

ტუბერკულოზის
ეროვნული სტრატეგია და
სამოქმედო გეგმა 2013-2015
იანვარი, 2013

საქართველოს ტუბერკულოზის სტრატეგიული გეგმა

2013-2015

აკრონიმები.....	3
მოკლე მიმოხილვა	4
თავი ა. შესავალი	7
მეთოდები.....	8
ზოგიერთი ტერმინის განმარტება:.....	9
თავი ბ. მიზნები და სამიზნე მაჩვენებლები.....	10
თავი გ. სიტუაციური ანალიზი.....	13
თავი დ. სტრატეგიული მიმართულებები, ამოცანები, სამიზნეები და ღონისძიებები	18
სტრატეგიული მიმართულება 1: ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის სამსახურებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა	18
1.1. ტუბერკულოზზე საეჭვო პაციენტების იდენტიფიცირების გაუმჯობესებისთვის ტუბერკულოზის სამსახურების ზოგადი პროფილის დაწესებულებებში ინტეგრაციის ხელშეწყობა	19
1.2. ტუბერკულოზის შემთხვევების ადრეული გამოვლენის უზრუნველყოფა, განსაკუთრებით ბავშვებში, ტუბერკულოზის გადამდები ფორმის მქონე პაციენტებთან კონტაქტში მყოფი პირების სწრაფი და სრულყოფილი გამოკვლევის გზით.....	20
1.3. პატიმართა შორის ტუბერკულოზის ყველა ფორმის დროული გამოვლენის უზრუნველყოფა	22
1.4. ხარისხიანი ლაბორატორიული გამოკვლევების უზრუნველყოფა ტუბერკულოზის და წამლისადმი რეზისტენტული ტუბერკულოზის სწრაფი, ზუსტი დიაგნოსტიკის ხელშეწყობის მიზნით	24
სტრატეგიული მიმართულება 2: ტუბერკულოზის მკურნალობისა და მოვლის მაღალი ხარისხი და საყოველთაო მოცვა	28
2.1. ტუბერკულოზის მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესება პაციენტზე ორიენტირებული მხარდაჭერით.	28
2.2. მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების დახმარების გაუმჯობესება	31
2.3. ხარისხიანი პირველი და მეორე რიგის ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების უწყვეტი მიწოდების უზრუნველყოფა	33
2.4. ტუბერკულოზის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება ჯანდაცვის რეფორმის ფარგლებში....	35
სტრატეგიული მიმართულება 3. საქართველოს ტუბერკულოზზე რეაგირების ეფექტური მმართველობა, ადეკვატური დაფინანსება და მონიტორინგი	37
3.1. ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის მმართველობისა და კოორდინაციის გაძლიერება	37
3.2. ქვეყანაში ტუბერკულოზის კონტროლის მდგრადი დაფინანსების მიღწევა არსებული რესურსების მაქსიმალური გამოყენების და დამატებითი რესურსების მოპოვების მიზნით.....	40
3.3. მონიტორინგის, შეფასების და ეპიდემიოლოგიის მონაცემების შეგროვება და ანალიზი ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიის გააზრების და ტუბერკულოზის პროგრამის განხორციელების გაუმჯობესების მიზნით.....	42
სტრატეგიული მიმართულება 4: პროფესიული კომპეტენციის მქონე ადამიანური რესურსების ხელმისაწვდომობა ყველა დონეზე და მხარდაჭერა საქართველოს ტუბერკულოზზე საპასუხო გეგმის სამიზნეების მისაღწევად.....	43
4.1. ტუბერკულოზის ძირითადი ფუნქციების შესასრულებლად საჭირო ადამიანური რესურსების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ეროვნულ, რეგიონულ და რაიონულ დონეზე პაციენტის მოვლისა და ტუბერკულოზის პროგრამის სამიზნე მაჩვენებლების მისაღწევად.....	44
სტრატეგიული მიმართულება 5. ტუბერკულოზის ტრანსმისიის პრევენცია სამედიცინო დაწესებულებებსა და პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში	45
5.1. სტრატეგიული ამოცანა: შემცირდეს ტუბერკულოზის გადაცემის რისკი სამედიცინო დაწესებულებებში და პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში ადეკვატური ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების საშუალებით	46

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის
პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

სტრატეგიული მიმართულება 6: ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების და თემის ჩართულობის გაძლიერება	48
6.1 დაარსდეს თემზე დაფუძნებული DOT წარმატებული მკურნალობის ხელშეწყობისათვის. 49	
6.2 კომუნიკაციის და სოციალური მობილიზაციის მეშვეობით შემცირდეს ტუბერკულოზთან დაკავშირებული სტიგმა.....	50
სტრატეგიული მიმართულება 7. გაძლიერდეს ტბ / აივ სამსახურთა თანამშრომლობა, რათა შეამცირდეს ტუბერკულოზის ტვირთი აივ ინფიცირებულ პირებში და აივ-ის ტვირთი ტუბერკულოზით დაავადებულ პირებში.....	50
7.1. აივ ტვირთი-ის შემცირება ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებში ტუბერკულოზის ყველა რეგისტრირებულ შემთხვევაში აივ ტესტირებითა და აივ დადებითი ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების სიკვდილობის თავიდან აცილების გზით	50
7.2. აივ ინფიცირებულებსა და საინექციო ნარკოტიკების მომხმარებლებს შორის ტუბერკულოზის ტვირთის შემცირება	53
8. ეროვნული ტუბსაწინააღმდეგო სტრატეგიის დანერგვა 2013-2015.....	53
8.1. აუცილებელი ფინანსური რესურსები	54
დანართი 1. კავშირი საქართველოსა და საერთაშორისო მასშტაბით მოქმედ გეგმებსა და სტრატეგიებთან....	57
დანართი 2. როლების განსაზღვრა ეროვნულ და რეგიონალურ დონეზე ტუბერკულოზის ფუნქციური მართვისათვის.....	59
დანართი 3. პრობლემები, რომლებიც საჭიროებენ შეფასებას და ანალიზს (ან ოპერაციული კვლევა).....	65
დანართი 4. მონიტორინგი და შეფასება	67
დანართი 5: ტექნიკური დახმარების გეგმა	72
დანართი 6: სამოქმედო გეგმა ტუბერკულოზის ეროვნული სტრატეგიის განხორციელებისთვის.....	75
სურათების ჩამონათვალი:	
სურათი 1.ტუბერკულოზის შემთხვევების რეგისტრაციის მაჩვენებელი და სავარაუდო ინციდენტობის მაჩვენებელი, 1990-2011, საქართველო.....	13
სურათი 2. ტუბერკულოზის ყველა რეგისტრირებული შემთხვევა 1999-2011 (აბსოლუტური რიცხვები).....	14
სურათი 3. მულტირეზისტენტული შემთხვევები, როგორც ახალი და წარსულში ნამკურნალები პაციენტების %, 2006-11.....	15
სურათი 4. მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მქონე პაციენტები, რომლებიც ვერ განიკურნა.....	16
სურათი 5. რეგისტრირებული მულტირეზისტენტული შემთხვევების რაოდენობა, საქართველო, 2005-2011. 17	
სურათი 6. ტუბერკულოზის შემთხვევების რაოდენობა სამოქალაქო სექტორსა და პენიტენციურ სისტემაში, საქართველო, 2002-2011	23
სურათი 7 ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის ორგანიზაციული მოწყობის სქემა.....	25
ცხრილების ჩამონათვალი:	
ცხრილი 1. შედეგების ჩარჩო (ლოგიკური მოდელი) ძირითადი ინდიკატორებით	11
ცხრილი 2. ტუბერკულოზის შემთხვევათა გამოვლენა შერჩეული ციხეების პატიმრებს შორის, 2011წლის მაისიდან 2012 წლის მარტამდე (11 თვე).....	23
ცხრილი 3. 2010 წელს დაწყებული აივ დადებითი ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მკურნალობის შედეგები.....	52
ცხრილი 4: პოტენციური ბენეფიციარების სავარაუდო რაოდენობა.....	54
ცხრილი 5. ტუბერკულოზის სამოქმედო გეგმის დანერგვის ბიუჯეტი 2013-2015 წწ-თვის (ინფლაცია გათვალისწინებული არ არის)	55

აკრონიმები

აკსმ	ადვოკატირება, კომუნიკაცია და სოციალური მობილიზაცია
ამ	ანტირეტროვირუსული მკურნალობა
აივ	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი
გვ	გლობალური ფონდი
დკეც	დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი
DOTS	უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობის მოკლე კურსი
DR –TB	მედიკამენტებისადმი რეზისტენტული ტუბერკულოზი
ერლ	ეროვნული რეფერენს ლაბორატორია
თსმუ	თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი
KAP	ცოდნის, დამოკიდებულებისა და პრაქტიკის კვლევა
MGIT	მიკობაქტერიის დეტექცია ზრდის ინდიკატორი მილის საშუალებით
MDR – TB	მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზი
მშკ	მწვანე შუქის კომიტეტი
პჯდ	პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები
სრლ	სუპრანაციონალური რეფერენს ლაბორატორია
სპიდს	სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტრო
შჯსდს	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
ტფდეც	ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი
ტეპ	ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამა
ტბ	ტუბერკულოზი
ტდ	ტექნიკური დახმარება
ტპპ	ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტი
USAID	აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტო
ქმს	ქვეყნის მაკოორდინირებელი საბჭო
ჯანმო	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
ჯმსს	ჯანდაცვის მენეჯმენტის საინფორმაციო სისტემა
XDR-ტბ	ექსტენსიური რეზისტენტობის ტუბერკულოზი

მოკლე მიმოხილვა

უკანასკნელ წლებში საქართველომ მნიშვნელოვან წარმატებას მიაღწია ტუბერკულოზის ეპიდემიასა და მულტირეზისტენტულ ტუბერკულოზთან (MDR-ტბ) ბრძოლაში. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, 2000 წლიდან საქართველოში ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების, გავრცელება და სიკვდილობა სტაბილურად მცირდება. ჯანდაცვის სისტემის მიმდინარე ფუნდამენტური რეფორმების კონტექსტში, დღემდე მიღწეული შედეგების შენარჩუნების მიზნით, წინამდებარე სტრატეგიული გეგმა მიმართულია საქართველოს წინაშე არსებული, იმ ძირითადი გამოწვევების დაძლევაზე, როგორცაა წამლისადმი რეზისტენტობა, ტუბერკულოზი თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში და დონორის დაფინანსების მოსალოდნელი შემცირების პირობებში შიდა რესურსების მობილიზება არსებული პროგრამების შესანარჩუნებლად.

მულტირეზისტენტობა მნიშვნელოვნად ართულებს ტუბერკულოზის ეპიდემიას საქართველოში, ვინაიდან ასეთ შემთხვევებში საჭიროა ტუბერკულოზის 2 წლიანი მკურნალობა უფრო ტოქსიკური, ძვირი და ნაკლებად ეფექტური მედიკამენტებით. მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზი, რეგულარული ტუბერკულოზის მსგავსად, ერთი ადამიანისაგან მეორეს გადაეცემა ჰაერის გზით. საქართველო ერთ-ერთია მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის ყველზე მეტი ტვირთის მქონე მსოფლიოს 27 ქვეყანას შორის.

საქართველოში დანერგილია ტუბერკულოზისა და წამლისადმი რეზისტენტობის სწრაფი ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის ახალი ტექნოლოგიები, რამაც 2011 წელს სავარაუდო მულტირეზისტენტული შემთხვევების 63%-ის გამოვლენის საშუალება მოგვცა. თუმცა, ეს მიუთითებს, რომ მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მქონე პაციენტთა ერთი მესამედი გამოუვლენელი რჩება. ისინი მკურნალობისთვის სამედიცინო დაწესებულებას არ მიმართავენ და საზოგადოებაში ინფექციის წყაროს წარმოადგენენ. მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის მიუხედავად, პაციენტების თითქმის მესამედი მკურნალობას არ ასრულებს. რაც ცუდი გამოსავლებისა და ინფექციის შემდგომი გავრცელების წინაპირობაა. მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის გადამდები ფორმით დაავადებული პაციენტების „რეზერვუარი“ დიდია, რაც თავისთავად პირველადი რეზისტენტობის აღმოცენებისთვის სახარბიელო პირობებს ქმნის. ტუბერკულოზის ყოველი მეათე ახალი შემთხვევა მულტირეზისტენტულია. ასეთ პაციენტებს არასდროს ჩატარებიათ ანტიტუბერკულოზური მკურნალობა და ისინი დაინფიცირდნენ მულტირეზისტენტული ფორმის მქონე პაციენტის მიერ გამოყოფილი მიკობაქტერიის ჩასუნთქვით. ახალ პაციენტებში რეზისტენტობის ამგვარი გავრცელება საგანგაშო ნიშანია და დაუყოვნებელი ჩარევის აუცილებლობაზე მიუთითებს.

ტუბერკულოზი სერიოზული პრობლემაა პენიტენციურ სისტემაში. მიმდინარე აქტიური სკრინინგი საშუალებას იძლევა დროულად გამოვლინდეს ტუბერკულოზი პატიმრებში. 2011 წლის მონაცემებით ტუბერკულოზის ყოველი მეხუთე შემთხვევა პატიმრებში ფიქსირდება. დახურულ სივრცეში ინფექციის გავრცელების რისკი კიდევ უფრო მაღალია. ამდენად, ციხის შიგნით და გათავისუფლების შემდეგ ტუბერკულოზის გავრცელების

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

პრევენციისათვის აუცილებელია პენიტენციურ სისტემაში ტუბერკულოზის შემთხვევათა ადრეულ გამოვლენასა და მკურნალობაზე მიმართული ძალისხმევის გაძლიერება.

ტუბერკულოზის კონტროლის გაუმჯობესება ქვეყანაში მთავრობისა და დონორების მნიშვნელოვან ინვესტიციებს მოითხოვს. ამჟამად, ტუბერკულოზის კონტროლის რამდენიმე ძირითადი ფუნქცია (ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების შეძენა და მართვა, პერსონალის სუპერვიზია, საკვებით უზრუნველყოფა და პაციენტთა ტრანსპორტირების დახმარება) მნიშვნელოვანწილად გლობალური ფონდის დაფინანსებაზეა დამოკიდებული. გლობალური ფონდის ტუბერკულოზის პროექტი, ისევე როგორც აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს (USAID) ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტი 2015 წელს დასრულდება. შესაბამისად, 2013-2015 წლები კრიტიკული მნიშვნელობის შუალედია, როდესაც უნდა დადგინდეს, თუ რომელ ინვესტიციას მოჰყვა მეტი შედეგი და განისაზღვროს, თუ როგორ შეიძლება მათი ჩანაცვლება ადგილობრივი რესურსებით. წინამდებარე გეგმის მიზანია ტუბერკულოზის კონტროლის ძირითადი ფუნქციების და ბიუჯეტის განსაზღვრა ისე, რომ საქართველომ შეძლოს გაწეული ინვესტიციის შედეგების შენარჩუნება და გაუმჯობესება. ტუბერკულოზის კონტროლის ძირითადი ფუნქციების შეუსრულებლობა გაზრდის ტუბერკულოზის გავრცელების რისკს, რასაც უფრო დიდი დანაკარგები მოჰყვება, როგორც ფინანსური, ასევე ადამიანური თვალსაზრისით.

გასულ წელს საქართველოს ჯანდაცვის სისტემაში მიმდინარე ძირეული რეფორმები ტუბერკულოზის ეროვნულ პროგრამასაც შეეხო. 2012 წელს, მანამდე სპეციალიზებული ტუბდისპანსერები ორგანიზაციულად ზოგადი პროფილის კლინიკებს შეერწყა. ასევე გადანაწილდა ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრის ფუნქციებიც. დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრსა ნაწილობრივ გადაეცა ტუბერკულოზის ეპიდზედამხედველობის ფუნქცია, ტუბერკულოზით დაავადებულ პირთა კონტაქტების მოძიება და მათი გამოკვლევის დაწყება; ასევე, დეცე-ისადმი დაქვემდებარებულ ლაბორატორიებს დაეკისრა ნახველის მიკროსკოპიის შესრულება და ტრანსპორტირების უზრუნველყოფა. რაც შეეხება პენიტენციური სისტემის ჯანდაცვის სამსახურებს, იგეგმება ერთიანი სტანდარტებისა და მარეგულირებელი სივრცის შექმნა პენიტენციური და სამოქალაქო სექტორებისთვის. ამგვარი მოწყობის პირობებში უკეთესი პირობები შეიქმნება ტუბერკულოზის სამსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და კოორდინაციისთვის.

ტუბერკულოზის სამსახურების ინტეგრაციას ამბულატორიულ ქსელში, ადეკვატური ორგანიზაციული და ფუნქციური ხელშეწყობის პირობებში, ტუბერკულოზის ნიშნების და სიმპტომების მქონე პაციენტების გამოვლენის გაუმჯობესების მაღალი პოტენციალი გააჩნია. ადრეული გამოვლენა, თავის მხრივ დროული დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და გამოსავლების გაუმჯობესების აუცილებელი პირობაა. ასევე, სისტემის გაძლიერების თვალსაზრისით პოზიტიური შედეგებია მოსალოდნელი ტუბერკულოზის ეპიდზედამხედველობის, კონტაქტების კვლევისა და ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის საერთო სისტემაში ინტეგრირების ფონზე. თუმცა, ამ პროცესს კარგი კოორდინაცია და სათანადო ინსტიტუციური უზრუნველყოფა სჭირდება. ახალ მონაწილეებს შეუძლიათ ტუბერკულოზის კონტროლის ხელშეწყობა ახალი რესურსის მეშვეობით. გასათვალისწინებელია ჯანდაცვის ეროვნული სტრატეგიის სხვა

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

მიმართულებებიც, რამაც უნდა გააძლიეროს ტუბერკულოზის კონტროლის პროგრამა. მაგ. სანებართვო პირობები სამედიცინო დაწესებულებებისათვის, ექიმებისა და ექთნების აკრედიტაცია, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გაიდლაინები, ჯანდაცვის ერთიანი საინფორმაციო სისტემის შექმნა, ხარისხიანი მედიმანტების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება, პაციენტთა უფლებების დაცვა და ნოზოკომიური ინფექციების პრევენცია.

რეფორმის პროცესში რთული ცვლილებების განხორციელებისთვის აუცილებელია რიგი პრობლემებისა და გამოწვევების გათვალისწინება. ცვალებად გარემოში არსებითია ცენტრალური და რეგიონული სტრუქტურების, მათ შორის შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს, ტუბერკულოზის და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის, დაავადებათა კონტროლის ცენტრისა და ტუბერკულოზის პროგრამის რეგიონულ დონეზე მაკოორდინირებელი ერთეულების როლებისა და ფუნქციების განსაზღვრა. ახალ მოთამაშეებს ტუბერკულოზის კონტროლის არაერთგვაროვანი ცოდნა და გამოცდილება გააჩნიათ. ჯერ-ჯერობით მხოლოდ დანერგვის ფაზაშია კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გაიდლაინი და პროტოკოლები. ასევე, განვითარებას საჭიროებს ტუბერკულოზის სამსახურებზე მონიტორინგის სისტემა. გარდამავალ პერიოდში, კვალავაც მნიშვნელოვანია ტბ კონტროლისთვის რიგი ფუნქციების შენარჩუნება, როგორც ცენტრალურ, ასევე რეგიონულ დონეებზე. ამგვარ კრიტიკულ ფუნქციებს მიეკუთვნება: პოლიტიკის განსაზღვრა, ტბ პროგრამის შესრულებაზე მონიტორინგი და ხარისხის უზრუნველყოფა, კლინიკური და ლაბორატორიული ექსპერტიზის მუდმივი შეფასება და პერსონალის საქმიანობაზე ზედამხედველობა. წინამდებარე გეგმის მიზანია, ჯანდაცვის მიმდინარე რეფორმის კონტექსტში ტუბერკულოზის ეროვნული პასუხის უზრუნველყოფისთვის პოტენციური რისკებისა და შესაძლებლობების შეფასება და იმ გამოწვევების დაძლევის გზების შეთავაზება, რაც საქართველოს 2016 წლის ტუბერკულოზის კონტროლის სამიზნეების მიღწევის საშუალებას მისცემს.

სტრატეგიული გეგმა მიზნად ისახავს საქართველოში ტუბერკულოზის გავრცელების შეჩერებას და ტუბერკულოზთან დაკავშირებული ტვირთის შემცირებას, ტუბერკულოზის მქონე ყველა პაციენტის (მულტი/ექსტენსიურად -რეზისტენტულის ჩათვლით) ხარისხიანი დიაგნოსტიკითა და მკურნალობით უნივერსალური მოცვის მდგრადი უზრუნველყოფის გზით. ამ მიზნის მისაღწევად გეგმაში დასახულია რეგულარული და რეზისტენტული ტუბერკულოზის გამოვლენისა და მკურნალობის გაუმჯობესების სამიზნე მაჩვენებლები. მათ მისაღწევად საჭიროა ქვემოთ ჩამოთვლილი ქმედებების განხორციელება, რომლებიც დაჯგუფებულია 7 სტრატეგიული მიმართულების და 17 სტრატეგიული ამოცანის შესაბამისად.

ეს გეგმა, რომელიც ტუბერკულოზის ეროვნულ პროგრამაში მონაწილე ყველა დაინტერესებული მხარის პოზიციას წარმოადგენს, შესაფერისი საშუალებაა საჭირო რესურსის მობილიზაციისა და პოლიტიკური ცვლილებების მხარდაჭერისთვის.

თავი ა. შესავალი

საქართველოში მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმის მთავარი მიზანი ხარისხიან სამედიცინო მომსახურებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდაა, რაც კერძო დაწესებულებების ქსელის გაძლიერებით და დაზღვეულთა რაოდენობის ეტაპობრივი მატების გზით ხორციელდება. რეფორმა ტუბერკულოზის ეროვნულ პროგრამაში მონაწილე სტრუქტურებსაც შეეხო. პროგრამის მართვის პასუხისმგებლობები ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრსა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრს შორის გადანაწილდა. ტუბერკულოზის მომსახურების მიწოდებაში ჩაერთვნენ კერძო, ზოგადი პროფილის სავადმყოფოები, რომლებსაც ამ სფეროში მუშაობის მცირე გამოცდილება გააჩნიათ. ამგვარი ცვლილებების ფონზე დადგა ტუბერკულოზის ეროვნული სტრატეგიის განახლების აუცილებლობის საკითხი. საქართველოს აივ/შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის ქვეყნის მაკოორდინირებელ საბჭოსა და შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ინიციატივით შეიქმნა სამუშაო ჯგუფი, რომელსაც 2013-2015 წლების ტუბერკულოზის ეროვნული სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის შემუშავება დაევალა. ტუბერკულოზის მომსახურების ვერტიკალურიდან ინტეგრირებულ მოდელზე გადასვლის პროცესში ტუბერკულოზის ეროვნული სტრატეგია შეასრულებს გზამკვლევის ფუნქციას. ამ გზით, ეს დოკუმენტი ხელს შეუწყობს ადგილობრივ და საერთაშორისო ორგანიზაციებს საქმიანობის დაგეგმვასა და კოორდინაციაში.

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული სტრატეგია მკაფიოდ აყალიბებს საკუთარი მოქალაქეების ტუბერკულოზისგან დაცვის პოლიტიკური ვალდებულებას. ჯანდაცვის ეროვნული სტრატეგიის შესაბამისად ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის მიზანია 2005 წელთან შედარებით 2016 წლისთვის ტუბერკულოზის გავრცელების 25%-ით შეამცირება. ასევე, საქართველო აღიარებს ჯანმოს ევროპის რეგიონში წამლისადმი რეზისტენტული ტუბერკულოზის პრევენციისა და მასთან ბრძოლის გეგმას- „M/XDR-ტუბერკულოზის პრევენციისა და მასთან ბრძოლის კონსოლიდირებული სამოქმედო გეგმა 2011-2015.“⁶ 2011 წლის სექტემბერში ბაქოში, საქართველომ მისი ჯანმრთელობის ეროვნული სტრატეგიის კონსოლიდირებულ სამოქმედო გეგმასთან ჰარმონიზაციის ვალდებულება აიღო.

2013-2015 წლების ტუბერკულოზის ეროვნული სტრატეგია ეფუძნება საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული სტრატეგიის 2011-15² ძირითად პრინციპებს:

- თანაბარი ხელმისაწვდომობა
- პაციენტზე ორიენტაცია
- ფინანსური ხელმისაწვდომობა და ეფექტურობა
- საზოგადოებრივი და კერძო სტრუქტურების პარტნიორობა და ჯანსაღი კონკურენცია
- გამჭვირვალობა და საზოგადოების ჩართულობა
- რესურსების ადეკვატური განაწილება
- ინტერსექტორული მიდგომა

მეთოდები

ტუბერკულოზის ეროვნული სტრატეგია ადგილობრივი და საერთაშორისო ექსპერტების მონაწილეობით, ფართო საკონსულტაციო პროცესის ფონზე შემუშავდა. სტრატეგიის მომზადებას წინ უძღოდა ხანგრძლივი სიტუაციური ანალიზი, რამაც სისტემაში არსებული პრობლემები სრულად გამოავლინა და სტრატეგიაში მათი ასახვის საშუალება მოგვცა.

ტუბერკულოზის ეროვნული სტრატეგია 2013-2015 წლებისთვის ქვეყნის *ჯანდაცვის ეროვნული სტრატეგიის*² და საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ შემოთავაზებული სტრატეგიებისა და გზამკვლევების შესაბამისად ჩამოყალიბდა და ამომწურავად ასახავს ტუბერკულოზის კონტროლის ყველა ასპექტს. კერძოდ, გეგმის შედგენისათვის განხილულ იქნა ქვემოთ ჩამოთვლილი გეგმები და სტრატეგიები:

საქართველოს

- *ჯანდაცვის ეროვნული სტრატეგია, 2011-2015*
- *აივ/შიდსის ეროვნული სტრატეგიული გეგმა 2011-2016*
- *ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემის განვითარების სტრატეგია, შუგლს 2011*
- *მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის 5 წლიანი გაფართოების გეგმა, „მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის პრევენცია და მართვა საქართველოში (2010-2015)“*
- *ტუბერკულოზის კონტროლისათვის ადვოკატირების, კომუნიკაციისა და სოციალური მობილიზაციის ეროვნული სტრატეგია, 2011-2013*
- *ინფექციის კონტროლის ეროვნული გეგმა, პროექტი 2010*
- *შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის გრანტის (GEO-T-GPIC) შესრულების ჩარჩო*
- *აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს ტუბერკულოზის პრევენციის სტრატეგია 2011-2015 და საქართველოს ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის სამუშაო გეგმა (2012-13)*

ჯანმოს

- *ევროპის რეგიონში წამლისადმი რეზისტენტული ტუბერკულოზის პრევენციისა და მასთან ბრძოლის გზამკვლევი: M/XDR-ტუბერკულოზის პრევენციისა და მასთან ბრძოლის კონსოლიდირებული სამოქმედო გეგმა 2011-2015*
- *ტუბერკულოზის შეჩერების გლობალური გეგმა: 2011-2015*

ასევე გათვალისწინებული იყო მწვანე შუქის კომიტეტის (Green Light Committee¹) და წამლების გლობალური სააგენტოს (Global Drug Facility¹⁷) 2012 წლის მისიების და ადგილობრივი კონსულტანტების შეფასებები და რეკომენდაციები.

ეს გეგმა მოიცავს გრძელ-, საშუალო- და მოკლევადიანი შედეგების ინდიკატორებს. პროცესის ინდიკატორები ასახულია სამოქმედო გეგმაში თითოეული ინტერვენციისთვის

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

(იხ.დანართი 4). ინდიკატორებთან ერთად განსაზღვრულია სამიზნე მაჩვენებლებიც სტრატეგიის განხორციელების თითოეული წლისა და მისი მოქმედების ვადის დასასრულისთვის. შეირჩა ის ინდიკატორები, რომლებიც საქართველოში რუტინულად გროვდება და ეროვნულ და საერთაშორისო ორგანიზაციებთან (ჯანმო) ანგარიშგების აუცილებელ ნაწილს წარმოადგენს. სამიზნე მაჩვენებლები შესაბამისობაშია საქართველოს შესაფერისი სტრატეგიებითა^{2,3,4,5} და ჯანმოს^{6,7} მიერ განსაზღვრულ დონეებთან. მე-4 დანართში მოცემული მონიტორინგისა და შეფასების ჩარჩო აღწერს წყაროსა და სამიზნე მაჩვენებელს თითოეული ინდიკატორისთვის და ასევე უკანასკნელი პერიოდის მონაცემებს. წინამდებარე სტრატეგიის ერთ-ერთი აქტივობა სწორედ მონიტორინგისა და შეფასების გეგმის შემუშავებაა, რომელიც ინდიკატორებთან ერთად დაადგენს მათი შეგროვების სიხშირეს, წყაროს, მეთოდოლოგიას და პასუხისმგებელ მხარეებს.

გეგმაში აღწერილი აქტივობები გახდება საფუძველი უფრო სპეციფიკური, დეტალური, დროში გაწერილი ქმედებებისთვის. ეს ღონისძიებები და მათ განხორციელებაზე პასუხისმგებელი ორგანიზაციები წარმოდგენილია დანართში 2ა,ბ . დანართში 5 წარმოდგენილია გეგმის ბიუჯეტი, რაც სრულად ასახავს უახლოეს პერიოდში სტრატეგიის ამოცანების შესასრულებლად საჭირო ფინანსურ რესურსს.

ზოგიერთი ტერმინის განმარტება:

ქვემოთ განმარტებულია სტრატეგიაში გამოყენებული ზოგიერთი საკვანძო ტერმინი:

- **ტუბერკულოზი** (ტბ) მოიცავს ტუბერკულოზის ყველა ფორმას, წამლისადმი რეზისტენტული ფორმების ჩათვლით.
- **მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზი** (MDR-ტბ) დაავადება გამოწვეული მიკობაქტერიით, რომელიც მდგრადია პირველი რიგის, სულ მცირე, ორი ყველაზე ეფექტური წამლის - იზონიაზიდისა და რიფამპიციინის მიმართ.
- **ექსტენსიურად რეზისტენტული** (XDR) დაავადება გამოწვეული მიკობაქტერიით, რომელიც რეზისტენტულია იზონიაზიდის, რიფამპიციინის და ორი მნიშვნელოვანი მეორე რიგის წამლის - ნებისმიერი ფტორქინოლონისა და საინექციო საშუალებებიდან ერთერთის მიმართ.
- **ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამა** (ტეპ) გულისხმობს ტუბერკულოზის ეროვნული პასუხის უზრუნველყოფისთვის პროცესში ჩართული ყველა მხარის-სახელმწიფო, კერძო და არასამთავრობო ორგანიზაციების ძალისხმევას ტუბერკულოზთან დაკავშირებული ტვირთის შემცირებისთვის.

თავი ბ. მიზნები და სამიზნე მაჩვენებლები

მიზანი: სტრატეგიის მიზანია საქართველოში ტუბერკულოზის გავრცელების შეჩერება და დაავადებასთან დაკავშირებული ტვირთის შემცირება.

სტრატეგიის განხორციელების შედეგად, 2015 წლისთვის,

- ტუბერკულოზის შეტყობინების მაჩვენებელი შემცირდება, სულ მცირე, 1%-ით ყოველწლიურად
- ტუბერკულოზის სავარაუდო სიკვდილიანობის მაჩვენებელი შემცირდება 3.7-დან 3-მდე ყოველ 100 000 მოსახლეზე
- მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის პრევალენტობა ადრე ნამკურნალებ შემთხვევათა შორის იქნება <12%. (2011 წლის მაჩვენებელი: 32%)
- ექსტენსიურად რეზისტენტული შემთხვევების წილი მულტირეზისტენტულ პაციენტებს შორის შემცირდება, სულ მცირე, 2%-ით (2011 წლის მაჩვენებელი: 6%)

ტუბერკულოზის შემთხვევათა გამოვლენის საშუალო-ვადიანი შედეგების ინდიკატორები და სამიზნე მაჩვენებლები

2015 წლისთვის,

- რეგისტრირებული პაციენტების მაჩვენებელი შემცირდება 102 ახალ და ადრე ნამკურნალებ შემთხვევებამდე 100,000 მოსახლეზე (2011 წელს: 105/100,000 მოსახლეზე)
- გამოვლინდება სავარაუდო მულტირეზისტენტული შემთხვევების 85%-ზე მეტი (2011 წლის მაჩვენებელი: 63%)

ტუბერკულოზის მკურნალობის¹ საშუალო-ვადიანი შედეგების ინდიკატორები და სამიზნე მაჩვენებლები

პაციენტთა კოჰორტაში, ვინც მკურნალობას დაიწყებს 2012 წელს,

- ახალი ნაცხით და/ან კულტურით დადებითი შემთხვევების > 85% წარმატებულად ჩაუტარდება მკურნალობა (2010 წლის კოჰორტა: 76%)
- მულტირეზისტენტული პაციენტების > 75% წარმატებულად ჩაუტარდება მკურნალობა (2009 წლის კოჰორტა: 53%)

ტუბერკულოზის ეროვნული სტრატეგია აგებულია 1 ცხრილში მოცემული ლოგიკური მოდელის მიხედვით. ცხრილში ასახულია შვიდი სტრატეგიული მიმართულება. 3-7

1. თითოეული მიმართულების დამატებითი ინდიკატორებისა და სამიზნე მაჩვენებლებისათვის იხილეთ თავი D და დანართი 4. დანართი 4 ასევე მიუთითებს წყაროს ყოველი ინდიკატორისა და სამიზნისათვის.

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

სტრატეგიული მიმართულებები „ჯვარედინ-გადამკვეთია“ და ამდენად მნიშვნელოვანია ტუბერკულოზის როგორც დიაგნოსტიკის, ასევე მკურნალობისათვის.

ცხრილი 1. შედეგების ჩარჩო (ლოგიკური მოდელი) ძირითადი ინდიკატორებით

(დამატებითი ინდიკატორებისა და სამიზნეების რიცხვითი მნიშვნელობისათვის იხილეთ თავი D და დანართი 4)

სტრატეგიული მიმართულება	მოკლევადიანი შედეგები →	საშუალოვადიანი შედეგები →	გრძელვადიანი შედეგები
1. ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა	<p>ტუბერკულოზზე საექვო პაციენტებს უტარდებათ ნახველის გამოკვლევა</p> <p>ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებს უტარდებათ წამლისადმი გამძლეობის ტესტი*</p> <p>დროული, ზუსტი ლაბორატორიული გამოკვლევა</p>	<p>ტუბერკულოზის და მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის შემთხვევების* რეგისტრირდება</p>	<p>ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება</p> <p>ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებს შორის</p>
2. ტუბერკულოზის მკურნალობა	<p>პაციენტების მხარდაჭერა</p> <p>წამლებით უწყვეტი მომარაგება</p>	<p>ტუბერკულოზის და მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მქონე* პაციენტების მკურნალობა წარმატებულია</p> <p>შემცირებულია სიკვდილობა, შეწყვეტილი მკურნალობა, წარუმატებელი მკურნალობა*</p>	<p>რეზისტენტული ფორმების შემცირება</p> <p>ტუბერკულოზის ნაკლები შემთხვევები სამედიცინო დაწესებულებების თანამშრომლებს შორის</p>
3. მმართველობა, დაფინანსება და მონიტორინგი	<p>ტბ ეროვნული პროგრამის დაფინანსებაში სახელმწიფო წილი</p>	<p><i>(ხელს უწყობს ამ სვეტში მოცემული შედეგების მიღწევას)</i></p>	<p>ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებს შორის აივ ინფექციის</p>
4. ადამიანური რესურსები	<p>სამედიცინო პერსონალი, რომელიც აღწევს საქმიანობის მაღალ სტანდარტს</p>		
5. ინფექციის კონტროლი	<p>დაწესებულებები, რომელთაც აქვთ ტუბერკულოზური ინფექციის კონტროლის ფუნქციონირებადი გეგმა</p>		

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

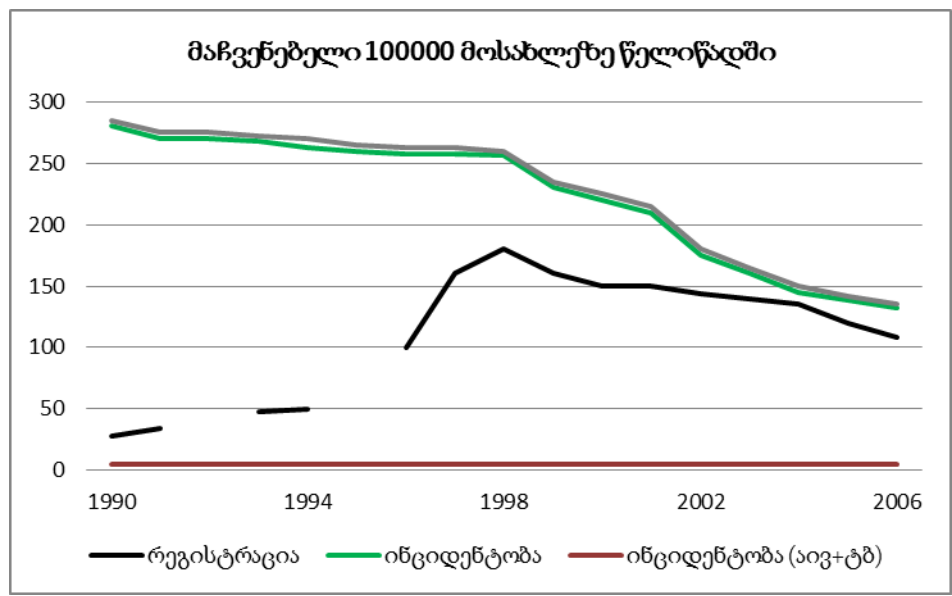
<p>6. ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებისა და საზოგადოების ძალაუფლებით აღჭურვა</p>	<p>ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებს მკურნალობის პროცესში დახმარებას უწევენ თემის ტრენირებული წევრები</p>		<p>შემცირება</p>
<p>7. ტუბერკულოზისა და შიდსის სამსახურების თანამშრომლობა</p>	<p>ტუბერკულოზის მქონე პაციენტები დადგენილი აივ სტატუსით</p> <p>აივ პაციენტები, რომელთაც ჩაუტარდათ სკრინინგი ტუბერკულოზზე</p>	<p>აივ + ტუბერკულოზის მქონე შემთხვევების გამოვლენა</p> <p>ტუბერკულოზის მკურნალობის გამოსავალი აივ და ტუბერკულოზის კონიფექციის მქონე პაციენტებისათვის გაუმჯობესებულია</p>	
<p>შენიშვნა: *ამ ინდიკატორების ანალიზი უნდა მოხდეს ახალი და ადრე ნამკურნალები შემთხვევების, სამოქალაქო სექტორში და ციხეში მყოფი პირების, მულტირეზისტენტული და სხვა სახის რეზისტენტული ფორმების, ბავშვებისა და მოზრდილების, მამაკაცებისა და ქალების, და საქართველოს რეგიონების მიხედვით.</p>			

თავი გ. სიტუაციური ანალიზი

ტუბერკულოზის გავრცელება: ჯანმოს შეფასებით, 2011 წელს საქართველოში სავარაუდოდ, 6,900 მოქალაქე (მოსახლეობის 0.159%) იყო დაავადებული ტუბერკულოზით. საქართველომ მიაღწია ათასწლეული განვითარების მე-6 მიზანს (ტუბერკულოზის ინციდენტობის შემცირების დაწყება) და პარტნიორობა „შევაჩეროთ ტუბერკულოზის“ 2015 წლის სამიზნეს, რაც 1990 წელთან შედარებით ტუბერკულოზის გავრცელებისა და სიკვდილობის 50%-ით შემცირებას ითვალისწინებს. უფრო მეტიც, საქართველომ მიაღწია 2016 წლის სამიზნეს - 25%-ით შეამციროს ტუბერკულოზის გავრცელება (პრევალენტობა) 2005 წელთან შედარებით. ტუბერკულოზის მოსალოდნელი პრევალენტობა შემცირდა 2005 წელს 304 შემთხვევიდან 2011 წელს 159 შემთხვევამდე 100,000 მოსახლეზე. თუმცა, ქვეყნის მოსალოდნელი პრევალენტობის მაჩვენებელი მაინც, ჯერ თითქმის, სამჯერ უფრო მაღალია ჯანმოს ევროპის რეგიონთან შედარებით.⁸

ტუბერკულოზის შემთხვევების რეგისტრაციის ტენდენცია: რეგისტრირებული პაციენტების რაოდენობა (ახალი და რელაფსი) 100,000 მოსახლეზე მნიშვნელოვნად გაიზარდა 1990-იანი წლების ბოლოს (მუქი შავი ხაზი 1 სურათზე). ამას მოჰყვა სავარაუდო ინციდენტობის მაჩვენებლის შემცირება (ღია ფერის ხაზი 1 სურათზე). 2011 წელს საქართველოში გამოვლინდა იმ წელს ჩამოყალიბებული სავარაუდო 5400 შემთხვევის 84%. თუმცა, ეს ნიშნავს, რომ ტუბერკულოზის მქონე პაციენტთა 16% (დაახლოებით 900) ვერ გამოვლინდა და ამდენად, ვერ ჩაუტარდა სათანადო მკურნალობა. შესაბამისად, ეს პაციენტები არიან ტუბერკულოზის გამო სიკვდილის, ხოლო მათი თემი - ტუბერკულოზის გავრცელების რისკის ქვეშ.

სურათი 1. ტუბერკულოზის შემთხვევების რეგისტრაციის მაჩვენებელი და სავარაუდო ინციდენტობის მაჩვენებელი, 1990-2011, საქართველო

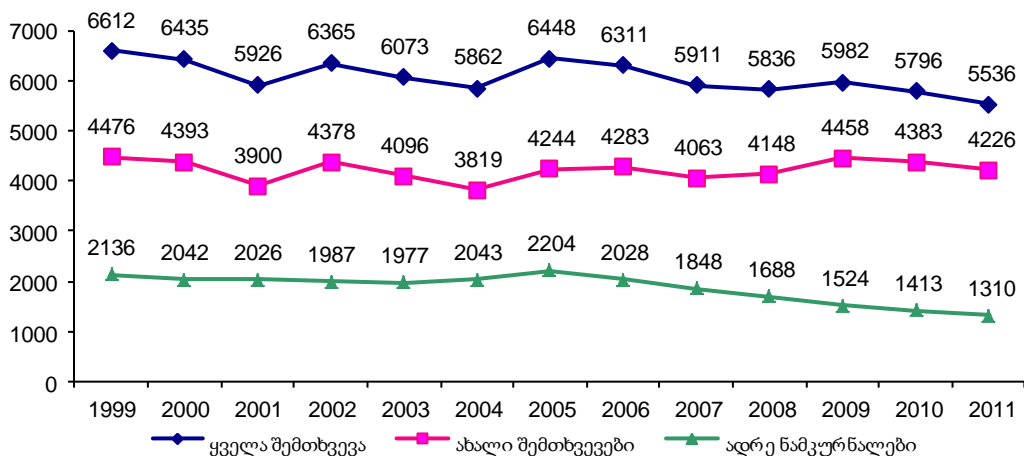


2009 წლიდან 2011 წლამდე რეგისტრირებული ახალი და წარსულში ნამკურნალები შემთხვევების მაჩვენებელი გარკვეულწილად შემცირდა 108-დან 105-მდე 100,000

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

მოსახლეზე⁹. 2011 წელს ტუბერკულოზის მქონე ყველა პაციენტების აბსოლუტურმა რაოდენობამ წინა წელთან შედარებით 5%-ით იკლო (სურათი 2, ტფდეც). თუმცა ეს არ ნიშნავს იმას, რომ პაციენტების გამოვლენისკენ მიმართულმა ძალისხმევამ იკლო. პირიქით, ქვეყნის მასშტაბით პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც ჩაუტარდათ ნახველის ანალიზი ტუბერკულოზის გამოსავლენად 3%-ით გაიზარდა (13,069-დან 13,410-მდე). ახალი შემთხვევების რეგისტრაციის მაჩვენებელი შემცირდა 7%-ით, ხოლო წარსულში ნამკურნალები შემთხვევების - 14%-ით. კლების ამგვარი ტენდენცია, გარკვეულწილად, ნიღბავს წარსულში ნამკურნალები პაციენტების ერთ ჯგუფს (რელაფსის შემთხვევები), რომელთა რაოდენობა 2009 წლიდან 2011 წლამდე 18%-ით გაიზარდა. წარსულში ნამკურნალები პაციენტების ყველა სხვა ჯგუფის რეგისტრაციის მაჩვენებელი შემცირდა: წარსულში უშედეგოდ ნამკურნალები, შეწყვეტილი მკურნალობის შემდეგ დაბრუნებული, და განმეორებით მკურნალობაზე მყოფი „სხვა“ პაციენტები (ამ ჯგუფში გაერთიანებულია განმეორებით მკურნალობაზე მყოფი ნაცხით და კულტურით უარყოფითი პაციენტები, და ის პაციენტები ვისი წინა მკურნალობის შედეგი უცნობია). ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ხელახალი ინფიცირება იყოს რელაფსის შემთხვევათა მატების ძირითადი მიზეზი, ვინაიდან ახალი შემთხვევების რეგისტრაცია ქვეყანაში მცირდება. რელაფსი უფრო მიუთითებს ე.წ. „სხვა“ შემთხვევების რაოდენობის შემცირებაზე, რაც თავის მხრივ, რეგისტრაციის გაუმჯობესების მაჩვენებელია (18%-ით შემცირდა „სხვა“ შემთხვევებუ 2009 წლიდან 2011 წლამდე). ერთ-ერთი მიზეზი შესაძლოა იყოს წამლისადმი დაუდგენელი რეზისტენტობა (რელაფსის მქონე პაციენტებს შორის მულტირეზისტენტული შემთხვევების დადგენა ერთ-ერთი საკითხია შემდგომი კვლევისათვის. იხილეთ დანართი 3)

სურათი 2. ტუბერკულოზის ყველა რეგისტრირებული შემთხვევა 1999-2011 (აბსოლუტური რიცხვები)

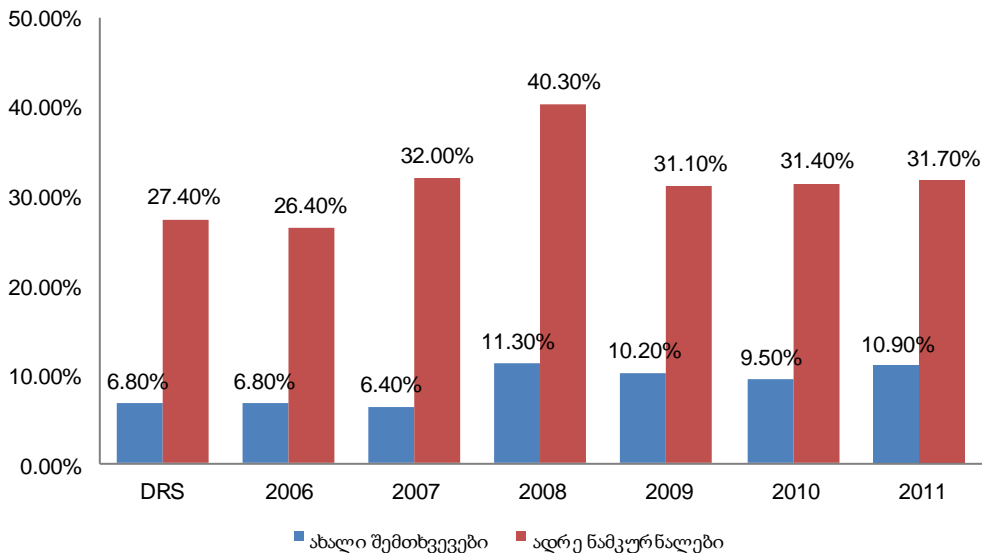


წამლისადმი რეზისტენტობა: 2011 წელს, წარსულში ნამკურნალები კულტურით დადებითი პაციენტების 31.7%-ს წამლისადმი რეზისტენტობა აღენიშნებოდა. იმავე წელს, ახალი კულტურით დადებითი პაციენტების 10.9%-ს დაუდგინდა მულტირეზისტენტული ფორმა, რაც ოდნავ აღემატება 2010 წლის 9.5%-ს, მაგრამ უფრო ნაკლებია ვიდრე 2008 და 2009 წლების 10-11% (სურათი 3). საგანგაშოა ის გარემოება, რომ ამ პაციენტებში წამლისადმი მდგრადობის განვითარება მანამდე ჩატარებულმა

მოძადადა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

მკურნალობამ კი არ გამოიწვია, არამედ ისინი თავიდანვე ტუბერკულოზის რეზისტენტული ფორმით დაინფიცირდნენ. რაც საზოგადოებაში არსებულ მულტირეზისტენტობის გავრცელების მაღალ რისკზე მიუთითებს.

სურათი 3. მულტირეზისტენტული შემთხვევები, როგორც ახალი და წარსულში ნამკურნალები პაციენტების %, 2006-11



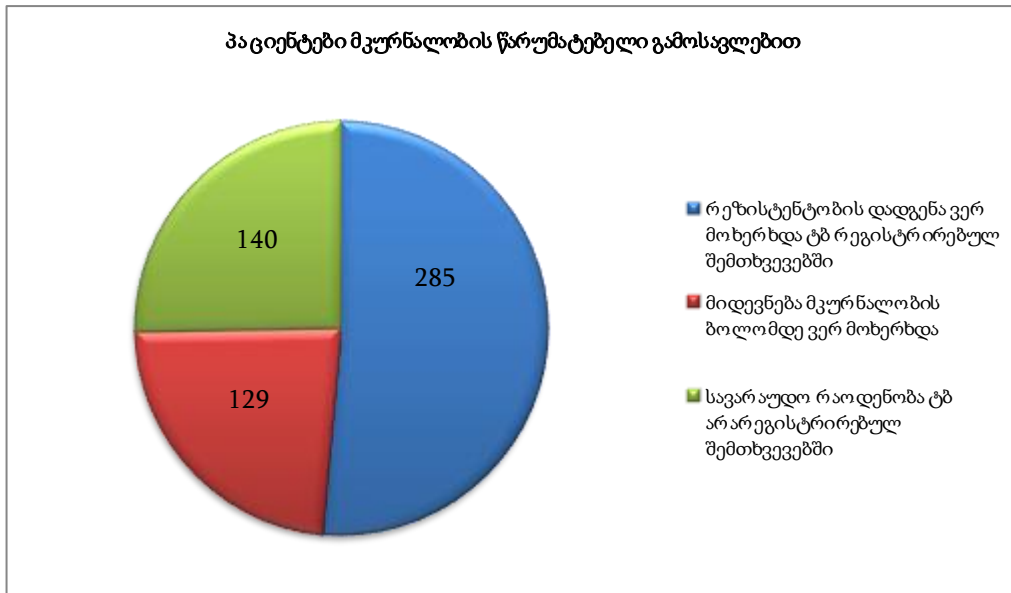
წამლისადმი გამძლეობის ტესტი 2011 წელს რეგისტრირებულ ფილტვის ტუბერკულოზის მქონე ყველა ახალ და ყველა წარსულში ნამკურნალებ პაციენტს რომ ჩატარებოდა, ჯანმოს შეფასებით, საქართველო გამოავლენდა 760 მულტირეზისტენტულ შემთხვევას.² 2011 წელს, ეროვნულმა რეფერენს ლაბორატორიამ დაადასტურა 475 მულტირეზისტენტული შემთხვევა, ანუ სავარაუდო 760-ის 63%.8 ამდენად, დარჩენილი 37% (285 მულტირეზისტენტული შემთხვევა) გამოუვლენელი და არამაკურნალები რჩება. ეს ასევე ნიშნავს, რომ ქვეყანაში რეგისტრირებულ მულტირეზისტენტულ პაციენტთა ერთ მესამედზე მეტი, სავარაუდოდ, გადამდები რჩება და ინფექციის წყაროს წარმოადგენს სხვა პაციენტებისთვის. ისინი ქმნიან გადამდები მულტირეზისტენტულ პაციენტთა რეზერვუარის ერთ დიდ სეგმენტს (სურათი 4). მეორე სეგმენტი შედგება 129 მულტირეზისტენტული პაციენტისაგან, ვინც დაიწყო მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობა ბოლო კოჰორტაში (2009), მაგრამ მათი მიდევნება ვერ მოხერხდა, მათი მკურნალობის შედეგი არ არის შეფასებული ან მკურნალობა წარუმატებელი აღმოჩნდა და ბოლოს, სავარაუდოდ, არსებობს 140 მულტირეზისტენტული შემთხვევა იმ 900 პაციენტს შორის, ვისაც ტუბერკულოზი ვერ

2. ჯანმო ანგარიშობს 11%-ს 3167 ფილტვის ტუბერკულოზის რეგისტრირებული ახალი შემთხვევიდან - 340 (სავარაუდო დიაპაზონი 300-390) მულტირეზისტენტულ შემთხვევას რეგისტრირებულ ახალ შემთხვევებს შორის 2011 წელს. მსგავსად ამისა, ჯანმო ვარაუდობს 32%-ს 1310 რეგისტრირებული წარსულში ნამკურნალები შემთხვევიდან - 420 (სავარაუდო დიაპაზონი 370-460) მულტირეზისტენტულ შემთხვევას რეგისტრირებულ წარსულში ნამკურნალებ შემთხვევებს შორის 2011 წელს.

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

დაუდგინდა.³ თითოეული ამ სეგმენტის გამოვლენისა და განკურნებისთვის საჭირო აქტივობები განხილულია სტრატეგიულ მიმართულებებში 1.4 და 2.2.

სურათი 4. მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მქონე პაციენტები, რომლებიც ვერ განიკურნა

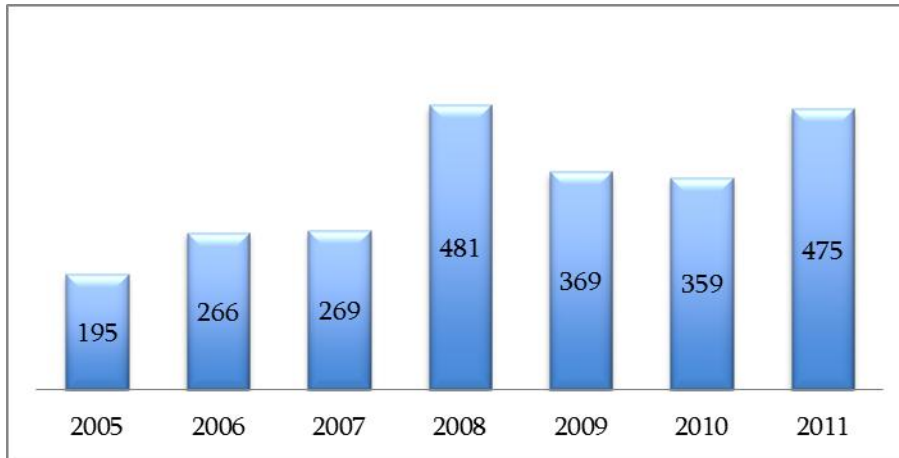


2008 წლიდან საქართველოში დაიწყო ყველა პაციენტის კვლევა წამლისადმი რეზისტენტობის გამოსავლენად, რამაც გაზარდა მულტირეზისტენტობის დადგენის შესაძლებლობა. ეს შესაბამისად აისახა 2005 წლიდან 2011 წლამდე დადასტურებული მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის შემთხვევების აბსოლუტური რაოდენობისა და რეგისტრაციის მაჩვენებლის მატებაზე (სურათი 5). მულტირეზისტენტული შემთხვევების ანამნეზის დეტალური შესწავლით შესაძლებელი იქნებოდა დაგვედგინა არის თუ არა ეს მატება, ასევე, დაკავშირებული იმ მულტირეზისტენტული პაციენტების მკურნალობაში ხელახლა ჩართვასთან, ვინც წარსულში შეწყვიტა მკურნალობა. 2009 წლის კოჰორტაში მათგან, ვინც მკურნალობა შეწყვიტა, მხოლოდ 3% ჩაერთო მკურნალობაში თავიდან.¹

3. 2011 წელს გამოკვლეული ტუბერკულოზის შემთხვევების 16% მულტირეზისტენტული იყო¹. 900-ის 16% = 140

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

სურათი 5. რეგისტრირებული მულტირეზისტენტული შემთხვევების რაოდენობა, საქართველო, 2005-2011



2011 წელს, 475 დადასტურებული მულტირეზისტენტული შემთხვევიდან 440-ს ჩაუტარდა ფტორქინოლონისა და მეორე რიგის საინექციო საშუალებისადმი რეზისტენტობის ტესტი; საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ მათ შორის 28-ს (6%) დაუდგინდა ექსტენსიურად რეზისტენტული ტუბერკულოზი.¹⁰

2011 წელს საქართველოში, ახალი და წარსულში ნამკურნალები ფილტვის ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების 12-13%-ს დაუდგინდა იზონიაზიდისადმი რეზისტენტობა. ამ პაციენტთა არაადეკვატური მკურნალობას შეუძლია მულტირეზისტენტობის გამოწვევა.¹¹

ბავშვები: 2011 წელს, 15 წლამდე ასაკის 202 ბავშვი დარეგისტრირდა ტუბერკულოზის დიაგნოზით, რაც შეადგენს ქვეყანაში ტუბერკულოზის შემთხვევათა საერთო რაოდენობის 3.6%-ს. ტუბერკულოზის შემთხვევათა რეგისტრაციის მაჩვენებელი ამ ასაკობრივ ჯგუფში მნიშვნელოვნად შემცირდა: 1998 წელს შეადგინა 88.8/ 100,000 მოსახლეზე, ხოლო 2011 წელს 27.1/100,000 მოსახლეზე (ტფდეც). ასევე, შემცირდა ტუბერკულოზური მენინგიტის შემთხვევები: 2003 წელს 28, ხოლო 2009-2011 წლებში 2-3 შემთხვევა. ტუბერკულოზის ეს ფორმა განსაკუთრებით მძიმეა და სიკვდილის და ნევროლოგიური დარღვევების გამო მაღალია შესაძლებლობების შეზღუდვის რისკი.

საქართველოს რეგიონები. 2011 წელს, თბილისში დარეგისტრირდა სამოქალაქო სექტორის შემთხვევათა 27%, ხოლო სამეგრელოსა და აჭარაში შემთხვევათა 10-10% (ტფდეც). აჭარაში ყველაზე მაღალია ტუბერკულოზის რეგისტრირებული შემთხვევების მაჩვენებელი (141 / 100,000-ზე), შემდეგ არის თბილისი (126/ 100,000-ზე), სამეგრელო (111/100,000-ზე), და მცხეთა-მთიანეთი (101/100,000-ზე).

ავი და ტუბერკულოზის კონფექცია: იხილეთ სტრატეგიული მიმართულება 7.

პატიმრები: იხილეთ სტრატეგიული ამოცანა 1.3.

თავი დ. სტრატეგიული მიმართულებები, ამოცანები, სამიზნეები და ღონისძიებები

წინამდებარე გეგმა მოიცავს 7 სტრატეგიულ მიმართულებას. პირველ მიმართულებას, ტუბერკულოზის და მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების გამოვლენას, კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს იმისათვის, რომ პაციენტებს ჩაუტარდეს სათანადო მკურნალობა, თავიდან ავიცილოთ მათი სიკვდილი და ინფექციის გავრცელება.

მეორე სტრატეგიული მიმართულებაა ტუბსაწინააღმდეგო მკურნალობით საყოველთაო მოცვა. სტრატეგიული მიმართულებები 3-7 ქმნის „საფუძველს“ ტუბერკულოზის კონტროლისათვის უმნიშვნელოვანესი, პირველი ორი ფუნქციისათვის. მულტირეზისტენტული შემთხვევების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, და ასევე, ტუბერკულოზის მართვა ციხეში ამ სტრატეგიულ მიმართულებებშია ინტეგრირებული.

ყოველი სტრატეგიული მიმართულება იწყება დასაბუთებით, რასაც მოჰყვება სამიზნეები (არსებულ მაჩვენებლებთან შედარებით), საქართველოს პროგრესის და დარჩენილი ხარვეზების მოკლე მიმოხილვა, შემდეგ შემოთავაზებული აქტივობები.

სტრატეგიული მიმართულება 1: ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის სამსახურებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა

წინამდებარე სტრატეგია ფოკუსირებულია ტუბერკულოზის გამოვლენაზე პაციენტთა სამ ჯგუფში, რომლებიც უმრავლესობას წარმოადგენენ: ისინი, ვინც მიმართავს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებას (სტრატეგიული ამოცანა 1.1), გადამდები ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებთან კონტაქტში მყოფი პირები (1.2), და პატიმრები (1.3).⁴ ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებულია ლაბორატორიული ქსელის ფუნქციონირებაზე (1.4), რათა ბაქტერიოლოგიურად დადასტურდეს დაავადება და დადგინდეს წამლისადმი რეზისტენტობა.

შუალედური შედეგის ინდიკატორი და სამიზნე მაჩვენებელი

2015 წლისთვის,

- რეგისტრირებული ახალი და წარსულში ნამკურნალები შემთხვევების მაჩვენებელი შემცირდება 102-მდე /100,000 მოსახლეზე (არსებული 2011 წელს: 105 / 100,000-ზე)

⁴ მე-7 სტრატეგიულ მიმართულებაში აღწერილია ტუბერკულოზის აქტიური გამოვლენა აივ ინფიცირებულ პირებში.

1.1. ტუბერკულოზზე საექვო პაციენტების ადრეული გამოვლენა ტუბერკულოზის სამსახურების ზოგადი პროფილის დაწესებულებებში ინტეგრაციის ხელშეწყობა

დასაბუთება

დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, სადაც აივ ინფექციის პრევალენტობა დაბალია, რესპირატორული ხასიათის ჩივილები 5 წელზე მეტი ასაკის პაციენტების პირველად ჯანდაცვაში მიმართვის ხშირი მიზეზია (5 - 30%).^{12,13} მათ შორის ტუბერკულოზის მქონე პაციენტთა წილი დამოკიდებულია თემში ტუბერკულოზის პრევალენტობაზე და პათიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში შეიძლება საკმაოდ მაღალი იყოს.

მოკლევადიანი შედეგის ინდიკატორები და სამიზნე მაჩვენებლები

2015 წლისთვის,

- პირველადი ჯანდაცვიდან რეფერირებული ტუბერკულოზზე საექვო პაციენტების რაოდენობა გაიზრდება 20%-ით (არსებული <10% 2012 წელს)

პროგრესი და დარჩენილი ხარვეზები

ჯანმრთელობის დაზღვევით საქართველოს მოსახლეობის ფართო მოცვისა და პირველად ჯანდაცვაზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების პირობებში, ტუბერკულოზის დროული გამოვლენა ბევრად უკეთაა შესაძლებელი. დღესდღეობით, საქართველოში მხოლოდ ფთიზიატრს აქვს ტუბერკულოზზე ლაბორატორიულ გამოკვლევებზე გაგზავნის უფლება, ხოლო საექვო შემთხვევის გამოვლენა პირველადი ჯანდაცვის ექიმის მიერ უნდა მოხდეს, რასაც სპეციალიზებულ ქსელში რეფერალი მოყვება. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ამგვარი რეფერალი ხშირად არადოკუმენტირებული რჩება და არც გამომგზავნ ექიმს მიეწოდება უკან სრული ინფორმაცია პაციენტის მდგომარეობისა და ტუბერკულოზის დიაგნოზის დადასტურება/არდადასტურების შესახებ. შესასწავლია, თუ რა უშლით ან უწყობთ ხელს პირველადი ჯანდაცვის ექიმების ტბ საექვო შემთხვევების ფტიზიატრთან მიმართვაში. უცნობია აყოვნებს თუ არა რეფერალს პჯდ ექიმების მიერ ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებით „საცდელი“ მკურნალობის დაწყება ან რენტგენოლოგიური და სხვა გამოკვლევების ჩატარება.

არსებული მონაცემები მიუთითებს, რომ პჯდ ქსელიდან ტბ საექვო შემთხვევა გვიან და უკვე მძიმედ მანიფესტირებული ფორმების შემთხვევაში იგზავნება. აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მონაცემებით 2012 წლის იანვარ-მაისში კახეთსა და იმერეთში პირველადი ჯანდაცვიდან გაგზავნილ პაციენტთა 31%-ს დაუდგინდა ტუბერკულოზი. მაშინ, როდესაც 2010-2011 წლებში ქვეყნის მასშტაბით ნაცხით დადებითი აღმოჩნდა იმ პაციენტთა 15-19%, ვისაც ჩაუტარდა

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

ნახველის ანალიზი.⁵ დადასტურებული შემთხვევების უფრო მაღალი წილი პირველადი ჯანდაცვიდან გამოგზავნილ პაციენტებს შორის მიუთითებს, რომ ოჯახის ექიმები აგზავნიან მხოლოდ ტუბერკულოზის კლასიკური ნიშნების (მაგალითად, სისხლიანი ხველა ან გულმკერდის რენტგენოგრაფიით გამოვლენილი ტიპური სურათი) მქონე პაციენტებს. ამდენად, სავარაუდოა, რომ შესაძლოა ვერ ვლინდებოდნენ ნაკლებად შორსწასულ სტადიაზე მყოფი პაციენტები, ვისი ადრეული გამოვლენა და მკურნალობაც აგვარიდებდა ფილტვის გავრცელებულ დესტრუქციასა და ინფექციის გავრცელებას.

(სამედიცინო დახმარების სხვა ბარიერები, როგორცაა სტიგმა და პაციენტის მიერ გადასახდელი თანხები განხილულია სტრატეგიულ მიმართულებებში 3 და 6).

აქტივობები

ა. ოპერაციული კვლევის ჩატარება პირველადი ჯანდაცვიდან პაციენტთა რეფერალის ბარიერებისა და ხელშემწყობი ფაქტორების დასადგენად

ბ. პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებისათვის ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და რეფერალის სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების (SOP) შემუშავება, რაც უნდა მოიცავდეს შემდეგს:

- ტუბერკულოზის შემთხვევების აღრიცხვა და ანგარიშგება იდენტიფიკაციის და რეფერალის პროცესის მონიტორინგისათვის: ტუბერკულოზზე საექმო შემთხვევის რეგისტრაცია, ფთიზიატრთან რეფერალი, ლაბორატორიული ანალიზის პასუხების შეტყობინება. (იხილეთ ასევე სტრატეგიული მიმართულება 3.3)
- ტუბერკულოზის შემთხვევის ანგარიშგების მოდიფიცირება რეფერალის წყაროს დასაფიქსირებლად (ჯანმოს რეკომენდაციის შესაბამისად)¹⁴

გ. ტუბერკულოზის შემთხვევის გამოვლენის სტანდარტული სასწავლო მოდულის და პრაქტიკული გზამკვლევის შემუშავება და დანერგვა ზოგადი პრაქტიკის პროფესიონალთა დიპლომამდელი და დიპლომისშემდგომი მომზადების პროგრამაში

1.2. ტუბერკულოზის შემთხვევების ადრეული გამოვლენის უზრუნველყოფა, განსაკუთრებით ბავშვებში, ტუბერკულოზის გადამდები ფორმის მქონე პაციენტებთან კონტაქტში მყოფი პირების სწრაფი და სრულყოფილი გამოკვლევის გზით დასაბუთება

კონტაქტში მყოფ პირებად ითვლებიან ისინი, ვინც ხანგრძლივად იმყოფებიან ტუბერკულოზის გადამდები ფორმით დაავადებულ პაციენტთან ერთად. სისტემური მიმოხილვის მონაცემები მიუთითებს, რომ ტუბერკულოზის მაღალი ინციდენტობის

5. ტუბერკულოზის და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის მონაცემთა ბაზა

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

პირობებში ოჯახური კონტაქტების საშუალოდ 4.5%-ს აქტიური ტუბერკულოზი უვლინდება.¹⁵

კონტაქტების სწრაფი გამოკვლევით შესაძლებელია ტუბერკულოზის დამატებითი შემთხვევების დროული გამოვლენა, რაც ტუბერკულოზით სიკვდილის და ინფექციის გავრცელების პრევენციის საშუალებას იძლევა. ყველაზე მეტად ინფექციური არიან ნაცხით დადებითი ის პაციენტები, რომელთაც არ უტარდებათ ეფექტური მკურნალობა. პრიორიტეტი უნდა მიენიჭოს იმ პირთა გამოკვლევას, ვისაც ჰქონდა ხანგრძლივი და ახლო კონტაქტი (მაგ., ოჯახში, ციხის საკანში ან საავადმყოფოს პალატაში) ტბ დაავადებულ პირთან, მ.შ. 5 წლამდე ასაკის ბავშვებს, აივ ინფიცირებულ პირებს, და მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებთან კონტაქტში მყოფ პირებს.

ინდიკატორები და სამიზნეები

2015 წლისთვის,

- ნაცხით დადებითი ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებთან ახლო კონტაქტში მყოფი პირების >90% ჩაუტარდება სკრინინგი ტუბერკულოზზე
- ტუბერკულოზის გამოვლენის მაჩვენებელი კონტაქტებში შეადგენს 5%-ს

(დაითვლება საერთო მაჩვენებელი, ასევე მაჩვენებელი ცალკე 5 წლამდე ასაკის ბავშვებისა, და პატიმრებისთვის)

ამჟამინდელი მაჩვენებელი: დასადგენია

პროგრესი და დარჩენილი ხარვეზები

წარსულში ფთიზიატრები სთხოვდნენ პაციენტებს მოეყვანათ ოჯახის წევრები დისპანსერში გამოკვლევის მიზნით. 2011 წლიდან, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნულ ცენტრს დაევალა კონტაქტების გამოკვლევის დაწყება. მას შემდეგ რაც დაავადებათა კონტროლის ცენტრის ეპიდემიოლოგები ბინაზე აკითხავენ კონტაქტში მყოფ პირებს, აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს ტუბერკულოზის პრევენციის პროგრამის მონაცემებით 2012 იანვარ-მაისში გამოკვლეული კონტაქტების 6%-ს დაუდგინდა ტუბერკულოზი. ახალი წესის მიხედვით ტუბერკულოზის შემთხვევის შეტყობინება დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრისათვის სავალდებულოა 24 სთ განმავლობაში, რაც ხელს უწყობს კონტაქტების უფრო სწრაფ გამოკვლევას და განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პედიატრიული ტუბერკულოზის შემთხვევაში. თუ აქტიური ტუბერკულოზი გამოირიცხა, ტუბერკულოზის მართვის ეროვნული პროგრამით განსაზღვრულია ტუბერკულოზის იზონიაზიდით პრევენცია იმუნოკომპრომეტირებული პაციენტებისათვის, ბავშვებისათვის და ახლად დაავადებულთათვის. განსაკუთრებით საყურადღებოა მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების კონტაქტების გამოკვლევა და, ამ გზით, მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის შემთხვევების ადრეული გამოვლენა, მ.შ. ბავშვებში. მწვანე შუქის კომიტეტის წარმომადგენლების ვიზიტის დროს 2012 წლის

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

ივნისში, 20 ბავშვს უტარდებოდა მკურნალობა მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის გამომ, 6 მათ შორის 5 წლამდე ასაკისაა.

აქტივობები

ა. ტუბერკულოზით, მათ შორის მულტირეზისტენტული ფორმებით, დაავადებული პაციენტების კონტაქტების ეფექტური გამოვლენის პროგრამული გაიდლაინების, სტანდარტული ოპერაციული პროცედურებისა და განხორციელების გეგმის (ტრენინგის ჩათვლით) შემუშავება ყველა შესაბამისი ორგანიზაციისთვის.

ბ. დკსეც-ის ეპიდემიოლოგების პროფესიული მომზადება კონტაქტების მიდევნებაში ოჯახის წევრებს შორის ტუბერკულოზის შემთხვევათა ადრეული გამოვლენისათვის.

გ. რეგულაციის დანერგვა, რომელიც ხელს შეუწყობს ყველა პროვადერის მიერ ტუბერკულოზის დადასტურებული შემთხვევების 24 საათში შეტყობინებას დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრისათვის და დანერგვის შედეგის შეფასება.

დ. იზონიაზიდით პრევენციული მკურნალობის გაიდლაინის შემუშავება და დანერგვა.

1.3. პატიმართა შორის ტუბერკულოზის ყველა ფორმის დროული გამოვლენის უზრუნველყოფა

დასაბუთება

ტუბერკულოზის ეფექტური პროგრამა ციხეში აუცილებელია პაციენტების გამოვლენის და მკურნალობის, ასევე, პენიტენციური სისტემის შიგნით და სამოქალაქო სექტორში ტუბერკულოზის გავრცელების პრევენციისათვის.

ინდიკატორები და სამიზნეები

2015 წლისთვის,

- პატიმართა 100%-ს ციხეში შესვლისას ჩაუტარდება სკრინინგი ტუბერკულოზზე (არსებული 2011 წ. იანვარი-დეკემბერი:16,971 (98.4%)

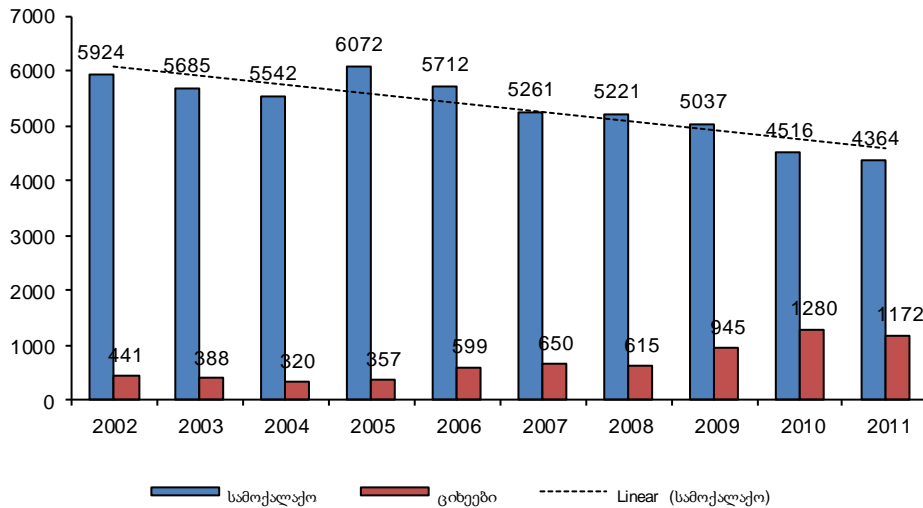
პროგრესი და დარჩენილი ხარვეზები

2011 წელს, ქვეყნის მასშტაბით ტუბერკულოზის შემთხვევათა 21% დარეგისტრირდა თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში. პენიტენციურ სისტემაში 2004 წლიდან დაიწყო სიმპტომების სკრინინგი სპეციალური კითხვარით შესვლისას, რასაც, შესაფერის შემთხვევებში, მოჰყვება გულმკერდის რენტგენოგრაფია, კლინიკური გასინჯვა და ნახველის ანალიზი. 2008 წლიდან ციხეში რეგისტრირებული შემთხვევების მაჩვენებელი მკვეთრად გაიზარდა(სურათი 6), რაც ნაწილობრივ 2010 წელიდან დაწყებულ

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

მრავალჯერადი მასობრივი სკრინინგით შეიძლება აიხსნას. ასევე, გასათვალისწინებელია ზოგადად პატიმართა რიცხვის მკვეთრი ზრდა და ციხეში ინფექციის გავრცელებისთვის უფრო ხელსაყრელი პირობები, ვიდრე კარგად განიავებად გარემოში. ასეთი ვარაუდის საფუძველს იძლევა კონტაქტებს შორის დაავადების გამოვლენის უფრო მაღალი მაჩვენებელი (13/1000), შესვლის ან მასობრივი სკრინინგით გამოვლენის მაჩვენებელთან შედარებით (2.6-3.5/1000). (იხილეთ ცხრილი 2, დკეც).

სურათი 6. ტუბერკულოზის შემთხვევების რაოდენობა სამოქალაქო სექტორსა და პენიტენციურ სისტემაში, საქართველო, 2002-2011



2011 წლის მაისიდან 2012 წლის მარტამდე შერჩეულ პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში გამოყენებული სკრინინგის მეთოდების შედარებამ აჩვენა, რომ შემთხვევების აქტიური გამოვლენის მეთოდებით (სკრინინგი შესვლისას, განმეორებითი მასობრივი სკრინინგები და კონტაქტების სკრინინგი) გამოვლინდა შემთხვევათა ორი მესამედი.

ცხრილი 2. ტუბერკულოზის შემთხვევათა გამოვლენა შერჩეული ციხეების პატიმრებს შორის, 2011წლის მაისიდან 2012 წლის მარტამდე (11 თვე) (წყარო: დკეც მონაცემთა ბაზა)

სკრინინგის სახე	გამოკვლეულ პირთა რაოდენობა	დადასტურებული შემთხვევების რაოდენობა	ტუბერკულოზის გამოვლენილი შემთხვევები 1000 გამოკვლეულ პატიმარზე
შესვლის	12173	32	2.6
განმეორებითი, მასობრივი	55405	195	3.5
კონტაქტების	2002	26	13.0

აქტივობები

- ა. ოპერაციული კვლევის ჩატარება ტუბერკულოზის აქტიური სკრინინგის ალგორითმის შესრულების (სიზუსტის და პროგნოზული ღირებულების) შეფასებისთვის. სხვადასხვა სკრინინგული პროგრამების ხარჯ-ეფექტურობის შედარება პოლიტიკური გადაწყვეტილების მისაღებად
- ბ. სტანდარტული ოპერაციული პროცედურებისა და გაიდლაინების დანერგვა ციხეში ეფექტური სკრინინგის პროგრამების განხორციელებისათვის
- გ. პენიტენციური სისტემის სამედიცინო პერსონალის პროფესიული განვითარების მხარდაჭერა ტუბერკულოზის ადრეული გამოვლენის გაუმჯობესების მიზნით

1.4. ხარისხიანი ლაბორატორიული გამოკვლევების უზრუნველყოფა ტუბერკულოზის და წამლისადმი რეზისტენტული ტუბერკულოზის სწრაფი, ზუსტი დიაგნოსტიკის ხელშეწყობის მიზნით

დასაბუთება

ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის ვადებს დიდი მნიშვნელობა აქვს. ტუბერკულოზისა და წამლისადმი რეზისტენტული ტუბერკულოზის სწრაფი გამოვლენა მკურნალობის დროული დაწყების საშუალებას იძლევა, რაც თავიდან აგვაცილებს ფილტვის გავრცელებულ დესტრუქციას და ინფექციის გადაცემას.

შუალედური შედეგის ინდიკატორი და სამიზნე

2015 წლისთვის,

- გამოვლინდება მულტირეზისტენტული შემთხვევების > 85% (სავარაუდო შემთხვევების). (არსებული 2011 წელს: 63%)

ტუბერკულოზის შემთხვევების გამოვლენის მოკლევადიანი შედეგების ინდიკატორები და სამიზნეები

2015 წლისთვის,

- ფილტვის ტუბერკულოზის შემთხვევების 80% დადასტურდება კულტურით (არსებული 2011 წელს: 71%)
- ტუბერკულოზის მქონე პაციენტთა >95% ჩაუტარდება ნახველის კულტურალური გამოკვლევა დიაგნოსტიკის დროს ავტომატიზებული MGIT მეთოდით თხევად ნიადაგზე (არსებული 2011 წლის: 95%)

M/XDR ტუბერკულოზის შემთხვევების გამოვლენის მოკლევადიანი შედეგების ინდიკატორები და სამიზნეები

2015 წლისთვის:

- ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების 100% ჩაუტარდება ტესტირება მულტირეზისტენტობის გამოსავლენად (არსებული 2011 წელს: 83%)
- პაციენტების 100% მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით ჩაუტარდება მეორე რიგის პრეპარატების მიმართ მგრძობელობის ტესტი (არსებული 2011 წელს: 93%)

ლაბორატორიული ქსელის ხარისხის უზრუნველყოფის მოკლევადიანი შედეგების ინდიკატორები და სამიზნეები

2015 წლისთვის:

- ხარისხის კონტროლს გაივლის ნაცხის მიკროსკოპიის შემსრულებელი
ლაბორატორიების 100%
 - 100% მუშაობა შეფასდება, როგორც მისაღები
- ხარისხის კონტროლს გაივლის კულტურალური გამოკვლევის შემსრულებელი
ლაბორატორიების 100%
 - 100% მუშაობა შეფასდება, როგორც მისაღები
- ხარისხის კონტროლს გაივლის წამლისადმი გამძლეობის ტესტის (DST)
შემსრულებელი ლაბორატორიების 100%
 - 100% მიაღწევს იზონიაზიდის და რიფამპინისადმი გამძლეობის კვლევის
≥ 95% სიზუსტეს

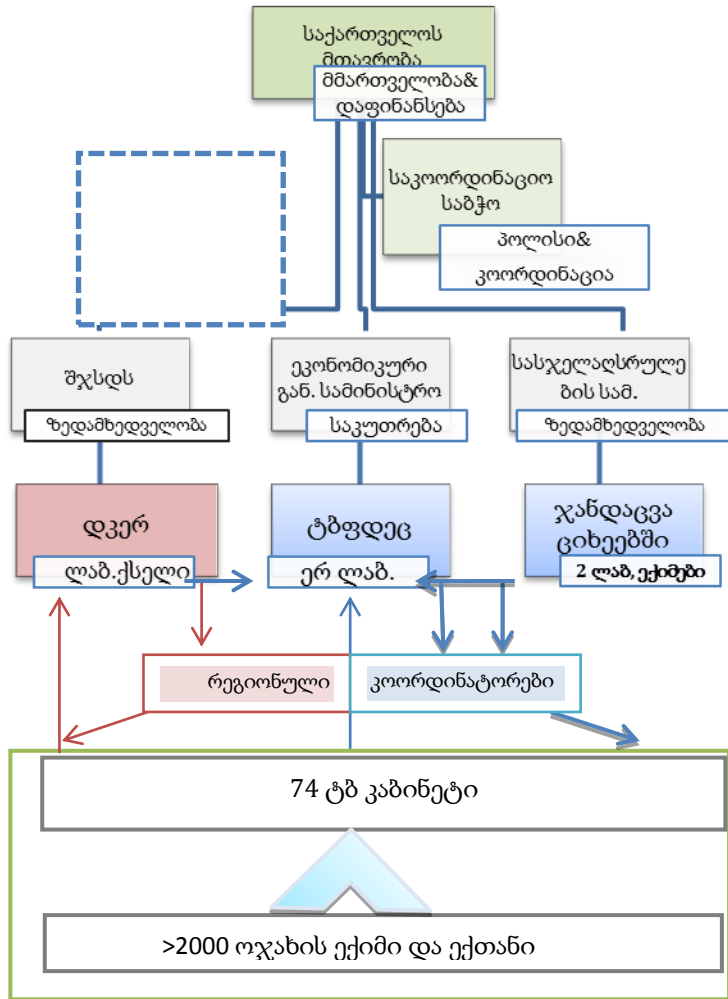
(არსებული 2011 წელს 29 ნაცხის მიკროსკოპიის, 2 კულტურის და 1 წამლისადმი
გამძლეობის ტესტის შემსრულებელი ლაბორატორიები: 100% გაიარა ხარისხის
კონტროლი და 100% მუშაობა შეფასდა, როგორც მისაღები. გასათვალისწინებელია, რომ
ლაბორატორიული ქსელის მოწყობის ამჟამინდელი მოდელისთვის, რომლიც 2012 წლის
დასაწყისიდან ამოქმედდა ბაზისური მონაცემები არ არსებობს.)

პროგრესი და დარჩენილი ხარვეზები

რეფერენს ლაბორატორიისა და ციხის ლაბორატორიების მუშაობაზე, ხოლო დკვეც -
რეგიონული და სამოქალაქო სექტორის პერიფერიული ლაბორატორიების
ფუნქციონირებაზე; ისევე, როგორც ნახველის შეგროვებაზე და ტრანსპორტირებაზე 65
ტუბკაბინეტიდან პერიფერიულ ლაბორატორიებში ნაცხის მიკროსკოპიისათვის და
ქუთაისსა და ეროვნულ რეფერენს ლაბორატორიაში - კულტურის და წამლისადმი
გამძლეობის კვლევისათვის.

სურათი 7 ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის ორგანიზაციული მოწყობის
სქემა

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით



2006 წლიდან საქართველოში რუტინულად ტარდება კულტურალური კვლევა და 2010-11 წლებიდან კი ჰაინის ტესტი და MGIT თხევად ნიადაგზე. ჰაინის ტესტით შესაძლებელია რეზისტენტობის დადგენა ერთ დღეში, ხოლო MGIT-ით, დაახლოებით, თოთხმეტ დღეში მაშინ, როდესაც მხოლოდ მყარი ნიადაგის გამოყენებისას 42 დღეა საჭირო. ჯანმოს დეფინიციით, საქართველომ მიაღწია წამლისადმი რეზისტენტობის რუტინული ეპიდზედამხედველობით სრულ მოცვას.⁶

ქვეყნის დიაგნოსტიკური ალგორითმის მიხედვით, ქუთაისში ან თბილისში მასალის აღებიდან 4 დღის გამოვალობაში შემოსული ნიმუშების კვლევა უნდა მოხდეს MGIT მეთოდით. 2011 წელს, ნიმუშების დაახლოებით 35%-ის ანალიზისთვის თხევადი ნიადაგის გამოყენება შეუძლებელი გახდა ნიმუშების დაგვიანებით მიღების ან სხვა პრობლემების გამო.¹⁶

6. ფილტვის ტუბერკულოზის რეგისტრირებული შემთხვევების $\geq 50\%$ კულტურით დადებითია, იზონიაზიდისა და რიფამპიცილის მიმართ მგრძობელობის ტესტი ჩაუტარდა კულტურით დადებითი შემთხვევების $>75\%$, ლაბორატორიის ხარისხის კონტროლით დადასტურდა იზონიაზიდისა და რიფამპიცილის მიმართ გამძლეობის ტესტის 95% სიზუსტე.

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

2012 წლის ივნისში, წამლის გლობალურმა დაწესებულებების (GDF)¹⁷ და მწვანე შუქის კომიტეტის (GLC)¹ მისიების დასკვნით, დიაგნოსტიკური კვლევების შედეგების მიღების დრო გაიზარდა.

2011 წელს საქართველოში ფილტვის ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების მხოლოდ 71% იყო კულტურით დადებითი. მნიშვნელოვანია დადგინდეს, თუ რატომ არის ფილტვის ტუბერკულოზის შემთხვევები კულტურით უარყოფითი ან უცნობი, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ისინი ნაცხით დადებითია. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს ნიმუშების ტრანსპორტირების დაგვიანება, რის შედეგადაც მასში არსებული ორგანიზმები სიცოცხლისუნარიანობას კარგავს, ასევე, ლაბორატორიულ მეთოდებთან, (მაგალითად, ზედმეტად ძლიერი დეკონტამინაცია), ან რეგისტრაციასთან დაკავშირებული პრობლემები.

ტბ ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის ახალი მეთოდები საქართველოში წარმატებით დაინერგა. თუმცა მიმდინარე რეფორმების პირობებში, ლაბორატორიული სამსახურების განვითარების ეროვნული გეგმა შემუშავების პროცესშია. ჯერ-ჯერობით, დონორული დახმარების შემცირების ანუ 2015 წლის შემდეგ ლაბორატორიების ფუნქციონირების შენარჩუნების პირობები განსაზღვრული არ არის.

ლაბორატორიების გაძლიერების გეგმაში გასათვალისწინებელია ტუბერკულოზის ლაბორატორიული სამსახურების ხარჯ-ეფექტურობა, რათა გადაწყდეს, თუ რომელი ტექნოლოგიები უნდა დაინერგოს ან შენარჩუნდეს, ჯანდაცვის სისტემის რა დონეზე, როგორი ალგორითმის გამოყენებით და პაციენტთა რომელი ჯგუფები უნდა ჩაითვალოს პრიორიტეტულად.^{18,19}

ქვეყანაში მოქმედი ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის ალგორითმით გათვალისწინებულია ტუბერკულოზის მქონე ყველა პაციენტის გამოკვლევა მულტირეზისტენტობის გამოსავლენად, მაგრამ 2011 წელს იზონიაზიდისა და რიფამპინის მიმართ გამძლეობის ტესტი ჩაუტარდა კულტურით დადებითი წარსულში ნამკურნალები შემთხვევების მხოლოდ 52%-ს და ახალი შემთხვევების 83%-ს.⁷

იმის გათვალისწინებით, რომ საქართველოში წარსულში ნამკურნალებ პაციენტებში მულტირეზისტენტობა სამჯერ უფრო ხშირია ახალ შემთხვევებთან შედარებით, წარსულში ნამკურნალები პაციენტები მულტირეზისტენტობის მაღალი რისკის მქონე ჯგუფად ითვლება ისევე, როგორც ინფექციური მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებთან კონტაქტში მყოფი პირები. თუ ეს პაციენტები ნაცხით დადებითია, საქართველოს ლაბორატორიული კვლევის ალგორითმის მიხედვით

⁷ საქართველოში ანალიზი და ანგარიშგება ხდება მხოლოდ ფილტვის ტუბერკულოზის კულტურით დადებითი შემთხვევების მულტირეზისტენტობის შემთხვევები. 2011 წელს, 145 ფილტვარეზე ტუბერკულოზის ახალ და წარსულში ნამკურნალებ შემთხვევას სავარაუდოდ ჩაუტარდა წამლისადმი გამძლეობის ტესტი და უნდა იყოს გათვალისწინებული ქვეყნის წამლისადმი გამძლეობის ეპიდემიოლოგიის მონაცემებში. გარდა ამისა, ქვეყნის ლაბორატორიული კვლევის ალგორითმის მიხედვით, 245 ფილტვის ტუბერკულოზის მქონე ნაცხით დადებით პაციენტს კულტურის შედეგების გარეშე ჩაუტარდა ჰაინის ტესტი და ამდენად, მულტირეზისტენტობის მონაცემები უნდა იყოს ხელმისაწვდომი და შეტყობინებული (მიუხედავად იმისა, რომ სხვა პირველი რიგის წამლების მიმართ გამძლეობის განსაზღვრა შეუძლებელია).

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

მათ უტარდებათ ჰაინის ტესტი, რომლის შედეგებიც ერთ დღეში მიიღება. ნაცხით უარყოფით შემთხვევებში, თუ ნიმუში მიეწოდა ქუთაისის ან თბილისის ლაბორატორიას შეგროვებიდან ოთხი დღის ვადაში, სადიაგნოსტიკო კვლევა ტარდება თხიერ ნიადაგზე MGIT მეთოდით, ხოლო შემდეგ დადებითი პასუხის მიღების შემთხვევაში - პირველი რიგის წამლებზე ისაზღვრება რეზისტენტობის პროფილი, რასაც სჭირდება ერთი-ორი კვირა. მაგრამ, თუ ნაცხით უარყოფითი ნიმუში მიტანილი იქნება ოთხი დღის შემდეგ, საჭიროა მყარი ნიადაგის გამოყენება და შესაბამისად, შედეგების მიღებას დასჭირდება ექვს კვირამდე. ნაცხ-უარყოფითი ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტებისათვის, თბილისის მასშტაბით მიმდინარეობს ოპერაციული კვლევა სადაც გამოიყენება სწრაფი მოლეკულური მეთოდი (Xpert MTB/RIF), რომლითაც შედეგი მიიღება ერთ დღეში. მაგრამ სამოქალაქო სექტორის პაციენტთა 38%-ს გამოკვლევა უტარდება ქუთაისის ლაბორატორიაში, სადაც აღნიშნული ტექნოლოგია, რომელიც ჯანმოს მიერ მულტირეზისტენტობის მაღალი რისკის მქონე ყველა პაციენტისათვისაა რეკომენდებული, ჯერჯერობით ხელმისაწვდომი არ არის.^{20,21}

აქტივობები

- ა. ტუბერკულოზის ლაბორატორიული ქსელის გაძლიერების გეგმის შემუშავება, რომელიც მოიცავს ხარისხის უზრუნველყოფას და კონტროლს, ტესტირების ვადებს, პაციენტების შერჩევასა და ალგორითმს, ბიოუსაფრთხოებას, ახალი ტექნოლოგიების დანერგვას, ნიმუშების ტრანსპორტირებას, ადამიანურ რესურსებს, სუპერვიზიას, საინფორმაციო სისტემას, რეაგენტებსა და სახარჯ მასალებს, აღჭურვილობის მოვლას^{18,19}
- ბ. დიაგნოსტიკური სერვისების უწყვეტი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა
- გ. ლაბორატორიის პერსონალის უწყვეტი პროფესიული განვითარების ხელშეწყობა

სტრატეგიული მიმართულება 2: ტუბერკულოზის მკურნალობისა და მოვლის მაღალი ხარისხი და საყოველთაო მოცვა

დასაბუთება

პაციენტების შედეგიანი მკურნალობის უზრუნველსაყოფად, მხოლოდ მკურნალობაში ჩართვის შესაძლებლობა საკმარისი არ არის. მნიშვნელოვანია მათ გაიარონ მკურნალობის სრული კურსი, რაც განკურნებისთვის აუცილებელი პირობაა. მეცნიერული ფაქტები ადასტურებს, რომ ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტური მკურნალობა ამცირებს ტუბერკულოზით სიკვდილობას და მის გავრცელებას.

2.1. ტუბერკულოზის მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესება პაციენტზე ორიენტირებული მხარდაჭერით.

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

შენიშვნა: თემში განხორციელებული DOT-ის (მკურნალობა უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ) და პაციენტზე ორიენტირებული მხარდაჭერის შესახებ ინფორმაცია იხილეთ სტრატეგიული მიმართულება 6.

შუალედური ინდიკატორები და სამიზნე მაჩვენებლები

2015 წელს ნაცხით და კულტურით დადებითი შემთხვევების კოჰორტის:

- >85% მკურნალობის გამოსავალი შეფასდება, როგორც „წარმატებული მკურნალობა“ (ბაზისური მონაცემები, 2010 წლის კოჰორტა: 76%)
- <5% მკურნალობის გამოსავალი შეფასდება, როგორც „შეუფასებელი“, ან „გადასული შემთხვევა“ (ბაზისური მონაცემები, 2010 წლის კოჰორტა: 2.4%)

2015 წლის წარსულში ნამკურნალები პაციენტების კოჰორტაში:

- a. >70% მკურნალობის გამოსავალი შეფასდება, როგორც „წარმატებული მკურნალობა“ (ბაზისური მონაცემები, 2010 წლის კოჰორტა: 61%)
- b. <10% მკურნალობის გამოსავალი შეფასდება, როგორც „შეუფასებელი“, ან „გადასული შემთხვევა“ (ბაზისური მონაცემები, 2010 წლის კოჰორტა: 4.1%)

პროგრესი და დარჩენილი ხარვეზები

საქართველოში გამოყენებულია სტანდარტი - ჯანმოს მიერ რეკომენდებული სამკურნალო სქემა ახალი და წარსულში ნამკურნალები პაციენტების მკურნალობისათვის, რომელიც მორგებულია და ეფუძვნება წამლისადმი გამძლეობის ტესტის (DST) შედეგებს. ახალი და წარსულში ნამკურნალები პაციენტების დაახლოებით 12-13%-ში აღინიშნება მონორეზისტენტობა იზონიაზიდის მიმართ¹. ამ პაციენტების მკურნალობა ხორციელდება ჯანმოს რეკომენდაციების მიხედვით 9 თვიანი სამკურნალოსქემით.¹¹

საქართველოში მკურნალობა უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ, ძირითადად, ტუბკაბინეტის ან პირველადი ჯანდაცვის ექთნის მიერ, რაიონის კერძო სამედიცინო დაწესებულებებში, ან სოფლის ამბულატორიაში ხორციელდება. ზოგიერთ შემთხვევაში, თუ პაციენტს არ ძალუძს ან არ აქვს საშუალება მივიდეს კლინიკაში, პროვაიდერი ახორციელებს DOT ბინაზე. ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებისათვის DOT შესრულების ხელშეწყობისთვის ტრანსპორტირების ხარჯებისა და კვების ვაუჩერების გაცემას უზრუნველყოფს გლობალური ფონდის პროექტი.⁴

საქართველოში ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების მკურნალობისთვის ჰოსპიტალური მკურნალობა, კვლავაც ჩვეული პრაქტიკაა. ჰოსპიტალიზაციის საშუალო ხანგრძლივობა ახალი ნაცხით დადებითი პაციენტებისათვის დაახლოებით 25 დღეა, ახალი ნაცხით უარყოფითი ან ექსტრაპულმონალური ტუბერკულოზის შემთხვევაში - 10 დღე და მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მქონე ავადმყოფებში -75 დღე.⁸ საწოლთა ფონდი შეადგენს 243 საწოლს მედიკამენტებისადმი მგრძობიარე ტუბერკულოზისათვის, 159 საწოლს მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზისათვის და

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

20 საწოლს პალიატიური მზრუნველობისათვის. გარდა ამისა, სასჯელაღსრულების სისტემაში ამოქმედდა სპეციალური კორპუსი ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტებისათვის.

საქართველოში ინფორმაცია იმ პაციენტების შესახებ, რომელთაც მკურნალობის პერიოდში დაუდგინათ მულტირეზისტენტობა არ ფასდება, როგორც „უშედეგო“, არამედ როგორც სხვა კატეგორიაში გადაყვანა. მაშინ როდესაც ჯანმო, „უშედეგო“ გამოსავალსა და მკურნალობის პერიოდში სხვა კატეგორიაში გადაყვანასაც აღრიცხავს ერთად, როგორც „უშედეგო მკურნალობას“. 2010 წლის კოჰორტაში, ახალი შემთხვევების, დაახლოებით, 10% და ტუბერკულოზის ყველა შემთხვევების 8% პირიველი რიგის მედიკამენტებით მკურნალობის დაწყების შემდეგ გადავიდა მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის რეჟიმზე, მას შემდეგ რაც ცნობილი გახდა წამლისადმი მგრძობილობის ტესტის შედეგები (ტფდეც).

მართალია, პენეტენციური სისტემიდან გამოსვლის შემდეგ სამოქალაქო სექტორში ტუბერკულოზის მკურნალობაში ჩართვა და მიდევნება პრობლემად რჩება. უნდა აღინიშნოს, რომ პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში მკურნალობაზე დამყოლობის პრაქტიკა უკეთესია. 2010 წლის კოჰორტის მონაცემების მიხედვით ახალი კულტურა დადებითი პატიმრების 4.2% მკურნალობის გამოსავალი იყო „შეუფასებელი“ ან „გადასული შემთხვევა“, ხოლო სამოქალაქო სექტორის ანალოგიური მაჩვენებელი 10.4% -ია. (ტფდეც).

აქტივობები

ა. ტუბერკულოზის მკურნალობის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გაიდლაინების დანერგვა და განხორციელება რათა უზრუნველყოფილ იქნას DOT-ს სტანდარტიზაცია და პროვაიდერის მიერ DOT-ს განხორციელება;

ბ. ტუბერკულოზის შემთხვევების მართვის სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება, რომელიც განსაზღვრავს ხარისხიანი DOT-ს განხორციელების მხარდაჭერ როლებს, DOT-ზე პასუხისმგებელ პირებს და სტრუქტურას. სადაც ასევე გათვალისწინებული იქნება პაციენტის მკურნალობისადმი დამყოლობა და მიდევნება.

გ. სათემო ორგანიზაციების და სოციალური მხარდაჭერის პერსონალის, როგორცაა სოფლის ექთნები, სოციალური მუშაკები და მოხალისეები და ა.შ უნარჩვევების განვითარება, რათა მათ უზრუნველყონ თემში განხორციელებული DOT და გააუმჯობესონ პაციენტების მკურნალობისადმი დამყოლობა.

დ. ეფექტური მექანიზმების შენარჩუნება და გაფართოვება მკურნალობისადმი დამყოლობის გასაუმჯობესებლად (ეს შეიძლება მოიცავდეს DOT-ის ტრანსპორტირების ღირებულებას პაციენტისათვის და საკვები პროდუქტებით უზრუნველყოფას)

ე. ოპერაციული კვლევის ჩატარება, რაც გააანალიზებს პაციენტების ამბულატორიულად მკურნალობის მხარდაჭერის გაფართოების ღირებულებასა და პოტენციურ სარგებელს.

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

ვ. სამედიცინო და სხვა პერსონალის უნარჩვევების განვითარების, ხარისხის გაუმჯობესების და საგანმანათლებლო ინტერვენციების მხარდაჭერა პენიტენციურ სისტემაში DOT-ის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით.

- ციხის თანამშრომლების (მათ შორის ექთნების) ტრენინგი პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომების, პაციენტის განათლების, კომუნიკაციის უნარჩვევების და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის უზრუნველყოფის თემებზე
- ტუბერკულოზის მართვის ხარისხის გაუმჯობესების ინსტრუმენტების შემოტანა
- პატიმართა ზოგადი ცოდნის ამაღლება ინფექციის კონტროლის ზოგადი ნორმებისა და ტუბერკულოზის შესახებ

2.2. მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების დახმარების გაუმჯობესება

საშუალოვადიანი ინდიკატორები და სამიზნეები

2015 წლის მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის კოჰორტაში:

1. 75% მკურნალობის გამოსავალი შეფასდება, როგორც „წარმატებული მკურნალობა“ (ბაზისური მონაცემები, 2009 წლის კოჰორტა 53 %)
2. <5% მკურნალობის გამოსავალი შეფასდება, როგორც “შეუფასებელი” ან „გადასული შემთხვევა“ (ბაზისური მონაცემები, 2009 წლის კოჰორტა 31%)
3. სიკვდილიანობის მაჩვენებელი < 10% (ბაზისური მონაცემები, 2009 წლის კოჰორტა: 8%)
4. უშედეგო მკურნალობის მაჩვენებელი < 10% (ბაზისური მონაცემები, 2009 წლის კოჰორტა: 6%)
5. 75% იქნება ნაცხით და კულტურით უარყოფითი მკურნალობის დაწყებიდან 6 თვის შემდეგ (შუალედური გამოსავალი) (ბაზისური მონაცემები არ არსებობს).

გრძელვადიანი ინდიკატორები და სამიზნეები

2015 წელს გამოვლენილი მულტირეზისტენტული პაციენტებიდან, 100% დაიწყებს:

1. მკურნალობას მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის სამკურნალო სქემით (ბაზისური მონაცემები 2011: არ არსებობს)¹⁰
2. 80% მიიღებს წამახალისებელ დახმარებას (ბაზისური მონაცემები 2011 წელს: 67%)

პროგრესი და დარჩენილი ხარვეზები

საქართველოში მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მკურნალობა პირველად დაიწყო 2008 წელს . 2011 წელს მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობაში ჩაერთო იმ წელს დადასტურებულ

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

მულტირეზისტენტულ პაციენტებზე მეტი რაოდენობა, რადგან 125 იმყოფებოდა ემპირიულ მკურნალობაზე და 137 დადასტურებული იყო წინა წლებში.¹⁰

საქართველოში მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობა უნივერსალურად ხელმისაწვდომია 2009 წლიდან, მაგრამ მკურნალობაში ჩართული პაციენტების მნიშვნელოვანი ნაწილი მკურნალობას არ ასრულებს. 2009 წლის კოჰორტის, დაახლოებით, ერთი მესამედის გამოსავალი შეფასდა, როგორც „უშედეგო“, „შეწყვეტილი“ ან „გადასვლა, უცნობი საბოლოო შედეგებით“.¹

საქართველოში გამოყენებულია ჯანმოს რეგისტრაცია-ანგარიშგების ფორმები, გამონაკლისია შუალედური შედეგები (6 თვის თავზე), რაც რუტინულად არ იკრიბება, ამიტომ მიდევნებიდან დაკარგვის, სიკვდილობის ან მკურნალობის წარუმატებლობის ვადები უცნობია. გლობალური ფონდი უზრუნველყოფს საკვები ვაუჩერების და ტრანსპორტირების ხარჯების ანაზღაურებას შესაბამისი კრიტერიუმების მქონე ყველა პაციენტისათვის, მაგრამ მულტირეზისტენტული პაციენტების მხოლოდ 67% იღებს ამ დახმარებას. ასევე, უცნობია ხდება თუ არა პაციენტთა სოციალური, ფსიქოლოგიური და ეკონომიკური საჭიროებების სისტემატიური შეფასება და ხელშეწყობა. ასევე, არ არის სრულად შესწავლილი მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებულთა მკურნალობის დამყოლობის ბარიერები.

2012 წელს მწვანე შუქის კომიტეტის მისიის¹ შედეგების თანახმად ციხეში მომუშავე ექთნებს არ აქვთ საკმარისი მხარდაჭერა და დრო მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მედიკამენტების ადმინისტრირებისათვის. ეს იწვევს პაციენტების მიერ მკურნალობის უარყოფას, მკურნალობის შეწყვეტას და სტანდარტულ თერაპიას. ამის გამო მწვანე შუქის კომიტეტის მისია გამოხატავს შემოფოთებას, რადგანაც მსგავსი შემთხვევები ზრდის რეზისტენტობის განვითარების რისკს, რასაც მოჰყვება ექსტენსიურად რეზისტენტული ტუბერკულოზის განვითარება (XDR-TB).

მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობის თაობაზე კლინიკური გადაწყვეტილება ცენტრალურ დონეზე ტფდევ-ში მოქმედი კონსილიუმის მიერ მიიღება. პაციენტების მკურნალობაში ჩართვა ლოდინის გარეშე ხდება თუმცა ცენტრალური კონსულიუმის დატვირთვა საკმაოდ დიდია.

აქტივობები

- ა. ოპერაციული კვლევის ჩატარება, რათა მოხდეს მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მიდევნებიდან დაკარგვის მიზეზების იდენტიფიკაცია და დადგინდეს, თუ რამდენად შეიძლება გაზარდოს მკურნალობაზე დამყოლობა ამბულატორიული მოდელის დანერგვამ.
- ბ. კოჰორტის შუალედური შედეგების ანალიზის განხორციელება ყოველკვარტალურად, რაც გამოყენებული იქნება შემთხვევის და პროგრამის მართვისათვის და მიმდინარე პრობლემების სწრაფად აღმოსაჩენად. MDR-TB-ის რეგისტრაციის სისტემის გაუმჯობესება, რაც უზრუნველყოფს შუალედური შედეგების დადგენას (ნახველის კულტურის კონვერსია, სიკვდილი, მიდევნებიდან დაკარგვა).
- გ. პალიატიური ზრუნვის სისტემის გაფართოვება განუკურნებელი მულტი და

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

ექსტენსიური რეზისტენტობის ტუბერკულოზით (MDR-TB) დაავადებული პაციენტებისათვის

- დ. ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების ადმინისტრირებისათვის პენიტენციურ სისტემაში სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება და დანერგვა, რათა უზრუნველყოთ სათანადო რაოდენობის მედიკამენტების რეგულარული მიწოდება, გვერდითი მოვლენების სწრაფად აღმოჩენა და მართვა.
- ე. პენიტენციურ სისტემაში მეორე რიგის მედიკამენტებით (SLD) მკურნალობის დაწყების აღრიცხვანობის გაუმჯობესება და რეგისტრაციის მონაცემების გამოყენება შუალედური და საბოლოო მკურნალობის შედეგების ანალიზისათვის.
- ვ. მულტირეზისტენტული მკურნალობისა და დახმარების პროგრამის შეფასებისთვის საერთაშორისო ექსპერტების მისიის ორგანიზება.

2.3. ხარისხიანი პირველი და მეორე რიგის ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების უწყვეტი მიწოდების უზრუნველყოფა

საშუალოვადიანი ინდიკატორები და სამიზნეები

2015 წელს,

- პირველი რიგის მედიკამენტების უწყვეტი მარაგი ცენტრალურ და რეგიონულ დონეზე (ბაზისური მონაცემები 2011: წყვეტას ადგილი არ ჰქონია)
- მეორე რიგის მედიკამენტების უწყვეტი მარაგი ცენტრალურ და რეგიონულ დონეზე (ბაზისური მონაცემები 2011: არ აღინიშნება)

პროგრესი და დარჩენილი ხარვეზები

მედიკამენტების მართვის სისტემა ცენტრალიზებულია და იმართება ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრის მიერ, ხოლო ხარისხის ნიშნით დადასტურებული პირველი და მეორე რიგის მედიკამენტების შესყიდვა წამლის გლობალური სააგენტოდან ხდება. ტუბერკულოზის მედიკამენტები ნაწილზე ტფდეც-ის მიერ. 2011 წელს მარაგის წყვეტა არ აღინიშნებოდა.

ამ კარგად ფუნქციონირებად სისტემას შესაძლოა ჰქონდეს წყვეტის ორი მიზეზი.¹⁸ პირველი, მედიკამენტების მიწოდება მთლიანად გლობალური ფონდის პროექტის დაფინანსებით ხორციელდება და 2015 წლის შემდეგ, როდესაც გლობალური ფონდის პროექტი დასრულდება, არ არსებობს მედიკამენტების შესყიდვის ეროვნული გეგმა. (იმ შემთხვევაშიც კი, თუ ადგილობრივი დაფინანსების მიღება იქნება შესაძლებელი, წამლის გლობალური სააგენტოს წამლები (GDF) არ არის რეგისტრირებული ქვეყანაში და ასევე, ადგილობრივ ბაზარზეც არ არსებობს ხარისხის ნიშნით დადასტურებული ტუბსაწინააღმდეგო წამლები).

მეორე და უფრო სასწრაფო გამოწვევა პრივატიზაციის საკითხია, რომელიც განხორციელდა ტუბერკულოზის მედიკამენტების განაწილებაზე პასუხისმგებლობის შესახებ ნათელი დეფინიციის გარეშე. კერძო საავადმყოფოები მედიკამენტებს ადგილობრივი აფთიაქებიდან და მცირე რეგიონული საბითუმო საწყობებიდან იღებენ. 2012 ივნისში, წამლის გლობალური სააგენტოს მისიამ შეშფოთება გამოთქვა ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრიდან მედიკამენტების მართვის პასუხისმგებლობის

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრისათვის გადაცემის შესაძლო გეგმის გამო. რადგან დკეც, ამჟამად არც გამოცდილება და არც ინფრასტრუქტურა არ აქვს ამ საქმიანობის განსახორციელებლად.¹⁸ მისიის თქმით საავადმყოფოები ცდილობენ გააუქმონ წამლების განაწილებაზე, მართვისა და ანგარიშგებაზე პასუხისმგებელი ტუბერკულოზის რეგიონული ფარმაცევტის პოზიციები. ამის შედეგად, გართულდა მედიკამენტების მიწოდების შესახებ მონაცემების შეგროვება, რაც საჭიროა მარაგის ზუსტი მართვისათვის. ტვდეც-მა ადგილებზე მედიკამენტების მართვის პროცესის ზედამხედველობა შეწყვეტამ, რაც კერძო საავადმყოფოებთან ამგვარი თანამშრომლობის გამოცდილებისა და მექანიზმების არარსებობის გამო მოხდა.

საქართველოში პირველი რიგის ტუბსაწინააღმდეგო წამლები ხელმისაწვდომია ავთიაქებში ექიმის დანიშნულების გარეშე^{10, 22}. 2012 წელს აშშ საერთაშორისო განვითარების ტბ პრევენციის პროექტის მიერ ჩატარებული ცოდნის, დამოკიდებულებისა და პრაქტიკის შემსწავლელი კვლევით გამოვლინდა, რომ კვლავაც სახეზეა თვით-მკურნალობის შემთხვევები. მაგ. პატიმრების 14% მიმართავს თვით-მკურნალობას ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტებით. კერძოდ, სტრეპტომიცინი (10.7%), რიფამპიცინით (1.7%) და იზონიაზიდით (0.8%).

დღეისთვის, ქვეყანაში ხელმისაწვდომია პედატრიული დოზირების ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტები, ასევე ფიქსირებულ დოზიანი კომბინირებული (FDCs) წამლები ყველა პაციენტისათვის.¹⁰

აქტივობები

ა. ჯანდაცვის მიმდინარე რეფორმის კონტექსტის გათვალისწინებით დეტალური გეგმის შემუშავება, რომელიც მკაფიოდ აღწერს ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების შესყიდვის, მართვისა და მონიტორინგის ყველა ასპექტს და პროცესში ჩართული მხარეების პასუხისმგებლობებს.

ბ. ეროვნულ დონეზე მარეგულირებელი გარემოს გაძლიერება, რაც ხელს შეუშლის ექიმის დანიშნულების გარეშე ყველა სახის ანტიბიოტიკების გაყიდვას (მათ შორის ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების)

გ. ბაზრის და ფარმაცევტული სექტორის სიღრმისეული შეფასების კოორდინაცია, 2015 წელს გლობალური ფონდის მხარდაჭერის დასრულების შემდეგ ტუბერკულოზის კონტროლისთვის შესყიდვების და მომარაგების ჯაჭვის მართვის სტრატეგიის შესამუშავებლად. სახელმწიფო და კერძო შესაძლებლობების აღწერა და სახელმწიფო (ან სხვა გლობალური ფონდის დაფინანსების გარდა) დაფინანსებით ტუბსაწინააღმდეგო ხარისხიანი მედიკამენტებით მომარაგების ვარიანტების განსაზღვრა - სამართლებრივი და მარეგულირებელი ბაზისი, მედიკამენტების რეგისტრაციის, შერჩევის, შესყიდვის წესები და გამოცდილება.

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

დ. ტუბერკულოზის მართვის სტანდარტების შემუშავება კერძო სექტორისათვის, მათ შორის ტუბსაწინააღმდეგო და დამხმარე მედიკამენტების მიწოდება, ზედამხედველობა, კერძო დაწესებულებებში მონაცემთა მართვა.

ე. სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება წამლების მართვისათვის, რათა თავიდან ავიცილოთ მარაგის წყვეტა და ვადაგასული მედიკამენტების არსებობის შემთხვევები. ეს უნდა გაკეთდეს არსებული ქაღალდზე დაფუძნებული სისტემის გამოყენებით.

ვ. მწვანე შუქის კომიტეტის მისიის ორგანიზება ყოველწლიურად.

2.4. ტუბერკულოზის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება ჯანდაცვის რეფორმის ფარგლებში

პროგრესი და დარჩენილი ხარვეზები

2011 წელს პრივატიზაციის შედეგად, 65 ტუბდაწესებულება კერძო სტრუქტურაში გადავიდა და მათ დაევალა ტუბერკულოზის სერვისების უწყვეტი მიწოდება. ეს კაბინეტები 5 კერძო სამედიცინო დაწესებულებების ქსელს ეკუთვნის, რომელიც ერთ ან მეტ რეგიონს მოიცავს.

2012 წლის მისში ჩატარდა ჯანდაცვის სამინისტროს / ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის კვლევა, რომლის მიხედვითაც ზოგიერთი კაბინეტი რეალურად ჯერ არ გადასულა ახალ ობიექტზე და კვლავაც ძველ შენობაში იმყოფებიან, მიუხედავად არასახარბიელო სამუშაო პირობებისა. სხვები ფიზიკურად გადანაცვლდნენ კერძო სამედიცინო დაწესებულებებს, მაგრამ ფუნქციური ინტეგრაცია ჯერ კიდევ პრობლემაა.

ექიმ ფთიზიატრების ძალიან მცირე რაოდენობას ხელი მიუწვდება კომპიუტერზე ან ინტერნეტზე. პირველადი ჯანდაცვის ექიმების დიდი ნაწილი განიხილავს ტუბერკულოზის მომსახურებას თავიანთი კომპეტენციის მიღმა და თავს არიდებს ფთიზიატრებთან აქტიურ თანამშრომლობას. წინააღმდეგობა არსებობს ფთიზიატრების მხრიდანაც ახალ კერძო სამედიცინო დაწესებულებაში გადასვლასთან დაკავშირებით.

ტუბერკულოზის სერვისის ინტეგრირებულ მოდელზე გადასვლისას ტუბერკულოზის მართვაში ახალი მოთამაშეები ერთვებიან, რომელთაც ამ სფეროში სხვადასხვა გამოცდილება და ცოდნა აქვთ. ამგვარი ცვლილებების პირობებში რამდენადმე ბუნდოვანია ცენტრალურ და რეგიონალურ სტრუქტურების, მათ შორის ჯანდაცვის სამინისტროს, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის, ტფდეც-ს, რეგიონული კოორდინატორების როლი და პასუხისმგებლობა.

ტფდეც მართვის ყველა დონეზე მხარდაჭერას იღებდა გლობალური ფონდის პროექტიდან, მაგრამ 2015 წლის შემდეგ ამ ძალისხმევის გაგრძელებისათვის არ არის იდენტიფიცირებული დაფინანსების წყაროები. გარდა ამისა, ბუნდოვანია როგორ გაგრძელდება ზედამხედველობის პროგრამები, რაც ხარისხის უზრუნველყოფისთვის ესოდენ მნიშვნელოვანია.

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

ჯანდაცვის სისტემის უწყვეტი გაუმჯობესება ჯანდაცვის სექტორის ნაციონალური რეფორმის პრიორიტეტია. ⁽⁸⁾ ტუბერკულოზის სერვისებს აქვს შესაძლებლობა გამოიყენოს ზოგადად ჯანდაცვის სისტემის ხარისხის გაუმჯობესებაზე მიმართული მეთოდები. ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკაზე, პრევენციასა და მკურნალობაზე პასუხისმგებელმა მხარეებმა უნდა შეიმუშავონ ერთიანი სქემა, ტუბერკულოზის მართვის მაღალი ხარისხის სტანდარტების განსაზღვრისა და შენარჩუნებისათვის. ამ გეგმის ინდიკატორები ხარისხის საზომთა მინიმალური ნაკრებია.

მკურნალობის ხარისხი შესაძლოა გააუარესოს გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის შეზღუდვამ. ამჟამად, საქართველოს ყველა რაიონში სპეციალიზებული ფტიზიატრიული გუნდის არსებობა საშუალებას აძლევს პაციენტს იოლად მიიღოს საჭირო მომსახურება. მაგრამ, ხშირ შემთხვევაში ტრანსპორტირების გართულების გამო პაციენტს უჭირს DOT შესასრულებლად სამედიცინო დაწესებულებაში სიარული. ტუბერკულოზის შესახებ ცოდნის, დამოკიდებულების და პრაქტიკის (KAP) კვლევამ (2012) გამოავლინა, რომ ზოგიერთ პაციენტს სამ საათზე მეტი დრო სჭირდება ფტიზიატრამდე მისასვლელად.²³ ისიც გასათვალისწინებელია, რომ ზოგიერთ დაწესებულებაში (65-დან 4) ფტიზიატრი ადგილზეა მხოლოდ კვირაში ერთხელ ან თვეში ორი კვირა.

პრაქტიკულად არ არსებობს ფტიზიატრიულ მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის ბარიერი. ტბ მართვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სრულად ფინანსდება დიაგნოსტიკური და სამკურნალო ღონისძიებები. პაციენტს შეუძლია თავისუფლად მიიღოს ტუბერკულოზთან დაკავშირებული მომსახურება პირველადი ჯანდაცვის ექიმიდან რეფერალის საფუძველზე. თუმცა პჯდ ექიმის კონსულტაცია ყოველთვის უფასო არ არის და თუ პაციენტს დაზღვევის სახელმწიფო ან კერძო პაკეტი არ გააჩნია, მას საკუთარი თანხის გადახდა მოუწევს.

ინდიკატორები და სამიზნეები

2015 წლისთვის,

- ა. ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთა ზრუნვაში ჩართულ სამედიცინო დაწესებულებათა 100%-ს ექნება ტუბერკულოზის მართვის პროტოკოლები
- ბ. ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთა ზრუნვაში ჩართული სამედიცინო დაწესებულებების > 50% ჩაატარებს ყოველწლიურად ტუბერკულოზის კლინიკურ აუდიტს

აქტივობები

- ა. კერძო სამედიცინო პროვაიდერების ინსტიტუციონალური შესაძლებლობების გაძლიერება მათი საქმიანობის უწყვეტი შეფასებისა და პროფესიული უკუკავშირის მეშვეობით

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

ბ. ზოგადი პროფილის სამედიცინო დაწესებულებებში ტუბერკულოზის სამსახურების ხარისხის გაუმჯობესების შიდა სისტემების შემუშავება, რაც მოიცავს ტუბერკულოზის ეროვნულ გაიდლაინებზე დაფუძნებულ ადგილობრივ პროტოკოლებს და ხარისხის სტანდარტებს, პრაქტიკულ გზამკვლევს, ტრენინგებს, აუდიტს, ტუბერკულოზით დაავადებულთა კმაყოფილების კვლევას,²⁴ შესაძლოა პროვაიდერებისათვის ფულადი ან სხვა წახალისების გათვალისწინება (სერტიფიკატები და ა.შ.).

გ. ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით გადამხდელსა (სახელმწიფო) და კერძო პროვაიდერების შორის არსებული ანგარიშვალდებულებისა და საკონტრაქტო მექანიზმების შეფასება. ანგარიშგების მარტივი სისტემის შემუშავება ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის ანგარიშგების მოთხოვნების შესაბამისად (იხ. აგრეთვე სტრატეგიული მიმართულება 3.2 და 3.3).

დ. კერძო სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის პროცესში ტუბერკულოზის მართვის ხარისხის საზომებისა და მინიმალურ მოთხოვნების ინტეგრირება, ჯანდაცვის ეროვნული სტრატეგიის შესაბამისად.

სტრატეგიული მიმართულება 3. საქართველოს ტუბერკულოზზე რეაგირების ეფექტური მმართველობა, ადეკვატური დაფინანსება და მონიტორინგი

დასაბუთება

მმართველობა ნებისმიერი ჯანდაცვის სისტემის კრიტიკული ნაწილია და მოითხოვს მენეჯმენტს, ზედამხედველობას, პოლიტიკურ ხელმძღვანელობას, თანამშრომლობას, რეგულაციას და ანგარიშვალდებულებას.²⁵

3.1. ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის მმართველობისა და კოორდინაციის გაძლიერება

პროგრესი და დარჩენილი ხარვეზები

ტუბერკულოზის ეროვნული პასუხი თავის მხრივ მოიცავს მრავალ სამთავრობო თუ არასამთავრობო სტრუქტურების კოორდინირებულ საქმიანობას, რომლის მიზანია ეფექტური და მდგრადი ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო სტრატეგიის შემუშავება და განხორციელება.

ტუბერკულოზის ეროვნული პასუხის მაკოორდინირებელი როლი დაკისრებული აქვს აივ ინფექცია/შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის ქვეყნის მაკოორდინირებელ საბჭოს (ქმს). ქმსს წარმოადგენს ქვეყნის მასშტაბით აივ ინფექცია/შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის შედეგიანობისა და მდგრადობის გაუმჯობესების მიზნით შექმნილ კოლეგიურ ორგანოს, ამ სფეროში ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების განხორციელების პროცესში საჯარო და კერძო პარტნიორობის მექანიზმს ეროვნულ დონეზე. ქმს თავის შემადგენლობაში აერთიანებს სამთავრობო

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

დაწესებულებებს, არასამთავრობო და საერთაშორისო ორგანიზაციებსა და სხვა დაინტერესებულ მხარეებს. ქმს-ს მიზანია აივ ინფექციის/შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის წინააღმდეგ მიმართულ ღონისძიებათა გრძელვადიანი დაგეგმვა და ეროვნული რეაგირების კოორდინაცია, ასევე გლობალური ფონდის და სხვა დონორი ორგანიზაციების ფინანსური დახმარებით მიმდინარე ღონისძიებათა კოორდინირება სახელმწიფო დონეზე.

შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ახორციელებს ტუბერკულოზის მართვის სახელმწიფო პროგრამას რომლის მიზანია ტუბერკულოზის ავადობის, სიკვდილიანობის და საზოგადოებაში ინფექციის გავრცელების შემცირება და ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების მიმართ რეზისტენტობის განვითარების პრევენცია. 2012 წლის დიზაინით პროგრამა მოიცავს შემდეგ კომპონენტებს: ეპიდზედამხედველობას, ამბულატორიულ და სტაციონარულ მკურნალობას და ლაბორატორიულ დიაგნოსტიკას. ამ პროგრამის ფარგლებში სახელმწიფო უზრუნველყოფს ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის უნივერსალურ ხელმისაწვდომობას.

ტუბერკულოზის მართვის სახელმწიფო პროგრამის განმახორციელებლები არიან ტფდევ და დკეც.

ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი ტუბერკულოზის სფეროში „საუკეთესო პრაქტიკის“ მწარმოებელია და პასუხისმგებელია ტუბერკულოზის მართვის ხარისხის სტანდარტების შექმნასა და განხორციელებაზე. ტფდევ-ს აქვს კლინიკური ფუნქციები. გარდა ამისა, 2009 წლის მინისტრის დადგენილებით იგი აღიარებულია, როგორც ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის სათაო დაწესებულება. 2011 წლამდე სახელმწიფო პროგრამის ყველა კომპონენტის განხორციელებას მთლიანად აწარმოებდა ტფდევ-ი. 2011 წლიდან ჯანდაცვის სამინისტროს გადაწყვეტილებით მოხდა ქვეყანაში ინფექციურ დაავადებებზე ეპიდზედამხედველობის სხვადასხვა კომპონენტებისა და პარალელური სტრუქტურების გაერთიანება და კონსოლიდაცია დკეც-ის ქვეშ, რადგანაც ამ ორგანიზაციის პირველად და ძირითად ფუნქციას სწორედ ქვეყანაში დაავადებებზე ეპიდზედამხედველობა წარმოადგენს.

დკეც-ი ასევე პასუხისმგებელია ანგარიშების კუთხით, როგორც ნაციონალურ ასევე საერთაშორისო მასშტაბით. თუმცა, რეალურად მონაცემთა ცენტრალური ბაზის ტფდევ-ში ფუნქციონირების გამო ანგარიშების მომზადებას კვლავაც ტფდევ აწარმოებს.

2012 წლამდე 11 რეგიონული კოორდინატორი ანგარიშს ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრის აბარებდა. მათ ფუნქციაში ასევე შედიოდა ფთიზიატრიული პერსონალის მეთვალყურეობა და ისინი ასევე ითავსებდნენ ცალკეული ტუბდისპანსერების დირექტორის პოზიციას მათივე რეგიონში. რეგიონული კოორდინატორების როლი საკვანძოა სერვისისა და ლაბორატორიული ზედამხედველობის, ეპიდზედამხედველობასა და მედიკამენტების მართვაში. ამჟამად

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

მათი არაკლინიკური საქმიანობის დროს ნაწილს ანაზღაურებს ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრი, ხოლო დანარჩენს დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრი, მაგრამ მათი რეგიონული მოვალეობების განაწილება ბუნდოვანია. ვითარებას ართულებს ის ფაქტი, რომ ახლა ისინი განიხილებიან როგორც კერძო სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომლები და ინარჩუნებენ კლინიკურ მოვალეობებს. მათი უმრავლესობა არ გადავიდა დაავადებათა კონტროლის ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის რეგიონულ ოფისებში, ხოლო კერძო სამედიცინო დაწესებულებები ვერ ხედავენ მათ როლს ტუბერკულოზის სერვისების რეგიონული კოორდინაციაში. გადასაწყვეტია რეგიონულ დონეზე მონაცემთა დამუშავების საკითხიც, რასაც წარსულში ტფდეც-ის დაქირავებული თანამშრომლები უზრუნველყოფდნენ. ამჟამად, ეს ფუნქცია კერძო სამედიცინო დაწესებულებებში გადავიდა. თუმცა ბუნდოვანია, შეინარჩუნებენ ისინი თავიან პოზიციებს კერძო დაწესებულებებში თუ არა და ეროვნული პროგრამის ფარგლებში ვის ეკისრება პასუხისმგებლობა მონაცემთან ნაკადის უწყვეტობასა და ხარისხზე.

რაც შეეხება ტბ პასუხის მმართველობას პენეტენციურ სისტემაში, 2010 წლის ერთობლივი ბრძანების თანახმად, საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტროს (სპიდს) ჯანდაცვის დეპარტამენტთან ერთად ეკისრება სრული პასუხისმგებლობა პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში ტუბერკულოზის კონტროლზე.

მიმდინარე რეფორმების პროცესში არსებითი მნიშვნელობა აქვს ყველა მონაწილის ფუნქციებისა და პასუხისმგებლობების გადასინჯვას და მკაფიოდ განსაზღვრას, როგორც მოკლევადიან, ასევე გრძელვადიან პერსპექტივაში. ფუნქციების განსაზღვრისას მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის რეფორმის ზოგადი ამოცანებისა და ტბ პროგრამაში მონაწილე ორგანიზაციების ფუნქციური მზადყოფნის გათვალისწინება, რათა მათ თავი გაართვან დასმულ ამოცანას.

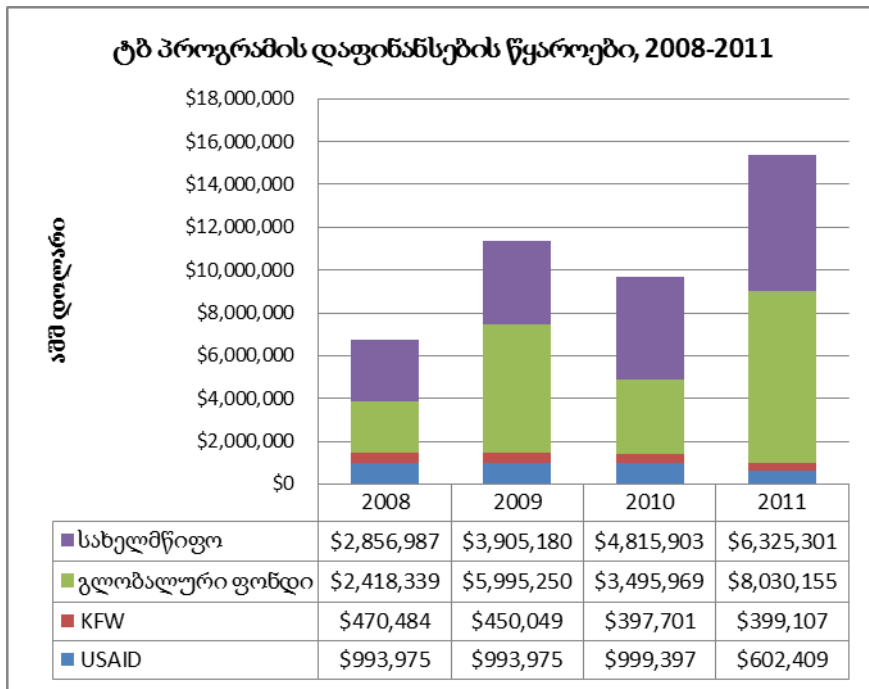
აქტივობები

ა. გადახედოს და დაკონკრეტდეს ეროვნული და რეგიონული სტრუქტურების როლი და პასუხისმგებლობა ტუბერკულოზის პროგრამის დაგეგმვის, განხორციელების და მონიტორინგის საკითხში ქვეყანაში მიმდინარე რეფორმების შესაბამისად.

ბ. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტთან შორის კოორდინაციის გაუმჯობესების ეფექტური მექანიზმების შემუშავება პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში ტუბერკულოზის კონტროლის და ციხიდან გამოსული პაციენტების მკურნალობის უწყვეტობის უზრუნველსაყოფად.

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

დ.



საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის, ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის და ტუბერკულოზის კონტროლში ჩართული სხვა სტრუქტურების ტექნიკური მხარდაჭერა მენეჯმენტის უნარჩვევების გაუმჯობესების მიზნით. ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის ინტერვენციების ეფექტური ოპერაციული დაგეგმვის ხელშეწყობა.

ე. ოპერაციული კვლევის ჩატარება კერძო პროვაიდერების მიერ ტუბერკულოზის მომსახურების გაწევის ბარიერების და მოტივაციის იდენტიფიცირების მიზნით.

3.2. ქვეყანაში ტუბერკულოზის კონტროლის მდგრადი დაფინანსების მიღწევა არსებული რესურსების მაქსიმალური გამოყენების და დამატებითი რესურსების მობილიზაციის და ადგილობრივი დაფინანსების გაზრდის გზით.

ინდიკატორები და მიზნები

2015 წლისთვის,

ტუბერკულოზის კონტროლის ძირითადი აქტივობების დაფინანსების დეფიციტი შემცირდება, ტუბერკულოზის დაფინანსების სრული წლიური საჭიროებების > 70% დაფინანსდება შიდა წყაროებით (საბაზისო მონაცემები 2011 წელს: 41%)

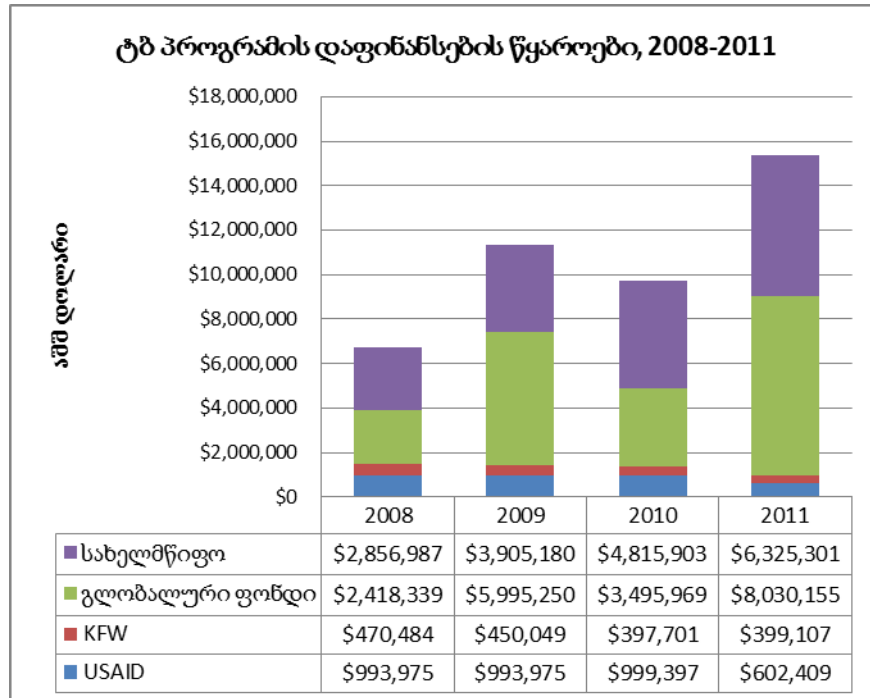
პროგრესი და არსებული ხარვეზები

სურათი 7-ზე ნაჩვენებია, რომ საქართველოს ტუბერკულოზის პროგრამის ბიუჯეტში მთავრობის წვლილი 2008 წლიდან 2011 წლამდე თითქმის გაორმაგდა, მაგრამ 2012 წელს

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

ისევ შემცირდა. 2011 წელს ტუბერკულოზის ბიუჯეტის 41% ანუ 10.5 მლნ ლარი დაფინანსებულია სახელმწიფოს მიერ.

სურათი 7. ტუბერკულოზის პროგრამის დაფინანსების წყაროები



წყარო: საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო , ჯანდაცვის ეროვნული ფინანსური ანგარიში

საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ტუბერკულოზით დაავადებული თითოეული პაციენტის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისთვის ფიქსირებულ თანხას იხდის სერვისის კომპლექსურობის მიხედვით. კერძო პროვაიდერების მოტივირებისთვის მნიშვნელოვანია, რომ ეს ტარიფი ადეკვატურ კომპენსაციას შეადგენდეს.

აქტივობები

ა. ქვეყნის შიდა რესურსით პროგრამის დაფინანსების გეგმის შემუშავება, რათა ტუბერკულოზის სერვისები დარჩეს უფასოდ ხელმისაწვდომი პაციენტებისათვის 2015 წელს გლობალური ფონდის პროექტის დასრულების შემდეგ

ბ. ტუბერკულოზის კონტროლის ოპერაციული ხარჯების ანალიზი (მათ შორის, მედიკამენტების და ახალი დიაგნოსტიკური მეთოდების) და შიდა დაფინანსების ზრდისთვის საპროექტო წინადადების წარდგენა ფინანსთა სამინისტროში

გ. ადვოკაცია, რათა შიდა ბიუჯეტში ჩაიდოს პირველი და მეორე რიგის მედიკამენტების შესყიდვა GDF-ის საშუალებით, რაც უზრუნველყოფს ხარისხიანი მედიკამენტების შესყიდვას დაბალ ფასად

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

დ. ტუბერკულოზის პროგრამის რესურსის ეფექტური ხარჯვის უზრუნველყოფისათვის ინტერვენციების ეკონომიკური შეფასება და ყველაზე ხარჯთ-ეფექტური ჩარევების გაფართოების ხელშეწყობა.

ე. ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ჯანმრთელობის საბაზისო პაკეტში ჩართვის ვარიანტების ანალიზი და ჯანმრთელობის ეროვნული დაზღვევის სქემის ფარგლებში ესენციური მედიკამენტების დაფინანსების შესაძლებლობის შესწავლა.

3.3 მონიტორინგის, შეფასების და ეპიდზედამხედველობის მონაცემების შეგროვება და ანალიზი ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიის გააზრების და ტუბერკულოზის პროგრამის განხორციელების გაუმჯობესების მიზნით

დასაბუთება

კარგად დაგეგმილი ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემები (HMIS) კრიტიკულად მნიშვნელოვანია პროგრამის ეფექტური მონიტორინგისა და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პოლიტიკის განსახორციელებლად. ტუბერკულოზის პროგრამისათვის, ასევე, საჭიროა კლინიკური (კულტურისა და წამლისადმი გამძლეობის ტესტის შედეგები), ასევე პროგრამის მართვის (ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების მართვა, ბიუჯეტი და ანაზღაურება, ზედამხედველობა, მონიტორინგი) ინფორმაციის კომუნიკაციის სისტემები. ტუბერკულოზის მართვის სისტემაში ახალი, არაერთგვაროვანი გამოცდილების მქონე მოთამაშეების გამოჩენამ და კერძო, მოგებაზე ორიენტირებული დაწესებულებების ჩართვამ ახალ სისტემაში ეფექტური მონიტორინგის საჭიროება კიდევ უფრო გაამძაფრა.

პროგრესი და დარჩენილი ხარვეზები

ამჟამად, ტუბერკულოზის შემთხვევათა რეგისტრაცია და ანგარიშგება, უპირატესად, ქალაქებში წარმოებს. ტუბერკულოზის არსებულ ელექტრონულ სისტემაში (SAFE / MEDES) ნებისმიერი მოდიფიკაციისათვის საჭიროა საერთაშორისო კონსულტანტის მოწვევა. ეს პროგრამა არ შეესაბამება ქვეყნის ახალ ჯანმრთელობის ელექტრონულ სტრატეგიას და არც იმ ელექტრონულ სისტემებს, რასაც იგი ემყარება. ქვეყნის ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემების სტრატეგია ტუბერკულოზის კლინიკური ნაწილის და პროგრამის მენეჯმენტის გაუმჯობესების საშუალებას იძლევა, მაგრამ ჯერ-ჯერობით ტუბერკულოზის მოდული მომზადებული არ არის და, ამდენად, სისტემა ტუბერკულოზის მართვის საინფორმაციო სისტემისათვის საჭირო უნიკალური დეტალებს არ მოიცავს.²⁶

ინდიკატორები და სამიზნეები

2015 წლისთვის

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

ანგარიშგებაზე პასუხისმგებელი ერთეულების 100% ახორციელებს დროულ ანგარიშგებას ეროვნული გაიდლაინების მიხედვით (საბაზისო მონაცემები 2011 წელს: 100%)

აქტივობები

ა. ტუბერკულოზის არსებული საინფორმაციო სისტემის ანალიზი და მისი გაუმჯობესებისთვის რეკომენდაციების შემუშავება.

ბ. ტუბერკულოზის მონიტორინგის და შეფასების გეგმის შემუშავება და ჰარმონიზაცია ჯანდაცვის ეროვნულ სტრატეგიასთან, აივ-ის ეროვნული სტრატეგიასთან, გლობალური ფონდის პროექტთან, ჯანმოს რეკომენდაციებთან და ჯანმოს რეგისტრაცია-ანგარიშგების ფორმებთან.^{10,27}

გ. ტუბერკულოზის მოდულის შემუშავების და ჯანდაცვის მართვის ერთიან საინფორმაციო სისტემაში ინტეგრაციის ხელშეწყობა, ტუბერკულოზის პროგრამის საჭიროებების შესაბამისად, როგორცაა პაციენტის მხარდაჭერის რევიზია პროგრამის შესრულების მონიტორინგისათვის, სტრატეგიული გეგმის განხორციელების შეფასება და შემდგომი პოლიტიკის შემუშავება.²⁸

დ. ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის შეფასება ადგილობრივი და საერთაშორისო ექსპერტების ერთობლივი მონაწილეობით.

სტრატეგიული მიმართულება 4: პროფესიული კომპეტენციის მქონე ადამიანური რესურსების ხელმისაწვდომობა ყველა დონეზე და მხარდაჭერა საქართველოს ტუბერკულოზზე საპასუხო გეგმის სამიზნეების მისაღწევად

დასაბუთება

ტუბერკულოზის კონტროლი დამოკიდებულია ჯანდაცვის პროფესიონალებზე, რომლებიც არიან მომზადებულნი, მოტივირებულნი და აქვთ სათანადო მხარდაჭერა. ჯანდაცვის პროფესიონალები საკმარისი რაოდენობითაა და სათანადოდ განაწილებულია გეოგრაფიულად.²⁹

პროგრესი და არსებული ხარვეზები

ჯანდაცვის ეროვნული სტრატეგია აღწერს იმ ნაბიჯებს, რომელიც საჭიროა ექთნების დეფიციტის გამოსასწორებლად და ჯანდაცვის პროფესიონალების კვალიფიკაციის გასაუმჯობესებლად, მათ შორის ექიმთა სერტიფიცირების ინსტრუმენტების გაძლიერება, ექთნების სერტიფიცირების პროგრამის ჩამოყალიბება და უმაღლესი სასწავლო პროგრამების აკრედიტაცია. სპეციალობები ფთიზიატრია და პულმონოლოგია გაერთიანდა, რაც გულისხმობს პრაქტიკოსი ექიმების ექსპერტიზის გაფართოვებას, რათა ეს პროფესია უფრო მიმზიდველი გახდეს ახალგაზრდა ექიმებისათვის. ოჯახის ექიმებმა გაიარეს მოკლევადიანი რეზიდენტურა ტუბერკულოზის შემთხვევათა მართვის უნარ-ჩვევების გაუმჯობესების მიზნით. ჯანდაცვის ეროვნული სტრატეგია, ასევე, მოითხოვს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკული გაიდლაინების შემუშავებას,

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

განხორციელებას და რეგულარულ განახლებას და კლინიკური აუდიტის სისტემის დანერგვას სამედიცინო დახმარების ხარისხის სისტემატური შეფასების ხელშეწყობის მიზნით.

ამჟამად, საქართველოს წინაშე რამდენიმე გამოწვევაა ტუბერკულოზის კონტროლის სათანადო ადამიანური რესურსებით უზრუნველყოფის მხრივ. პირველი, რეფორმის შედეგად შეიცვალა მართვის ვერტიკალური სისტემა, მაგრამ ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის მოვლის ფუნქციების და საერთოდ ტუბერკულოზის პროგრამის მართვის სამეთვალყურეო ანგარიშვალდებულების ახალი პრინციპები ჯერ არ დაზუსტებულა. გარდა ამისა, ზედამხედველობის ნაწილი გლობალური ფონდის პროექტის მიერ იყო დაფინანსებული და ჯერ კიდევ არ არსებობს ფინანსური მხარდაჭერის გეგმა 2015 წლისათვის პროექტის დასრულების შემდეგ.

ჯანდაცვის ახალი პერსონალის (როგორცაა პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერები) და ტუბერკულოზის კონტროლში ჩართული ახალი მონაწილის (დკეც) ტრენინგის საჭიროება არ არის სრულად შეფასებული. პრივატიზაცია გულისხმობს, რომ ტუბსპეციალისტების დაკომპლექტების გადაწყვეტილებებზე პასუხისმგებლობას კერძო პროვაიდერები იღებენ, რომელთაც შეუერთდა ტუბერკულოზის დისპანსერები. 2012 წლის ივნისში წამლის გლობალური სააგენტოს მისიას მიეწოდა ინფორმაცია ექთნების, მონაცემთა ბაზის ოპერატორების, ფარმაცევტების და მძღოლების შემცირების შესახებ. ტუბერკულოზის დისპანსერების თანამშრომლებთან მოკლე ინტერვიუებმა და ტუბერკულოზის აღრიცხვის ფორმების ანალიზმა გვაჩვენა, რომ ზოგადად გაიზარდა დიაგნოსტიკური მონაცემების მიღების დრო და შეწყვეტილი მკურნალობის შემთხვევები DOT-ზე და მიდევნებაზე პასუხისმგებელი თანამშრომლებს შემცირების გამო.¹⁸

ლაბორატორიის თანამშრომლების პროფესიული განვითარების შესახებ იხილეთ სტრატეგიული მიმართულება 1, არასამთავრობო ორგანიზაციებისათვის - სტრატეგიული მიმართულება 6.

4.1. ტუბერკულოზის ძირითადი ფუნქციების შესასრულებლად საჭირო ადამიანური რესურსების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ეროვნულ, რეგიონულ და რაიონულ დონეზე პაციენტის მოვლისა და ტუბერკულოზის პროგრამის სამიზნე მაჩვენებლების მისაღწევად

ინდიკატორები და სამიზნე მაჩვენებლები

2015 წლისთვის,

- ტუბკაბინეტების 95%-ის მომსახურება ფასდება, როგორც საუკეთესო ან კარგი (არსებული მაჩვენებელი 2011: 95%)
- სასჯელაღსრულების დაწესებულებების 95%-ს აქვს ტუბერკულოზის გამოვლენის და DOT -ის სათანადო პრაქტიკა (არსებული მაჩვენებელი უცნობია)

აქტივობები

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

ა. ტუბერკულოზის კონტროლის ფუნქციათა ამოცანების ანალიზი ქვეყანაში ადამიანური რესურსების განვითარების გეგმის ფარგლებში, ჯანდაცვის სისტემის დონის და ჯანდაცვის მუშაკთა კატეგორიების მიხედვითა და ახალი ფუნქციების გათვალისწინებით (როგორც კონტაქტების მოძიება დევე-ის მიერ და ასევე მიმდინარე ამოცანები).

ბ. დადგენილი ფუნქციების შესასრულებლად საჭირო პერსონალის რაოდენობის, განაწილებისა და შემადგენლობის განსაზღვრა და შედარება კადრებით დაკომპლექტების არსებულ მოდელთან. განსახილველია, თუ რომელი ფუნქციები შეიძლება გადანაწილდეს და როდისაა საჭირო პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის შესაბამისი ტრენინგები

გ. ტუბერკულოზის სერვისის პროვაიდერთა კომპეტენციების განსაზღვრა ყველა დონეზე და ტრენინგის გეგმის შემუშავება პროფესიული ასოციაციებსა და ტრენინგების ჩამტარებელ სხვა ჯგუფებთან კოორდინაციაში.

დ. ფთიზიატრების ტრენინგი და სერტიფიცირება პულმონოლოგიაში, რათა მათ შეძლონ ე.წ. ფილტვის ჯანმრთელობისადმი პრაქტიკული მიდგომის (PAL) ფარგლებში შემავალი სერვისების მიწოდება, ფილტვის ყველა დაავადების დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე პაციენტის ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებისა და ფთიზიატრების კარიერული განვითარების შესაძლებლობების უზურნველყოფის მიზნით.

ე. ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის ზედამხედველობის ხელშეწყობა ცენტრალურ და რეგიონულ დონეზე და პენიტენციური სისტემის ზედამხედველობა.

ვ. სამედიცინო მომსახურების კერძო სექტორის შესაძლებლობების განვითარება (ქსელის მენეჯერები, საავადმყოფოს მენეჯერები და ექიმები, პირველადი ჯანდაცვის მენეჯერები და ექიმები) ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მაღალი ხარისხის უზრუნველსაყოფად.

ზ. პენიტენციურ სისტემაში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის ტრენინგი (ექიმები, ექთნები და დაცვის თანამშრომლები) ტუბერკულოზის, მათ შორის მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის და დაავადების პრევენციის თემებზე.

სტრატეგიული მიმართულება 5. ტუბერკულოზის ტრანსმისიის პრევენცია სამედიცინო დაწესებულებებსა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში

დასაბუთება

ინფექციის კონტროლის კრიტიკული ღონისძიებებია ტუბერკულოზის, მათ შორის მულტირეზისტენტული ფორმების, სწრაფი დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. (იხ. სტრატეგიული მიმართულება 1). ინფექციის კონტროლის პრიორიტეტი უნდა მიენიჭოს მულტირეზისტენტულ შემთხვევებს; კონტაქტში მყოფი პირებს, რადგანაც ისინი ინფიცირების შემთხვევაში დაავადების განვითარების ან დაავადების შემთხვევაში ტუბერკულოზით სიკვდილის (როგორცაა აივ ინფიცირებულები) განსაკუთრებული რისკის ქვეშ არიან. ასევე პაციენტთან ხანგრძლივ კონტაქტს (სავადმყოფოები ან

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

ნებისმიერი დაწესებულება, სადაც ხდება პაციენტის დაყოვნება დიაგნოსტიკის მიზნით) არასათანადო ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების თანაარსებობისას.

5.1.სტრატეგიული ამოცანა: შემცირდეს ტუბერკულოზის გადაცემის რისკი სამედიცინო დაწესებულებებში და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში ინფექციის კონტროლის ადეკვატური ღონისძიებების საშუალებით

გრძელვადიანი შედეგის ინდიკატორი და სამიზნე

2015 წლისთვის:

ტუბერკულოზის რეგისტრირებული შემთხვევების თანაფარდობა იქნება ≤ 1 (ჯანდაცვის მუშაკები vs მოსახლეობა) (ბაზისური მონაცემები უცნობია)

მოკლევადიანი შედეგების ინდიკატორი და სამიზნე

2015 წლისთვის,

ტუბერკულოზის კონტროლში ჩართული სახელმწიფო საავადმყოფოების, აივ-ზე ზრუნვის დაწესებულებების, კერძო სამედიცინო კლინიკების და პენიტენციური სისტემის სამედიცინო დაწესებულებების 80%-ში სპეციფიკური ინფექციის კონტროლის გეგმები შეესაბამება ეროვნულ სტანდარტულ ოპერაციულ პროცედურებს, დაწესებულებაში არსებული სპეციფიკური რისკების შეფასებებზე დაყრდნობით (ბაზისური მონაცემები უცნობია).

პროგრესი და არსებული ხარვეზები

საქართველოში ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლის მარეგულირებელი სტრუქტურა შეიქმნა 2010 წლის მინისტრის განკარგულებით, რომელიც მოიცავს მხოლოდ ორ მოთხოვნას: ტუბერკულოზის მომსახურების დაწესებულებებში ცალკე შესასვლელის არსებობას და მექანიკური ვენტილაციის სისტემის და უარყოფითი წნევის არსებობას იმ პერსონალის ოთახებში, რომელიც უზრუნველყოფს ტუბერკულოზის მომსახურებას და ასევე, ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მოსაცდელ სივრცეებში. არსებობს ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლის ეროვნული სამუშაო ჯგუფი, რომელიც აერთიანებს წარმომადგენლებს ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრიდან, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრიდან, სასჯელაღსრულების სექტორიდან და პარტნიორი ორგანიზაციებიდან, მაგრამ ამ ჯგუფის საქმიანობა ჯერჯერობით არ არის ოფიციალურად დამტკიცებული. 2010 წელს შემუშავებულ ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლის ეროვნულ გეგმას არ ახლავს ბიუჯეტი, რის შედეგადაც მისი განხორციელების პროცესი ძალიან ნელა მიმდინარეობს.

ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების ჰოსპიტალიზაცია კვლავ ნორმად ითვლება, მიუხედავად ჯანმრთელობის რეკომენდაციებისა, რომლის მიხედვითაც მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის მკურნალობაც კი

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

უნდა ჩატარდეს ამბულატორიულად. სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტების დაყოვნების დროის შემცირება მნიშვნელოვანია ადმინისტრაციული კონტროლისათვის, რათა შემცირდეს ნოზოკომიური ტრანსმისიის რისკი.^{23,24}

სახელმწიფო ბიუჯეტის, დონორი და პარტნიორი ორგანიზაციების მხარდაჭერით, საქართველოში ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლი გაუმჯობესდა შემდეგ ობიექტებზე: 2008 წელს ტფდევ-ის ბაზაზე არსებული საავადმყოფო, 2012 წელს მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის განყოფილება, ეროვნული რეფერენს ლაბორატორია და ტუბერკულოზის კოლონია ქსნის ციხეში.

2012 წელს შჯსდ სამინისტროსა და ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის ერთობლივი შეფასებით გამოვლინდა, რომ ზოგადი პროფილის საავადმყოფოებს, რომლებიც ამჟამად ტბ სერვისებსაც აწვდიან, არ აქვთ ხველის მონიტორინგის, ტრიაჟის და ინფექციის გადამდები ფორმით დაავადებული გადამდები პაციენტების განცალკევების სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები. ტუბერკულოზის ყველა სამკურნალო დაწესებულებაში არ არის ადეკვატური მექანიკური ვენტილაცია და ულტრაიისფერი დასხივების ჰერმეტიკული ნათურები. გლობალური ფონდის პროექტის მხარდაჭერით ხდება პაციენტებისათვის ქირურგიული ნიღბების შესყიდვა და სამედიცინო პერსონალის უზრუნველყოფა რესპირატორებით. რესპირატორის სწორად მორგების ტესტი ხელმისაწვდომია მხოლოდ ტფდევ-ში.

ტუბერკულოზის ნოზოკომიური გადაცემა მხოლოდ ტუბერკულოზის სამკურნალო დაწესებულებების პრობლემა არ არის. როდესაც ზოგადი პროფილის საავადმყოფოში ან კლინიკაში შემოსული პაციენტის ტუბერკულოზით დაავადების დიაგნოსტიკა გვიანდება, არსებობს დაწესებულების თანამშრომლებზე და/ან სხვა პაციენტებზე ინფექციის გადაცემის რისკი. უმეტეს შემთხვევაში არ არის დაცული ხველის ეტიკეტი და არ არის შემუშავებული ტუბერკულოზის სიმპტომების მქონე პაციენტების სწრაფად იდენტიფიცირების, განცალკევების, ტრიაჟის უნიფიცირებული პროცედურები, რათა მათ მინიმუმამდე შემცირდეს ამ პაციენტების სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნების დრო.

სახელმწიფო ბიუჯეტი ფარავს ჯანდაცვის მუშაკების გამოკვლევის ხარჯებს ყოველწლიურად, მაგრამ ეს არ არის სავალდებულო და არ არსებობს ჯანდაცვაში მომუშავეთა შორის ტუბერკულოზის შემთხვევათა ეპიდზედამხედველობის მონაცემების ცენტრალური რეესტრი. პენიტენტიურ სისტემაში მომუშავე პერსონალს არ უტარდება ტუბერკულოზის რუტინული სკრინინგი. ქვეყანაში არ არსებობს ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლის ეროვნული მაჩვენებლები და მონიტორინგის საკონტროლო ნუსხა.

ჯანდაცვის ეროვნული სტრატეგია მოითხოვს ციხის და სამოქალაქო სექტორის სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის მოთხოვნათა ნუსხაში შევიდეს ინფექციის კონტროლის თანამედროვე სტანდარტების განვითარება.

აქტივობები

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

- ა. ადმინისტრაციული, მარეგულირებელი და გარემოს კონტროლის სტანდარტების გადახედვა ჯანმრთელობის რეკომენდაციების შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულებებში ტუბერკულოზის ნოზოკომური გავრცელების პრევენციის მიზნით.
- ბ. სამედიცინო დაწესებულებებსა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლის სტანდარტული ოპერაციული სახელმძღვანელოს (გაიდლაინი) შემუშავება, რომელიც მოიცავს სტანდარტებს, ინდიკატორებს და მონიტორინგის საკონტროლო ნუსხას.
- გ. ჯანდაცვის და ციხის ყველა მუშაკისათვის ტუბერკულოზზე სავალდებულო სკრინინგის დანერგვა
- დ. ფიზიკური ინფრასტრუქტურის შეფასება და ადაპტირება, იმგვარად, რომ შესაძლებელი გახდეს ტუბერკულოზის სერვისის ყველა პროვაიდერის უსაფრთხო ფუნქციონირება.
- ე. რესპირატორული დაცვის ეროვნული სტანდარტების განახლება და დანერგვის ხელშეწყობა, რაც მოიცავს ტრენინგის ამომწურავ პროგრამას, მორგების ტესტირებას, სათანადო რესპირატორების საკმარისი რაოდენობის შესყიდვას, განაწილებასა და მოვლას.

სტრატეგიული მიმართულება 6: ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების და თემის ჩართულობის გაძლიერება

დასაბუთება

აკსმ მოიცავს ადვოკატირებას, კომუნიკაციას და სოციალურ მობილიზაციას. ადვოკატირების მიზანია შენარჩუნდეს მთავრობის ვალდებულება ტუბერკულოზის კონტროლის სფეროში და ზეგავლენა მოახდინოს გადაწყვეტილების მიმღებ პირებზე, რათა გაიზარდოს რესურსების ინვესტიცია.²⁶ (ადვოკატირება განხილულია სტრატეგიულ მიმართულებაში 3.2.) კომუნიკაციის მიზანია ცნობიერების ამაღლება, ცოდნის გაუმჯობესება და კონკრეტულ ჯგუფებში დამოკიდებულების და ჩვეულებების პოზიტიური ცვლილება. სოციალური მობილიზაცია არის თემის ჩართვის და კავშირების დამყარების პროცესი, რათა გაიზარდოს პრობლემის აქტუალობა და მოთხოვნა ტუბერკულოზის სერვისებზე.³⁶

ინდიკატორები და სამიზნე მაჩვენებლები

2015 წლისთვის,

- პაციენტების 50%-ის მიიღებს მხარდაჭერას მკურნალობის პროცესში თავისივე თემის სპეციალურად მომზადებული პირების მიერ (ბაზისური მონაცემები უცნობია).

პროგრესი და არსებული ხარვეზები

სოციალური მობილიზაცია მოიცავს ტრენინგებს ჟურნალისტებისთვის, ტუბერკულოზის ყოველწლიურ მსოფლიო დღესთან დაკავშირებულ აქტივობებს, კონცერტებს, სპორტულ ღონისძიებებსა და მათში ცნობილი ადამიანების ჩართვას ეროვნული "ტუბერკულოზის

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

ელჩის” სტატუსით. ტუბერკულოზის კომუნიკაციის ღონისძიებებისათვის ტუბერკულოზის და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულმა ცენტრმა პარტნიორებთან ერთად შეიმუშავა ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებისა და სხვადასხვა რისკის ჯგუფებისათვის განკუთვნილი ბეჭდვითი მედიის, ვიდეო, ტელე და რადიო მასალები და ტრენინგი ჯანდაცვის პროვაიდერებისათვის. ეროვნული აკსმ-ი ჯერ-ჯერობით სრულყოფილად არ დანერგილა.

საქართველოში ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების ჰოსპიტალიზაცია კვლავ ფართოდ არის გამოყენებული. მიუხედავად იმისა, რომ ჯანმოს თანახმად, რეკომენდებულია ამბულატორიული მოდელის გამოყენება მულტირეზისტენტულ პაციენტებშიც.²⁴ ამბულატორიული მომსახურების ძირითადი კომპონენტი საზოგადოების ჩართულობაა, მაგრამ ტუბერკულოზის კონტროლის სფეროში მხოლოდ რამდენიმე არასამთავრობო ორგანიზაციაა ჩართული და სათემო ორგანიზაციების პოტენციალი არ არის საკმარისი DOT -ის განხორციელებისათვის.

თემის ჩართულობას შეუძლია შეამციროს სტიგმა, რომელიც ჯერ კიდევ მაღალია საქართველოში. 2012 წელს მიერ USAID ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მიერ ჩატარებული ცოდნის, დამოკიდებულების, პრაქტიკის (KAP) კვლევის შედეგად აღმოჩნდა, რომ უნივერსიტეტის სტუდენტებისა და მასწავლებლების 37% შეეცდებოდა დამალოს ავადმყოფობა.

6.1 DOT მკურნალობის ხელშეწყობისთვის სათემო სამსახურების გაძლიერება

აქტივობები

- ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციების მხარდაჭერა მცირე გრანტების პროგრამების მეშვეობით, რომელიც ხელს შეუწყობს პაციენტების მკურნალობისადმი დამყოლობას და მკურნალობის დასრულებას და ტუბერკულოზის ხარისხიან სერვისზე მოთხოვნის გაზრდას
- სათემო ინიციატივების ხელშეწყობა, რაც პაციენტის მკურნალობის რეჟიმის დაცვისა და დამყოლობის გაუმჯობესებისკენ იქნება მიმართული.
- მკურნალობის მხარდაჭერი მოხალისეების ტრენინგები მკურნალობის დამყოლობის და კომუნიკაციის თემაზე.
- პრობაციის ეროვნული სამსახურის და სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის ჩართვა ახლად გათავისუფლებული პატიმრების მკურნალობის გაგრძელების პროგრამის განხორციელებისათვის. სასჯელაღსრულების სისტემაში უკვე მომუშავე პარტნიორი არასამთავრობო ორგანიზაციების აღრიცხვა და მათი ჩართვა სასჯელაღსრულებისა და სამოქალაქო სექტორების კომუნიკაციის და პაციენტთა მიდევნების ფასილიტაციასა და მონიტორინგში.
- ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის და ოჯახის წევრებისათვის მკურნალობის დამყოლობის თემაზე არსებული საინფორმაციო მასალების შეფასება და გაუმჯობესება.

6.2. კომუნიკაციის და სოციალური მობილიზაციის მეშვეობით შემცირდეს ტუბერკულოზთან დაკავშირებული სტიგმა

აქტივობები

- მცირე გრანტების და ტექნიკური დახმარების გაწევა ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციებისათვის კონცერტების, შოუების, სპორტული და ტუბერკულოზის ყოველწლიურ მსოფლიო დღესთან დაკავშირებული აქტივობების ორგანიზებაში, ტუბერკულოზის შესახებ ცნობიერების ასამაღლებლად და ტუბერკულოზთან ასოცირებული სტიგმის დაძლევის აქტივობების განსახორციელებლად.
- საინფორმაციო მასალების შეფასება და გაუმჯობესება პატიმრებისა და ციხის თანამშრომლებისათვის - ტუბერკულოზის სიმპტომების დროული გამოვლენის, მკურნალობაში ჩართვისა და მისი დასრულების შესახებ.
- სამიზნე ჯგუფების ცოდნის, დამოკიდებულებისა და ტბ-თან დაკავშირებული პრაქტიკის რეგულარული შეფასება
- ჯანმოს „ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მართვის ეთიკური გაიდლაინის“³⁰ შესაბამისად, საქართველოს კანონმდებლობაში ტბ პაციენტთა უფლებებთან დაკავშირებული დებულებების გადახედვა და საერთაშორისო სტანდარტებთან მათი შესაბამისობის უზრუნველყოფა.

სტრატეგიული მიმართულება 7. გაძლიერდეს ტბ / აივ სამსახურთა თანამშრომლობა, რათა შეამცირდეს ტუბერკულოზის ტვირთი აივ ინფიცირებულ პირებში და აივ-ის ტვირთი ტუბერკულოზით დაავადებულ პირებში

დასაბუთება

ტუბერკულოზის და აივ კონიფექციის ინტეგრირებული სერვისის უზრუნველსაყოფად საჭიროა ტუბერკულოზისა და აივ-ის პროგრამების თანამშრომლობა (იხ. ინფექციის კონტროლი: სტრატეგიული მიმართულება 7).³¹

გრელვადიანი შედეგის ინდიკატორები და სამიზნე

2015 წლისთვის:

- ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების 2 %-ზე ნაკლები იქნება აივ ინფიცირებული (2011 წელს ბაზისური მონაცემები: ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთა 2% -ს აქვს დადგენილი აივ სტატუსი)

7.1. აივ ტვირთი-ის შემცირება ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებში ტუბერკულოზის ყველა რეგისტრირებულ შემთხვევებში აივ ტესტირებითა და

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

აივ დადებითი ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების სიკვდილობის თავიდან აცილების გზით

შუალედური შედეგის ინდიკატორები და სამიზნე

2015 წელს აივ დადებითი ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების 60% იქნება წარმატებით ნამკურნალები (ბაზისური მონაცემები 2010 წლის ახალი პაციენტების კოჰორტა: 40%)

მოკლევადიანი შედეგის ინდიკატორები და სამიზნეები

2015 წლისთვის:

- ტუბერკულოზის რეგისტრირებული შემთხვევების დაახლოებით 100% იქნება აივ ტესტირებული (ბაზისური მონაცემები 2011 წელს: 46%)
- აივ დადებითი ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების >95%-ს ჩაუტარდება ანტირეტროვირუსული თერაპია (ბაზისური მონაცემები 2011 წელს: 76%)
- აივ დადებითი პაციენტების დაახლოებით 100% მიიღებს კო-ტრიმაქსაზოლს (ბაზისური მონაცემები 2011 წელს: 56%)

პროგრესი და არსებული ხარვეზები

აივ დადებითი სტატუსის მქონე ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების პროპორცია 2005 წელს 10%-დან 2011-წელს 45%-მდე გაიზარდა. 2011 წელს, დადგენილი აივ სტატუსის მქონე ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების 2%-ს აივ დადებითი იყვნენ.

ჯანმოს შეფასებით, აივ დადებითი ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების ინციდენტობა საქართველოში 2009-დან 2011 წლამდე გაიზარდა, თუმცა ევროპის მაჩვენებლებთან შედარებით მაინც დაბალია.⁹ 2011 წელს შიდსის ეროვნულმა პროგრამამ 78 აივ ინფიცირებული ადამიანი დაარეგისტრირა, რომლებმაც ტუბერკულოზის მკურნალობა დაიწყეს, ხოლო ტუბერკულოზის მონაცემთა ბაზაში დარეგისტრირდა 50.¹⁰

ჯანმოს რეკომენდაციით აივ ინფიცირებულ ტუბერკულოზით დაავადებული ყველა პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს სწრაფი ტესტირება მულტირეზისტენტულ ტუბერკულოზზე.³² ქვეყანაში მოქმედი ლაბორატორიული ალგორითმი მოიცავს ჰაინის ტესტის ჩატარებას ნაცხით დადებითი ყველა პაციენტისათვის და ასევე თხევად დ/ან მყარ ნიადაგებზე. აივ/შიდსის ეროვნული ცენტრი თბილისში ატარებს GeneXpert MTB/ RIF ტესტირებას, რომელიც ეფექტურია ნაცხით უარყოფით პაციენტებშიც. მიუხედავად ამისა, საქართველოში 2011 წელს რეგისტრირებული 50 აივ დადებითი ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების დაახლოებით ნახევარი იყო ტესტირებული მულტირეზისტენტულ ტუბერკულოზზე.¹⁰ ეს სერიოზული შეშფოთების საგანია, განსაკუთრებით თუ გავითვალისწინებთ აივ ინფიცირებულ პირებს შორის სწრაფი და ფატალური ეპიდაფეთქების რისკს.

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

2010 წლის კოჰორტაში რეგისტრირებული 35 აივ დადებითი შემთხვევიდან 15 (43%) იყო წარსულში ნამკურნალები მაშინ, როდესაც ზოგადად ქვეყანაში ტუბერკულოზის ასეთი შემთხვევები მეოთხედზე ოდნავ მეტია. 20 ახალი აივ დადებით ტუბერკულოზის შემთხვევათა 40%-სი, მკურნალობა შეფასდა როგორც „წარმატებული“, ხოლო 25%-ში როგორც „წარუმატებელი“ (ცხრილი 3). 15 წარსულში ნამკურნალები აივ დადებითი ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის მკურნალობის შედეგი არსებითად უარესი იყო: 73%-ში დაფიქსირდა წარუმატებელი მკურნალობა ან გადავიდა მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობაზე

ცხრილი 3. 2010 წელს დაწყებული აივ დადებითი ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მკურნალობის შედეგები

	რეგისტრირებული	წარმატებით ნამკურნალები	მოკვდა	წარუმატებელი მკურნალობა	შეწყვეტილი მკურნალობა	არ არის შეფასებული
ახალი (#)	20	8	4	5	1	2
(%)		40%	20%	25%	5%	10%
წარსულში ნამკურნალები (#)	15	2	1	11	1	0
(%)		13%	7%	73%	7%	0%

წყარო:10

აქტივობები

- ა. ტუბერკულოზის მკურნალობის დაწყებისას დიაგნოსტიკური ტესტირების და კონსულტირების შეთავაზება ტუბერკულოზით დაავადებული ყველა პაციენტისათვის
- ბ. აივ დადებით ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთა შორის წარსულში ნამკურნალები შემთხვევების მაღალი პროცენტული წილის და მკურნალობის ცუდი შედეგების გამომწვევი მიზეზების დადგენა
- გ. ტუბერკულოზზე ექვის მიტანის დროს სწრაფი ტესტირება რეზისტენტობის განსაზღვრისათვის და სამკურნალო რეჟიმის მოდიფიცირებისათვის ეფექტური მკურნალობის უზრუნველსაყოფად.
- დ. ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსული თერაპიის დროული დაწყების უზრუნველყოფა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გაიდლაინების შესაბამისად
- ე. ანტირეტროვირუსული თერაპიის დროულად დაწყების და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების ბარიერების შეფასება
- ვ. აივ დადებითი ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მხარდაჭერა ანტირეტროვირუსული თერაპიის მიმართ დამყოლობის მისაღწევად.

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

გ. ტუბერკულოზის და აივ პროგრამების ტექნიკური მხარდაჭერა რათა გაძლიერდეს თანამშრომლობისა და ინფორმაციის გაცვლის მექანიზმები

7.2. აივ ინფიცირებულებსა და საინექციო ნარკოტიკების მომხმარებლებს შორის ტუბერკულოზის ტვირთის შემცირება

ინდიკატორები და მიზნები

2015 წლისთვის,

1. აივ პროგრამაში ჩართული აივ დადებითი პირების 100%-ს ჩაუტარდება ტუბერკულოზზე სკრინინგი (არსებული მაჩვენებელი 2011 წელს: 387, ან 100%)
2. აქტიური ტუბერკულოზით დაავადების გამორიცხვის შემდეგ სულ მცირე 50% დაიწყებს იზონიაზიდით პროფილაქტიკურ თერაპიას (არსებული მაჩვენებელი 2011 წელს: 61, ან პროგრამაში ჩართული აივ დადებითი პირების საერთო რაოდენობის 16%)

პროგრესი და დარჩენილი ხარვეზები

2011 წელს 424 აივ ინფექციის ახალი შემთხვევა გამოვლინდა და მათგან 90%-ზე მეტი ჩაერთო აივ-ის პროგრამაში. იმავე წელს, საქართველოში სავარაუდოდ სულ იყო 5000-მდე აივ ინფიცირებული ადამიანი, რომელთაგან 3033 დარეგისტრირდა. გადაცემის ძირითადი გზა ინტრავენური ნარკოტიკების მოხმარების ნაცვლად გახდა ჰეტეროსექსუალური კავშირი.³³ აივ-ის და ტუბერკულოზის ეროვნულ პროგრამებს შორის საკმაოდ მჭიდრო თანამშრომლობა არსებობს, რაც გამოიხატა ტუბერკულოზის და აივ-ის ერთობლივი სტრატეგიის და ტუბერკულოზის და აივ კოინფექციის მართვის კლინიკური გაიდლაინების შემუშავებაში. თუმცა, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ამ ძირითადი პრობლემების ეფექტური მართვისათვის საჭიროა ერთობლივი ძალისხმევის გაძლიერება და გაგრძელება.

აქტივობები

აქტივობები მოიცავს:

1. საქართველოში “საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელის” სოციალური მუშაკების და ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებთან მომუშავე ფსიქოლოგების ტრენინგს, რათა მათ უზრუნველყონ კონსულტირება ტუბერკულოზზე და ხელი შეუწყონ ადრეული გამოვლენას
2. აივ ინფიცირებულებში ლატენტური ტუბერკულოზის რუტინული გამოვლენა და მკურნალობა

8. ეროვნული ტუბსაწინააღმდეგო სტრატეგიის დანერგვა 2013-2015

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

ტუბერკულოზის ეროვნული სტრატეგია დაინერგება ყველა დაინტერესებული მხარის ერთობლივი მონაწილეობით. დაინერგვის პროცესი კოორდინირებული იქნება ტეკ -ს ცენტრალური ერთეულის მიერ, რომელსაც განსაზღვრავს შჯსდს. აქტივობების დეტალური გეგმა თავისი სამიზნეებითა და დაინერგვის პერიოდის მითითებით აღწერილია დანართში # 6. შჯსდს და ტეკ-ის ცენტრალური ერთეული მობილიზებას გაუკეთებს ადგილობრივ და საერთაშორისო ტექნიკურ დახმარებას, რათა წარმართოს დაინერგვის და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გადაწყვეტილებების მიღებისა და დაგეგმვის პროცესი. ტექნიკური დახმარების გეგმა წარმოდგენილი დანართში # 5.

8.1. აუცილებელი ფინანსური რესურსი

აუცილებელი ფინანსური რესურსის განსაზღვრისა და ფინანსების ნაკლებობის შესაფასებლად გამოყენებულ იქნა ჯანმო-ს ტუბერკულოზის დაგეგმვისა და ბიუჯეტირების ინსტრუმენტი. მკურნალობის, დიაგნოსტიკის, ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების, საოფისე აღჭურვილობის, პერსონალისა და ზოგადი ჯანდაცვის სერვისების გამოყენების ფასების გამოსათვლელად გამოყენებულ იქნა ჯანმო-ს მიერ მითითებული საწყისი მაჩვენებლები. ქვეყნისთვის სპეციფიკური ერთეულის ღირებულება გამოყენებულ იქნა დღიური და სატრანსპორტო ხარჯების და ადგილობრივი/საერთაშორისო კონსულტანტების ანაზღაურების ხარჯების გათვლისას.

პოტენციური ბენეფიციარები განისაზღვრა ეპიდემიოლოგიური ტენდენციის შესაბამისად და მითითებულია ცხრილში # 4:

ცხრილი 4: პოტენციური ბენეფიციარების სავარაუდო რაოდენობა

პოტენციური ბენეფიციარები	2013	2014	2015
ახალი ტუ პაციენტების სავარაუდო რაო-ბა	4,832	4,966	5,105
პატიმართა სავარაუდო რაო-ბა, ვისაც ჩაუტარდება ტუ სკრინინგი	15000	15000	15000
სამედიცინო პერსონალის სავარაუდო რაო-ბა, ვისაც ჩაუტარდება ტუ სკრინინგი	350	400	500
გამოსაკვლევ კონტაქტების სავარაუდო რაო-ბა	4000	4000	4000
აივ-ზე ნებაყოფლობითი ტესტირებისა და დედიდან-ბავშვზე აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციის მიზნით ტესტირებულთაგან აივ (+) პირების სავარაუდო რაო-ბა	134	145	155
მულტი და ექსტენიურად რეზისტენტული ტუ პაციენტების სავარაუდო რაო-ბა, ვინც მიიღებს წამახალისებელ დახმარებას.	532	589	646

სულ სამი წლის განმავლობაში მოსალოდნელი ხარჯების რაოდენობამ შეადგენა

43,313, 182 აშშ დოლარი.

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

ფინანსების ნაკლებობის ანალიზისათვის, ეროვნული ტბ სტრატეგიის იმპლემენტაციისათვის საჭირო ბიუჯეტი შედარებულ იქნა არსებულ ფინანსურ რესურსებთან. გლობალური ფონდის მეათე რაუნდის გრანტი, წარმატებით გაგრძელების შემთხვევაში, უზრუნველყოფს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის უნივერსალური ხელმისაწვდომობის შენარჩუნებას. ტპპ თავის წვლილს შეიტანს ადამიანური რესურსების განვითარებასა და ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერებაში. სახელმწიფო ბიუჯეტი დაფარავს ტბ სერვისების მიწოდებისა და ტეპ-ის მენეჯმენტის ოპერაციულ ხარჯებს. ცხრილი 5 აღწერს დაფინანსების პოტენციურ წყაროებს, რომელიც ეფუძნება არსებულ ბიუჯეტს და აქტივობების ნუსხას, რომლებიც ამ მომენტისათვის ფინანსდება სახელმწიფო, გფ და/ან ტპპ პროექტიდან. სერიოზულ ძალისხმევასა და ადვოკატირებას საჭიროებს რესურსების მობილიზაცია ფინანსური ხარვეზების შესავსებად. დეტალური ბიუჯეტი აქტივობების მიხედვით წარმოდგენილია # 5 ცხრილში

ცხრილი 5. ტუბერკულოზის სამოქმედო გეგმის დანერგვის ბიუჯეტი 2013-2015 წწ-თვის (ინფლაცია გათვალისწინებული არ არის)

ფისკალური წელი	2013	დაფინანსების სავარაუდო წყარო			
	საჭირო ბიუჯეტი	სახელმწიფო	გლობალური ფონდი	სხვა გრანტები	წყარო დადგენილი არ არის
დიაგნოსტიკის გაუმჯობესება	677,922	254,864	303,600	43,558	75,900
პაციენტის დახმარება	1,018,598	-	649,295	269,032	100,271
I რიგის ტბ წამლების შესყიდვა და მენეჯმენტი	296,096	-	234,001	-	62,096
მონიტორინგი და შეფასება	193,220.00	-	30,366	132,488	30,366
პროგრამის მენეჯმენტი და სუპერვიზია	173,492	-	60,331	52,436	60,725
ადამიანური რესურსების განვითარება: პერსონალი	3,523,951	1,598,410	110,688	-	1,814,853
ადამიანური რესურსების განვითარება: საერთაშორისო ტექნიკური დახმარება	235,321	-	32,936	189,412	12,973
ადამიანური რესურსების განვითარება: ტრენინგები	283,224	-	76,160	150,000	57,064
ტბ/აივ შიდსის კოლაბორაციული აქტივობები	179,746	-	8,872	-	170,874
II რიგის წამლები	3,484,954	-	1,647,573	-	1,837,381
მაღალი რისკის ჯგუფები	145,480	145,480	-	-	-
ინფექციის კონტროლი	747,500	-	30,912	148,000	568,588
საზოგადოების ჩართულობა	23,596	-	-	23,596	-
ოპერაციული კვლევები	84,500	-	-	68,500	16,000
ჯანდაცვის სერვისების ზოგადი გამოყენება	3,016,663	3,016,663	-	-	-
სულ ბიუჯეტი	14,135,666	5,015,417	3,184,734	1,128,425	4,807,091
ფისკალური წელი	2014	დაფინანსების სავარაუდო წყარო			

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

	საჭირო ბიუჯეტი	სახელმწიფო	გლობალური ფონდი	სხვა გრანტები	წყარო დადგენილი არ არის
დიაგნოსტიკის გაუმჯობესება	686,578	272,586	303,600	34,492	75,900
პაციენტის დახმარება	854,574	-	649,295	163,832	41,447
I რიგის ტბ წამლების შესყიდვა და მენეჯმენტი	304,368	-	234,001	-	70,368
მონიტორინგი და შეფასება	166,426	-	30,366	26,426	109,634
პროგრამის მენეჯმენტი და სუპერვიზია	173,492	-	60,331	52,436	60,725
ადამიანური რესურსების განვითარება: პერსონალი	3,622,398	1,598,410	110,688	-	1,913,300
ადამიანური რესურსების განვითარება: საერთაშორისო ტექნიკური დახმარება	240,000	-	32,936	150,000	57,064
ადამიანური რესურსების განვითარება: ტრენინგები	256,766	-	76,160	93,680	86,925
ტბ/აივ შიდსის კოლაბორაციული აქტივობები	188,534	-	8,872	-	179,662
II რიგის წამლები	3,852,877	-	1,647,573	-	2,205,304
მაღალი რისკის ჯგუფები	136,600	136,600	-	-	-
ინფექციის კონტროლი	747,500	-	30,912	148,000	568,588
ყველა პროვაიდერის ჩართვა: შერეული მოდელი სახელმწიფო-კერძო პროვაიდერები	48,382	-	-	48,382	-
საზოგადოების ჩართულობა	24,255	-	-	24,255	-
ოპერაციული კვლევები	68,000	-	-	68,000	-
ჯანდაცვის სერვისების ზოგადი გამოყენება	3,075,575	3,075,575	-	-	-
სულ ბიუჯეტი	14,363,431	5,083,171	3,184,733	809,503	5,286,024
ფისკალური წელი	2015	დაფინანსების სავარაუდო წყარო			
	საჭირო ბიუჯეტი	სახელმწიფო	გლობალური ფონდი	სხვა გრანტები	წყარო დადგენილი არ არის
დიაგნოსტიკის გაუმჯობესება	704,795	290,803	303,600	34,492	75,900
პაციენტის დახმარება	872,584	-	649,295	205,912	17,377
I რიგის ტბ წამლების შესყიდვა და მენეჯმენტი	312,871	-	234,001	-	78,871
მონიტორინგი და შეფასება	14,476	-	30,366	14,476	-30,366
პროგრამის მენეჯმენტი და სუპერვიზია	173,492	-	60,331	52,436	60,725
ადამიანური რესურსების განვითარება: პერსონალი	3,723,596	1,598,410	110,688	-	2,014,498
ადამიანური რესურსების განვითარება: საერთაშორისო ტექნიკური დახმარება	240,000	-	32,936	150,000	57,064
ადამიანური რესურსების განვითარება: ტრენინგები	305,103	-	76,160	109,626	119,317

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

ტბ/აივ შიდსის კოლაბორაციული აქტივობები	199,793	-	8,872	-	190,921
II რიგის წამლები	4,220,801	-	1,647,573	-	2,573,228
მაღალი რისკის ჯგუფები	149,080	149,080	-	-	-
ინფექციის კონტროლი	619,500	-	30,912	20,000	568,588
ყველა პროვაიდერის ჩართვა: შერეული მოდელი სახელმწიფო-კერძო პროვაიდერები	43,646	-	-	43,646	-
საზოგადოების ჩართულობა	24,933	-	-	24,933	-
ოპერაციული კვლევები	81,000	-	-	65,000	16,000
ჯანდაცვის სერვისების ზოგადი გამოყენება	3,128,416	3,128,416	-	-	-
სულ ბიუჯეტი	14,814,085	5,166,709	3,184,733	720,520	5,742,123

დანართი 1. კავშირი საქართველოსა და საერთაშორისო მასშტაბით მოქმედ ტბ გეგმებსა და სტრატეგიებთან

სტრატეგიული სფეროები	საქართველო ჯანდაცვის სტრატეგია	ტპპ	გვ	საერთაშორისო ჯანმო ტუბ-ი სტრატეგია**	შევაჩეროთ ევროპული ხედვა
1. ტუბერკულოზის ხარისხიანი დიაგნოსტიკის უნივერსალური ხელმისაწვდომობა	2.4, 4.2	1.1- 1.3	2	1ბ. 2ბ. MDR 2გ. კონტაქტში მყოფი	

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

სტრატეგიული სფეროები	საქართველო ჯანდაცვის სტრატეგია	ტპპ	გფ	საერთაშორისო	
				ჯანმო ტუბ-ი სტრატეგია**	შევაჩეროთ ევროპული ხედვა
2. ტუბერკულოზის ხარისხიანი მართვის და პაციენტის მხარდაჭერის უნივერსალური ხელმისაწვდომობა	1.4, 2.4	2.4	3, 4	1გ. 1დ. პრეპარატები; 2ბ. MDR; 5. საზოგადოების ჩართულობა;	პირები
3. ეფექტური მმართველობა, კოორდინაცია, ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის ფინანსირება	1.2, 1.3, 2.1, 2.5, 4.4, 5	1.6, 1.3 2.1- 2.3	1 6	1ა, 1ე 4. ყველა პერსონალის ჩართვა; 5. ადვოკატირება; 6. ოპერაციული კვლევა;	
4. ადამიანური რესურსების განვითარება, სუპერვიზია	2.2, 2.3	2.5	1	3ა	
5. ინფექციის კონტროლი	4.2	3		3ბ	
6. საზოგადოების ჩართვა მართვაში, მისი უფლებამოსილებით აღჭურვა	3	1.4- 1.5		5. კომუნიკაცია და სოციალური მობილიზაცია	
7. აივ	4.4*	2.4	5	2ა	

*იხ. საქართველოს აივ/შიდსის სტრატეგიული გეგმა, 2011-2016; 2.2 და 3.1

**MDR-ტბ (2ბ) და პენიტენციურ სისტემაში ტუბერკულოზის მართვა (2გ) ინტეგრირებულია სტრატეგიულ გეგმაში

დანართი 2. როლების განსაზღვრა ეროვნულ და რეგიონალურ დონეზე ტუბერკულოზის ფუნქციური მართვისათვის

დანართი 2 ა. ეროვნულ და რეგიონალურ დონეზე ტუბერკულოზის მართვის ფუნქციების განსახორციელებლად ეროვნული/რეგიონული როლების განსაზღვრა (2012 წლის ოქტომბრის მდგომარეობით)

ტბ მართვის ფუნქციები	ზღვსდს	სპიბდს	ტფდს	დპმს	ტუბერკულოზის სერვისის მიმწოდებლები	სხვა
1. ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა						
კონტაქტების გამოკვლევა			X (სერვისი)	X	X	
პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში პირველადი (შესვლისთანავე) და მასობრივი სკრინინგი		პატიმრობის /თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში	პატიმრობის /თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში			
ტბ დიაგნოსტიკა სპეციალიზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში, მ.შ. პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში		X (სისტემის ექიმების საშუალებით)	X		X	
ლაბორატორია*						
ლაბორატორიული ქსელის გაძლიერება, სტანდარტული საოპერაციო პროცედურების (SOP) შემუშავება, ტრენინგი			ერლ			
ბაქტერიოსკოპიული ლაბორატორიის ხარისხის კონტროლი (EQA)			ერლ			
8 რეგიონალური ლაბორატორიის ფუნქციონირება				X		
პენიტენციალური სისტემის 2 ბაქტერიოსკოპიული ლაბორატორიის ფუნქციონირება		X				
რეგიონალური ლაბორატორიების მიერ განხორციელებული კულტურალური კვლევის ხარისხის კონტროლი (EQA)			ერლ			
ეროვნული რეფერენს ლაბორატორიის ხარისხის						სრლ

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

ტბ მართვის ფუნქციები	შეჯდ	საიღს	ტფდც	დჰც	ტუბერკულოზის სერვისის მიმწოდებლები	სხვა
კონტროლი (EQA)						
გამოსაკვლევი პათოლოგიური მასალის ტრანსპორტირება სამოქალაქო სექტორში				X		
გამოსაკვლევი პათოლოგიური მასალის ტრანსპორტირება პენიტენციური სისტემიდან			X			
ლაბორატორიული გამოკვლევის შედეგების დაფიქსირება და გაგზავნა ფთიზიატრიულ ქსელში			X	X		
საჭირო მასალებით და რეაქტივებით უზრუნველყოფა			X	X		
2. ტბ-ის წარმატებული მკურნალობა						
DOT შესრულება		X	X		X	
DOT-ის მონიტორინგი			X	X (სახ. პროგრ)		
კვებითი ვაუჩერების დისტრიბუცია			X		X	
მედიკამენტების მენეჯმენტი*						
საჭიროების წინასწარ განსაზღვრა/პროგნოზირება			X			
მედიკამენტების მოწოდება			X			გფ
ხარისხის მონიტორინგი	წამლის სააგენტო					
მედიკამენტების მარაგის შენახვა						
მედიკამენტების დისტრიბუცია			X		X	
სუპერვიზია			X			
სტაციონარული მკურნალობა						
კლინიკურად მძიმე, გართულებული შემთხვევების სტაციონარული მკურნალობა			X			ყველა ტბ საავადმყოფო
ტბ კლინიკური გზამკვლელების და სტანდარტული საოპერაციო პროცედურების იმპლემენტაცია	გაიღლა ინების აკრედიტაციის საბჭო		X			პროფესიული ასოციაციები
პენიტენციალური სისტემის სამედიცინო ცენტრების ფუნქციონირება		X	X			
რეზისტენტული ტუბერკულოზის მართვის კონსილიუმის ფუნქციონირება			X			
3. მმართველობა, ფინანსირება, მონიტორინგი						
ეროვნულ დონეზე						
ჯანდაცვის ძირითად პოლიტიკასთან შესაბამისი ტბ მართვის სტრატეგიის განსაზღვრა, დაგეგმარება, ფინანსირება*	x	x				
ეროვნულ დონეზე ტბ მართვის კონტროლზე პასუხისმგებელი პირის დანიშვნა*	მინისტრის ბრძანება ა/გადაწ		მინისტრის ბრძანება #372/ო			

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

ტბ მართვის ფუნქციები	შუქდება	საბიძს	ტფდინ	დამინ	ტუბერკულოზის სერვისის მიმწოდებლები	სხვა
	ყვეტილ ება					
მართვითი ფუნქციების შესასრულებლად საჭირო ფინანსირება*	x	x				
“შევაჩეროთ ტუბერკულოზის“ სტრატეგიის და გამოყოფილი რესურსების შესაბამისი, შედეგებზე დაფუძნებული სამოქმედო გეგმის შემუშავება*	x	x				
მომსახურების ანაზღაურება	x					სმა
რეგიონალურ დონეზე კოორდინაცია			X	X		
პენიტენციალურ სისტემაში	X	X	X			
ციხეში ეროვნულ პროგრამას და სასაჯელადსრულებების სამინისტროს შორის ტუბერკულოზის გაზიარებული პასუხისმგებლობით მართვა ⁸		X	X			
ტბ სერვისების სუპერვიზია და მონიტორინგი		X	X			GF
ტუბსაწინააღმდეგო და გვერდითი მოვლენების მართვისათვის საჭირო წამლებითუზრუნველყოფა		X	X			
კლინიკური მომსახურება		X	X			
მეთვალყურეობა, მონიტორინგი და შეფასება						
ტბ ინდიკატორების ინტეგრირება ქვეყნის ჯმსს სისტემაში*						
ფორმების წარმოება			X	X	X	
მონაცემების შეყვანა			X		X	
მონაცემთა გაწმენდა, გაანალიზება, დისემინაცია			X	X		
მონაცემთა ანალიზის საფუძველზე ტბ პროგრამული მართვის გაუმჯობესება	X	X	X	X		
ანგარიშგება ჯანმო-სთან			X			
მონიტორინგის და შეფასების სისტემის გაუმჯობესება	X	X				
მეთვალყურეობა ტბ პრეპარატების მიმართ რეზისტენტობის ცვლილებაზე			ერლ			
4. ადამიანური რესურსები						
საქმიანობის შეფასება*						
რეგიონალური კოორდინატორების სუპერვიზია			X	X		
ზოგად საექიმო ქსელში დასაქმებული ტბ სერვისის მიმწოდებელი მედპერსონალის სუპერვიზია					მენეჯმ ენტი	
სოფლის დონეზე მომუშავე მედპერსონალის სუპერვიზია, რომლებიც სიმპტომების მიხედვით					მენეჯმ ენტი	

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

ტბ მართვის ფუნქციები	შესჯდს	საიღს	ტფდინ	დამც	ტუბერკულოზის სერვისის მიმწოდებლები	სხვა
გამოავლენენ და მიმართავენ ტბ საეჭვო შემთხვევას, აწარმოებენ DOT-ის					და ტბ გუნდები	
რეგიონში მოქმედი ყველა ზოგადი სამედიცინო დაწესებულების სუპერვიზია			რეგიონალური კოორდინატორი			
5. ინფექციის კონტროლი						
სამედიცინო დაწესებულების ფიზიკური ინფრასტრუქტურით უზრუნველყოფა	x					
სამედიცინო დაწესებულებაში ინფექციის კონტროლის გეგმის შემუშავება და იმპლემენტაცია	x				მენეჯმენტი	
ციხეში მედპერსონალის რესპირატორებით და პაციენტების ქირურგიული ნიღბებით უზრუნველყოფა		X	X			
ტბ დაწესებულებებში პერსონალის ყოველწლიური ტბ სკრინინგი	x					
6. ტბ მართვაში პაციენტების და საზოგადოების ჩართვა, მათი უფლებამოსილების გაფართოება						
აკსმ აქტივობები	x	x	x	x	x	NGO's
7. აივ						
ტბ პაციენტებში ანტირეტროვირუსული მკურნალობის (ამ) ინიციაცია და მონიტორინგი	x		x			შიდსის ცენტრი

შენიშვნა:

(ა) ციფრები შეესაბამება სტრატეგიული გეგმის სფეროებს

(ბ) *ეს ფუნქციები ხაზგასმულია ჯანმო-ს მიერ ჯანდაცვის სისტემის გაძლიერების მიზნით; ეროვნული პროგრამის წამყვანი პრინციპები, 2008

<http://www.who.int/ტბ/publications/2008/en/index.html>

დანართი 2 ბ. პაციენტის მართვის პროცესში (სიმპტომების გამოვლენიდან განკურნებამდე) როლების განსაზღვრა ადგილობრივ დონეზე (2012 წლის ოქტომბრის მდგომარეობით)

პაციენტის მართვა სიმპტომების	პირველადი	ტბ	სხვა
------------------------------	-----------	----	------

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

გამოვლენიდან განკურნებამდე	ჯანდაცვის ქსელი	სპეციალისტი	
ტბ სიმპტომების მქონე პაციენტის გამოვლენა	x		
რეფერალი ტბ სპეციალისტთან	x		
მოთხოვნა ნახველის (პათოლოგიური მასალის) გამოკვლევაზე		ფთიზიატრი ექიმი	
ნახველის (პათოლოგიური მასალის) შეგროვება, პაციენტის ინსტრუქტირება		ფთიზიატრი ექთანი	
მედპერსონალის მიერ ინიცირებული აივ ტესტირება		x	აივ ტესტირება დკეც ლაბორატორიებში
ბაქტერიოლოგიური კვლევის შედეგების რეპორტირება ტბ სპეციალისტთან			დკეც ლაბორატორია; ერლ
სამკურნალო რეჟიმის შერჩევა		ფთიზიატრი ექიმი	MDR-ის შემთხვევაში კონსილიუმი
DOT სამედიცინო დაწესებულებაში კვირაში 6 დღე		ფთიზიატრი ექთანი* ან ზოგადი პრაქტიკის ექთანი	
DOT ბინაზე		ფთიზიატრი ექთანი ან ზოგადი პრაქტიკის ექთანი	
ტბ შემთხვევის მართვა: პაციენტის სოციალური, ფსიქოლოგიური და ფინანსური საჭიროებების განსაზღვრა და გათვალისწინება			
კონსულიტირება მკურნალობისადმი დამყოლობის უზრუნველსაყოფად კონტაქტების გამოვლენა		ტბ გუნდი	
კანის ტუბერკულინური სინჯის ადგილობრივად ჩატარება		ფდტბეც-ის ექთანი	დკეც-ის ეპიდემიოლოგი
კონტაქტების შემდგომი მეთვალყურეობა და მკურნალობა		x	
მკურნალობის შეწყვეტის შემთხვევაში პაციენტის მიდევნება, მკურნალობაზე დაბრუნება		x	
ბაქტერიოსკოპიული მონიტორინგი მკურნალობის პერიოდში		x	
მკურნალობის პერიოდში თვეში ორჯერ კლინიკური მონიტორინგი (ექიმი ფთიზიატრის კონსულტაცია)		x	

მომზადდა აშშ საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს საქართველოში ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის მხარდაჭერით

ტუბსაწინააღმდეგო პრეპარატებით გამოწვეული გვერდითი მოვლენების გამოვლენა და მართვა	x	x	
თანმხლები დაავადებების (მაგ. დიაბეტის, აივ ინფიცირების) მართვა	x		ქვეყნის მასშტაბით მოქმედი 3 აივ ცენტრი

*ან სოფლის ამბულატორიის ექიმი (ოჯახის ექიმი)

დანართი 3. პრობლემები, რომლებიც საჭიროებენ შეფასებას და ანალიზს (ან ოპერაციული კვლევა)

სტრატეგიული სფერო 1

1. პირველად ჯანდაცვის ქსელში ტბ შემთხვევების გამოვლენის ძირითადი ბარიერები;
2. წარსულში ნამკურნალები პაციენტის (რელაფსის, შეწყვეტილი, უშედეგო მკურნალობა) განმეორებით მკურნალობის შემთხვევაში მულტირეზისტენტობის ხარისხის განსაზღვრა;
3. ციხეში წარმოებული აქტიური სკრინინგის პროცესის შეფასება; მძიმე კლინიკურ მდგომარეობამდე მისულ პაციენტებთან ტუბერკულოზის გვიანი გამოვლენის მიზეზების შესწავლა;
4. საკვლევი პათოლოგიური მასალის შეგროვებიდან შედეგების რეპორტირებამდე დროის პერიოდის შეფასება, დაგვიანების მიზეზების შესწავლა-გაანალიზება;
5. ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებულ გარკვეულ პაციენტებთან კულტურა ნეგატიური შედეგების დაფიქსირების მიზეზების განსაზღვრა;
6. მედიკამენტების მიმართ რეზისტენტობის ყველა არსებული შედეგის გაანალიზება (მათ შორის ფილტვგარეშე შემთხვევებშიც);

სტრატეგიული სფერო 2

1. MDR-ტბ პაციენტებში მკურნალობის შეწყვეტის ძირითადი მიზეზების განსაზღვრა;
2. იმ MDR-ტბ პაციენტების რაოდენობის და თვისობრივი მახასიათებლების განსაზღვრა, რომლებთაც არ უტარდებათ მკურნალობა;
3. სტაციონარული მკურნალობის პერიოდში რეზისტენტობის განვითარების და გაუარესების მიზეზების იდენტიფიცირება და სტაციონარში ინფექციის კონტროლით გათვალისწინებული ნორმების დაცვის ეფექტურობის გაანალიზება;

სტრატეგიული სფერო 3

1. ტბ სერვისების ხელმისაწვდომობის შეფასების და ზოგად სამედიცინო ქსელში არსებული ბარიერების გამოვლენის მიზნით ტბ პაციენტების და მედპერსონალის (პირველადი ჯანდაცვის ქსელის მუშაკების და ტბ სპეციალისტების) ინტერვიუება;
2. კერძო პროვაიდერების მიერ ტბ სერვისის მიწოდების ბარიერების და მოტივატორების იდენტიფიცირების მიზნით ოპერაციული კვლევის ჩატარება;

სტრატეგიული სფერო 4. პერსონალის მიერ შესრულებული სამუშაოს ანალიზი; კადრებით დაკომპლექტების არსებული მდგომარეობის შეფასება;

სტრატეგიული სფერო 5.

1. პრიორიტეტული სამედიცინო დაწესებულებების რისკების შეფასება;
2. ტბ საავადმყოფოებში ინფექციის კონტროლით გათვალისწინებული ნორმების დაცვის ეფექტურობის შეფასება;

სტრატეგიული სფერო 6.

1. ძირითად პოპულაციებში ტუბერკულოზთან დაკავშირებული ცოდნის, დამოკიდებულების და პრაქტიკის შეფასება.

სტრატეგიული სფერო 7

1. აივ-პოზიტიურ ტბ პაციენტებში წარსულში ნამკურნალები შემთხვევების მაღალი მაჩვენებლის დაფიქსირების და მკურნალობის წარუმატებელი გამოსავლის მიზეზების შეფასება;
2. რა ქმნის აივ-ინფიცირებულ ტბ პაციენტებში ანტირეტროსვირუსული მკურნალობის დაწყების და ამ მკურნალობისადმი დამყოლობის უზრუნველყოფის ბარიერებს?
3. აღმჯობესებს თუ არა ბინაზე განხორციელებული DOT და/ან აივ და ტბ სერვისების ინტეგრირებული მიწოდება მკურნალობის გამოსავალს;

დანართი 4. მონიტორინგი და შეფასება

შენიშვნები:

- ცხრილში კი/არა ინდიკატორები მოცემული არ არის; ისინი აქტივობების სახით განხილულია სტრატეგიულ გეგმაში;
- ცხრილში ჩასმულია საქართველოში გამოყენებული ყველა მოკლე, საშუალო და გრძელვადიანი სამიზნე, ასევე გამოყენებულია ჯანმო-ს სამიზნეები (6, 7).
- პროცესის ინდიკატორები აქტივობის გეგმის შესაბამისად განისაზღვრება;
- ამ ინდიკატორების გარკვეული ნაწილი გაანალიზდება ტბ პაციენტების მკურნალობის ისტორიის, ადგილის (სამოქალაქო და პენიტენციურ სისტემაში), რეზისტენტობის ტიპის, ასაკობრივი ჯგუფის, სქესის და რეგიონების მიხედვით.
- მონაცემთა წყაროს წარმოადგენს ტვდეც-ის ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის ბაზა

	ინდიკატორები	ბაზისური მონაცემები	თარიღი (წყარო)	სამიზნე 2015 წ-სთვის	EURO (5)	ინდიკატორის წყარო
	გრძელვადიანი შედეგის ინდიკატორი					
1	ტბ სიკვდილიანობის სავარაუდო მაჩვენებელი	3.7 100,000 მოსახლეზე	2011 (8)	3 100,000 მოსახლეზე		5
2	წარსულში ნამკურნალები მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი	32%	2011 (8)	25%	3.4.5	6
3	MDR-ტბ შემთხვევებში ექსტენსიური რეზისტენტობის (XDR) პროცენტული მაჩვენებელი	6%	2011 (4)	შემცირდება	3.4.6	6
	1. ტბ შემთხვევის გამოვლენა					
4	ტბ ახალი და რელაფსის რეგისტრირებული შემთხვევების მაჩვენებელი	105 100,000 მოსახლეზე	2011 (9)	102 100,000 მოსახლეზე		<i>Error! Bookmark not defined.9</i>
5	ტბ შემთხვევის გამოვლენა ზოგადი პრაქტიკის სამედიცინო დაწესებულებაში					
6	პირველადი ჯანდაცვის ქსელიდან რეფერირებული ტბ საექვო შემთხვევების რაოდენობა			20% -ით გაიზარდება		
7	ტბ საექვო შემთხვევების რაოდენობა, რომლებსაც ჩაუტარდათ ნახველის გამოკვლევა	13 410	2011			34
8	ტბ საექვო შემთხვევებში ნაცხით დადებითი პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი	2 148	2011			(34)
	ტბ შემთხვევების გამოვლენა კონტაქტებში¹⁰					
9	კონტაქტებში გამოვლენილი ტბ პაციენტების რაოდენობა	104	2011			10
10	მგბ(+) ტბ პაციენტებთან კონტაქტში მყოფი იმ პირების რაოდენობა, რომელთაც ჩაუტარდათ სკრინინგი	3 475	2011			10

9. Case detection rate no longer recommended as an indicator, since not directly measurable (3)

10. ანალიზი ყველა ასაკობრივ ჯგუფში, 5 წლამდე და პატიმრებში

	ინდიკატორები	ბაზისური მონაცემები	თარიღი (წყარო)	სამიზნე 2015 წ-სთვის	EURO (5)	ინდიკატორის წყარო
	ტბ შემთხვევების გამოვლენა პაციენტებში					
11	ციხეში რეგისტრირებული ტბ შემთხვევების რაოდენობა	1 172	2011			
12	იმ პაციენტების რაოდენობა და პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც დაპაციმებისთანავე (ციხეში შესვლისთანავე) ჩაუტარდათ ტბ სკრინინგი	8 446 (97%)	ივლისი-დეკემბერი 2011 (16)	97%		Error! Bookmark not defined.
	მედიკამენტების მიმართ რეზისტენტობის განსაზღვრა					
13	რეგისტრირებულ ტბ პაციენტებში გამოვლენილი MDR-ტბ შემთხვევების პროცენტული მაჩვენებელი	63%	2011 (8)	85%	3.4.2	6, 7
14	წარულში ნამკურნალები პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც პირველი რიგის პრეპარატების მიმართ მგრძობელობის ტესტი განმეორებითი მკურნალობის დაწყებამდე ჩაუტარდათ	52%	2011 (8)	100%	2.1.8	(6, 7, 16)
15	ახალი შემთხვევების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც პირველი რიგის პრეპარატების მიმართ მგრძობელობის ტესტი მკურნალობის დაწყებამდე ჩაუტარდათ	83%	2011 (8)	100%	2.1.7	(6, 7, 16)
16	MDR-ტბ პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც ჩაუტარდათ მეორე რიგის პრეპარატების მიმართ მგრძობელობის ტესტი	93%	2011 (10)	100%	2.1.9	(6)
	ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა					
17	ბაქტერიოსკოპიული კვლევის ლაბორატორიების რაოდენობა/% რომლებშიც განხორციელდა, ხარისხის კონტროლი	29 (100%)	2011 (10)	100%		7
18	ბაქტერიოსკოპიული კვლევის ლაბორატორიების რაოდენობა და პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებშიც ჩატარდა ხარისხის კონტროლი და დაფიქსირდა დამაკმაყოფილებელი შედეგები	29 (100%)	2011 (10)			
19	კულტურალური კვლევის ლაბორატორიების რაოდენობა/%, რომლებშიც განხორციელდა, ხარისხის კონტროლი	2 (100%)	2011 (10)			
20	კულტურალური კვლევის ლაბორატორიების რაოდენობა და პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებშიც ჩატარდა ხარისხის კონტროლი და დაფიქსირდა დამაკმაყოფილებელი შედეგები	2 (100%)	2011 (10)			
21	საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისი DST ლაბორატორიების რაოდენობა/%, რომლებშიც განხორციელდა ხარისხის კონტროლი	1 (100%)	2011 (10)	100%	2.1.1	6
22	DST ლაბორატორიების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებშიც იზონიაზიდის	100%	2011 (10)	100%	2.1.2	6

	ინდიკატორები	ბაზისური მონაცემები	თარიღი (წყარო)	სამიზნე 2015 წ-სთვის	EURO (5)	ინდიკატორის წყარო
	და რიფამპიცინის მიმართ მგრძობილობის განსაზღვრის ხარისხი კონტროლის შედეგად შეფასდა $\geq 95\%$ - ზე					
23	ტბ პაციენტების რაოდენობა და პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც დიაგნოსტიკისას კულტურალური კვლევა MGIT-ით თხევადი ნიადაგის გამოყენებით ჩაუტარდათ	2 834 (65%)	ივლისი-დეკემბერი 2011 (16)	90%	2.1.3	(16) კვლევა უნდა ჩატარდეს მასალის შეგროვებიდან 4 დღეში
24	კულტურით დადასტურებული ფილტვის ტბ შემთხვევების პროცენტული მაჩვენებელი	71%	2011 (10)	გაიზრდება	2.1.5	(10)
2. ტბ მკურნალობა						
25	ნაცხით და/ან კულტურით დადებითი ფილტვის ტბ ახალი შემთხვევების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთა მკურნალობაც წარმატებით დასრულდა	76%	2010 (9)	85%	1.4.2	(4)
26	ტბ ახალი შემთხვევების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებთანაც ვერ მოხერხდა მკურნალობაზე თვალყურის მიდევნება, მოხდა ტრანსფერი, ან არ იქნენ გამოკვლეულნი	10.4%	2010 (9)		1.2.1	6
27	წარსულში ნამკურნალები ტბ პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთა მკურნალობაც წარმატებით დასრულდა	61%	2010 (9)	increase	1.4.3	6
28	რეგულარული ტბ პაციენტების რაოდენობა და პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებმაც რეპორტირების პერიოდში ერთხელ მაინც მიიღეს კვებითი ვაუჩერი	3 071 (56%)	ივლისი-დეკემბერი 2011 (16)	75%		(16)
29	MDR-ტბ პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთა მკურნალობაც წარმატებით დასრულდა	53%	2009 (1)	75%	3.4.8	6
30	MDR-ტბ პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც გარდაიცვალნენ მკურნალობის პერიოდში	8%	2009 (1)	< 10%	3.4.9	6
31	MDR-ტბ პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთა მკურნალობა უშედეგოდ დასრულდა	6%	2009 (1)	< 10%	3.4.10	6
32	MDR-ტბ პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებთანაც ვერ მოხერხდა მკურნალობაზე თვალყურის მიდევნება, მოხდა ტრანსფერი, ან არ იქნენ გამოკვლეულნი	31%	2009 (1)	< 5%	3.4.11	6
33	MDR-ტბ პაციენტები #/%, რომელთა მკურნალობის შუალედური გამოსავალი წარმატებულია ¹¹	არ არის ხელმისაწვდომი		75%	არ არის	(6, 16)

¹¹# smear and culture negative at 6 months after treatment start, as proportion of all who started

	ინდიკატორები	ბაზისური მონაცემები	თარიღი (წყარო)	სამიზნე 2015 წ-სთვის	EURO (5)	ინდიკატორის წყარო
34	MDR-ტბ პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებმაც პროგრამის ფარგლებში საერთაშორისო გაიდლაინებზე დაყრდნობით დაიწყეს MDR-ტბ მკურნალობა	უცნობია		100%	3.4.7	(6, 7, 16)
35	წარმატებით ნამკურნალები ფილტვის ახალი ტბ შემთხვევების მაჩვენებელი პატიმრებში	84%	2010 (ფდტმეც)	85%	7.2.3	საჭიროებს ვალიდაციას
36	MDR-ტბ პაციენტების რაოდენობა, რომლებიც იღებენ წამახალისებლებს	300 (42%)	ივლისი-დეკემბერი 2011 (16)	80%		(16)
37	I და II რიგის ტბ პრეპარატების დეფიციტი	არ არის	2011 (10)	არ იქნება		10
38	სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობა, რომლებსაც აქვთ ტბ მართვის პროტოკოლები	უცნობია				
39	სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობა, რომლებიც აწარმოებენ ტბ კლინიკურ აუდიტს					
3. მმართველობა						
40	დეფიციტი ტბ კონტროლის ძირითადი აქტივობების დაფინანსებაში	უცნობია		შემცირდება	1.3.1	6
41	ქვეყნის შიდა წყაროებით გაწეული წლიური დაფინანსების პროცენტული მაჩვენებელი	41%	2011	≥ 70%		7
42	ტბ მომსახურების მიმწოდებლების #/%, რომლებიც ეროვნულ გაიდლაინებზე დაყრდნობით დროულად აწარმოებენ რეპორტირებას	უცნობია				
4. ადამიანური რესურსები						
43	ტბ მომსახურების მიმწოდებლების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთა მუშაობა საქმიანობის შეფასების შედეგად შეფასდა საუკეთესოდ/კარგად	65%	ივლისი-დეკემბერი 2011 (16)	95%		(16)
44	პენიტენციალური სისტემის ტბ მიმწოდებლების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთა მუშაობა საქმიანობის შეფასების შედეგად შეფასდა დამაკმაყოფილებლად	86%	ივლისი-დეკემბერი 2011 (16)	94%		(16)
5. ინფექციის კონტროლი						
45	ტბ შემთხვევების მაჩვენებლების თანაფარდობა მედპერსონალსა და ზოგად პოპულაციას შორის	უცნობია		≤1	4.1.1	6
46	სამედიცინო დაწესებულებების რაოდენობა, რომლებსაც აქვთ რისკების შეფასებაზე დაფუძნებული ინფექციის კონტროლის გეგმა	უცნობია		100%	4.2.1	
6. ტბ პაციენტების და საზოგადოების ჩართვა ტბ მართვაში						
47	ტბ პაციენტების რაოდენობა, რომელთაც	უცნობია				

	ინდიკატორები	ბაზისური მონაცემები	თარიღი (წყარო)	სამიზნე 2015 წ-სთვის	EURO (5)	ინდიკატორის წყარო
	მხარდაჭერას უწყევს თემის ტრენინგული წარმომადგენელი					
48	არასამთავრობო ორგანიზაციების მიერ განხორციელებული მცირე გრანტების რაოდენობა			10		
	7. აივ/ტბ					
49	აივ-პოზიტიური ტბ პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი	2%	2011 (8)	შემცირება	7.1.3	6
50	რეგისტრირებული ტბ შემთხვევების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც ჩაუტარდათ აივ ტესტირება	46%	2011 (8)	100%	7.1.1	GF
51	აივ-პოზიტიური ტბ პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც უტარდებათ ანტირეტროვირუსული მკურნალობა	76%	2011 (8)	> 95%	7.1.4	იხ. (3)სამიზნე # 3.1.4.2
52	აივ-პოზიტიური ტბ პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებიც იღებენ კოტიმოქსაზოლს	56%	2011 (8)	100%	7.1.5	7
53	აივ-პოზიტიური ტბ პაციენტების პროცენტული მაჩვენებელი, რომელთა მკურნალობის გამოსავალი წარმატებულია	40%	2010 (10)	შემცირდება	7.1.7	7
54	ნარკოტიკული საშუალებების ინტრავენური მომხმარებლების რაოდენობა, რომლებსაც ჩაუტარდათ ტბ სკრინინგი	1 230	ივლისი-დეკემბერი 2011 (16)	1750		(16)
55	აივ-ინფიცირებულთა რაოდენობა და პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებსაც შიდსის ცენტრში ბოლო ვიზიტისას ჩაუტარდათ ტბ სკრინინგი	387 (100%)	2011 (8, 33)	100%		7
56	აივ ინფიცირებული პაციენტების რაოდენობა და პროცენტული მაჩვენებელი, რომლებმაც დაიწყეს იზონიაზიდით პრევენციული მკურნალობა	61 (16%)	2011 (8)			7

დანართი 5: ტექნიკური დახმარების გეგმა

ტექნიკური დახმარების (ტდ) სფერო	საერთაშორისო ტდ	ადგილობრივი ტდ	დაფინანსების შესაძლო წყარო
პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებისათვის სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და რეფერალისათვის.		2013	ტკპ
ტუბერკულოზის შემთხვევის გამოვლენის სტანდარტული სასწავლო მოდულის შემუშავება ზოგადი პრაქტიკის პროფესიონალთათვის.		2013-2015	ტკპ
ტუბერკულოზით (მ.შულტირეზისტენტული) დაავადებულ პაციენტთა კონტაქტების ეფექტური გამოკვლევის პროგრამული გაიდლაინების, სტანდარტული ოპერაციული პროცედურებისა და განხორციელების გეგმის (ტრენინგის ჩათვლით) შემუშავება ყველა შესაბამისი ორგანიზაციისთვის.		2013	ტკპ
სტანდარტული ოპერაციული პროცედურებისა და გაიდლაინების დანერგვა ციხეში ეფექტური სკრინინგის პროგრამების განხორციელებისათვის		2013-2014	არ არის განსაზღვრული
ტუბერკულოზის ლაბორატორიული ქსელის გაძლიერების გეგმის შემუშავება, რომელიც მოიცავს ხარისხის უზრუნველყოფას და კონტროლს, ტესტირების ვადებს, პაციენტების შერჩევასა და ალგორითმს, ბიოუსაფრთხოებას, ახალი ტექნოლოგიების დანერგვას, ნიმუშების ტრანსპორტირებას, ადამიანურ რესურსებს, სუპერვიზიას, საინფორმაციო სისტემას, რეაგენტებსა და სახარჯ მასალებს, აღჭურვილობის მოვლას	2013-2014	2013-2014	არ არის განსაზღვრული
ტუბერკულოზის შემთხვევების მართვის სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება, რომელიც განსაზღვრავს ხარისხიანი DOT-ს განხორციელების მხარდაჭერ როლებს, DOT-ზე პასუხისმგებელ პირებს და სტრუქტურას. სადაც ასევე გათვალისწინებული იქნება პაციენტის მკურნალობისადმი დამყოლობა და მიდევნება.		2013-2014	ტკპ
პალიატიური მზრუნველობის სისტემის ჩამოყალიბება მულტი და ექსტენსიური რეზისტენტობის ტუბერკულოზით დაავადებული უკუჩვენებელი პაციენტებისათვის	2013		არ არის განსაზღვრული
ტუბერკულოზის მედიკამენტების ადმინისტრირებისათვის პენიტენციურ სისტემაში სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება და დანერგვა, რათა ვუზრუნველყოთ სათანადო რაოდენობის მედიკამენტების რეგულარული მიწოდება, გვერდითი მოვლენების სწრაფად აღმოჩენა და მართვა.		2013-2014	არ არის განსაზღვრული
მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმის კონტექსტის გათვალისწინებით დეტალური გეგმის შემუშავება, რომელიც მკაფიოდ აღწერს ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტების მედიკამენტების შესყიდვის, მართვისა და მონიტორინგის ყველა ასპექტის და პროცესში ჩართული მხარეების პასუხისმგებლობებს.	2013		არ არის განსაზღვრული

ბაზრის და ფარმაცევტული სექტორის სიდრმისეული შეფასება, 2015 წელს გლობალური ფონდის მხარდაჭერის დასრულების შემდეგ ტუბერკულოზის კონტროლისთვის შესყიდვების და მომარაგების ჯაჭვის მართვის სტრატეგიის შესამუშავებლად	2014		არ არის განსაზღვრული
სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება წამლების მართვისათვის, რათა თავიდან ავიცილოთ მარაგის წყვეტა და ვადაგასული მედიკამენტების არსებობის შემთხვევები.		2014	არ არის განსაზღვრული
ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით გადამხდელსა (სახელმწიფო) და კერძო პროვაიდერების შორის არსებული ანგარიშვალდებულებისა და საკონტრაქტო მექანიზმების შეფასება.	2013		არ არის განსაზღვრული
საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის, ფილტვის დაავადებათა და ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრისა და ტუბერკულოზის კონტროლში ჩართული სხვა სტრუქტურების ტექნიკური მხარდაჭერა მენეჯმენტის უნარჩვევების გაუმჯობესების მიზნით. ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის ინტერვენციების ეფექტური ოპერაციული დაგეგმვის ხელშეწყობა.	2013-2015	2013-2015	ტპპ; სხვა
ქვეყნის შიდა რესურსით პროგრამის დაფინანსების გეგმის შემუშავება 2015 წელს გლობალური ფონდის პროექტის დასრულების შემდეგ უფასო და ხელმისაწვდომი ტუბ სერვისების უზრუნველყოფისათვის,	2014	2014	არ არის განსაზღვრული
ტუბერკულოზის კონტროლის ოპერაციული ხარჯების ანალიზი (მათ შორის, მედიკამენტების და ახალი დიაგნოსტიკური მეთოდების) და შიდა დაფინანსების ზრდისთვის საპროექტო წინადადების წარდგენა ფინანსთა სამინისტროში	2013-2014		არ არის განსაზღვრული
ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ჯანმრთელობის საბაზისო პაკეტში ჩართვის ვარიანტების ანალიზი და ჯანმრთელობის ეროვნული დაზღვევის სქემის ფარგლებში ესენციური პრეპარატების დაფინანსების შესაძლებლობის შესწავლა.	2014	2014	არ არის განსაზღვრული
არსებული ტუბერკულოზის საინფორმაციო სისტემის ანალიზი და გაუმჯობესებისთვის რეკომენდაციების შემუშავება.		2013	ტპპ
საქართველოში ტუბერკულოზის კონტროლის მონიტორინგის და შეფასების გეგმის შემუშავება და ჰარმონიზაცია ჯანდაცვის ეროვნულ სტრატეგიასთან, აივ-ის ეროვნული სტრატეგიასთან, გლობალური ფონდის პროექტთან, ჯანმოს რეკომენდაციებთან და მონაცემთა შეგროვების ფორმებთან		2013	ტპპ
ტუბერკულოზის კონტროლის ფუნქციების ამოცანების ანალიზი ქვეყანაში ადამიანური რესურსების განვითარების გეგმის ფარგლებში, ჯანდაცვის სისტემის დონის და ჯანდაცვის მუშაკთა კატეგორიების მიხედვით.	2014	2014	ტპპ
დადგენილი ფუნქციების შესასრულებლად საჭირო პერსონალის რაოდენობის, განაწილებისა და შემადგენლობის განსაზღვრა და შედარება კადრებით		2014	ტპპ

დაკომპლექტების არსებულ მოდელთან. ასევე, შესაბამისი ტრენინგების და იმ ფუნქციების განსაზღვრა, რომლებიც შესაძლებელია გადანაწილდეს პირველადი ჯანდაცვის პერსონალის დონეზე			
ყველა დონის ტუბერკულოზის სერვისის პროვაიდერთა კომპეტენციების განსაზღვრა და ტრენინგის გეგმის შემუშავება პროფესიული ასოციაციებსა და ტრენინგების ჩამტარებელ სხვა ჯგუფებთან კოორდინაციაში.		2014	ტპპ
ყოველწლიური მისია ლაბორატორიული ქსელის შეფასებისათვის	2013; 2014; 2015		არ არის განსაზღვრული
ყოველწლიური მშკ მისია	2013; 2014; 2015		არ არის განსაზღვრული
ყოველწლიური მისია მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მენეჯმენტის შეფასებისათვის	2013; 2014; 2015		არ არის განსაზღვრული

დანართი 6: სამოქმედო გეგმა ტუბერკულოზის ეროვნული სტრატეგიის განხორციელებისთვის

2013-2015

	ტუბერკულოზის სამოქმედო გეგმა 2013-2015	ინდიკატორები	ბაზისური (2011)	დიახ	2014	2015	2015 სამიზნე	პასუხისმგებელი ორგანიზაცია/დაწესებულება	დაინტერესებული მხარეები	დაფინანსების წყარო		
										სახელმწიფო	გვ	ტკპ
სმ1	მაღალი ხარისხის სადიაგნოსტიკო სერვისებზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობა	შეტყობინების მაჩვენებელი	105 100,000-ზე				102 100,000-ზე					
		წარსულში ნამკურნალები შემთხვევების %, რომელთაც დაუდგინდათ მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზი	32%				<12					
		შემცირდება ექსტენსიური რეზისტენტობის მქონე პაციენტთა პროპორცია მულტირეზისტენტული	6%				სულ მცირე 2%					

		შემთხვევათა შორის										
სმ1.1.	ტუბერკულოზზე საექვო პაციენტების იდენტიფიცირების გაუმჯობესებისათვის ტუბერკულოზის სამსახურების ზოგადი პროფილის დაწესებულებებში ინტეგრაციის ხელშეწყობა	პჯდ- დან რეფერირებულ „ტუბერკულოზზე საექვო“ პაციენტთა რაოდენობის გაზრდა	<10%					20%				
		ტბ შემთხვევები იდენტიფიცირდება პჯდ-დან რეფერირებულთა შორის	არ არის განსაზღვრული					50%				
1.1.	პირველადი ჯანდაცვიდან პაციენტთა რეფერალის ბარიერებისა და ხელშეწყობი ფაქტორების დასადგენად ოპერაციული კვლევის ჩატარება	ჩატარდება კვლევა	არ მოიპოვება		დიახ			ადგილობრივი/საერთაშორისო არასამთავრობო ორგანიზაციები ან სამეცნიერო ინსტიტუტები	შჯსდს/დკ ეც/ტფდეს			ტპპ
1.2.	პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებისათვის სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და რეფერალისათვის.	შემუშავდება სტ. ოპერაციული პროცედურები	არ მოიპოვება		დიახ			ოფა/ფპა	შჯსდს/დკ ეც/ტფდეს /კერძო დაწესებულებები			ტპპ
1.3.	ტუბერკულოზის შემთხვევის გამოვლენის სტანდარტული სასწავლო	შემუშავდება მოდულები	არ მოიპოვება		დიახ		დიახ	ოფა/ფპა	შჯსდს/დკ ეც/ტფდეს			ტპპ

	მოდულის შემუშავება ზოგადი პრაქტიკის პროფესიონალთათვის.											
ს.მ.1. 2	ტუბერკულოზის შემთხვევების ადრეული გამოვლენის უზრუნველყოფა, განსაკუთრებით ბავშვებში, ტუბერკულოზის გადამდები ფორმის მქონე პაციენტებთან კონტაქტში მყოფი პირების სწრაფი და სრულყოფილი გამოკვლევის გზით	% ტბ-ის ნაცხ-დადებით შემთხვევებთან ახლო კონტაქტში მყოფი პირებისა, გამოკვლეული იქნება ტუბერკულოზზე	არ არის განსაზღვრული									
		% -ს დაუდგინდება ტუბერკულოზი კონტაქტებს შორის	არ არის განსაზღვრული									
2.1.	ტუბერკულოზით (მ.შულტირეზისტენტული) დაავადებულ პაციენტთა კონტაქტების ეფექტური გამოკვლევის პროგრამული გაიდლაინების, სტანდარტული ოპერაციული პროცედურებისა და განხორციელების გეგმის (ტრენინგის ჩათვლით) შემუშავება ყველა შესაბამისი ორგანიზაციისთვის.	შემუშავდება პროგრამული გაიდლაინი და სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები კონტაქტების მოძიებისათვის		დიახ				დკმც	შჯსდს/ტ ფდმც	სახელ მწიფო		
2.2.	დკსჯეც ეპიდემიოლოგების პროფესიული მომზადება კონტაქტების მიდევნებაში ოჯახის წევრებს შორის ტუბერკულოზის შემთხვევათა ადრეული გამოვლენისათვის.	ტრენინგული ეპიდემიოლოგების რაოდენობა		დიახ				დკმც	შჯსდს			ტპპ
2.3.	რეგულაციის დანერგვა, რომელიც ხელს შეუწყობს ყველა პროვაიდერის მიერ ტუბერკულოზის დადასტურებული შემთხვევების 24 საათში შეტყობინებას	არსებობს შეფასების ანგარიში		დიახ				დკმც	შჯსდს/ტ ფდმც	სახელ მწიფო		

	დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრისათვის; და დანერგვის შედეგის შეფასება.											
2.4.	იზონიაზიდით პრევენციული მკურნალობის გაფართოვებული გაიდლაინის შემუშავება და დანერგვა.	იზონიაზიდით პროფილაქტიკური მკურნალობის გაიდლაინი ხელმისაწვდომია და დანერგვის გეგმა შემუშავებულია		დიახ	დიახ	დიახ		დკვე	შჯსდს/ტფდეც/კერძო დაწესებულებები	სახელმწიფო	TBP	ტპპ
S01.3	პატიმართა შორის ტუბერკულოზის ყველა ფორმის დროული გამოვლენის უზრუნველყოფა	% პატიმრების ჩაიტარებს „შესვლის“ სკრინინგს	97%				>97%					
3.1.	ოპერაციული კვლევის ჩატარება ტუბერკულოზის აქტიური სკრინინგის ალგორითმის შესრულების (სიზუსტის და პროგნოზული ღირებულების) შეფასებისთვის. სხვადასხვა სკრინინგული პროგრამების ხარჯ-ეფექტურობის შედარება პოლიტიკური გადაწყვეტილების მისაღებად	ჩატარდა კვლევა		დიახ			დიახ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო არას. ორგ-ები ან სამეცნიერო ინსტიტუტები	შჯსდს/სპის/ტფდეც/დკვე	არ არის განსაზღვრული		
3.2.	სტანდარტული ოპერაციული პროცედურებისა და გაიდლაინების დანერგვა ციხეში ეფექტური სკრინინგის პროგრამების განხორციელებისათვის	სკრინინგის გაიდლაინი დანერგილია პენიტენციურ სისტემაში					დიახ	შჯსდს/სპის/ტფდეც/დკვე		არ არის განსაზღვრული		
3.3.	პენიტენციური სისტემის სამედიცინო პერსონალის პროფესიული განვითარების მხარდაჭერა ტუბერკულოზის	# სამედიცინო პერსონალი ტრენინგებულია შემთხვევათა		არ არის განსაზღვრული	არ არის განსაზღვრული	არ არის განსაზღვრული		შჯსდს/სპის/ტფდეც/დკვე		არ არის განსაზღვრული		

	ადრეული გამოვლენის გაუმჯობესების მიზნით	გამოვლენაში		ლი		ული				ლი		
სმ 1.4	ხარისხიანი ლაბორატორიული გამოკვლევების უზრუნველყოფა ტუბერკულოზის და წამლისადმი რეზისტენტული ტუბერკულოზის სწრაფი, ზუსტი დიაგნოსტიკის ხელშეწყობის მიზნით	% დიაგნოსტირებული მულტირეზისტენტული შემთხვევები (ნავარაუდევო შემთხვევების)	63%				>85%					
4.1.	ტუბერკულოზის ლაბორატორიული ქსელის გაძლიერების გეგმის შემუშავება, რომელიც მოიცავს ხარისხის უზრუნველყოფას და კონტროლს, ტესტირების ვადებს, პაციენტების შერჩევასა და ალგორითმს, ბიოუსაფრთხოებას, ახალი ტექნოლოგიების დანერგვას, ნიმუშების ტრანსპორტირებას, ადამიანურ რესურსებს, სუპერვიზიას, საინფორმაციო სისტემას, რეაგენტებსა და სახარჯ მასალებს, აღჭურვილობის მოვლას	ლაბორატორიული ქსელის გაძლიერების გეგმა შემუშავებულია		დაახ			დაახ	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.-ები	არ არის განსაზღვრული		
4.2.	დიაგნოსტიკური სერვისების უწყვეტი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა	% ფილტვის შემთხვევებისა და დასტურებული აკულტურით	71%				80%	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	სახელმწიფო	TBP	
		ტბ პაციენტების %-ს სადიაგნოსტიკო კულტურალური გამოკვლევა ჩატარდება	95%				100%	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	სახელმწიფო	TBP	

		თხიერი ნიადაგის გამოყენებით (MGIT)										
4.3.	ლაბორატორიის პერსონალის უწყვეტი პროფესიული განვითარების ხელშეწყობა	# ლაბ პერსონალმა გაიარა რე-ტრენინგი წლის განმავლობაში		20	20	20	60	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.-ები		TBP	ტპპ
სმ2	ტუბერკულოზის მკურნალობისა და მოვლის მაღალი ხარისხი და საყოველთაო მოცვა	„წარმატებული“ მკურნალობის მაჩვენებელი										
სმ 2.1	ტუბერკულოზის მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესება პაციენტზე ორიენტირებული მხარდაჭერით.	ახალი ნაცხ და/ან კულტურა დადებითი შემთხვევები	76%				85%					
		წარსულში ნამკურნალები შემთხვევები	61%				>70%					
2.1.1.	ტუბერკულოზის მკურნალობის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გაიდლაინების დანერგვა და განხორციელება რათა უზრუნველყოფილი იქნას DOT-ს სტანდარტიზაცია და პროვაიდერის მიერ DOT-ს განხორციელება	ტუბერკულოზის გაიდლაინი შემუშავებულია და შეფასების მონაცემები ხელმისაწვდომია; # ტბ სპეცილისტების რომელთაც ჩაუტარდათ ტრენინგი განახლებული გაიდლაინის		100		100	100 2 წელიწადში ერთხელ	პროფესიული ასოციაციები	შჯსდს/დკეც/ტფდევ		TBP	ტპპ

		შესაბამისად										
2.1.2.	ტუბერკულოზის შემთხვევების მართვის სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება, რომელიც განსაზღვრავს ხარისხიანი DOT-ს განხორციელების მხარდამჭერ როლებს, DOT-ზე პასუხისმგებელ პირებს და სტრუქტურას. სადაც ასევე გათვალისწინებული იქნება პაციენტის მკურნალობისადმი დამყოლობა და მიდევნება.	სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება			დიახ				შჯღსდს/დკვეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.-ები		ტპპ
2.1.3.	სათემო ორგანიზაციების და სოციალური მხარდაჭერის პერსონალის, როგორცაა სოფლის ექთნები, სოციალური მუშაკები და მოხალისეები და ა.შ უნარჩვევების განვითარება, რათა მათ უზრუნველყონ თემში განხორციელებული DOT და გააუმჯობესონ პაციენტების მკურნალობისადმი დამყოლობა	# ადამიანებმა გაიარა ტრენინგი თემში განსახორციელებელი DOT -ის თემაზე		100	100	100	300	ადგ. არასამთ. ორგ-ები	შჯღსდს/დკვეც/ტფდევ		TBP	ტპპ
2.1.4.	ეფექტური მექანიზმების შენარჩუნება და გაფართოვება მკურნალობისადმი დამყოლობის გასაუმჯობესებლად (ეს შეიძლება მოიცავდეს DOT-ის ტრანსპორტირების ღირებულებას პაციენტისათვის და საკვები პროდუქტებით უზრუნველყოფას)	% მდრ პაციენტებისა იღებს საკვებ ვაუჩერს დამყოლობის გამო	42%				80%	შჯღსდს/დკვეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.		TBP	
2.1.5.	ოპერაციული კვლევის ჩატარება, რაც გააანალიზებს პაციენტების ამბულატორიული მკურნალობის მხარდაჭერის გაფართოების ღირებულებას და პოტენციურ სარგებელს.	კვლევა ჩატარდა			დიახ		დიახ	შჯღსდს/დკვეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.			ტპპ

2.1.6	სამედიცინო და სხვა პერსონალის უნარჩვევების განვითარების, ხარისხის გაუმჯობესების და საგანმანათლებლო ინტერვენციების მხარდაჭერა პენიტენციურ სისტემაში DOT-ის ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით.	საინფორმაციო მასალების რაობა, რომელთა დისემინაცია ხდება პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში ; ვორკშოპების რაობა პენიტენციური და სამოქალაქო სისტემის ჯანდაცვის პროფესიონალთა მონაწილეობით		10000 ლიფლეტი 4 ვორკშოპი	10000 ლიფლეტი 4 ვორკშოპი	10000 ლიფლეტი 4 ვორკშოპი	30000 ლიფლეტი; 12 ვორკშოპი	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	სახელმწიფო	TBP	ტპპ
სმ 2.2.	მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების დახმარების გაუმჯობესება	„წარმატებული მკურნალობის“ მაჩვენებელი	53%				75%					
2.2.1.	ოპერაციული კვლევის ჩატარება, რათა მოვახდინოთ მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მიდევნებიდან დაკარგვის მიზეზების იდენტიფიკაცია და დავადგინოთ, თუ რამდენად შეიძლება გაზარდოს მკურნალობაზე დამყოლობა სრული ამბულატორიული მოდელის დანერგვამ.	ჩატარდა კვლევა	-	დიახ				შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.			ტპპ
2.2.2.	კოჰორტის შუალედური შედეგების ანალიზის განხორციელება ყოველკვარტალურად, რაც გამოყენებული იქნება შემთხვევის და პროგრამის მართვისათვის და მიმდინარე	არსებობს ანგარიში	-	დიახ	დიახ	დიახ	დიახ	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	სახელმწიფო		ტპპ

	პერიოდის პრობლემების სწრაფად აღმოსაჩენად. MDR-TB-ის აღრიცხვის სისტემის გაუმჯობესება, რაც უზრუნველყოფს შუალედური შედეგების დადგენას (ნახველის კულტურის კონვერსია, სიკვდილი, მიღევნებიდან დაკარგვა).											
2.2.3	პალიატიური ზრუნვის სისტემის გაფართოვება განუკურნებელი მულტი და ექსტენსიური რეზისტენტობის ტუბერკულოზის (MDR-TB) მქონე პაციენტებისათვის	ტბ პაციენტების %, რომელშიც მიიღებენ პალიატიურ მზრუნველობას (სახლსი ან ჰოსპისში)	უნდა განისაზღვროს	დიახ			უნდა განისაზღვროს ბაზისური მონაცემების შემდეგ	შჯსდს/დკეც/ტფდეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.-ები	სახელმწიფო	TBP	
2.2.4.	ტუბერკულოზის მედიკამენტების ადმინისტრირებისათვის პენიტენციურ სისტემაში სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება და დანერგვა, რათა ვუზრუნველყოთ სათანადო რაოდენობის მედიკამენტების რეგულარული მიწოდება, გვერდითი მოვლენების სწრაფად აღმოჩენა და მართვა.	შემუშავდა სტ. ოპერაციული პროცედურები	არ არის განსაზღვრული	დიახ			დიახ	შჯსდს/დკეც/ტფდეც	ტფდეც	სახელმწიფო	TBP	
2.2.5.	ციხეში მეორე რიგის პრეპარატებით (SLD) მკურნალობის დაწყების თარიღის მიხედვით აღრიცხვის გაუმჯობესება და რეგისტრაციის მონაცემების გამოყენება შუალედური და საბოლოო შედეგების ანალიზისათვის.	ჩატარდა ტექნიკური დახმარება რეგისტრაცია-ანგარიშგების გაუმჯობესებისთვის პენიტენციურ სისტემაში	-	დიახ			დიახ	შჯსდს/დკეც/ტფდეც	ტფდეც	სახელმწიფო	TBP	

2.2.6.	მულტირეზისტენტული ტბ-ის მკურნალობის პროგრამის მიმოხილვისთვის საერთაშორისო მისია	მისიის ანგარიში		დიახ	დიახ	დიახ						
S02.3	ხარისხიანი პირველი და მეორე რიგის ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების უწყვეტი მიწოდების უზრუნველყოფა	ცენტრალურ და პერიფერიულ დონეზე არ აღინიშნება პირველი რიგის ტუბ მედიკამენტების მარაგის წყვეტადობა	არა									
		ცენტრალურ და პერიფერიულ დონეზე არ აღინიშნება მეორე რიგის ტუბ მედიკამენტების მარაგის წყვეტადობა	დიახ									
2.3.1	მიმდინარე ჯანდაცვის რეფორმის კონტექსტის გათვალისწინებით დეტალური გეგმის შემუშავება, რომელიც მკაფიოდ აღწერს ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტების მედიკამენტების შესყიდვის, მართვისა და მონიტორინგის ყველა ასპექტის და პროცესში ჩართული მხარეების პასუხისმგებლობებს.	გეგმა შემუშავებულია და დამტკიცებულია	-	დიახ			დიახ	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.-ები		TBP	
2.3.2.	ეროვნულ დონეზე მარეგულირებელი გარემოს გამდიერება, რაც ხელს შეუშლის ექიმის დანიშნულების გარეშე ყველა სახის ანტიბიოტიკების გაყიდვას (მათ შორის ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტების)	მარეგულირებელი დოკუმენტი შემუშავებულია	არ არსებობს		დიახ		დიახ	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.-ები	სახელმწიფო		

2.3.3.	ბაზრის და ფარმაცევტული სექტორის სიღრმისეული შეფასების კოორდინაცია, 2015 წელს გლობალური ფონდის მხარდაჭერის დასრულების შემდეგ ტუბერკულოზის კონტროლისთვის შესყიდვების და მომარაგების ჯაჭვის მართვის სტრატეგიის შესამუშავებლად. სახელმწიფო და კერძო შესაძლებლობების აღწერა და სახელმწიფო (ან სხვა გლობალური ფონდის დაფინანსების გარდა) დაფინანსებით ტუბერკულოზის ხარისხიანი მედიკამენტებით მომარაგების ვარიანტების განსაზღვრა - სამართლებრივი და მარეგულირებელი ბაზისი, მედიკამენტების რეგისტრაციის, შერჩევის, შესყიდვის წესები და გამოცდილება.	შეფასება ჩატარდა და სტრატეგია შემუშავდა	-		დიახ		დიახ	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	სახელმწიფო	ტპპ
2.3.4.	სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება წამლების მართვისათვის, რათა თავიდან ავიცილოთ მარაგის წყვეტა და ვადაგასული მედიკამენტების არსებობის შემთხვევები. .	სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები შემუშავებულია	-		დიახ		დიახ	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.		TBP
2.3.5	მწვანე შუქის კომიტეტის მისიის ორგანიზება	ანგარიში მომზადებულია		დიახ	დიახ	დიახ		შჯსდს/დკეც/ტფდევ			TBP
სმ2.4	ტუბერკულოზის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება ჯანდაცვის რეფორმის ფარგლებში	ტბ ში ჩართული სამ.დაწესებულებების % რომელთაც შემუშავებული აქვთ	უნდა განისაზღვროს	70%	80%	90%	100%				

		ტუბერკულოზის მართვის პროტოკოლია										
		ჯანდაცვის დაწესებულებების % , რომელთაც უტარდებათ ყოველწლიური ტუბერკულოზის კლინიკური აუდიტი	უნდა განისაზღვროს	25%	35%	50%	50%					
2.4.1.	კერძო სამედიცინო პროვაიდერების ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების მოვლის ინსტიტუციონალური შესაძლებლობების გაძლიერება საქმიანობის უწყვეტი შეფასების და პროფესიული უკუკავშირის მეშვეობით	შესრულებული პროფესიული შეფასებების რაოდენობები		300	300	300	900	შჯსდს/დკე ც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.-ები			ტპპ
2.4.2.	ზოგადი პროფილის სამედიცინო დაწესებულებებში ტუბერკულოზის სამსახურების ხარისხის გაუმჯობესების შიდა სისტემების შეიმუშავება, რაც მოიცავს ტუბერკულოზის ეროვნულ გაიდლაინებზე დაფუძნებულ ადგილობრივ პროტოკოლებს და ხარისხის სტანდარტებს, პრაქტიკულ გზამკვლევს, ტრენინგებს, აუდიტს, ტუბერკულოზით დაავადებულთა კმაყოფილების კვლევას	#/% კერძო კლინიკებმა მიიღო აკრედიტაცია ტუბერკულოზის მართვაში	არ არსებობს		25%	25%	50%	შჯსდს/დკე ც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.			ტპპ
2.4.3.	ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით გადამხდელსა (სახელმწიფო) და კერძო პროვაიდერების შორის არსებული ანგარიშვალდებულებისა და საკონტრაქტო მექანიზმების შეფასება. ანგარიშგების მარტივი სისტემის	შეფასების ანგარიში ხელმისაწვდომია	არა	დიახ			დიახ	შჯსდს/დკე ც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.			ტპპ

	შემუშავება ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის ანგარიშგების მოთხოვნების შესაბამისად											
2.4.4.	კერძო სამედიცინო დაწესებულებების აკრედიტაციის პროცესში ტუბერკულოზის მართვის ხარისხის საზომებისა და მინიმალურ მოთხოვნების ინტეგრირება, ეროვნული ჯანდაცვის სტრატეგიის შესაბამისად.	ტბ სერვისების მიმწოდებელი პუნქტების აკრედიტაციის პროცესი დაწყებულია	არა	დიახ	დიახ	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.-ები				ტპპ	
სმ 3	საქართველოს ტუბერკულოზზე რეაგირების ეფექტური მმართველობა, ადეკვატური დაფინანსება და მონიტორინგი											
სმ 3.1	ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის მმართველობის და კოორდინაციის გაძლიერება											
3.1.1.	გადაიხედოს და დაკონკრეტდეს ეროვნული და რეგიონული სტრუქტურების როლი და პასუხისმგებლობა ტუბერკულოზის პროგრამის დაგეგმვის, განხორციელების და მონიტორინგის სადიახთხში ქვეყანაში მიმდინარე რეფორმების შესაბამისად.	ტეპ-ს ცენტრალური მაკოორდინირებელი ერთეულის როლის და პასუხისმგებლობები გადახედულია და დამტკიცებულია	2008წლის სამინისტროს ბრძანება	დიახ	დიახ	ქმს/შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	სახელმწიფო			ტპპ	
3.1.2.	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტთან შორის კოორდინაციის გაუმჯობესების ეფექტური მექანიზმების შემუშავება	დებულება/ბრძანება კოორდინაციაზე გამოცემულია	არ არსებობს	დიახ	დიახ	სპის/შჯსდს	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	სახელმწიფო				

	პატიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში ტუბერკულოზის კონტროლის და ციხიდან გამოსული პაციენტების მკურნალობის უწყვეტობის უზრუნველსაყოფად.											
3.1.3.	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის, ფილტვის დაავადებათა და ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრისა და ტუბერკულოზის კონტროლში ჩართული სხვა სტრუქტურების ტექნიკური მხარდაჭერა მენეჯმენტის უნარჩვევების გაუმჯობესების მიზნით. ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის ინტერვენციების ეფექტური ოპერაციული დაგეგმვის ხელშეწყობა.	# ჩატარდა ტექნ. დახმარება ადგილობრივი და საერთაშორისო ექსპერტების მონაწილეობით	-	დიახ	დიახ	დიახ	დიახ	შჯსდს/დკე ც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	TBP	ტპპ	
3.1.4.	ოპერაციულ კვლევის ჩატარება კერძო პროვაიდერების მიერ ტუბერკულოზის მომსახურების გაწევის ბარიერების და მოტივაციის იდენტიფიცირების მიზნით.	ჩატარდა კვლევა	-	დიახ			დიახ	შჯსდს/დკე ც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.		ტპპ	
სმ .3.2	საქართველოს ტუბერკულოზზე რეაგირების ეფექტური მმართველობა, ადეკვატური დაფინანსება და მონიტორინგი	ტბ კონტროლის ძირითადი აქტივობების დაფინანსების ხარვეზი					შემცირდა					
		% საჭირო წლიური ბიუჯეტის ფინანსდება ადგილობრივი					> 70%					

		წყარობიდან										
3.2.1.	ქვეყნის შიდა რესურსით პროგრამის დაფინანსების გეგმის შემუშავება, რათა ტუბერკულოზის სერვისები დარჩეს უფასოდ ხელმისაწვდომი პაციენტებისათვის 2015 წელს გლობალური ფონდის პროექტის დასრულების შემდეგ	გეგმა შემუშავებულია	-		დიახ		დიახ	ქმს/შჯსდს/დკეც/ტფდ ეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.			ტპპ
3.2.2	ტუბერკულოზის კონტროლის ოპერაციული ხარჯების ანალიზი (მათ შორის, მედიკამენტების და ახალი დიაგნოსტიკური მეთოდების) და შიდა დაფინანსების ზრდისთვის საპროექტო წინადადების წარდგენა ფინანსთა სამინისტროში	საპროექტო წინადადება წარდგენილია	-		დიახ		დიახ	ქმს/შჯსდს/დკეც/ტფდ ეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.			ტპპ
3.2.3.	ადვოკაცია, რათა შიდა ბიუჯეტში ჩაიდოს პირველი და მეორე რიგის პრეპარატების შესყიდვის წამლების გლობალური სააგენტოს საშუალებით, რაც უზრუნველყოფს ხარისხიანი მედიკამენტების შესყიდვას დაბალ ფასად	# ჩატარდა ადვოკატირებისადმი მიძღვნილი მაღალი დონის შეხვედრა	-	2	2	2	6	ქმს/შჯსდს/დკეც/ტფდ ეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	TBP		ტპპ
3.2.4.	ტუბერკულოზის პროგრამის რესურსის ეფექტური ხარჯვის უზრუნველყოფისთვის ინტერვენციების ეკონომიკური შეფასება და ყველაზე ხარჯთ-ეფექტური ჩარევების გაფართოვების ხელშეწყობა.	ვარიანტები განსაზღვრულია და ანგარიში ხელმისაწვდომია	-		დიახ		დიახ	ქმს/შჯსდს/დკეც/ტფდ ეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.			ტპპ
3.2.5.	ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ჯანმრთელობის საბაზისო პაკეტში ჩართვის ვარიანტების ანალიზი	ვარიანტები განსაზღვრულია და ანგარიში	არ არსებობს		დიახ		დიახ	ქმს/შჯსდს/დკეც/ტფდ ეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.			ტპპ

	და ჯანმრთელობის ეროვნული დაზღვევის სექტორის ფარგლებში ესენციური პრეპარატების დაფინანსების შესაძლებლობის შესწავლა.	ხელმისაწვდომია							რისო ა.ო.- ები			
სმ.3. 3.	მონიტორინგის, შეფასების და ეპიდემიოლოგიის მონაცემების შეგროვება და ანალიზი ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიის გააზრებისა და ტუბერკულოზის პროგრამის განხორციელების გაუმჯობესების მიზნით	% მონიტორინგის, შეფასების მონაცემები დრიულად გროვდება ეროვნული გაიდლაინის შესაბამისად	100%					100%				
3.3.1	არსებული ტუბერკულოზის საინფორმაციო სისტემის ანალიზი და გაუმჯობესებისთვის რეკომენდაციების შემუშავება.	შეფასების ანგარიში ხელმისაწვდომია		დიახ				დიახ	ქმს/შჯსდს/ დკივ/ტუდ ევ	ადგილობ რივი ან საერთაშო რისო ა.ო.		ტპპ/ HSSP
3.3.2	საქართველოში ტუბერკულოზის კონტროლის მონიტორინგის და შეფასების გეგმის შემუშავება და ჰარმონიზაცია ჯანდაცვის ეროვნულ სტრატეგიასთან, აივ-ის ეროვნული სტრატეგიასთან, გლობალური ფონდის პროექტთან, ჯანმოს რეკომენდაციებთან და ჯანმოს მონაცემთა შეგროვების ფორმებთან	მონიტორინგის და შეფასების გეგმა შემუშავებული და დამტკიცებულია		დიახ				დიახ	ქმს/შჯსდს/ დკივ/ტუდ ევ	ადგილობ რივი ან საერთაშო რისო ა.ო.	გფ პრო ექტი	ტპპ
3.3.3.	ტუბერკულოზის მოდულის შემუშავების და ჯანდაცვის მართვის საინფორმაციო სისტემაში ინტეგრაციის ხელშეწყობა, ტუბერკულოზის პროგრამის საჭიროებების შესაბამისად, როგორცაა პაციენტის მხარდაჭერის რევიზია პროგრამის შესრულების	ტბ მოდული შემუშავებულია		დიახ				დიახ	ქმს/შჯსდს/ დკივ/ტუდ ევ	ადგილობ რივი ან საერთაშო რისო ა.ო.		ტპპ/ HSSP

	მონიტორინგისათვის, სტრატეგიული გეგმის განხორციელების შეფასება და შემდგომი პოლიტიკის შემუშავება.											
3.3.4.	ტუბერკულოზის ეროვნული პროგრამის შეფასება ადგილობრივი და საერთაშორისო ექსპერტების ერთობლივი მონაწილეობით	შეფასება ჩატარდა			დიახ		დიახ	ქმს/შჯსდს/დკეც/ტფდ ეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	TBD		
სმ 4	პროფესიული კომპეტენციის მქონე ადამიანური რესურსების ხელმისაწვდომობა ყველა დონეზე და მხარდაჭერა საქართველოს ტუბერკულოზზე საპასუხო გეგმის სამიზნეების მისაღწევად											
სმ 4.1.	ტუბერკულოზის ძირითადი ფუნქციების შესასრულებლად საჭირო ადამიანური რესურსების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ეროვნულ, რეგიონულ და რაიონულ დონეზე პაციენტის მოვლისა და ტუბერკულოზის პროგრამის სამიზნე მაჩვენებლების მისაღწევად	ტბ სერვისების მიმწოდებელთა %-ის, მუშაობა სუპერვიზიის შედეგად შეფასდა როგორც წარმატებული ან კარგი	65%				95%					
		პენიტენციური დაწესებულებების %, რომელთა სუპერვიზორების დადასტურდა შესაფერისი კლინიკური პრაქტიკა და DOT	86%				94%					

4.1.1.	ტუბერკულოზის კონტროლის ფუნქციების ამოცანების ანალიზი ქვეყანაში ადამიანური რესურსების განვითარების გეგმის ფარგლებში, ჯანდაცვის სისტემის დონის და ჯანდაცვის მუშაკთა კატეგორიების მიხედვით,	ჩატარდა ტუბერკულოზის კონტროლის ფუნქციების ამოცანების ანალიზი		დიახ				ქმს/შჯსდს/ დკეც/ტფდ ეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო./უნივერსიტეტები			ტპპ
4.1.2.	დადგენილი ფუნქციების შესასრულებლად საჭირო პერსონალის რაოდენობის, განაწილებისა და შემადგენლობის განსაზღვრა და შედარება არსებულ პერსონალის მოდელთან	სამუშაოს აღწერილობები შემუშავებულია		დიახ				ქმს/შჯსდს/ დკეც/ტფდ ეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო./უნივერსიტეტები			ტპპ
4.1.3.	პირველადი ჯანდაცვის ექიმთა და ექთანთა ტრენინგი ტუბერკულოზის ადრეული დიაგნოსტიკისა და შემდგომი მიდევნების თემებზე.	ტრენინგული ოჯახის ექიმებისა და ექთნების რაოდენობა		400	200	200	800	ქმს/შჯსდს/ დკეც/ტფდ ეც	ოჯახის ექიმთა ასოციაცია		TBP	ტპპ
4.1.4.	ყველა დონის ტუბერკულოზის სერვისის პროვაიდერთა კომპეტენციების განსაზღვრა და ტრენინგის გეგმის შემუშავება პროფესიული ასოციაციებსა და ტრენინგების ჩამტარებელ სხვა ჯგუფებთან კოორდინაციაში.	კომპეტენციები განსაზღვრულია და შემუშავებულია		დიახ			დიახ	ქმს/შჯსდს/ დკეც/ტფდ ეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო./უნივერსიტეტები			ტპპ
4.1.5.	ფთიზიატრების ტრენინგი და სერტიფიცირება პულმონოლოგიაში, რათა მათ შეძლონ ე.წ. ფილტვის ჯანმრთელობისადმი პრაქტიკული მიდგომის (PAL) ფარგლებში შემავალი სერვისების მიწოდება, ფილტვის ყველა დაავადების დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე პაციენტის	ტბ სპეციალისტების რაოდენობა, რომლებიც სერტიფიცირებულნი არიან პულმონოლოგიაში	უნდა განისაზღვროს	50	50	50	150	ქმს/შჯსდს/ დკეც/ტფდ ეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო./უნივერსიტეტები			

	ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესებისა და ფთიზიატრების კარიერული განვითარების შესაძლებლობების უზურუნველყოფის მიზნით.											
4.1.6.	სამედიცინო მომსახურების კერძო სექტორის შესაძლებლობების განვითარება (ქსელის მენეჯერები, საავადმყოფოს მენეჯერები და ექიმები, პირველადი ჯანდაცვის მენეჯერები და ექიმები) ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მაღალი ხარისხის უზურუნველსაყოფად.	# ვორკშოპები ორგანიზებული მენეჯერებისათვის	4	4	4	4	12 (10 მონაწილე სეისაზე	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო./უნივერსიტეტები	სახელმწიფო	TBP	ტპპ
4.1.7	პენიტენციურ სისტემაში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის ტრენინგი (ექიმები, ექთნები და დაცვის ტანამშრომლები) ტუბერკულოზის, მათ შორის მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის და დაავადების პრევენციის თემებზე.	# და % ციხის ტრენინგული მედპერსონალი	უნდა განისაზღვროს	უნდა განისაზღვროს	უნდა განისაზღვროს	უნდა განისაზღვროს	უნდა განისაზღვროს სიტუაციური ანალიზის შემდეგ	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო./უნივერსიტეტები	სახელმწიფო	TBP	ტპპ (TA)
სმ 5	ტუბერკულოზის ტრანსმისიის პრევენცია სამედიცინო დაწესებულებებსა და პათიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში											
სმ 5.1	შემცირდეს ტუბერკულოზის გადაცემის რისკი სამედიცინო დაწესებულებებში და პათიმრობის/თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში ადევკატური ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების საშუალებით	ტბ შეტყობინების მაჩვენებლის შეფარდება (ჯანდაცვის მუშაკები vs ზოგადი მოსახლეობა)	უცნობია				≤1					

5.1.1.	ადმინისტრაციული, მარეგულირებელი და გარემოს კონტროლის სტანდარტების გადახედვა ჯანმრთელობის რეკომენდაციების შესაბამისად სამედიცინო დაწესებულებებში ტუბერკულოზის ნოზოკომური გავრცელების პრევენციის მიზნით.	მარეგულირებელი დოკუმენტი გამოცემულია	-	დიახ			დიახ	ქმს/შჯსდს/დკეც/ტფდ ეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.-ები			ტპპ
5.1.2.	სამედიცინო დაწესებულებებსა და პათიმრობის/თავისუფლების ადკვეთის დაწესებულებებში ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლის სტანდარტული საოპერაციო სახელმძღვანელოს (გაიდლაინი) შემუშავება, რომელიც მოიცავს სტანდარტებს, ინდიკატორებს და მონიტორინგის საკონტროლო ნუსხას.	სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები დანერგილია	-	დიახ			დიახ	ქმს/შჯსდს/დკეც/ტფდ ეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.			ტპპ
5.1.3.	ჯანდაცვის და ციხის ყველა მუშაკებისათვის ტუბერკულოზზე სავალდებულო სკრინინგის დანერგვა	სკრინინგის პროგრამა დანერგილია	-		დიახ		დიახ	ქმს/შჯსდს/დკეც/ტფდ ეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	სახელმწიფო		
5.1.4.	ფიზიკური ინფრასტრუქტურა შეფასება და ადაპტირება, იმგვარად, რომ შესაძლებელი გახდეს ტუბერკულოზის სერვისის ყველა პროვაიდერის უსაფრთხო ფუნქციონირება.	კერძო ჯანდაცვის დაწესებულებები ს რაო-ბა, განახლებული ინფრასტრუქტურით	-	32	18		50	ქმს/შჯსდს/დკეც/ტფდ ეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.			ტპპ
5.1.5.	რესპირატორული დაცვის ეროვნული სტანდარტების განახლება და დანერგვის ხელშეწყობა, რაც მოიცავს ტრენინგის ამომწურავ პროგრამას, მორგების ტესტირებას, სათანადო რესპირატორების საკმარისი რაოდენობის შემსყიდვას, განაწილებასა და მოვლას.	ეროვნული სტანდარტები განახლებულია	-	დიახ			დიახ	ქმს/შჯსდს/დკეც/ტფდ ეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	სახელმწიფო		ტპპ
სმ 6	ტუბერკულოზით დაავადებული											

	პაციენტების და თემის ჩართულობის გაძლიერება											
სმ 6.1.	დაარსდეს თემზე დაფუძნებული DOT წარმატებული მკურნალობის ხელშეწყობისათვის.	% ტბ პაციენტების რაობა ვინც იტარებს DOT ტრენინგული თემის წარმომადგენლებსაგან					50%					
6.1.1.	ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციების მხარდაჭერა მცირე გრანტების პროგრამების მეშვეობით, რომელიც ხელს შეუწყობს პაციენტებს მკურნალობისადმი დამყოლობას და მკურნალობის დასრულებას და ტუბერკულოზის ხარისხიან სერვისზე მოთხოვნის გაზრდას	# მცირე გრანტები რომელბასაც ახორციელებენ ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციები	3	4	4	4	15	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.-ები	ქმს/შჯსდ ს/დკეც/ტ ტფდეც			ტპპ
6.1.2.	სათემო ინიციატივების ხელშეწყობა, რაც პაციენტის მკურნალობის რეჟიმის დაცვისა და დამყოლობის გაუმჯობესებისკენ იქნება მიმართული.	% ტბ პაციენტების რაობა ვინც იღებს დახმარებას ტრენინგული თემის წევრებისაგან	უნდა განისაზღვროს	25%	30%	50%	50%	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	ქმს/შჯსდ ს/დკეც/ტ ფდეც			ტპპ
6.1.3.	მკურნალობის მხარდამჭერი მოხალისეების ტრენინგები მკურნალობის დამყოლობის და კომუნიკაციის თემაზე.	# ტრენინგული მოხალისეების რაოდენობა		60	60	60	180	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	ქმს/შჯსდ ს/დკეც/ტ ფდეც			ტპპ

6.1.4.	პრობაციის ეროვნული სამსახურის და სასჯელადსრულების დეპარტამენტის ჩართვა ახლად გათავისუფლებული პატიმრების მკურნალობის გაგრძელების პროგრამის განხორციელებისათვის. სასჯელადსრულების სისტემაში უკვე მომუშავე პარტნიორი არასამთავრობო ორგანიზაციების აღრიცხვა და მათი ჩართვა სასჯელადსრულებისა და სამოქალაქო სექტორების კომუნიკაციის და პაციენტთა მიდევნების ფასილიტაციასა და მონიტორინგში.	% ახლად გათავისუფლებული პატიმრები 10 დღის ვადაში ჩაერთვნენ სახელმწიფო პროგრამაში	უცნობია				80%	ქმს/შჯსდს/დკეც/ტფდეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.-ები	სახელმწიფო		
6.1.5.	ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის და ოჯახის წევრებისათვის მკურნალობის დამყოლობის თემაზე არსებული საინფორმაციო მასალების შეფასება და გაუმჯობესება.	მასალა ხელმისაწვდომია		დიახ	დიახ	დიახ	დიახ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.-ები	ქმს/შჯსდს/დკეც/ტფდეც			ტპპ
სმ 6.2.	კომუნიკაციის და სოციალური მობილიზაციის მეშვეობით შემცირდეს ტუბერკულოზთან დაკავშირებული სტიგმა											
6.2.1.	მცირე გრანტების და ტექნიკური დახმარების გაწევა ადგილობრივი არასამთავრობო ორგანიზაციებისათვის კონცერტების, შოუების, სპორტული და ყოველწლიურ ტუბერკულოზის მსოფლიო დღესთან დაკავშირებული აქტივობების ორგანიზებაში, რათა მათ აამაღლონ ტუბერკულოზის შესახებ ცნობიერება და განახორციელონ ტუბერკულოზთან ასოცირებული სტიგმის დაძლევის აქტივობები.	# ტრენინგული არასამთავრობო ორგანიზაციების წარმომადგენლები	20	20	20	20	60	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.-ები	ქმს/შჯსდს/დკეც/ტფდეც			ტპპ

6.2.2.	საინფორმაციო მასალების შეფასება და გაუმჯობესება პაციენტებისა და ციხის თანამშრომლებისათვის - ტუბერკულოზის სიმპტომების დროული გამოვლენის, მკურნალობაში ჩართვისა და მისი დასრულების შესახებ.	საინფორმაციო მასალა ხემისაწვდომია		დიახ			დიახ	სპის/ტფდ ც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.		TBP	
6.2.3.	მნიშვნელოვანი სამიზნე ჯგუფების ცოდნა, დამოკიდებულებისა და ტბ-თან დაკავშირებული პრაქტიკის რეგულარული შეფასება	დამოკიდებულების, ცოდნისა შემაფასებელი კვლევა ჩატარებულია	12 სექტემბერი			დიახ	დიახ	ქმს/შჯსდს/ დკეც/ტფდ ეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.			ტპპ
6.2.4.	ჯანმოს „ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მართვის ეთიკური გაიდლაინის“ შესაბამისად, საქართველოს კანონმდებლობაში ტბ პაციენტთა უფლებებთან დაკავშირებული დებულებების გადახედვა და საერთაშორისო სტანდარტებთან მათი შესაბამისობის უზრუნველყოფა.	„ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მართვის ეთიკური გაიდლაინი“ ადაპტირებული			დიახ		დიახ	ქმს/შჯსდს/ დკეც/ტფდ ეც	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.- ები	სახელმწიფო		ტპპ
სმ 7	გამლიერდეს ტბ / აივ სამსახურთა თანამშრომლობა, რათა შეამცირდეს ტუბერკულოზის ტვირთი აივ ინფიცირებულ პირებში და აივ-ის ტვირთი ტუბერკულოზით დაავადებულ პირებში	<2% ტბ პაციენტების იქნება აივ დადებითი					2% ტბ პაციენტების აივ (+)					
სმ 7.1.	აივ ტვირთი-ის შემცირება ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებში ტუბერკულოზის ყველა რეგისტრირებულ შემთხვევაში აივ ტესტირებითა და აივ დადებითი ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების სიკვდილობის თავიდან	2015 წ-თვის, აივ დადებითი ტბ პაციენტების 60% დაფიქსირდება „წარმატებული მკურნალობა“					40%					

	აცილების გზით											
7.1.1.	ტუბერკულოზის მკურნალობის დაწყებისას დიაგნოსტიკური ტესტირების და კონსულტირების შეთავაზება ყველა ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტისათვის	% ტბ პაციენტების რომელთაც ჩაუტარდათ აივ ტესტირება	66%	75%	80%	90%	90%	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	სახელმწიფო	TBP	
7.1.2.	ტუბერკულოზზე ექვის მიტანის დროს სწრაფი ტესტირება რეზისტენტობის განსაზღვრისათვის და ტუბერკულოზის მკურნალობის რეჟიმების სწრაფი მოდიფიცირებისათვის ტუბერკულოზის ეფექტური მკურნალობის უზრუნველსაყოფად..	% აივ (+) პაციენტები, რომელთაც ჩაუტარდათ აივ ტესტირება და მკურნალობა ეროვნული გაიდლაინის შესაბამისად	უნდა განისაზღვროს				100%	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	სახელმწიფო	TBP	
7.1.3.	ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებში ანტირეტროვირუსული თერაპიის დროული დაწყების უზრუნველყოფა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გაიდლაინების შესაბამისად.	% ტბ პაციენტები, რომელთაც უტარდებოდათ ამ ეროვნული გაიდლაინის შესაბამისად	უნდა განისაზღვროს				უნდა განისაზღვროს ბაზიური მონაცემების შემდეგ	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	სახელმწიფო	TBP	
7.1.4.	ანტირეტროვირუსული თერაპიის დროულად დაწყების და ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების ბარიერების შეფასება	შეფასება ჩატარდა	-		დიახ		დიახ	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	სახელმწიფო	TBP	
7.1.5.	აივ დადებით ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებს შორის წარსულში ნამკურნალები შემთხვევების მაღალი პროცენტული წილის და	შეფასების ანგარიშზე ხემისაწვდომია	-		დიახ		დიახ	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	სახელმწიფო	TBP	

	მკურნალობის ცუდი შედეგების გამომწვევი მიზეზების დადგენა											
7.1.6.	ოპერაციული კვლევის ჩატარება მკურნალობის ბინაზე ჩატარებისა და ინტეგრირებული სერვისების (ტბ/აივ სამსაურების) ეფექტურობის შესაფასებლად	ჩატარდა კვლევა	-			დიახ	დიახ	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	სახელმწიფო	TBP	
7.1.7.	აივ დადებითი ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების მხარდაჭერა ანტირეტროვირუსული თერაპიის მიმართ დამყოლობის მისაღწევად, ბინაზე განხორციელებული დამყოლობის მონიტორინგის მეშვეობით	% აივ დადებითი ტბ პაციენტები იღებენ ამ ბინაზე	უნდა განისაზღვროს				უნდა განისაზღვროს ბაზიური მონაცემების შემდეგ	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	სახელმწიფო	TBP	
7.1.8.	ტუბერკულოზის და აივ პროგრამების ტექნიკური მხარდაჭერა რათა გაძლიერდეს თანამშრომლობისა და ინფორმაციის გაცვლის მექანიზმები	ტექნ. დახმარების დღეების რაოდენობა, ადგილობრივი და საერთაშორისო ექსპერტების ჩათვლით	-	30	30	30	90	შჯსდს/დკეც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	სახელმწიფო	TBP	
სმ .7.2		100% აივ (+) პირები ტესტირებული ტუბერკულოზზე					387, ან 100%					
		ტუბერკულოზის ტვირთის შემცირება აივ დადებით პაციენტებსა და ინტრავენური ნარკოტიკების მომხმარებელთა შორის	#/% რომელთაც ჩაუტარდათ იზონიაზიდით მკურნალობა აქტ. დაავადების გამორიცხვის შემდეგ				61, ან 16% სულ აივ (+) პირთა შორის ჩართული ა ამ-ში					

7.2.1.	საქართველოში "საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელის" სოციალური მუშაკების და ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებთან მომუშავე ფსიქოლოგების ტრენინგი, რათა მათ უზრუნველყონ კონსულტირება ტუბერკულოზის თაობაზე და ხელი შეუწყონ ტუბერკულოზის ადრეული გამოვლენას	# სოციალური მუშაკების ტრენირებულია	-	60			60	შჯსდს/დკე ც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.			ტპპ
7.2.2.	აივ ინფიცირებულებში ლატენტური ტუბერკულოზის რუტინული გამოვლენა და მკურნალობა	#/%, რომელთაც ჩაუტარდათ იზონიაზიდით მკურნალობა აქტ. დაავადების გამორიცხვის შემდეგ	(საბაზისო მონაცემები 2011: 61, ან 16% სულ აივ (+) პირთა შორის ჩართულია ამ-ში	30%	50%	70%	70%	შჯსდს/დკე ც/ტფდევ	ადგილობრივი ან საერთაშორისო ა.ო.	სახელმწიფო	TBP	

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Mission report. Green Light Committee, 2012
2. *National Health Care Strategy, 2011-2015*
3. *National HIV/AIDS Strategic Plan for 2011-2016*
4. Performance Framework for grant number GEO-T-GPIC from the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria. See also Grant performance report, 7 June 2012 downloaded from <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/Index/GEO-T-GPIC>
5. USAID TB Prevention Project Strategic Approach 2011-2015 and Year 2 Work Plan (2012-13)
6. WHO. *Roadmap to Prevent and Combat Drug-Resistant Tuberculosis: The Consolidated Action Plan to Prevent and Combat M/XDR-TB in the WHO European Region, 2011–2015*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011. <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/roadmap-to-prevent-and-combat-drug-resistant-tuberculosis>
7. Stop TB Partnership, WHO. The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of TB. 2010. <http://www.stoptb.org/global/plan/>
8. WHO. Country TB profiles (epidemiology, finance). <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/index.html>
9. WHO. Global TB control. 2012. http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html
10. WHO. Data collection form, 2012 completed by Georgia.
11. Gegia M et al. Outcomes among TB patients with isoniazid resistance in Georgia, 2007-2007. *IJTL* 16(6):812-816.
12. TB Coalition for Technical Assistance. International standards for tuberculosis care (ISTC), 2nd Edition. 2009. <http://www.istcweb.org/Home.html>
- 13 WHO. Practical approach to lung health. Manual on initiating PAL implementation. <http://www.who.int/tb/publications/pal/en/index.html>
14. WHO. Revised TB recording and reporting forms and registers—version 2006. <http://www.who.int/tb/publications/2006/en/index.html>
15. TB Coalition for Technical Assistance. International standards for tuberculosis care (ISTC), 2nd Edition. 2009. <http://www.istcweb.org/Home.html>
16. Performance Framework for grant number GEO-T-GPIC from the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria. See also Grant performance report, 7 June 2012 downloaded from <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/Index/GEO-T-GPIC>
17. Mission report. Global Drug Facility., 2012
18. The Global Laboratory Initiative. *A Roadmap for Ensuring Quality Tuberculosis Diagnostics Services Within National Laboratory Strategic Plans*. Geneva: WHO; 2010. Available at: <http://www.stoptb.org/wg/gli/documents.asp>
19. WHO. *Policy Framework for Implementing New Tuberculosis Diagnostics* (“Framework for implementing new tuberculosis diagnostics, 2010.”) Geneva: WHO; 2010. Available at: http://www.who.int/tb/laboratory/policy_statements/en/index.html
20. WHO. *Rapid Implementation of the Xpert MTB/RIF Diagnostic Test: Technical and Operational ‘How-To’ Practical Considerations*. WHO/HTM/TB/2011.2. Geneva: WHO; 2011. Available at: <http://www.who.int/tb/laboratory/mtbrifrollout/en/index.html>.

-
21. WHO. *Policy Statement: Automated Real-Time Nucleic Acid Amplification Technology for Rapid and Simultaneous Detection of Tuberculosis and Rifampicin Resistance: Xpert MTB/RIF System*. WHO/HTM/TB/2011.4. Geneva: WHO; 2011. Available at: http://www.who.int/tb/laboratory/policy_statements/en/index.html.
22. Georgia National Strategy for Advocacy, Communication and Social Mobilization in Tuberculosis Control, USAID/PATH 2011-2013
23. TB Knowledge, Attitude and Practices Survey, 2012, USAID TB Prevention Project and Georgia Maternal and Child Care Union.
24. WHO. Roadmap to Prevent and Combat Drug-Resistant Tuberculosis: The Consolidated Action Plan to Prevent and Combat M/XDR-TB in the WHO European Region, 2011–2015. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011. <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/roadmap-to-prevent-and-combat-drug-resistant-tuberculosis>
25. WHO. Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. 2007. <http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/>
26. Healthy Georgia for You. 2010 (electronic health management information system)
27. WHO. Revised TB recording and reporting forms and registers—version 2006. <http://www.who.int/tb/publications/2006/en/index.html>
28. WHO. Electronic recording and reporting for tuberculosis control. Geneva: WHO; 2012. <http://www.who.int/tb/publications/2012/en/index.html>
29. WHO. Planning the development of human resources for health for implementation of the Stop TB Strategy. 2009. WHO/HTM/2008.407 <http://www.who.int/tb/publications/2009/en/index.html>
30. Guidance on ethics of tuberculosis prevention, care and control. WHO, 2010
31. WHO. Policy on collaborative TB/HIV activities. Guidelines for national programmes and other stakeholders. 2012. http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en/index.html
32. WHO. *Policy Statement: Automated Real-Time Nucleic Acid Amplification Technology for Rapid and Simultaneous Detection of Tuberculosis and Rifampicin Resistance: Xpert MTB/RIF System*. WHO/HTM/TB/2011.4. Geneva: WHO; 2011. Available at: http://www.who.int/tb/laboratory/policy_statements/en/index.html.
33. Georgia Country Progress Report. January 2010–December 2011. Accessed October 2012. <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/georgia/>
34. WHO. Compendium of indicators for monitoring and evaluating national TB programs. 2004. <http://www.who.int/tb/publications/2004/en/index.html>