu potențial endemo-epidemic acoperind însă doar următoarele servicii:
  - consultația (una/an/persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspiciată și confirmată de către medicul de familie sau medicul de specialitate din asistența medicală de specialitate în ambulatoriu)
  - trimiterea
  - recomandarea de investigații.

Costurile analizelor investigațiilor paraclinice recomandate, precum și tratamentul prescris de medicii de specialitate nu sunt însă acoperite de casele de asigurări, revenind în sarcina persoanei neasigurate.

**Barierile comunitare/sociale** identificate se referă în principal la: lipsa unor eforturi de prevenire constante și sustenabile, la absența unei verigi de legătură între serviciile de prevenire existente implementate aproape exclusiv de organizații neguvernamentale și serviciile publice de screening/testare, diagnostic și tratament și la sub-dimensionarea serviciilor sociale de suport care vizează grupurile la risc de infectare cu HIV, hepatite și TBC.

- **Măsuri de prevenire inadecvate și nefinanțate.** În prezent, măsurile de prevenire primară a HIV, hepatitelor virale B și C și TBC prevăzute în cadrul politicilor publice de sănătate, fie nu sunt aliniate cu recomandările internaționale privind pachetele cuprinzătoare de servicii necesare sau țintirea unor grupuri la risc, fie nu prevăd materialele sanitare/dispozitivele medicale specifice comportamentelor cu risc adoptate de unele grupuri populaționale la risc, fie nu sunt finanțate corespunzător sau puse în aplicare invocându-se deseori absența unor mecanisme (de ex. de finanțare, de colectare de date și monitorizare, de raportare etc.).

- 
- **Lipsa unui mecanism clar de finanțare a acțiunilor de prevenire implementate de organizațiile neguvernamentale.** În prezent, la nivelul MS, nu există un mecanism de finanțare a serviciilor de prevenire HIV, hepatite virale B și C și TBC implementate de către organizațiile neguvernamentale și prin urmare intervențiile actuale au acoperire redusă și implică un număr mic de furnizori de servicii de prevenire.
  - **Lipsa serviciilor medicale și sociale din comunitate.** Lipsa unor servicii medicale furnizate în afara unităților sanitare (la nivelul comunității) și a unor servicii sociale de suport insuficient dezvoltate (asistenți sociali/comunitari) fac ca PFA, precum și CDI să se prezinte rar din proprie inițiativă la spital, de multe ori ei fiind aduși cu echipajele de ambulanță în stare gravă. În special grupurile vulnerabile, persoanele cu situații socio-economice precare, cei din mediu rural, depun efort sau renunță în a efectua /continua investigațiile în vederea depistării TBC, în condițiile deplasării personale la cabinete / dispensare dotate sau spitale - aici ajung cu salvarea dacă starea clinică e alterată.
  - **Implicarea insuficientă a autorităților locale.** În lipsa suportului din partea autorităților centrale, în ultimii ani, a crescut preocuparea și implicarea autorităților locale, în special a celor de la nivelul Municipiului București, în răspunsul la problematica medicală și socială a grupurilor vulnerabile, având în vedere și concentrarea mare a grupurilor vulnerabile la nivelul capitalei. Astfel, în ultimii ani, s-au încercat diferite forme de finanțare a serviciilor de prevenire implementate de organizațiile neguvernamentale (parteneriate, finanțări în baza Legii nr. 350/2005 privind regimul finanțărilor nerambursabile din fonduri publice alocate pentru activități non-profit de interes general, decontare de servicii, punerea la dispoziție gratuită a unor spații pentru servicii, etc.). Acestea însă s-au implementat cu resurse limitate, cu restricții în ceea ce privește categoriile de costuri finanțate și pe perioade scurte de timp, nepermițând astfel asigurarea continuității intervențiilor și acoperirea nevoilor reale. Eforturi s-au făcut și în zona de social, însă serviciile sociale existente pentru grupurile vulnerabile au acoperire mică, se derulează cu finanțări modeste și nu oferă soluții pe termen lung concentrându-se deseori pe constatarea unor probleme sociale și nu neapărat pe soluționarea acestora (de ex. lipsa unor soluții de locuire pentru PFA).
  - **Responsabilitatea fragmentată a instituțiilor statului.** Responsabilitatea statului pentru finanțarea și implementarea serviciilor de prevenire, diagnostic și tratament pentru HIV, hepatite și TBC, în special în ceea ce privește grupurile vulnerabile, este împărțită între diferiți actori: MS, instituțiile sale descentralizate (direcțiile de sănătate publică), CNAS, Casele Județene de Asigurări de Sănătate, Ministerul de Finanțe, Agenția Națională Antidrog. Această abordare permite diluarea responsabilității instituționale, fiecare dintre instituțiile menționate considerând că responsabilitatea cea mai mare revine celorlalți actori.

**Factorii personali** identificați sunt cei asociați cu profilul persoanei vulnerabile care, din cauza unei cunoașteri insuficiente a semnelor sau simptomelor și/sau a rețelei de servicii, lipsei adăpostului, hranei, condițiilor de igienă precare, barierelor financiare sau percepțiilor personale eronate legate de propria stare de sănătate, lipsei stimei de sine, existenței unor probleme de sănătate mintală, întârzie solicitarea de asistență sau abandonează tratamentul.

**Abordările terapeutice nu țin cont de profilul CDI și PFA.** Schemele de tratament prescrise nu țin cont de gradul de vulnerabilitate al persoanei, ci mai degrabă de comorbidități și de interacțiunile medicamentoase care pot să apară între medicația pentru boala principală și alte medicamente pe care pacientul le primește pentru bolile asociate (de ex. medicație antituberculoasă, chimioterapie, metadonă etc). Lipsa de aderență este de multe ori generată de un tratament administrat inconstant, cu întreruperi.

---

Când pacienții își administrează medicația dar nu li se îmbunătățește starea de sănătate, este posibil ca aceștia să aibă rezistență la schema respectivă. De cele mai multe ori se ajunge la rezistență virală/microbiană prin lipsa de aderență la terapia ARV și anti-TBC. Lipsa de răspuns terapeutic (clinic, imunologic, virusologic, bacteriologic) apare în ambele situații : dacă pacientul este neaderent la terapia ARV și/sau anti-TBC sau dacă terapia este inefficientă deoarece pacientul are mutații de rezistență la schema administrată.

Atât pentru PFA, cât și pentru CDI, a fost deseori raportată o aderență scăzută la tratamentul HIV, VHB, VHC și TBC. Problematika aderenței este ancorată într-un complicat sistem psiho-socio-cultural și include: comportamentul pacientului, prestația medicului, sistemul medical, factorii familiali, culturali etc. La grupurile vizate, cauzele care stau la baza unei aderențe scăzute sunt legate în principal de condițiile de locuit, igienă personală precară din cauza lipsei unor obiecte de igienă, existenței unor co-morbidități psihiatrice, lipsa hranei, capacității diminuate de înțelegere etc. De exemplu, se întâmplă deseori ca PFA să fie jefuite pe perioada nopții, rămânând astfel fără bunuri și medicamente. Pentru a-și administra tratamentul în siguranță, o parte dintre ei îl lasă la sediile unor ofertanți de servicii sociale și îl ridică de acolo zilnic sau există reprezentanți ai organizațiilor neguvernamentale care livrează zilnic sau ori de câte ori este nevoie medicația. Lipsa adăpostului și/sau consumul de droguri sunt cauzate uneori de o problemă de sănătate mintală negestionată corespunzător, persoanele acestea pierzându-și o parte din autonomie. Neînțelegerea problematicii complexe a PFA și a CDI, suprasolicitarea personalului medical din secțiile de boli infecțioase, competențele sociale alterate de traiul pe stradă și experimentarea violenței, toate contribuie la dificultăți în administrarea și monitorizarea tratamentului ARV și anti TBC la aceste persoane.

**Pe parcursul analizei au fost identificate și o serie de aspecte care afectează indirect accesul CDI și PFA la servicii gratuite de screening/testare, diagnostic și tratament pentru HIV, hepatite B și C și TBC prin crearea unor disfuncționalități sistemice. Acestea se referă în principal la următoarele aspecte:**

***Predominanța abordării de tip curativ.*** Politica de sănătate din România este orientată pe asistență medicală curativă, definiția prevenirii în documentele de politici publice fiind ambiguă și insuficientă. Majoritatea măsurilor întreprinse se referă în principal la vaccinare, testare și diagnosticare, profilaxia post expunere și prevenirea transmiterii secundare prin abordări de tip curativ. Deși cadrul legislativ care guvernează asistența de sănătate publică din România include prevederi privind prevenirea, acestea sunt reprezentate într-o măsură disproporționat de mică în raport cu asistența medicală curativă și de o manieră inadecvată din perspectiva posibilității de a pune în practică aceste prevederi. Aceste aspecte sunt deseori generate de absența unei viziuni de ansamblu și pe termen lung, lipsa de claritate și de pragmatism, abordări de tip istoric, supralегiferarea domeniului, lipsa indicatorilor de acoperire, precum și finanțări deficitare și inconstante.

***Lipsa abordării de tip integrativ.*** Istoric vorbind, România nu are o cultură a abordărilor de tip integrativ în domeniul serviciilor de sănătate, tratând pacienții cu boli diferite dar concomitente în structuri paralele prin intermediul unor furnizori de servicii diferiți. Această abordare limitează implicit accesul unor categorii populaționale vulnerabile la servicii de sănătate, ținând cont că una dintre caracteristicile definitorii ale acestor grupuri, o constituie existența concomitentă a mai multe boli transmisibile, asociate în cele mai multe cazuri, cu probleme de sănătate mintală.

Pe de o parte, condiționarea finanțării și furnizării unor servicii de sănătate mintală în cadrul unităților/secțiilor de boli infecțioase (cum ar fi tratamentul substitutiv cu metadonă indispensabil persoanelor dependente de opiacee sau tratamentul pentru dependența de alcool prevalentă în rândul

---

PFA), face imposibilă implementarea unei abordări integrate a co-morbidităților psihiatrice și îngreunează efortul unităților sanitare în stabilirea unui raport cu pacientul și furnizarea de tratament pentru HIV, hepatite B și C și TBC. Astfel, în lipsa unei abordări duale boli infețioase - comorbidități psihiatrice, pacienții fie refuză tratamentul (ex. pentru TBC sau HIV) și anumite servicii medicale (ex. injecțiile sau bronhoscopiile), fie întrerup tratamentul și/sau părăsesc unitatea sanitară pe parcursul spitalizării, fără aviz medical. Mai mult decât atât, atunci când se solicită ajutorul spitalelor de specialitate în abordarea problemelor de sănătate mintală, acestea refuză furnizarea asistenței de specialitate, în special persoanelor cu HIV sau TBC, invocându-se deseori absența izolatoarelor și riscul mare de transmitere a acestor infecții către alți pacienți cu probleme de sănătate mintală. Aceste situații generează în unele situații teamă medicului infecționist de a lua în evidență astfel de persoane, anticipând consecința finală: abandonul terapeutic.

**Lipsa și insuficiența personalului medical specializat** influențează întreg sistemul de servicii medicale, resimțindu-se și în schemele de personal ale spitalelor care interacționează cu membrii celor două grupuri vulnerabile. Un exemplu elocvent pentru obiectivul acestui raport face referire la Spitalul Clinic de Psihiatrie Prof. Dr. Obregia care refuză preluarea pacienților CDI diagnosticați în special cu TBC, în faza în care aceștia sunt contagioși. Institutul de Pneumoftiziologie Marius Nasta are un singur psihiatru care poate gestiona cazurile persoanelor dependente de droguri în limita disponibilității timpului și a cunoștințelor în domeniu.

**Separarea surselor de finanțare și utilizarea unor criterii diferite de acces.** Separarea costurilor pentru investigații medicale, servicii, spitalizare pentru HIV și TBC (între programele naționale de sănătate și casele de asigurări) face, de cele mai multe ori, imposibilă acordarea de servicii de testare, diagnostic și tratament CDI și PFA de către furnizorii de servicii din sistemul sanitar public.

**Finanțarea deficitară a tratamentului și monitorizării acestuia.** Infrastructura precară și deficitară a sistemului de sănătate (ex. aparate de radiologie vechi, lipsa dotării cabinetelor cu aparate de radiologie sau reactivi pentru testare, etc.) precum și nevoia de reabilitare fizică a unor sedii (ex. din sfera TBC), pune pacienții în situația de a se deplasa la o altă unitate sanitară care poate asigura investigațiile necesare. Estimările nerealiste de medicamente, lipsa de flexibilitate a sistemului în vederea introducerii regimurilor terapeutice noi și bugetele insuficiente construite pe cifre istorice alocate programelor naționale de sănătate, conduc deseori la întreruperi de tratament, schimbarea schemelor terapeutice, rezistența virală, abandon din partea pacienților și, nu în ultimul rând, la eșec terapeutic. De asemenea, lipsa aprovizionării cu teste de screening, diagnostic, rezistența virală, filme radiologice și alte consumabile necesare dezvoltării, contribuie la întâzieri în identificarea persoanelor bolnave și inițierea tratamentului.

**Tratamentul antiviral aprobat pentru hepatită C nu acoperă genotipurile prevalente în rândul CDI.** Tratamentul antiviral pentru hepatita C cu agenți antivirali cu acțiune directă (DAA) aprobat de CNAS în România nu acoperă genotipurile predominante în rândul CDI (ex. 3a) și se acordă exclusiv persoanelor care pot demonstra statutul de asigurat. De asemenea, Contractul cadru nu prevede acoperirea costurilor de genotipare. Astfel, riscul de rezistență poate fi mai mare la CDI la care se inițiază tratamentul pentru hepatita C, o parte dintre aceștia neobținând un răspuns viral susținut la schemele disponibile la noi în țară. Regimurile pangenotipice nu sunt încă disponibile în România.

**Managementul medicamentelor și estimarea necesarului.** Per ansamblu, managementul general al medicamentelor existente este slab, multe unități sanitare întâmpinând adesea dificultăți în a cuantifica și estima necesarul de medicamente pentru HIV și TBC. Nu există sprijin administrativ pentru achiziția și sistemul de management al medicamentelor, și fiecare unitate este responsabilă de achiziția și

---

gestionarea propriului stoc de medicamente, rezultatele variind adesea în funcție de abilitățile manageriale locale și de tendințele bugetare istorice. Nu există un program specializat pentru controlul stocurilor, management și urmărirea consumului. Ca o consecință a planificării inadecvate sau a lipsei de buget, unele unități sanitare se pot confrunta cu stocuri lipsă sau cu stocuri insuficiente la medicamente importante, inclusiv pentru tratarea reacțiilor secundare la tratament. Pe lângă aceste aspecte, în cazul HIV, ne confruntăm cu o situație particulară: există medicație ARV care iese periodic din uz din cauza faptului că studiile arată un risc mai mare de reacții adverse sau au tolerabilitate mai redusă. Ghidurile terapeutice internaționale se actualizează în fiecare an, deoarece apar clase noi de medicamente sau medicație coformulată (*single tablet regimen*). Prin urmare, anumite medicamente existente în stoc nu se mai utilizează și chiar sunt scoase din uz. De aceea, calculul stocurilor de ARV nu poate estima clar nevoia reală dintr-un spital.

**Co-plata.** Deși tratamentele pentru HIV și TBC sunt asigurate gratuit beneficiarilor programelor naționale de sănătate publică, medicamentele și testele auxiliare pot fi achiziționate doar printr-un sistem de co-plată. Testarea, diagnosticarea și tratamentul pentru hepatitele virale sunt acoperite de casele de asigurări de sănătate prin Contractul cadru. Totuși, costurile de genotipare nu sunt cuprinse în pachet. Existența co-plăților în sistemul de sănătate poate descuraja pacienții și genera întârzieri pentru persoanele care solicită asistență. În plus, alte cheltuieli conexe pentru pacienți cum ar fi cele de transport pot afecta comportamentele de cerere și aderență la tratament.

#### **4.2 – RECOMANDĂRI PRIVIND ADOPTAREA UNOR MĂSURI IMEDIATE CU IMPACT PE TERMEN LUNG**

1. Din considerații de sănătate publică, se impune **revizuirea imediată a prevederilor legale care limitează accesul persoanelor neasigurate și/sau a celor fără acte de identitate la serviciile publice gratuite de screening/testare, diagnostic și tratament pentru HIV, hepatitele virale B și C și TBC**, (ex. Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică, Legea 95/2006 privind reforma în domeniul Sănătății (art.222), Codul Fiscal (art.154)).

În vederea analizării în profunzime a barierelor întâmpinate de persoanele neasigurate la programele naționale de sănătate și la pachetul minim de servicii din cadrul contractului cadru, se recomandă **și o analiză juridică a actelor normative care guvernează oferirea de servicii medicale în domeniile HIV, hepatite B și C și TBC, dobândirea calității de asigurat și identificarea persoanelor fără acte de identitate.**

2. De asemenea, **simplificarea procedurilor legale pentru identificarea persoanelor fără acte de identitate/a căror naștere nu a fost înregistrată** este crucială în oferirea unui acces rapid la servicii.

Astfel de măsuri vor conduce implicit la o adresabilitate mai mare a CDI și PFA, la un confort sporit în rândul managerilor unităților sanitare și personalului medical în furnizarea de servicii acestor categorii populaționale și evident la decontarea integrală a costurilor unităților sanitare cu persoanele neasigurate care beneficiază de aceste servicii.

3. Pentru inițierea schimbării politicii existente cu privire la accesul persoanelor neasigurate la servicii gratuite de testare, diagnostic și tratament HIV, hepatite B și C și TBC, se recomandă: **înființarea unui grup de lucru MS – CNAS – societate civilă** în vederea discutării de soluții și a **estimării impactului bugetar** în baza datelor existente cu privire la CDI și PFA.

- 
4. Asigurarea de urgență a accesului CDI la screening/testare, diagnostic, monitorizare și evaluare pentru infecțiile cu VHC prin **introducerea regimurilor terapeutice noi** (de ex. **schemele de tratament pangenotipice**) și amendarea prevederilor legale privind criteriile de acces pentru persoanele neasigurate (fie prin **exceptarea de la plata asigurărilor sociale de sănătate a persoanelor care prezintă risc epidemiologic**, fie prin **includerea investigațiilor paraclinice pentru hepatitele B și C în cadrul pachetului minim de servicii acoperite prin contractul cadru**).

În vederea remedierii acestei situații, au fost identificate o serie de scenarii:

**Scenariul 1:** Exceptarea de la plata asigurărilor sociale de sănătate a persoanelor care prezintă risc de infectare/transmitere boli cu potențial endemo-epidemic (*Legea 95/2006 art.224, Legea nr. 227/2015 - Codul fiscal, art. 154*).

**Scenariul 2:** Includerea investigațiilor paraclinice (diagnosticarea de boli cu potențial endemo-epidemic) pentru HIV, TBC, hepatitele virale B și C și a tratamentului pentru hepatitele B și C în cadrul pachetului minimal de servicii acoperite prin Contractul cadru. În prezent, pachetul acoperă o singură consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspionată și confirmată, inclusiv pentru bolnavul cu TBC nou identificat de medicul de familie (*Normele metodologice din 27 martie 2018 de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019, art.1.2 și 1.2.1*).

**Scenariul 3:** Eliminarea imediată a prevederilor legale cu privire la limitarea accesului persoanelor neasigurate și/sau fără acte de identitate (prin demonstrarea statutului de asigurat sau a lipsei veniturilor) la programele naționale de sănătate publică HIV și TBC (*Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică, Legea 95/2006 privind reforma în domeniul Sănătății (art.222)*).

5. Având în vedere profilul CDI și al PFA, este necesară **dezvoltarea unei rețele de servicii ambulatorii** adaptată nevoilor acestora, care să poată oferi soluții reale de screening/testare, diagnostic, tratament și monitorizare, astfel încât să se realizeze o degrevare a unităților spitalicești și implicit o reducere a costurilor. În paralel cu această măsură, este nevoie de **dezvoltarea unor verigi de legătură între comunitate și serviciile medicale/** prin întărirea și extinderea inițiativelor comunitare implementate de organizațiile neguvernamentale și utilizarea de mediatori comunitari/navigatori medicali. De asemenea, în vederea creșterii complianței la tratament HIV, hepatite virale B și C și TBC și a asigurării unei abordări integrative a comorbidităților pentru persoanele dependente de opiacee, se impune inițierea și asigurarea imediată a accesului acestora la tratament substitutiv cu agonisți. Astfel, se recomandă **includerea centrelor regionale HIV/SIDA, a unităților care se ocupă de managementul hepatitelor virale B și C și a unităților sanitare care inițiază tratamentul pentru TBC în lista unităților de specialitate care implementează Programul Național de Sănătate Mintală**, astfel încât să fie permisă **prescrierea, eliberarea și administrarea tratamentului substitutiv cu agonisți la nivelul acestor unități**.
6. **Recunoașterea și dezvoltarea aportului societății civile în furnizarea de servicii de prevenire și conectare cu serviciile de îngrijire (*linkage to care*), precum și de servicii sociale de suport**, prin crearea rapidă a unor mecanisme sustenabile de finanțare și atragerea acestor organizații în

---

parteneriate solide cu autoritățile centrale și locale. În acest sens, se impune dezvoltarea unor criterii de acreditare a serviciilor de prevenire a ofertanților de servicii din zona societății civile, recunoașterea acestora ca unități care implementează programele naționale de sănătate (publică sau curative) și finanțarea anuală a acestora de la bugetul de stat.

7. De asemenea, s-a evidențiat **necesitatea existenței unei rețele de facilitatori/acompaniatori, a unor mediatori comunitari avizați sau a unor navigatori**, care să faciliteze legătura grupurilor vulnerabile cu serviciile de sănătate, dar și comunicarea către medicii curanți a informațiilor cu privire la istoricul de boală, tratament și îngrijiri în special în cazul pacienților care nu reușesc să gestioneze singuri aceste procese. Acești navigatori ar putea să asigure un management al cazului din perspectivă medicală și tot ei ar putea fi cei care să contribuie la creșterea aderenței și complianței la tratament. Acest navigator ar putea facilita și în demersurile de dobândire a statutului de asigurat, atunci când pacientul îndeplinește condițiile legale.

**GHID DE INTERVIU PENTRU SECTORUL MEDICAL (MANAGEMENT, MEDICI CURANȚI)**

Obiectiv: identificarea barierelor de orice natură (în special legislative)

Grupul vizat: consumatori de droguri injectabile/persoane fără adăpost

Domeniile vizate : HIV/SIDA, hepatită B, hepatită C și TBC

Nivele: testare, diagnostic și tratament (inclusiv monitorizare și evaluare)

1. Care este experiența dvs. în privința serviciilor medicale furnizate consumatorilor de droguri (injectabile)? Care este rolul dvs. în privința elaborării/aplicării legislației în domeniul sănătății publice? De cât timp aveți aceste responsabilități? Care sunt provocările legate de aceste atribuții pe care le aveți, în legătură cu accesul consumatorilor de droguri la servicii medicale?
2. Care sunt criteriile de acces la testare, diagnostic și tratament pentru HIV, hepatite virale B și C și TBC (inclusiv monitorizare și evaluare), pentru un consumator de droguri injectabile (inclusiv pentru dependență, comorbidități psihiatrice)? Vă rog listați criteriile pentru fiecare boală în parte. *[A se surprinde aici toate perspectivele: spitale care decontează pe program MS, spitale care decontează pe program al CNAS, spitale care decontează cu CNAS, spitale din subordinea autorităților locale etc.]*
3. Care sunt reglementările (actele normative, procedurile interne, ghidurile clinice etc.) în care sunt prevăzute aceste criterii de acces?
4. Care considerați că sunt barierele în asigurarea de servicii gratuite de testare, diagnostic și tratament (inclusiv monitorizare și evaluare), pentru un consumator de droguri ? Listați barierele pentru fiecare boală în parte și pentru fiecare nivel: testare, diagnostic și tratament (inclusiv monitorizare și evaluare).
5. Cum sunt testați, diagnosticați și tratați (inclusiv monitorizați și evaluați) acei consumatori care nu îndeplinesc criteriile de acces?
6. Care sunt consecințele reglementărilor actuale privind testarea, diagnosticarea și asigurarea tratamentului pentru HIV, hepatite virale B și C și TBC în cazul persoanelor dependente de droguri, din perspectiva sănătății publice, a felului în care medicii își exercită meseria, etc.?
7. Ce credeți că ar trebui făcut? Ce sugestii aveți pentru eliminarea barierelor de orice natură (inclusiv cele legale, dacă există) în accesul consumatorilor de droguri la servicii de testare, diagnostic și tratament, astfel încât sănătatea persoanelor dependente de droguri, respectiv sănătatea publică, să fie ameliorate? Listați soluțiile pentru fiecare boală în parte și pentru fiecare nivel: testare, diagnostic și tratament (inclusiv monitorizare și evaluare).
8. Din perspectiva îngrijirilor pluridisciplinare (asigurarea îngrijirilor de specialități diferite (psihiatrie, boli infecțioase, tuberculoză), care sunt barierele în asigurarea acestor îngrijiri?
9. Care sunt, din perspectiva dvs., nevoile de servicii sociale ale consumatorilor de droguri, servicii de natură să contribuie la un mai bun acces la testare, diagnosticare și tratament (inclusiv monitorizare și evaluare), precum și la o aderență mai bună la îngrijirea medicală pentru dependență, comorbidități psihiatrice și alte boli infecțioase, precum și tuberculoza?

## GHID DE INTERVIU PENTRU FURNIZORII DE SERVICII SOCIALE (ONG, DGASMB ETC)

- A. Ce dificultăți întâmpină beneficiarii dvs. atunci când au nevoie de asistență medicală și merg la medic? (**Notă:** se va formula ca întrebare deschisă, urmată de explorarea itemilor din tabel, care nu au fost menționați de către persoana interviuată)

Nr crt	Problema	Cauze, detalii	Sugestii pentru rezolvarea problemei
1	Nu au asigurare medicală (se vor explora modalitățile de întocmire a asigurării medicale cu barierele specifice)		
2	Nu au bani pentru a plăti o investigație în urma căreia ar putea să intre într-un program național de sănătate și să beneficieze de asigurare medicală (exemplul examenului ecografic pentru stabilirea sarcinii la femei)		
3	Nu au medic de familie		
4	Nu au act de identitate (se vor explora și situațiile cele mai dificile cum sunt – lipsa actului de naștere, a înregistrării nașterii, imposibilitatea de a-și aminti exact numele, locul, data nașterii, proveniența beneficiarului din alte localități din România – altele decât București)		
5	Nu au o locuință stabilă (a lor, cu chirie la rude sau măcar la un centru rezidențial) – ca obstacol în calea realizării unui act de identitate, dar și ca posibilitate de a face un tratament medical		
6	Nu cunosc legislația din domeniul asistenței medicale și sunt respinși chiar și în condițiile în care ar avea dreptul la servicii medicale (de exemplu situația în care li se cere bilet de trimitere de medicul de familie pentru efectuarea unui examen radiologic pentru TBC, la dispensarul de pneumologie, deși diagnosticarea este gratuită în cadrul Programului Național)		
7	Tratamentul și îngrijirea lor necesită specialități diferite și nu pot fi tratați în timpul spitalizării pentru co-morbidități, dacă spitalul nu are specialiștii necesari și medicația necesară		
8	Nu este posibilă efectuarea de analize/investigații într-un alt spital dacă pacientul este deja internat (utilizarea cardului de sănătate în două spitale în același timp nu este posibilă)		
9	Dificultăți de ordin personal ale beneficiarilor (experiențe negative în trecut cu sectorul medical, traume și frica de spital, dependența de droguri, impresia că nu sunt suficient de pregătiți ca să meargă la spital (haine, igienă, produse de igienă) sau că nu au bani și nu vor avea un minim de confort în spital (pentru țigări, apă, etc)		
10	Lipsa unui suport pentru îngrijirea copiilor (de regulă în cazul femeilor care au copii)		

Nr crt	Problema	Cauze, detalii	Sugestii pentru rezolvarea problemei
q11	Alte dificultăți de ordin psiho - social ale beneficiarilor (abilități sociale reduse, nevoia de a sta pe stradă, imposibilitatea de a sta într-un loc, în spital, eventual în condiții de izolare (de exemplu pentru TBC)		
12	Discriminarea din partea pacienților, personalului medical (eventual pentru infecția cu HIV, dependență de droguri)		
13	Ce dificultăți întâmpină beneficiarii atunci când au nevoie de servicii de prevenire HIV/hep/TBC ? (schimb de seringi, tratament substitutiv, acces la mijloace de prevenire etc.)		
14	Alte probleme		

- B. Care sunt barierele pe care le-ați întâmpinat în activitatea dvs de facilitare a accesului beneficiarilor dvs. la serviciile medicale? [*Vă rugăm descrieți două dintre cazurile asistate de dvs și subliniați care au fost barierele întâlnite.*]
- C. Vă rugăm precizați care sunt sugestiile dvs. pentru ameliorarea cadrului legal sau organizatoric, de punere în practică a legislației domeniului evidenței persoanei, asistenței medicale și sociale care ar ajuta la un acces real al persoanelor vulnerabile la asistență medicală?
- D. Care sunt soluțiile găsite de beneficiarii dvs. pentru a accede totuși la servicii medicale?

---

## **GHID DE INTERVIU PENTRU BENEFICIARI (consumatori de droguri injectabile, persoane fără adăpost)**

**Obiective urmărite: experiențe de acces la servicii medicale, posibile bariere birocratice, costuri asociate îngrijirii medicale, servicii suport.**

### **A. Acces servicii medicale: testare, diagnostic, tratament:**

A.0. Care au fost problemele cele mai dificile în viața dvs.? Care sunt lucrurile pe care le apreciați sau la care tineți cel mai mult (pe care le-ați realizat, pe care le-ați primit) ? (*întrebare de deschidere a discuției și pentru contextualizare. Nu se insistă prea mult.*)

**A.1. Ce probleme de sănătate ați avut în viața dvs? Cum le-ați rezolvat?** (*se vor explora actul de identitate, trimiterea de la medicul de familie, asigurarea medicală, atitudinea personalului medical, alte documente cum ar fi adeverința lipsa venituri, alte probleme cum ar fi lipsa hainelor curate, etc*)

- Când ați fost ultima dată la un medic? Ce fel de medic era? Povestiți cum a decurs interacțiunea (*Ați întâmpinat probleme? Dacă da, ce probleme? Cum credeți că puteau fi evitate?*)
- Vi s-a întâmplat vreodată să vă simțiți rău și să doriți să mergeți la un medic și să nu vă duceți totuși? De ce nu v-ați dus? (*Ce ar fi trebuit să fie diferit pentru a merge?*)
- Ați vrut vreodată să mergeți la un medic, orice fel de medic și vi s-au solicitat bani? Ce specialitate, povestiți-mi.
- Ați apelat la medicul de familie? Cum este medicul de familie și cum l-ați găsit? Cât de ușor vă este să obțineți trimitere la spital sau la specialiști? Ce dificultăți sunt și cum le rezolvați? Ce sugestii aveți pentru a fi mai ușor?
- La ce medici specialiști (pentru anumite tipuri de boală), la ce spitale ați apelat?
- La ambulanță ați apelat?
- Ați ajuns vreodată la un spital de urgență?

***Dacă da, povestiți-mi pas cu pas [ce s-a întâmplat acolo] și spuneți ce probleme au fost, cum le-ați depășit și cum ar trebui să fie sistemul medical pentru ca oamenii să nu aibă aceste probleme.***

- Ce tratament vi s-a prescris și cum ați reușit să îl achiziționați și să îl urmați?
- De ce servicii puteți beneficia în calitate de pacient, în cazul în care vă suspectați de vreo boală?

### **A2.**

- Ați făcut un test HIV? Unde, cum, cine vi l-a recomandat? Ce dificultăți ați întâmpinat? Cum ați rezolvat?
- Dar teste pentru hepatită B și C? Dar radiografie sau altă analiză ori test pentru tuberculoză sau alte probleme legate de plămâni?
- Vi s-au cerut bani pentru testare și ce sumă? Trimitere de la medicul de familie? Card de sănătate?

***Dacă da, povestiți-mi pas cu pas ce s-a întâmplat acolo***

- 
- Considerați că stilul dvs. de viață vă expune la contactarea HIV, TBC, Hepatită? Dacă da, ce anume v-ar ajuta să mergeți să vă testați mai des?

### **A3.**

- Ce fel de act de identitate aveți? Cum l-ați făcut? Ce dificultăți ați întâmpinat? Cum ați rezolvat? cum ar trebui procedat ca să fie mai ușor?
- Ați încercat să vă faceți asigurare medicală în calitate de persoană fără venituri (dacă este cazul); ați încercat să vă faceți asigurare medicală în alt fel (ca și co-asigurat pentru soț/soție/în perioada de graviditate, în calitate de beneficiar al unui program de sănătate, în calitate de persoană cu handicap, etc)? Cum a fost, ce a trebuit să faceți și cum ar trebui procedat ca să fie mai ușor?
- Cum ati procurat cardul de sănătate? Ce dificultăți ați avut? Cum le-ați rezolvat? Cum ar trebui să fie organizat sistemul ca să fie mai ușor?

### **A4.**

- Au existat persoane care nu erau medici care v-au ajutat să ajungeți la medic (din organizații non-guvernamentale, asistenți sociali)? Cum anume v-au ajutat, povestiți-mi. De ce ați avea nevoie ca să puteți merge la medic mai des? Dacă v-ar sprijini cineva cu îndrumare? (aici se vizează suportul serviciilor sociale/psihologi).
- Ați fost vreodată în situația de a ajunge la un centru pentru persoane fără adăpost? Dacă da: ați fost testat pentru vreo boală? Ați beneficiat acolo de servicii medicale? Ați fost trimis către spitale pentru diferite clinici?

## **B. Acces la diagnostic și tratament pentru HIV, hepatite virale și tuberculoză**

*În cazul în care respondentul afirmă că are sau a avut una dintre bolile menționate, se continuă cu explorarea diagnosticării și tratamentului*

1. Dacă ați fost diagnosticat cu HIV/TBC/Hepatită, care au fost pașii pe care i-ați parcurs ulterior diagnosticului? (vor fi vizate: trimiteri, multe clinici, costuri)
2. Ați urmat tot tratamentul? Dacă nu, de ce? Ce v-ar fi ajutat să urmați tot tratamentul?
3. Care au fost cele mai dificile lucruri pe care a trebuit să le faceți? Ce v-ar fi ajutat să fie mai simplu să parcurgeți tot tratamentul?
4. Ați fost internat pe parcursul tratamentului? Cum a fost experiența din spital?
5. Ați avut interacțiuni neplăcute cu personalul medical? Povestiți-mi? Dar cu ceilalți pacienți?
6. A trebuit să plătiți ceva? Dacă da, ce anume și cât?
7. Medicul v-a solicitat să vă întoarceți la controale? Ați fost? Dacă nu, de ce?

***Dacă aveți orice sugestie de îmbunătățire a modului în care:***

1. Accesați serviciile medicale;
2. Trebuie să urmați tratamentul;
3. Ajungeți mai des la controale medicale.

---

**C. Pentru consumatorii de droguri – acces la servicii de prevenire și asistență medicală specifice pentru adicție și consum problematic (injectare)**

1. La ce servicii mergeți pentru prevenirea transmiterii HIV sau pentru tratarea adicției ?
  - Servicii de schimb de seringi
  - Centre de tratament substitutiv
  - Spital – secția de dezintoxicare
  - Alte servicii (post cură, centru de integrare socială și profesională) etc

Descrieți cum este accesul la aceste servicii. Cum ați ajuns acolo? Cum sunt aceste servicii? Ce dificultăți ați întâmpinat să le găsiți sau să le accesați (inclusiv dacă trebuie să plătiți)? Cum ați depășit aceste dificultăți și cum ar trebui să fie ele organizate ca să vă fie mai mult de ajutor ?

2. **Experiențe bune:** povestiți, dacă este cazul, despre un medic, un spital, un centru de asistență pentru consumatorii de droguri, care v-au fost de ajutor și spuneți cum anume v-au ajutat. Povestiți dacă este cazul despre un serviciu social care v-a ajutat să vă îngrijiți sănătatea și explicați vă rugăm, cum v-au ajutat.

---

## **CONSIMȚĂMÂNT DE INFORMARE CU PRIVIRE LA STUDIUL PRIVIND BARIERELE LEGALE ȘI CONCRETE / PRACTICE ÎN ACCESUL DE CĂTRE PERSOANELE VULNERABILE LA SERVICII EFICIENTE DE PREVENIRE, DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT PENTRU TBC/HIV/HVB/HBC**

### ***Stimate participant,***

Reprezint Fundația României Angel Appeal, care, în calitate de sub-recipient în Proiectul “**Abordarea provocărilor sistemului de sănătate privind controlul tuberculozei în România**”, implementează un studiu care își propune să identifice barierele legale și operaționale în accesul real al populațiilor cheie și vulnerabile la servicii eficiente de prevenire, diagnostic și tratament pentru TBC/HIV/HVB/HBC. Studiul va servi la revizuirea și/sau elaborarea legislației secundare și a procedurilor standard operaționale pentru asigurarea accesului real al populațiilor cheie și vulnerabile la servicii eficiente de prevenire, diagnostic și tratament pentru TBC/HIV/HVB/HBC. Proiectul este finanțat de Fondul Global de Luptă Împotriva SIDA, Tuberculozei și Malariei, prin Grantul de Tranziție ROU-T-MOH pentru care Ministerul Sănătății îndeplinește rolul de Primitor Principal.

Ați fost invitat să participați la acest studiu deoarece cunoștințele și experiența dumneavoastră de profesionist/de viață sunt foarte valoroase pentru noi și pot ajuta să punem în evidență prevederile legale și practicile concrete în domeniile medical și psiho-sociale, care împiedică/îngreunează accesul real al populațiilor vulnerabile la servicii eficiente de prevenire și tratament pentru TBC/HIV/HVB/HBC.

Urmează să participați la un focus grup/interviu în care vi se vor pune mai multe întrebări legate de experiența dvs. privind prevenirea, diagnosticul și tratamentul infecției cu HIV, hepatitelor virale B și C, a tuberculozei. Discuția noastră va dura circa 30-45 de minute și va fi înregistrată cu reportofonul, urmând să fie transcrisă.

### **Confidențialitate**

#### **A. Pentru persoanele din grupul țintă al persoanelor vulnerabile:**

**Toate răspunsurile pe care ni le dați vor rămâne confidențiale!** Numele dumneavoastră nu va fi înregistrat nicăieri, ci veți fi identificat cu un COD unic. Toate informațiile pe care ni le dați vor fi prelucrate, păstrate și utilizate conform cu regulile privind confidențialitatea în cercetare și numai pentru scopurile proiectului de față, iar după încheierea proiectului, aceste informații vor fi distruse.

#### **B. Pentru profesioniști și reprezentanții instituțiilor :**

Păstrarea confidențialității cu privire la nume, funcție și instituție este foarte importantă, prin urmare toate informațiile pe care ni le dați vor fi prelucrate, păstrate și utilizate conform cu regulile privind confidențialitatea în cercetare și numai pentru scopurile proiectului de față. Când vom utiliza răspunsurile date de dumneavoastră în rapoarte, nu vă vom menționa niciodată numele, funcția, instituția, iar după încheierea proiectului, aceste informații vor fi distruse. Numele dumneavoastră nu va fi înregistrat nicăieri, ci veți fi identificat cu un COD unic.

**Am citit/mi-au fost citite informațiile de mai sus. Mi s-au explicat aspectele pe care nu le-am înțeles și am putut pune întrebări la care am primit răspunsuri lămuritoare. Prin urmare, îmi dau consimțământul în următoarele condiții:**

- Participarea mea este voluntară. Eu singur/ă decid ce să răspund la întrebări. Pot întrerupe/părăsi interviul/discuția de grup în orice moment. Am dreptul să nu răspund la întrebări care mă fac să mă simt incomod sau nu știu răspunsul.
- Toate informațiile vor fi păstrate în condiții de strictă confidențialitate.
- Toate datele referitoare la mine vor fi șterse din transcrierea interviului/a discuției de grup
- Doar cercetătorii implicați în acest proiect vor utiliza transcrierea pentru cercetarea pe care o fac.
- Acest consimțământ informat va fi păstrat drept dovadă pentru protecția datelor personale într-un dulap închis, la RAA

.....  
Semnătura participantului

.....  
Data

.....  
Locul

**Date socio-demografice despre participant (pentru persoanele din grupul țintă al persoanelor vulnerabile)**

Codul participantului

(COD de tip ANA, ex: "PO ION 05 86 M » pentru Popescu Ion, născut în mai 1986)

		Observații
Vârsta		
Statut marital		
Copii în viață/ dintre ei minori	/	
Părinți		
Frați		
Alte rude		

Unde locuiți:  proprietate personală  spațiu închiriat  
 spațiu gratuit/părăsit  adăpost improvizat  
 Altele \_\_\_\_\_

Act de identitate: \_\_\_\_\_ localitatea de origine, respectiv de rezidență

Cu cine locuiți în prezent: \_\_\_\_\_

Situație școlară :  frecventează școala  a părăsit școala

Câte clase ați absolvit: \_\_\_\_\_

Asigurare medicală (DA/NU): \_\_\_\_\_

Medic de familie (DA/NU): \_\_\_\_\_

Handicap/dizabilitate (DA/NU): \_\_\_\_\_

Boli în prezent (dacă există): \_\_\_\_\_

În tratament pentru ce boală (prezent și istoric): \_\_\_\_\_

---

Consum de substanțe (în prezent sau istoric): \_\_\_\_\_

Ce servicii (pentru consumul de droguri) accesați ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

De când ? \_\_\_\_\_

Alte observații : \_\_\_\_\_

**Numele operatorului de interviu:** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

---

**LISTA INSTITUȚIILOR INTERVIEWATE**

<b>Nr.</b>	<b>Institutia</b>	<b>Interviuri efectuate</b>
1	Ministerul Sănătății - Agenția Națională pentru Programe de Sănătate	1
2	Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog	1
3	Casa Națională de Asigurări de Sănătate - Direcția Programe Curative	1
4	Spitalul Universitar de Urgențe (UPU)	1
5	Institutul de Pneumoftiziologie Marius Nasta	2
6	Institutul Național Boli Infecțioase Prof. Dr. Matei Baș	4
7	Spitalul Clinic Dr. Victor Babeș	1
8	Agenția Națională Antidrog	1
9	Poliția Locală a Municipiului București	1
10	DGASMB <ul style="list-style-type: none"><li>• Serviciul Urgențe Sociale</li><li>• Complexul de Servicii Integrate pentru Persoane Adulte Sf. Ioan</li></ul>	2
11	Complexul de Servicii Sociale persoane Adulte Sector 1 Odăi	1
12	Clinica Socială Regina Maria	1
13	Fundația PARADA	1
14	Serviciul de Ajutor Mobil de Urgență (Samusocial)	2
15	Asociația Română Anti-SIDA (ARAS)	1
16	Concordia	1
17	Carusel	1
18	CDI	5
19	PFA	8
	<b>TOTAL INTERVIURI</b>	<b>36</b>

---

## **LISTA INSTITUȚIILOR CONSULTATE CU PRIVIRE LA CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI**

1. Institutul Național Boli Infecțioase Prof. Dr. Matei Baș
2. Institutul de Pneumoftiziologie Marius Nasta
3. Spitalul Clinic Dr. Victor Babeș
4. Asociația Română Anti-SIDA (ARAS)
5. Asociația CARUSEL
6. Asociația pentru Apărarea Drepturilor Omului în România – Comitetul Helsinki (APADOR-CH)
7. Rețeaua Română de Reducere a Riscurilor (RHRN)
8. Uniunea Națională a Organizațiilor Persoanelor Afectate de HIV/SIDA (UNOPA)
9. Fundația Romanian Angel Appeal

---

**Acest material a fost realizat în cadrul Grantului ROU-T-MoH finanțat de Fondul Global de Luptă Împotriva SIDA, Tuberculozei și Malariei.**

**Primitor Principal: Ministerul Sănătății**

**Corectură, editare: Laura Ilie**

**Coordonator proiect: Camelia Olaru Raita, Fundația Romanian Angel Appeal**