



საქართველოს მთავრობის

დადგენილება

N 326 2016 წლის 11 ივლისი ქ. თბილისი

აივ/ზიდსის პრევენციისა და კონტროლის 2016-2018 წლების ეროვნული
სტრატეგიის დამტკიცების თაობაზე

მუხლი 1. „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ საქართველოს
კანონის მე-15 მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტისა და
„საქართველოს მთავრობის სტრუქტურის, უფლებამოსილებისა და
საქმიანობის წესის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-6 მუხლის
შესაბამისად, დამტკიცდეს თანდართული აივ/ზიდსის პრევენციისა და
კონტროლის 2016-2018 წლების ეროვნული სტრატეგია.

მუხლი 2. დადგენილება ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

პრემიერ-მინისტრი



გიორგი კვირიკაშვილი

საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო	
№ 74795	
13	07.2016წ.
84	ფურცელი

016.5

აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის 2016-2018 წლების ეროვნული სტრატეგია

სარჩევი

შესავალი.....	3
1. არსებული სიტუაციის ანალიზი.....	4
1.1 საკანონმდებლო ჩარჩოს ანალიზი.....	4
1.2 მთავარი გამოწვევები/პრობლემები.....	5
2. აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის ამოცანები.....	8
ამოცანა 1: აივ/შიდსის პრევენცია და გამოვლენა.....	10
ამოცანა 2: აივ ინფიცირებულ პირების მოვლა და შიდსით დაავადებულთა მკურნალობა.....	19
ამოცანა 3: ხელმძღვანელობა და პოლიტიკის შემუშავება.....	27
3. განხორციელების ვადები და პასუხისმგებელი ინსტიტუტები.....	36
4. ეროვნული პასუხის დაფინანსება.....	37
4.1. ფინანსური დეფიციტის ანალიზი.....	41
5. სტრატეგიის განხორციელების პროცესში და მის შედეგად წარმოქმნილი შესაძლო რისკები.....	42
6. მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმები.....	43
დანართი 1. მონაცემები.....	45
დანართი 2. რეკომენდებული პრევენციული სერვისების ჩამონათვალი, რომლებიც სპეციფიკური რისკის ჯგუფებისთვის უნდა იქნეს შეთავაზებული გამოვლენილი საჭიროებების შესაბამისად....	48
დანართი 3. აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის 2016-2018 წლების სტრატეგიის მონიტორინგისა და შეფასების ჩარჩო.....	52
დანართი 4. აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის 2016-2018 წლების ეროვნული სტრატეგიის განხორციელების გეგმა და ბიუჯეტი.....	61
4.1. აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის 2016-2018 წლების ეროვნული სტრატეგიის განხორციელების დეტალური ბიუჯეტი.....	61
4.2 აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის 2016-2018 წლების ეროვნული სტრატეგიის განხორციელების გეგმა.....	68
გამოყენებული ლიტერატურა.....	80

გრაფიკები და ცხრილები:

გრაფიკი 1.1. საქართველოში აივ ინფიცირებულთა მოვლის სერვისების უწყვეტ ჯაჭვში ჩართულობა	9
ცხრილი 2.1 ანტირეტროვირუსული თერაპიით მოცვა საქართველოში, 2011-2014	21
გრაფიკი 4.1. დაფინანსება ეროვნული სტრატეგიული გეგმის პრიორიტეტული მიმართულებების მიხედვით	39
ცხრილი 4.1. აივ/შიდსზე ეროვნული პასუხის დაფინანსება წყაროების მიხედვით (მილიონ აშშ დოლარებში)	39

გრაფიკი 4.2. დანახარჯები აივ/შიდსზე დაფინანსების წყაროს მიხედვით	40
ცხრილი 4.2. აივ/შიდსზე ეროვნული პასუხის დაფინანსება ინტერვენციის სფეროების მიხედვით (მილიონ აშშ დოლარებში)	41
გრაფიკი 4.3 რესურსების განაწილება აივ/შიდსის ეროვნული სტრატეგიული გეგმის სტრატეგიულ მიმართულებებს შორის	41
გრაფიკი A.1. ნარკოტიკის ინექციური მოხმარებლების აივ ტესტირება საქართველოში გლობალური ფონდის აივ/შიდსის პროგრამის ფარგლებში	46
გრაფიკი A.2. აივ/შიდსის პრევალენტობა მსმ-ებს შორის 2007, 2010 და 2012 წლებში (თბილისი)	46
გრაფიკი A.3. აივ/შიდსის პრევალენტობა სექს-მუშაკებს შორის თბილისში (2002 - 2014) და ბათუმში (2004 - 2014)	47
გრაფიკი A.4. ანტირეტროვირუსული თერაპიის დაწყების რეკომენდაციების გაცემა და ანტირეტროვირუსული თერაპიის მიმღებ პაციენტთა რაოდენობა	47
გრაფიკი A.5. სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საქართველოში აივ/შიდსით ინფიცირებულ პაციენტებს შორის	48
გრაფიკი A.6. გადარჩენის მაჩვენებლები ნარკოტიკის ინექციური მოხმარების ისტორიის მიხედვით	48

აბრევიატურები

აივ	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი
არვ	ანტირეტროვირუსული
გაერო	გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია
დკსჯეც	დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
იდშისპც	ინფექციური დაავადებების, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო კვლევითი ცენტრი
ინმ	ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებლები
მსმ	მამაკაცები, რომელთაც აქვთ სქესობრივი კავშირი მამაკაცებთან
ნკტ	ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება
სგგი	სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები
შჯსდს	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
შიდსი	შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი
ჯანმო	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

ინგლისურენოვანი აბრევიატურები

BBS	ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა ბიომარკერის კომპონენტით
GAVI	აღიანსი GAVI
GHPP	აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო-საქართველოში აივ პრევენციის პროექტი
HBV	ვირუსული B ჰეპატიტი
HCV	ვირუსული C ჰეპატიტი
IBBSS	ბიო-ბიჰევიორისტული ინტეგრირებული კვლევა
UNAIDS	გაეროს შიდსის პროგრამა

შესავალი

აივ/შიდსის ეპიდემიაზე ეროვნული პასუხის მნიშვნელოვანმა მიღწევებმა, აივ/შიდსის პრევენციის, მკურნალობისა და მოვლის სერვისების მიმწოდებელი ორგანიზაციების შესაძლებლობების გაძლიერებამ, მაღალი რისკის ჯგუფების და აივ/შიდსის მიმართ მოწყვლადობის ბიო-ბიჰევიორისტული დეტერმინანტების შესახებ გაუმჯობესებულმა მონაცემებმა, მომავალი პრიორიტეტების უფრო მკაფიო გააზრებამ და აივ/შიდსის დაფინანსების მოდელის მნიშვნელოვანმა ცვლილებებმა საქართველოს აივ/შიდსის ეროვნული სტრატეგიული გეგმის რიგით მეოთხე, განახლებული ვერსიის შემუშავების საჭიროება გააჩინა.

სტრატეგიის განახლების პროცესის კოორდინაცია ითავა საქართველოში აივ ინფექციის/შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის წინააღმდეგ მიმართულ ღონისძიებათა ქვეყნის ერთიანმა საკოორდინაციო საბჭომ (შემდგომში საბჭო).¹ საბჭოსთან შეიქმნა სტრატეგიის სამუშაო ჯგუფი, რომელშიც გაერთიანდა შრომის, ჯანმრთელობისა და საქართველოს პარლამენტის ჯანმრთელობის დაცვისა და სოციალურ საკითხთა კომიტეტის, შრომის, საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტროს, ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული ცენტრის, ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო პრაქტიკული ცენტრის, ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის, ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს, გაეროს მოსახლეობის ფონდის, აივ/შიდსის სფეროში მოღვაწე არასამთავრობო ორგანიზაციების, მოწყვლადი ჯგუფებისა და აივ პოზიტიური პირების წარმომადგენლები. ეროვნული დიალოგის პროცესი 6 თვის მანძილზე გაგრძელდა და საფუძვლად დაედო სტრატეგიული ჩარჩოსა და პრიორიტეტული მიმართულებების განსაზღვრას. ამდენად, წინამდებარე გეგმა წარმოადგენს აივ/შიდსის ინტერვენციების განხორციელებაში მონაწილე ყველა დაინტერესებული მხარისა და იმ საერთაშორისო ექსპერტების თანამშრომლობის შედეგს, რომლებმაც ქვეყანას ტექნიკური დახმარება გაუწიეს შემოთავაზებული ინტერვენციების საერთაშორისო სტანდარტებსა და საუკეთესო პრაქტიკასთან შესაბამისობის უზრუნველსაყოფად.

1. საქართველოში აივ ინფექციის/შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის წინააღმდეგ მიმართულ ღონისძიებათა ქვეყნის ერთიანმა საკოორდინაციო საბჭოს დებულება დამტკიცებულია 2012 წლის 18 ივნისს საქართველოს მთავრობის N220 დადგენილებით

წინამდებარე ეროვნული სტრატეგიული გეგმა ემყარება 2011-2016 წლების აივ/შიდსის ეროვნული სტრატეგიული გეგმის განხორციელების გამოცდილებას. მასში აღწერილია აივ/შიდსის ეპიდემიაზე ეროვნული პასუხის მიღწევები და მისი ამჟამინდელი მდგომარეობა, განსაზღვრულია მომდევნო ფაზის (2016-2018) პრიორიტეტები, მიმოხილულია ინოვაციები აივ/შიდსის სერვისების მიწოდებაში, ხაზგასმულია რეგულირების გაუმჯობესების და ახალი პარტნიორობების ჩამოყალიბების საჭიროება, რაც შესაძლებელს გახდის, შენარჩუნდეს მიღწევები და ქვეყანა აივ/შიდსის გავრცელების კლებისათვის/შეჩერებისთვის მოემზადოს.

გეგმაში წარმოდგენილია ჩასატარებელი სამუშაოს მთავარი მიმართულებები და დასახულია ახალი მიზნები, რომლებიც 2018 წლის ბოლოსთვის უნდა იქნეს მიღწეული, რომელთა მიღწევა ყველა დაინტერესებული მხარის ერთობლივ ძალისხმევას და შიდა და გარე წყაროებიდან ადეკვატური დაფინანსების უზრუნველყოფას საჭიროებს.

1. არსებული სიტუაციის ანალიზი

1.1 საკანონმდებლო ჩარჩოს ანალიზი

აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის მარეგულირებელი საკანონმდებლო აქტები, რომელთა ფარგლებშიც რეგულირდება მოქალაქის უფლება მიიღოს ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურება დისკრიმინაციისაგან თავისუფალ გარემოში, სადაც დაცული იქნება ადამიანის საყოველთაოდ აღიარებული უფლებები, თავისუფლებები და გარანტიები შემდეგია:

1. საქართველოს კონსტიტუცია.
2. საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“
3. საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“.
4. საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“.

საქართველოს კანონი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ განსაზღვრავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვალდებულებას აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის ერთიანი სახელმწიფო სტრატეგიის შემუშავებისა და მისი განხორციელების ორგანიზების თაობაზე.

საქართველოს კანონი აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ განსაზღვრავს საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის საპასუხო ღონისძიებების ძირითად პრინციპებს, ფიზიკურ პირთა აივ ინფექციაზე ტესტირების, აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა მკურნალობისა და მოვლის, მათზე ზრუნვის საკითხებს, აგრეთვე აივ ინფიცირებულთა/შიდსით დაავადებულთა და მედიცინის მუშაკთა უფლება-მოვალეობებს. არსებული საკანონმდებლო ჩარჩო უზრუნველყოფს როგორც ფიზიკურ პირთა ჯანმრთელობის, ასევე სახელმწიფო და საზოგადოებრივი უსაფრთხოების დაცვას და საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებითა და შეთანხმებებით გათვალისწინებულ მოთხოვნათა შესრულებას გადამდები დაავადებების კონტროლის სფეროში.

სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ საქართველოს კანონით ყოველწლიურად განისაზღვრება დაფინანსების მოცულობა აივ/შიდსის სახელმწიფო პროგრამისთვის, რომელიც უზრუნველყოფს აუცილებელი სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო მომსახურებას მაღალი რისკის ჯგუფებისა და აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირებისთვის.

ევროკავშირთან ასოცირების პროცესში განსაკუთრებით აქტუალური ხდება გადამდებ დაავადებებზე და მათ შორის აივ ინფექცია/შიდსზე კონტროლის გამკაცრება და ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სისტემის გაძლიერება. აივ ინფექცია/შიდსის გადაცემის პრევენციისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ადამიანის სისხლისა და სისხლის კომპონენტების შეგროვების, ტესტირების, დამუშავების, შენახვისა და განაწილების ხარისხისა და უსაფრთხოების სტანდარტების დაცვასთან დაკავშირებული ვალდებულებების შესრულებას ევროკომისიის დირექტივების შესაბამისად.

1.2 მთავარი გამოწვევები/პრობლემები

აივ/შიდსის ეპიდემია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება საქართველოში. 1989 წელს აივ ინფექციის პირველი შემთხვევის რეგისტრირების შემდეგ, ქვეყანაში ინფექციის ახლად გამოვლენილი შემთხვევების რაოდენობა მუდმივად იზრდებოდა და 2013 წელს 100,000 ადამიანზე 10.9-ს მიაღწია¹. უკანასკნელი გამოთვლებით, საქართველოში აივ ინფიცირებულთა სავარაუდო რაოდენობა 6,800-ს შეადგენ²; მათგან 45%-მა თავისი ინფიცირების სტატუსის შესახებ არაფერი იცის. 2014 წლის ბოლოსთვის 4,695 აივ ინფიცირებული იყო რეგისტრირებული. ინფიცირებულთა უმრავლესობა მამაკაცია (რეგისტრირებულ შემთხვევათა 69%), თუმცა 2014 წელს ინფიცირებულ ქალთა წილი 25%-დან 31%-მდე გაიზარდა.

უკანასკნელი ხელმისაწვდომი მონაცემების თანახმად, საქართველოში აივ ინფექცია უმეტესად კონცენტრირებულია მაღალი რისკის ჯგუფებში: მამაკაცებში, რომელთაც აქვთ სქესობრივი კავშირი მამაკაცებთან (მსმ), ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში (ინმ) და სექს-მუშაკ ქალებში.

(ა) მზარდი შემთხვევების საგანს წარმოადგენს მსმ-ებს შორის აივ პრევალენტობის მაჩვენებლის მატება - 7%-დან 13%-მდე 2010-2012 წლებში³. ინფიცირების ახლადგამოვლენილი შემთხვევების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი მსმ-ში აღინიშნება⁴. აივ პრევალენტობის ბოლოდროინდელი მატება მსმ-ში, ასევე, ისეთი სარისკო პრაქტიკის გაგრძელება, როგორიცაა ორივე სქესის პარტნიორების ხშირი ცვლა, კონდომის ფრაგმენტული გამოყენება და ჯგუფური სექსუალური ურთიერთობები, ამ მაღალი რისკის ჯგუფებისთვის საჭირო ინტერვენციების მნიშვნელოვანი გაძლიერების აუცილებლობაზე მეტყველებს.² სამიშროებას ქმნის მსმ-ის ქალ პარტნიორებთან სექსუალური ურთიერთობების მაღალი მაჩვენებელი (ბისექსუალიზმი), ვინაიდან ასეთი მამაკაცები ხელს უწყობენ ინფექციის გავრცელებას ზოგად მოსახლეობაში. მსმ-ის 51.4%-მა აღნიშნა ქალი პარტნიორის ყოლა ბოლო 12 თვის განმავლობაში, ეს მონაცემი 2010 წელს უფრო მაღალი იყო - 62.2%.

(ბ) ინმ-ების სავარაუდო რაოდენობა საქართველოში 45,000-ს შეადგენს.⁵ მათ შორის აივ პრევალენტობის მაჩვენებელი 0.4%-დან 9.1%-მდე მერყეობს. ნარკოტიკის მოხმარების, როგორც აივ ინფექციის გადაცემის გზის, წილი ახლად გამოვლენილ შემთხვევებში 2012 წლიდან 2013 წლამდე 43.2%-დან 35%-მდე შემცირდა, ჰეტეროსექსუალური გზით ინფიცირების წილი კი 44.8%-დან 49%-მდე გაიზარდა ამავე პერიოდში. ორივე ეს ტენდენცია ინმ-ების სქესობრივ პარტნიორებს შორის აივ ინფექციის გავრცელების ზრდასა და ინფექციის ფემინიზაციაზე მიუთითებს. გარდა ამისა, ყველაზე ნაკლებ მოსალოდნელია, რომ ინმ-ებმა დახმარებისთვის მოვლის სერვისებს მიმართონ, ამ სერვისების მიღება უწყვეტად გააგრძელონ და ვირუსული დატვირთვის შემცირებას მიაღწიონ.⁶ ეს მონაცემები, გადარჩენის მაჩვენებლებთან ერთად, იმაზე მიუთითებს, რომ ინმ-ებს შორის მკურნალობის გამოსავლის გასაუმჯობესებლად საჭიროა ძალისხმევების გაძლიერება მოვლის სხვადასხვა მიმართულებით, მათ შორის, ნარკოტიკებზე დამოკიდებულების მკურნალობის და სხვა სარეაბილიტაციო/მხარდაჭერის სერვისების მიწოდების გზით.

³ბოლო 12 თვის განმავლობაში, მსმ-ს შორის ნარკოტიკის მომხმარებელი 17.9%-ა (2012 წლის მონაცემებით), რომელთაგან 2.8% ნარკოტიკს ინექციური გზით მოიხმარს.

(გ) სექს-მუშაკ მამაკაცებს შორის აივ ინფექციის პრობლემის სიდიდის შესახებ მონაცემები მწირია. ეს ჯგუფი მსმ-ების ჯგუფშია შეყვანილი. სექს-მუშაკ ქალებს შორის კი აივ პრევალენტობის მაჩვენებელი 0.8%-დან 1.3%-მდე მერყეობს. თუმცა, ბიო-ბიჰევიორისტული ზედამხედველობის ინტეგრირებული კვლევის (IBBS) შედეგებით, კონდომების გამოყენების შესახებ მონაცემების ცვალებადობა აღინიშნება, რაც სათანადო ინფორმაციისა და პრევენციული სერვისების მიწოდების გაგრძელების საჭიროებაზე მიუთითებს.

(დ) აივ პრევალენტობის მნიშვნელოვანი კლება აღინიშნა პენიტენციურ დაწესებულებებში - 1.4%-დან 0.35%-მდე 2008-2012 წლებში. ეს საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში მაღალი რისკის ქცევაზე შიდა კონტროლის მნიშვნელოვანი გამკაცრებით აიხსნება.

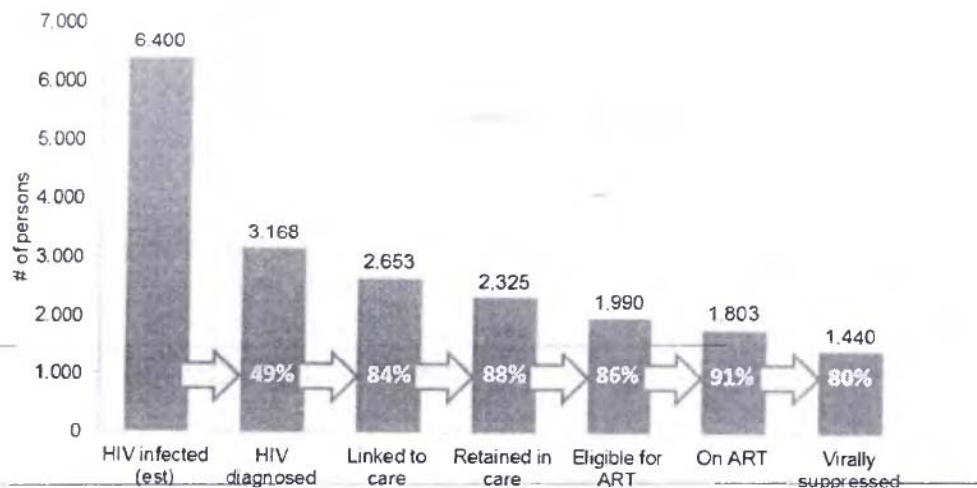
(ე) აივ პრევალენტობა ორსულ ქალებს და სისხლის დონორებს შორის უფრო დაბალია (0.04% ორივე ქვეჯგუფში) ვიდრე ზოგად მოსახლეობაში (0.07% 2013 წელს). ამ ჯგუფებში მიმდინარე პრევენციული ინტერვენციები აივ ინფექციის გავრცელების თავიდან აცილების და პრევალენტობის დაბალი მაჩვენებლის შენარჩუნების საშუალებას იძლევა.

ამრიგად, მიუხედავად ზოგად მოსახლეობაში აივ პრევალენტობის დაბალი მაჩვენებლისა (0.07%), საქართველო ეპიდემიის გავრცელების მნიშვნელოვანი რისკის წინაშე დგას შემდეგი ფაქტორების გამო: მაღალი რისკის მქონე ქცევები, მსმ-ებსა და ინმ-ებს შორის ინფექციის მზარდი პრევალენტობა, ზოგად მოსახლეობაში აივ ინფექციის სქესობრივი გზით გავრცელების სერიოზული საფრთხე და მაღალი რისკის ჯგუფებისთვის დამახასიათებელი მაღალი მობილურობა.

ინფიცირების გვიანი გამოვლენა და, შესაბამისად, დაავადების გვიან სტადიებზე მკურნალობის დაწყება კვლავ წარმოადგენს აივ/შიდსზე ეროვნული პასუხის სერიოზულ გამოწვევას საქართველოში. ეს უარყოფითად აისახება გადარჩენის მაჩვენებელზე, რამაც შესაძლოა მოკლე ვადაში სიკვდილიანობის რისკის თითქმის 90%-იანი ზრდა გამოიწვიოს.

საქართველოში აივ ინფიცირებულების მოვლის სერვისების უწყვეტ ჯაჭვში ჩართულობის ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ძირითადი ხარვეზი აივ ტესტირების/დიაგნოსტიკის ეტაპზე ჩნდება (გრაფიკი 1.1.).

გრაფიკი 1.1. საქართველოში აივ ინფიცირებულების მოვლის სერვისების უწყვეტ ჯაჭვში ჩართულობა



სავარაუდო 6,400 ინფიცირებულთაგან თითქმის ნახევარი არ არის დიაგნოსტირებული. ეს ხარვეზი, უმთავრესად, აივ ტესტირებით მაღალი რისკის ჯგუფების დაბალი მოცვით აიხსნას.⁷ ამას სერიოზული უარყოფითი შედეგები აქვს როგორც ინდივიდუალური, ასევე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კუთხით. ერთი მხრივ, აივ ტესტირების დაგვიანებას დაავადების გვიან გამოვლენასთან და სიკვდილიანობის რისკის მატებასთან მიყვარო, მეორე — მხრივ, არადიაგნოსტირებული ინდივიდები, რომლებიც სარისკო ქცევას აგრძელებენ, ინფექციის გავრცელებას უწყობენ ხელს.

2. აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის ამოცანები

აივ ეპიდემიაზე ეროვნული პასუხი მოითხოვს პრევენციის და მოვლის ეფექტიანი სერვისების უწყვეტი ჯაჭვის განვითარების პრიორიტეტიზაციას. ძირითად მიმართულებებს შორისაა მაღალი რისკის ჯგუფების მოცვა და მათთვის საბაზისო პრევენციული სერვისების შემდგომი გაფართოება; ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების მექანიზმის გამოყენების მნიშვნელოვანი ზრდა, რაც ინფიცირების შემთხვევების სრულ და ადრეულ გამოვლენას გააუმჯობესებს; მრავალმხრივი ღონისძიებები ინფიცირებულ ადამიანებზე მოვლის და მათი მკურნალობის შესაბამისი სერვისებით; მკურნალობის რეჟიმის დაცვა და გაგრძელება, რაც ვირუსული დატვირთვის შემცირებას გამოიწვევს.

ზემო აღნიშნულის განხორციელებას ხელს უწყობს აუცილებელი სერვისების (მათ შორის ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპია) ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის გაუმჯობესება, მკურნალობის ოპტიმალური რეჟიმები, გაძლიერებული ეპიდზედამხედველობა და მონიტორინგი, ზოგიერთი საკანონმდებლო და

მარეგულირებელი ბარიერების გაუქმება, რომლებიც მომსახურების ეფექტიან მიწოდებას აფერხებს, ადამიანის უფლებების დაცვა და სტიგმის შემცირებისაკენ მიმართული ღონისძიებები. აივ ინტერვენციებზე პასუხისმგებელი სამთავრობო სტრუქტურების უფრო მჭიდრო თანამშრომლობა სამოქალაქო საზოგადოებასთან, მათ შორის, აივ ინფიცირებულებსა და მაღალი რისკის ჯგუფებთან, გაფართოებული ეროვნული პასუხის მნიშვნელოვანი მონაპოვარია, რომელიც მიზნად ისახავს ეპიდემიის შეჩერებას. შემთხვევების მართვის განახლებული მიდგომა, რომელიც მოვლის არა მარტო კლინიკურ, არამედ სოციალურ ასპექტებსაც მოიცავს და სხვადასხვა სექტორის სერვისის მიმწოდებლების თანამშრომლობას ითვალისწინებს, გამოყენებული იქნება უწყვეტი მომსახურების მიწოდების ხელშესაწყობად იმ პირთათვის, ვინც ამას საჭიროებს.

2016-2018 წლების ეროვნული სტრატეგიის მთავარი მიზანია საქართველოში აივ ეპიდემიის შემცირება მაღალი რისკის ჯგუფებზე ფოკუსირებული გაძლიერებული ინტერვენციებით და აივ ინფიცირებულთა მკურნალობის გამოსავლის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესებით.

მთავრობის ვალდებულების გაძლიერება, სამოქალაქო საზოგადოების უფრო აქტიური ჩართულობა და პრევენციისა და ზრუნვის სერვისების უწყვეტი ჯაჭვის ოპტიმალური ინტეგრირება ეპიდემიაზე მძლავრი პასუხის მდგრადობას უზრუნველყოფს.

ამ მიზნის მისაღწევად, ეროვნული სტრატეგიული გეგმა ფოკუსირებული იქნება შემდეგ სამ ამოცანაზე:

1. აივ პრევენცია და გამოვლენა: მოცვისა და პრევენციის ეფექტიანობის გაუმჯობესება, აივ ინფიცირების შემთხვევების დროული გამოვლენა და ინფიცირებულებისთვის შესაბამისი სერვისების მიწოდება;
2. აივ ინფიცირებულების მკურნალობა და მოვლა: აივ/შიდსის გამოსავლის გაუმჯობესება მკურნალობის, მოვლის და მხარდაჭერის ხარისხიან სერვისებზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის გზით;
3. ლიდერობა და პოლიტიკის შემუშავება: ეპიდემიაზე მძლავრი პასუხის მდგრადობის უზრუნველყოფა მთავრობის ვალდებულების გაზრდის, საკანონმდებლო და ოპერაციული გარემოს უზრუნველყოფის და სამოქალაქო საზოგადოების ფართო ჩართულობის გზით.

ზემოქმედების, გამოსავლის და მოცვის სამიზნეები, რომელთა შესრულებაც მოსალოდნელია 2018 წლის ბოლოსთვის:

1. სახელმწიფო ბიუჯეტიდან აივ/შიდსზე პასუხის მთლიან დაფინანსებაში სახელმწიფო ბიუჯეტის წილის 32%-დან (2013 წელს) 70%-მდე (2018 წელს) გაზრდა;
2. 2018 წლის ბოლოსათვის ინმ-ებს და სექს-მუშაკ ქალებს შორის აივ პრევალენტობის მაჩვენებლის 5%-ის ფარგლებში მოქცევა (თითოეულ აღნიშნულ ჯგუფში);³
3. 2018 წლის ბოლოსათვის მსმ-ებს შორის აივ პრევალენტობის მაჩვენებლის 15%-ის ფარგლებში მოქცევა;
4. 2018 წლისთვის აივ ინფექციის გვიანი გამოვლენის წილის შემცირება 62%-დან 30%-მდე;
5. შიდსით გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირება 2.0-მდე 100,000 ადამიანზე.

ამოცანა 1: აივ/შიდსის პრევენცია და გამოვლენა

მიღწევები და გამოწვევები: აივ/შიდსის პრევენცია და გამოვლენა

ა. ზიანის შემცირების და ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების ახალი ცენტრების (მათ შორის 4 ახალი ცენტრი ქალებისთვის) გახსნისა და უფრო აქტიური სავლე სამუშაოების შედეგად, 2006 წლიდან მნიშვნელოვნად გაიზარდა ინმ-ების პრევენციული სერვისებით მოცვა, გაფართოვდა სერვისების სპექტრი, გაუმჯობესდა გეოგრაფიული დაფარვა. გლობალური ფონდის პროგრამის მონიტორინგის მონაცემების თანახმად, ბოლო სამი წლის განმავლობაში ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების სერვისებით სარგებლობის მაჩვენებელი გაიზარდა (დანართი 1. გრაფიკი 1). ინმ-ებს შორის ჩატარებული პრევენციული ღონისძიებების შედეგად, პოზიტიური ცვლილებები აღინიშნა ინმ-ების ქცევაში - სტერილურ შპრიცებს მოიხმარს 78.4% ბათუმში და 89% თბილისში.

ბ. ოპიოდ-ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისები უფრო ხელმისაწვდომი გახდა როგორც სამოქალაქო სექტორში (20 ცენტრი), ასევე პენიტენციურ სისტემაში (2

3. აივ პრევალენტობის მონაცემები დაიყოფა ასაკის (25 წლამდე და მეტი ასაკის) და ჩარკოტიკის მოხმარების ხანგრძლივობის (3 წლამდე და მეტი) მიხედვით, რათა მიღებული იქნეს შემთხვევების სავარაუდო მაჩვენებელი.

ცენტრი). 2014 წლის მიწურულს, ჩანაცვლებითი თერაპიის ბენეფიციარი თითქმის 2,600 პაციენტი იყო, რაც ეროვნული სტრატეგიული გეგმით 2014 წლისთვის განსაზღვრულ მიზანზე (4,000) ბევრად ნაკლებია.

გ. აივ ტესტირების სერვისები სულ უფრო ხელმისაწვდომი ხდება მსმ-ებისთვის. ამ ჯგუფში სავარაუდოდ 17,000 ადამიანია.⁸ აივ ტესტირება ტარდება როგორც სამ სპეციალიზებულ კლინიკაში (ჯანმრთელობის კაბინეტები) თბილისში, ქუთაისსა და ბათუმში, ასევე მობილური ლაბორატორიების მიერ გასვლითი სავსელე სამუშაოების დროს. 2010 წლის შემდეგ მსმ-ების პრევენციული ინტერვენციებით მოცვა გაფართოვდა და 2012 წელს 48.6%-ს მიაღწია.

დ. დაინერგა პროგრამები სექს-მუშაკებისთვის, რომლებიც სექს-ინდუსტრიაში ჩართული ქალი სექს-მუშაკებისა და ტრანსგენდერებისთვის არის გამიზნული.⁴ სექს-მუშაკი მამაკაცების მოცვა მსმ-ებისთვის გამიზნული პრევენციული ინტერვენციების გზით ხდება. სექს-მუშაკი ქალების სავარაუდო რაოდენობა 6,525-ს შეადგენს.⁹ სექს-მუშაკებზე ფოკუსირებული აივ პრევენციის ინტერვენციების შედეგად, კომერციულ კლიენტებთან კონდომების გამოყენების (85-98%) და აივ ტესტირების მაჩვენებლების მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება აღინიშნა ბოლო 12 თვის განმავლობაში (40.6% - თბილისში და 66.7% - ბათუმში). სავსელე გასვლების გარდა, სექს-მუშაკებს აივ ტესტირების და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების დიაგნოსტიკის და მკურნალობის სერვისებს ხუთი სპეციალიზებული კლინიკა (ჯანმრთელობის კაბინეტები) სთავაზობს თბილისში, ქუთაისში, ბათუმში, ზუგდიდსა და თელავში. 2014 წლის ბიო-ბიჰევიორისტული ზედამხედველობის ინტეგრირებული კვლევის მონაცემების თანახმად, სექს-მუშაკების პრევენციული ინტერვენციებით მოცვის მაჩვენებელი 64.3%-ს შეადგენს.

ე. აივ/შიდსის ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისები ხელმისაწვდომია საქართველოს ყველა პენიტენციურ დაწესებულებაში.¹⁰ ამის მიუხედავად, პრევენციულმა პროგრამამ პატიმართა მხოლოდ 18.3% მოიცვა.⁵ პატიმრებს შორის პრევენციული ინტერვენციების აშკარად სუსტ მხარეს წარმოადგენს პრევენციული პროგრამებით დაბალი მოცვა და პატიმრებისთვის ტესტირების შედეგების შეტყობინების დაბალი მაჩვენებელი. გასულ წელს აივ

4სავსელე აქტივობებზე დაკვირვებების მიხედვით, ტრანსგენდერი ქალი სექს-მუშაკების რაოდენობა მცირეა. თუმცა, ინფორმაცია ტრანსგენდერი ქალების ზუსტი რაოდენობის შესახებ არ არის ხელმისაწვდომი.

5ანუ პატიმრები, რომლებმაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში მიიღეს ინფორმაცია პრევენციული მეთოდების შესახებ და რომლებსაც შესთავაზეს კონფიდენციური ტესტირება აივ ინფექციაზე.

ტესტირება პატიმართა 31.2%-ს ჩაუტარდა ციხეში ყოფნის პერიოდში, ხოლო 21.3%-ს ჩატარებულ აივ ტესტირებასთან ერთად ეცნობა შედეგები.

ვ. ჩამოთვლილი მიღწევების მიუხედავად, პრევენციულ ინტერვენციებს შედეგად ჯერჯერობით არ მოჰყოლია მნიშვნელოვანი წინსვლა ინფექციის გავრცელების თავიდან აცილების თვალსაზრისით იმ ჯგუფებში, რომლებშიც ყველაზე მეტად არის აივ ინფექცია კონცენტრირებული, მათ შორის მსმ-ების, ინმ-ების და სექს-მუშაკების ჯგუფებში. მსმ-ებსა¹¹ და ინმ-ებს შორის აივ ინფექციის მზარდი პრევალენტობა,⁶ ასევე, აივ ინფექციის გავრცელების გზებისა და სარიისკო ქცევის შესახებ ცოდნის ნაკლებობა იმაზე მიუთითებს, რომ საჭიროა ინტერვენციებით მოცვის გაფართოება და მათი ხარისხის გაუმჯობესება, რათა მოხდეს ეპიდემიის სრულად გაკონტროლება.

ზ. სექს-მუშაკებს შორის აივ ეპიდემიის სტაბილურობის მიუხედავად,⁷ აივ ინფექციის გადაცემის გზების შესახებ ცოდნის ნაკლებობა ამ ჯგუფში პრევენციული ღონისძიებების გაძლიერების საჭიროებას აჩვენებს.

თ. პრევენციული ინტერვენციების დასაფინანსებლად დონორების დახმარებაზე დამოკიდებულება კიდევ ერთი გამოწვევაა, რომლის დაძლევისაც მიზნად ისახავს აღნიშნული სტრატეგია. სახელმწიფო ეტაპობრივად აიღებს პასუხისმგებლობას პრევენციული ინტერვენციების, მათ შორის ოპიოიდ-ჩანაცვლებითი თერაპიის, ზიანის შემცირების, ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების და სხვა სერვისების დაფინანსებაზე, რომლებსაც ამჟამად გლობალური ფონდი აფინანსებს.

ი. პრევენციული სერვისების ხელმისაწვდომობასა და ამ სერვისებით მოცვაში არსებული გამოწვევების გათვალისწინებით, დაგეგმილი სტრატეგიული ციკლის პერიოდში აივ პრევენციული ინტერვენციების უმთავრეს სამიზნედ კვლავ მსმ-ების, ინმ-ების და სექს-მუშაკების ჯგუფები დარჩებიან. 2016-2018 წლებში მოცვის შემდგომი ზრდა მოხდება მომსახურების მიმწოდებლების შესაძლებლობების ზრდისა და მოცვის ახალი სტრატეგიების შემუშავების შესაბამისად.

კ. უმნიშვნელოვანესმა პრევენციულმა ღონისძიებებმა, რომლებიც დონორთა სისხლის უსაფრთხოების უზრუნველყოფაზე, დედიდან შვილზე აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციაზე და ჯანდაცვის მუშაკებს შორის ექსპოზიციის შემდგომ

6დანართი 1. გრაფიკი A.2 აივ პრევალენტობის მაჩვენებლები მსმ-ებს შორის 2007, 2010 და 2012 წლებში.

7დანართი 1. გრაფიკი A.3 აივ პრევალენტობა სექს-მუშაკებს შორის თბილისში (2002-2014) და ბათუმში (2004-2014).

აივ პროფილაქტიკაზე იყო ფოკუსირებული, ამ ჯგუფებში აივ ინფექციის გავრცელების კონტროლი შესაძლებელი გახადა. ამ პრევენციული პრაქტიკის გაგრძელების და ინტერვენციების ხარისხის გასაუმჯობესებლად უზრუნველყოფილი იქნება უწყვეტი მხარდაჭერა, რათა შენარჩუნდეს მოცვა და მაქსიმალურად გაიზარდოს პოტენციური სარგებელი.

ლ. გამოიკვეთა აივ ინფექციის გადაცემის მზარდი რისკის მქონე რამდენიმე სხვა ჯგუფი, თუმცა მათი პრიორიტეტად განსაზღვრა ეროვნულ-სტრატეგიაში ჯერჯერობით არ მომხდარა. ამ ჯგუფებში შედიან მაღალი სარისკო ქცევის მქონე ახალგაზრდები, მიგრანტები და სხვა მობილური ჯგუფები.¹² ახალგაზრდების ცნობიერების ამაღლება სქესობრივი და რეპროდუქციული ჯანმრთელობის და მათი უფლებების, მათ შორის, აივ პრევენციის შესახებ, გათვალისწინებულია საქართველოს სახელმწიფო ახალგაზრდული პოლიტიკის დოკუმენტში.⁸ ეს სტრატეგია ფოკუსირებული იქნება ახალგაზრდებზე მორგებული აივ პრევენციის და მკურნალობის სერვისების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაზე. მიგრანტების და სხვა მობილური ჯგუფების სპეციფიკური ინტერვენციები დაიგეგმება ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის მონაცემების და ბიო-ბიჭველიორისტული ზედამხედველობის ინტეგრირებული კვლევის შედეგების საფუძველზე.

მ. მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლების შეზღუდული როლი აივ პრევენციული სერვისების უზრუნველყოფაში, ეს აფერხებს ჯანდაცვის სისტემის შესაძლებლობას, დროულად გამოავლინოს ის ადამიანები, რომელთა აივ დიაგნოსტიკის სერვისებისკენ მიმართვა არის საჭირო. ჯანდაცვის სისტემის დაწესებულებებში აივ ინფექციასთან დაკავშირებული სტიგმა ძალიან ძლიერია. ეს კი ხელს უშლის პირველადი ჯანდაცვის ექიმებსა და ექთნებს, შესაბამისი სერვისები შესთავაზონ პაციენტებს და მოიპოვონ ნდობა აივ ინფიცირებულთა, ან ინფიცირების მაღალი რისკის მქონე ადამიანებს შორის. საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების უფრო აქტიურად ჩართვა აღნიშნულ პროცესებში, რათა დროულად მოხდეს რეფერალი აივ-ის დიაგნოსტიკისთვის და უზრუნველყოფილი იქნეს აივ-ის არაგადამდები კომორბიდული მდგომარეობების ადეკვატური მართვა (ჯანდაცვის მუშაკებს შორის სტიგმის შემცირებაზე ორიენტირებული ინტერვენციებისთვის იხილეთ მე-3 ამოცანა).

¹²შემუშავებულია საქართველოს სპორტის და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტროს მიერ და დამტკიცებულია საქართველოს მთავრობის #553 ბრძანებით 2014 წლის 2 აპრილს.

სტრატეგიის 1-ლი ამოცანა მიზნად ისახავს სერვისებით მოცვისა და პრევენციის ეფექტიანობის გაუმჯობესებას და ასევე, აივ ინფექციის დროულად გამოვლენას და ინფიცირებულის მკურნალობისა და მოვლის სერვისებში ჩართვას.

ბოლო ეპიდემიოლოგიური ტენდენციების შესაბამისად, ეროვნულ სტრატეგიაში პრიორიტეტებად განსაზღვრულია აივ საველე სამუშაოების და პრევენციული ინტერვენციების შემდგომი განვითარება, რომლებიც ინმ-ებსა და მსმ-ებზეა ორიენტირებული. სტრატეგია ასევე ითვალისწინებს ამ ჯგუფებში აივ დიაგნოსტიკის გაუმჯობესებას, რომელსაც მოჰყვება აივ ინფიცირებულების მოვლის და შიდსით დაავადებულთა მკურნალობის სერვისების მიწოდება.

შენარჩუნდება დონორთა სისხლის უსაფრთხოების, დედიდან შვილზე აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციასა და ექსპოზიციის შემდგომი აივ პროფილაქტიკის უზრუნველყოფაში არსებული მიღწევები. განვითარდება კლინიკური, ეპიდემიოლოგიური და ქცევითი ჩვენებების მიხედვით პროვაიდერების მიერ ინიცირებული ტესტირება, ხოლო ექსპოზიციის შემდგომი აივ პროფილაქტიკა ხელმისაწვდომი გახდება სექსუალური ძალადობის მსხვერპლთათვის.

ამ ამოცანის მიღწევა შესაძლებელი გახდება სამი სახის სტრატეგიული ინტერვენციის და იმ აქტივობების მეშვეობით, რომელთა ეფექტიანობაც დადასტურებულია აივ ინფექციის ადრეულ დიაგნოსტიკასა და პრევენციაში.

სტრატეგიული ინტერვენცია 1.1. აივ ინფექციის გადაცემის პრევენცია, აივ ინფექციის გამოვლენა და მოვლისა და მკურნალობის სერვისების დროული უზრუნველყოფა მაღალი რისკის ჯგუფებში.

მაღალი რისკის ჯგუფების ეფექტიანი მოცვა და მათზე მიმართული ინტერვენციები აივ ეპიდემიის ეროვნული პასუხის მთავარი ელემენტებია. ისინი ქცევის ისეთი ცვლილებების საშუალებას იძლევა, რომლებიც ამცირებს აივ ინფექციის გადაცემის რისკს. ეროვნულ სტრატეგიულ გეგმაში პრიორიტეტად არის განსაზღვრული მოცვის და პრევენციული ღონისძიებების მნიშვნელოვანი გაფართოება, რომლებიც ფოკუსირებულია შემდეგ რისკ-ჯგუფებზე:

- ინმ-ები და მათი სქესობრივი პარტნიორები. ამ კატეგორიაში შედიან არა მხოლოდ ინექციური ნარკოტიკის მომხმარებლები, არამედ ის ადამიანებიც, რომლებიც პოტენციური ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები არიან;
- მსმ-ები და მათი ქალი სქესობრივი პარტნიორები;

- სექს-მუშაკები (სექს-მუშაკი ქალები, მათ შორის ტრანსგენდერები), მაიოი კლიენტები და რეგულარული სქესობრივი პარტნიორები;
- პატიმრები

2018 წლის ბოლოსთვის აუცილებელი პრევენციული სერვისებით და აივ-ზე ტესტირებით მოცვის სამიზნეები:

რისკის ჯგუფები	2016	2017	2018	
ინმ-ების მოცვა	25650 (57%)	27900 (62%)	30150 (67%)	კუმულაციური
ინმ-ების ტესტირება	23085 (51%)	25110 (56%)	27135 (60%)	კუმულაციური
ოპიოდ-ჩანაცვლებითი თერაპიის მოცულობა	3100	3600	4000 (9%)	არაკუმულაციური
ოპიოდ-ჩანაცვლებით თერაპიაზე მყოფი ინმ-ები	4800	5500	6000	კუმულაციური
მსმ-ების მოცვა	4250 (25%)	5950 (35%)	8500 (50%)	კუმულაციური
მსმ-ების ტესტირება	3060 (18%)	4250 (25%)	6800 (40%)	კუმულაციური
სექს-მუშაკი ქალების მოცვა	2610 (40%)	3263(50%)	3915(60%)	კუმულაციური
სექს-მუშაკი ქალების ტესტირება	1958 (30%)	2610 (40%)	3263 (50%)	კუმულაციური
პენიტენციური დაწესებულებების მოცვა	4000 (40%)	5000 (50%)	5500 (55%)	კუმულაციური
პენიტენციურ დაწესებულებებში მსჯავრდებულების ტესტირება	5500 (55%)	6000 (60%)	6500 (65%)	არაკუმულაციური

ადეკვატური პრევენციური სერვისების მიწოდების უზრუნველსაყოფად შემდეგი ნაბიჯებია გათვალისწინებული:

ა. ინტეგრირებული პრევენციული ინტერვენციების მასშტაბის და მოცვის გაზრდა, რაც მიღწეული იქნება შემდეგი ნაბიჯებით:

- ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების სერვისების მიწოდება და მაღალი რისკის ჯგუფებს შორის აივ ტესტირების ზრდა. მომსახურების პაკეტი შემუშავდება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტრატეგიებისა და რეკომენდაციების შესაბამისად.
- ოპიოდ-ჩანაცვლებითი თერაპიის გაფართოება ინმ-ებისთვის. აივ პრევენციის იმ სარგებლის უკეთესად გამოყენებისთვის, რომელსაც ჩანაცვლებითი თერაპია და მკურნალობის და რეაბილიტაციის სხვა სქემები გვთავაზობს, განხორციელდება: მომსახურების მიწოდების სისტემის შესაძლებლობის ეტაპობრივი გაძლიერება; მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება (მათ შორის, დოზირების და სხვა არსებული რეგულაციების გადახედვა); ოპიოდ-ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისების მიწოდების პოპულარიზაცია; ჩანაცვლებით თერაპიაზე მყოფი პაციენტების ფსიქო-სოციალური დახმარების

გადღიერება; ქალთა საჭიროებების გათვალისწინება; პენიტენციურ დაწესებულებებში გრძელვადიანი ჩანაცვლებითი თერაპიის დანერგვა.

- iii) შპრიცების გაცვლის პროგრამების და ზიანის შემცირების სხვა სერვისების განხორციელება და პრევენციული საშუალებების ხელმისაწვდომობის გაზრდა თანასწორობის პრინციპებზე დაფუძნებული ინტერვენციებისა და მობილური სერვისების გაფართოების გზით.
- iv) ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის ეფექტიანი სტრატეგიების შემუშავება და მათი განხორციელება კომუნიკაციის მრავალფეროვანი არხების გამოყენებით. ამ აქტივობების განხორციელებასთან ერთად ჩატარდება ტრენინგები ოპიოიდ-ჩანაცვლებითი თერაპიის, ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების და სხვა შესაბამისი სამსახურების პერსონალის პროფესიული კვალიფიკაციის ასამაღლებლად. ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის სტრატეგიის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტი, რომელიც მსმ-ებზეა ორიენტირებული, გულისხმობს ანტირეტროვირუსულ მკურნალობაზე დაფუძნებული პრევენციული სტრატეგიების, კერძოდ, ექსპოზიციამდე პროფილაქტიკის შესახებ ცოდნის გაფართოებას და მის მიმღებლობას.⁹ მისი საბოლოო მიზანია, შესწავლილ იქნეს მომავალში ექსპოზიციამდე პროფილაქტიკის, როგორც აივ პრევენციის დამატებითი არჩევანის, გამოყენების შესაძლებლობა კონდომის გამოყენების ინტენსიურ პროგრამასთან კომბინაციაში.

ბ. პრევენციული ინტერვენციების ხარისხის გაუმჯობესება შემდეგი ღონისძიებებით:

- i) პრევენციული ინტერვენციების სტანდარტული ეროვნული გაიდლაინების შემუშავება და განხორციელება ინტერვენციების მინიმალური რაოდენობის და მათი ხარისხის სტანდარტიზების მიზნით. ეროვნული გაიდლაინები შესაბამისობაში იქნება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციებთან და სხვა კომპეტენტურ საერთაშორისო წყაროებთან. სამიზნე ჯგუფებზე ორიენტირებული პრევენციული სერვისების ინდიკატორული ჩამონათვალი მოცემულია მე-2 დანართში.
- ii) აივ პრევენციული ინტერვენციების მონიტორინგი და შეფასება, რათა მოხდეს პროგრამული გადაწყვეტილებების - ინტერვენციების შესწორება.

სტრატეგიული ინტერვენცია 1.2. აივ ინფექციის პრევენცია და გამოვლენა ჯანდაცვის დაწესებულებებში.

⁹ექსპოზიციამდე პროფილაქტიკის, როგორც პრევენციის პაკეტის კომპონენტის შემოღება ასევე მიზნად ისახავს ექსპოზიციამდე პროფილაქტიკის ჩატარების შესაძლებლობის დემონსტრირებას მსმ-ის მცირე ჯგუფზე, რომლებიც შერჩეული იქნებიან მაღალი რისკის სქესობრივი პრაქტიკის კრიტერიუმების საფუძველზე.

ა. აივ ინფექციის გამოსავლენად პროვაიდერის მიერ ინიცირებული ტესტირების გაფართოება: დედიდან შვილზე აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციის სკრინინგი და ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება კლინიკური და ბიჰევიორისტული ჩვენებების მიხედვით. აივ ინფექციის გამოვლენის ღონისძიებებში კვლავ დარჩება ორსული ქალების საყოველთაო ტესტირება (დედიდან შვილზე აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციის სკრინინგი), პროვაიდერის მიერ ინიცირებული ტესტირება კლინიკური და ქცევითი ჩვენებების მიხედვით, ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების პოპულარიზაცია აივ ინფიცირებულთა კონტაქტებს შორის.

ადამიანის ძირითადი უფლებები, კონფიდენციალობის პრინციპები და შემოთავაზებულ სერვისებზე ინფორმირებული თანხმობა დაცული იქნება ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში. პაციენტებს, რომლებსაც დაუდგინდებათ აივ ინფექცია, შესთავაზებენ დახმარებას, რათა უზრუნველყოფილი იყოს მოვლის და მკურნალობის დროულად დაწყება.

პროვაიდერის მიერ ინიცირებული ტესტირების განხორციელება კვლავ ფოკუსირებული იქნება ნარკო-დამოკიდებულების სამკურნალო დაწესებულებებზე, სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების და ტუბერკულოზის სამკურნალო კლინიკებსა და ანტენატალური მეთვალყურეობის განმახორციელებელ სამედიცინო დაწესებულებებზე იმ მიზნით, რომ გაფართოვდეს აივ ტესტირება და კონსულტირება ჯანდაცვის სექტორში, მათ შორის, პირველადი ჯანდაცვის სფეროში. აივ ტესტირების ღონისძიებები გაფართოვდება და მოიცავს ვირუსული C ჰეპატიტით დაავადებულ პირებსაცა პროვაიდერის მიერ ინიცირებული ტესტირების შემუშავებული სტანდარტები გადაისინჯება, დამტკიცდება შესაბამისი სახელმწიფო უწყებების მიერ და შეტანილი იქნება ტრენინგის პროგრამებში, რომლებიც აღნიშნული სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალს ჩაუტარდება.

ბ. დონორის სისხლის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა

დონორის სისხლის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა შემდეგი ნაბიჯების მეშვეობით მოხდება: I.გაგრძელება ყველა დონორული სისხლის ხარისხიანი სკრინინგი და II.მოხდება უანგარო დონორობის პოპულარიზაცია.

საქმიანობის ეს სფერო ითვალისწინებს დონორის სისხლის ტესტირების სახელმწიფო რეგულაციების და პოლიტიკის შესრულებას, ხარისხის გარე კონტროლს და უსაფრთხო სისხლის სისტემის დაფინანსების ახალი მიდგომების შემუშავების გაგრძელებას.

მოსალოდნელია უანგარო დონორობის წილის ზრდა.

გ. ექსპოზიციის შემდგომი აივ ინფექციის პროფილაქტიკა

გაგრძელდება ღონისძიებების განხორციელება მოულოდნელი ექსპოზიციის შედეგად აივ ინფიცირების პრევენციისთვის. ჯანდაცვის დაწესებულებებში აივ ინფიცირების რისკის მინიმუმამდე დაყვანა მოხდება პერსონალის ტრენინგების და ინფიცირების რისკის მქონე ჯანდაცვის პერსონალისთვის ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკური მკურნალობის საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფით.

სექსუალური ძალადობის მსხვერპლთათვის ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკის ხელმისაწვდომობა გაფართოვდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და სხვა დაინტერესებული მხარეების მიერ ძალადობის წინააღმდეგ ბრძოლის გაძლიერებული ძალისხმევის ფარგლებში და შესაბამისი საერთაშორისო გაიდლაინებისგათვალისწინებით.

სტრატეგიული ინტერვენცია 1.3. დედიდან შვილზე აივ ინფექციის გადაცემის პრევენცია

ა. დედიდან შვილზე აივ ინფექციის გადაცემის შემცირებისთვის გაგრძელდება: i) ყველა ორსულის აივ ინფექციაზე სკრინინგის საყოველთაო უზრუნველყოფა; ii). ყველა აივ ინფიცირებული ორსულისთვის არვ პრევენციული მკურნალობის უზრუნველყოფა; და iii) ყველა ახალშობილის არვ პრევენციული მკურნალობით და სოციალური ზრუნვით უზრუნველყოფა.

ბ. დედიდან შვილზე აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციის პროგრამის ხარისხის გაუმჯობესება მოხდება შემდეგი ღონისძიებების განხორციელების გზით: iI. დედიდან შვილზე აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციის გაიდლაინების განახლება; II. დედიდან შვილზე აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციის ტრენინგების ჩატარება შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალისთვის.

პრევენციული ღონისძიებების განხორციელების მოსალოდნელი შედეგები:
--

- 2018 წლის დასასრულისთვის ინმ-ებს, სექს-მუშაკებსა და პატიმრებს შორის აივ პრევალენტობის მაჩვენებლის 5%-ის ფარგლებში მოქცევა;¹⁰
- 2018 წლის დასასრულისთვის მსმ-ებს შორის აივ პრევალენტობის მაჩვენებლის 15%-ის ფარგლებში მოქცევა;
- 2018 წლისთვის აივ ინფექციის გვიანი გამოვლენის წილის შემცირება 62%-დან 30%-მდე;

ამოცანა 2: აივ ინფიცირებულ პირების მოვლა და შიდსით დაავადებულთა მკურნალობა

მიღწევები და დარჩენილი გამოწვევები: აივ ინფიცირებული პირების მოვლა და შიდსით დაავადებულების მკურნალობა

ა. აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებულებისთვის მკურნალობის და მოვლის სერვისების მიწოდება საქართველოში 1990-იანი წლებიდან დაიწყო, ხოლო არც თერაპია საყოველთაოდ ხელმისაწვდომია 2004 წლიდან, სახელმწიფოსა და გლობალური ფონდის მიერ მხარდაჭერილი პროგრამების მეშვეობით.

ბ. საქართველოში აივ ინფიცირებულთათვის კლინიკური სერვისების ძირითადი მიმწოდებელია სს „ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი“ (შიდსის ეროვნული ცენტრი), რომელიც აივ დიაგნოსტიკის, მკურნალობის (მათ შორის დედიდან შვილზე აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციის, ექსპოზიციამდე და ექსპოზიციის შემდეგ პროფილაქტიკის) და მოვლის რეფერალური ინსტიტუტია ქვეყანაში. სპეციალური კლინიკური სერვისების მიწოდებას ახორციელებენ ინფექციური პათოლოგიის ცენტრების/საავადმყოფოების სპეციალური განყოფილებები თბილისში და რეგიონულ დაწესებულებებში ქუთაისს, ბათუმს, ზუგდიდსა და სოხუმში.

გ. გაეროს შიდსის პროგრამის მონაცემების მიხედვით, აღმოსავლეთ ევროპის და ცენტრალური აზიის რეგიონში არც მკურნალობის მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია საქართველოში.¹³ არც თერაპიაზე მყოფი პაციენტების რიცხვი ყოველწლიურად იზრდება და 2011-2016 წლების აივ/შიდსის ეროვნულ სტრატეგიულ გეგმაში

¹⁰ აივ პრევალენტობის მონაცემები დაიყოფა წლოვანების (25 წლამდე და მეტი ასაკის) და ნარკოტიკის მოხმარების ხანგრძლივობის (3 წლამდე და მეტი) მიხედვით, რათა მიღებული იქნეს შემთხვევების სავარაუდო მაჩვენებელი.

განსაზღვრულ სამიზნეებს გადააჭარბა, რაც, ძირითადად, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ბოლო, 2013 წლის გაიდლაინების განხორციელების შედეგია, რომელთა მიხედვითაც მკურნალობის დაწყება რეკომენდებულია იმ სტადიაზე, როდესაც CD4 უჯრედების დონე 1 მლ სისხლში არის <500 (დანართი 1. გრაფიკი A4). უკანასკნელი მონაცემების თანახმად, 2014 წლის ბოლოსთვის, არც თერაპია იმ დიაგნოსტირებულ პაციენტთა 95%-ს უტარდებოდა, რომლებსაც მკურნალობა ესაჭიროებოდათ (ცხრილი 2.1.). აღსანიშნავია, რომ საქართველო არც თერაპიის სტანდარტული რეჟიმების უზრუნველყოფის საქმეში, უკვე ხელმძღვანელობს ჯანმო-ს 2013 წლის გაიდლაინებით.

ცხრილი 2.1 არც თერაპიის მოცვა საქართველოში, 2011-2014

წელი	არც თერაპიაზე მყოფ აივ ინფიცირებულთა რაოდენობა		მოცვა დიაგნოსტირებულთა შორის		Spectrum-დან გამოანგარიშებული მოცვა	
	ეროვნული სტრატეგიული გეგმის მიხედნა	რეალური მიღწევა	მკურნალობაში ჩართულთა რაოდენობა	მკურნალობაში ჩართულთა %	აივ ინფიცირებულთა სავარაუდო რაოდენობა	% სავარაუდოდან*
2011	1290	1245	1295	96%	5400	23%
2012	1540	1640	1750	94%	5900	28%
2013	1820	2092	2300	91%	6400	33%
2014	2110	2541	2675	95%	6800	37%

*არც თერაპიაზე მყოფ პაციენტთა წილი აივ ინფიცირებულთა მთლიან სავარაუდო რაოდენობაში.

დ. არც თერაპიის უნივერსალურმა ხელმისაწვდომობამ აივ ინფიცირებულთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის მნიშვნელოვანი კლება გამოიწვია საქართველოში (დანართი 1. გრაფიკი A5). მკურნალობის დაწყებიდან 12 თვის შემდეგ გადარჩენის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად გაიზარდა 2011 წლის 79%-დან 86%-მდე 2012 წელს ($p=0.01$) და სტაბილურად შენარჩუნდა 2014 წელს, რის შედეგადაც ეროვნული სტრატეგიული გეგმის 85%-იანი სამიზნე შესრულებულ იქნა. მკურნალობის დაწყებიდან 24 თვის შემდეგ გადარჩენის მაჩვენებლის 80%-იანი სამიზნე, რომელიც 2013 წლისთვის განისაზღვრა, იმავე წელს იქნა მიღწეული ანტირეტროვირუსულ თერაპიაზე მყოფ პაციენტთა 82%-ში, თუმცა ეს მაჩვენებელი 2014 წელს ოდნავ შემცირდა - 79%-მდე. მკურნალობის დაწყებიდან 36 თვის შემდეგ გადარჩენის ინდიკატორმა მნიშვნელოვანი მერყეობა აჩვენა - 2012 წელს მან 76%-ს მიაღწია, შემდეგ, 2013-ში, 69%-მდე შემცირდა, 2014 წელს კი, ისევ 77%-მდე გაიზარდა. აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის რეგიონის მონაცემებთან შედარება აჩვენებს, რომ მკურნალობის დაწყებიდან 12 თვის შემდეგ გადარჩენის/შენარჩუნების მაჩვენებელი საქართველოს უკეთესი აქვს რეგიონის საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით. რაც შეეხება მკურნალობის დაწყებიდან 24 თვის შემდეგ გადარჩენის ინდიკატორს რეგიონში, მხოლოდ 4 ქვეყნის მონაცემია

ხელმისაწვდომი და მათი საშუალო მაჩვენებელი 67%-ს შეადგენს (მერყეობა: 60% - 79%). არც თერაპიის პროგრამის ბოლოდროინდელი მონაცემები ადასტურებს, რომ არც თერაპიის დაწყებიდან 12 და 24 თვის შემდეგ გამოთიშვის რისკი უფრო მაღალია ინმ-ებს შორის (დანართი 1. გრაფიკი A6). ინმ-ებს შორის ასევე მაღალია მოვლის სერვისებში ნაკლებად ჩართვის ალბათობა. ეს მონაცემები ხაზს უსვამს აივ ინფიცირებული ინმ-ებისკენ დამატებითი ძალისხმევის მიმართვის საჭიროებას.

ე. აივ ეროვნული პროგრამა განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობს მკურნალობის რეჟიმის დაცვას, როგორც მკურნალობის წარმატების ერთ-ერთ მნიშვნელოვან განმსაზღვრელ ფაქტორს. შემუშავებულია საგანგებო მიდგომა მედიკამენტური რეჟიმის დაცვის გასაძლიერებლად და იგი მოიცავს სერვისების მიწოდებას როგორც კლინიკაში, ასევე მის გარეთ, მობილური ჯგუფების მიერ. მკურნალობის რეჟიმის დაცვის ხელმისაწვდომი სერვისების ეფექტიანობის საუკეთესო მაჩვენებელია ვირუსული დატვირთვის სუპრესიის დონის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება. აივ მოვლის უწყვეტ ჯაჭვში ჩართულობის ტენდენციების შეფასება გვიჩვენებს, რომ მკურნალობაზე მყოფ პაციენტებს შორის ვირუსული სუპრესიის მქონე პაციენტების წილი 2008-2013 წლებში 68%-დან 80%-მდე გაიზარდა ($p<0.0001$); ვირუსის სუპრესიაში მნიშვნელოვანი გაუმჯობესებები აღინიშნა მთელ დიაგნოსტირებულ პოპულაციაში - 2008-2013 წლებში 23%-დან 45%-მდე გაიზარდა ($p<0.0001$).¹⁴

ვ. ტუბერკულოზით/აივ ინფექციით სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებელი განსაკუთრებული შეშფოთების საგანია, თუ გავითვალისწინებთ, რომ კოინფექციის მქონე ყველა პაციენტს ხელი მიუწვდება ორივე დაავადების უფასო მკურნალობაზე. 2013 წელს, ტუბერკულოზით/აივ კოინფიცირებულთა საერთო სავარაუდო რაოდენობის 88%-მა მკურნალობა ორივე დაავადებაზე ჩაიტარა. მოცვის ეს დონე აღმოსავლეთ ევროპის და ცენტრალური აზიის საშუალო რეგიონულ მაჩვენებელს აღემატება, რომელიც 71%-ს შეადგენს. თუმცა, საქართველოში მედიკამენტების მიმართ რეზისტენტული ტუბერკულოზის მაღალი მაჩვენებლები, ტუბერკულოზისა და აივ ინფექციის გვიან დიაგნოსტირებასთან ერთად, ტუბერკულოზით სიკვდილის რისკს ზრდის.¹⁵ დამატებითი ძალისხმევაა საჭირო დროული დიაგნოსტირების მასშტაბის გაზრდისა და ტუბერკულოზის და აივ ინფექციის მკურნალობის უნივერსალური ხელმისაწვდომობის გაგრძელებისთვის.

ზ. C ჰეპატიტის ვირუსით კონფექცია ხშირია აივ ინფიცირებულ პაციენტებს შორის საქართველოში და რეგისტრირებულ პაციენტთა თითქმის ნახევარი C ჰეპატიტის ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულების მტარებელია.^{16,17} ტვირთი კიდევ უფრო მძიმეა იმ ადამიანებს შორის, რომლებიც ნარკოტიკებს ინექციის გზით მოიხმარენ ან მოიხმარდნენ (73%). ღვიძლის დაავადების ბოლო სტადია, რომელიც ძირითადად C ჰეპატიტის ვირუსით არის გამოწვეული, აივ ინფიცირებულთა სიკვდილიანობის რიგით მეორე მიზეზია.¹⁸ აივ/C ჰეპატიტის კონფექციების მართვის გაუმჯობესება ერთ-ერთ მთავარ აქტივობად იყო წინა ეროვნულ სტრატეგიულ გეგმაში განსაზღვრული და წელიწადში 110 აივ/C ჰეპატიტით კონფიცირებული პაციენტის C ჰეპატიტზე მკურნალობას ისახავდა მიზნად. C ჰეპატიტის მკურნალობის უფასო პროგრამა (პეგილირებული ინტერფერონითა და რიბავირინით) აივ ინფიცირებული პაციენტებისათვის 2011 წლის დეკემბერში დაიწყო და მას შემდეგ სულ 422 პაციენტი იქნა რეგისტრირებული. 2015 წელს ქვეყანაში ამოქმედდა C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამა, რომელიც გულისხმობს C ჰეპატიტით დაავადებული პაციენტების, ინტერფერონთან და რიბავირინთან ერთად, ახალი თაობის (სოფოსბუვირი, ჰარვონი) სამკურნალო მედიკამენტებით უფასოდ უზრუნველყოფას, რათა გაგრძელდეს აივ ინფიცირებულებისთვის C ჰეპატიტის ვირუსზე ტესტირების და აივ/C ჰეპატიტით კონფიცირებულებისთვის C ჰეპატიტის მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობა.

თ. მოვლისა და მხარდაჭერის სერვისების უზრუნველყოფა აივ ინფიცირებულებზე მოვლის ყოვლისმომცველი პაკეტის უმთავრეს კომპონენტებად რჩება. 2004 წლიდან თბილისში ფუნქციონირებს აივ ინფიცირებულთა დამოუკიდებელი ცენტრები, რომლებიც ფსიქო-სოციალურ დახმარებას თანასწორთა ჯგუფების, ასევე მომზადებული ფსიქოლოგების და სატელეფონო ცხელი ხაზის სერვისების მეშვეობით უწევს. 2014 წელს ამ ქსელმა აივ ინფიცირებულ პირებს მთლიანობაში 5,000-ზე მეტი კონსულტაცია გაუწია ცხელი ხაზით, ინტერნეტით და პირისპირ. აივ ინფიცირებულთა პალიატიური მოვლის სამსახური საქართველოში 2008 წელს შეიქმნა და მას შემდეგ ამ მომსახურების გაწევას პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია უზრუნველყოფს. პროგრამა ითვალისწინებს ბინაზე მომსახურებას პალიატიური მზრუნველობის მობილური ჯგუფების მიერ თბილისს, ქუთაისს, ბათუმსა და ზუგდიდში. მიწოდებული სერვისები მოიცავს სამედიცინო, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და მორალურ მხარდაჭერას ქრონიკულად დაავადებული პაციენტებისთვის, რომელსაც სამედიცინო პერსონალი და სხვა ტიპის მზრუნველები, მათ შორის, აივ ინფიცირებულები ახორციელებენ. ბოლო

სამი წლის განმავლობაში, პროგრამით მომსახურება მიწოდებოდა ყოველთვიურად 40 პაციენტს. ბინაზე ვიზიტების რაოდენობა წელიწადში 1461-დან 1689-მდე მერყეობს.

ი. იმის გათვალისწინებით, რომ შიდსის ეროვნულ ცენტრს მნიშვნელოვანი როლი აკისრია ინფიცირებულთათვის მოვლისა და მკურნალობის სერვისების მიწოდებაში, წინამდებარე სტრატეგიაში სერიოზულ გამოწვევად არის განსაზღვრული შიდსის ცენტრის არაადეკვატური ფიზიკური ინფრასტრუქტურა, რაც სასწრაფო ყურადღებას საჭიროებს. ამჟამად, შიდსის ცენტრს იჯარით აღებული პრივატიზებული ფართი უკავია. ეს დროებითი ზომაა, სანამ ახალი შენობა აშენდება და აღიჭურვება საერთაშორისო სტანდარტების შესაბამისად. წინამდებარე სტრატეგია, მისი განხორციელების ადრეულ ეტაპზე, მხარს დაუჭერს შიდსის ცენტრის ინფრასტრუქტურის განვითარებას ხარისხიანი დიაგნოსტიკების, მკურნალობისა და ზრუნვის სერვისების შეუფერხებელი ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად.

სტრატეგიის მე-2 ამოცანა მიზნად ისახავს აივ ინფიცირებულთა მკურნალობის გამოსავლის გაუმჯობესებას — ხარისხიანი მკურნალობის, მოვლისა — და მხარდაჭერის სერვისების საყოველთაო ხელმისაწვდომობის გზით.

2016-2018 წლებში გაგრძელდება მოვლისა და მკურნალობის სერვისების საყოველთაო ხელმისაწვდომობაში მიღწეული პროგრესი და დაიდოვა დარჩენილი გამოწვევები. მოვლის ყველა საფეხურზე ზომები იქნება მიღებული პაციენტების მიერ სერვისების მიღების შეწყვეტის შესამცირებლად, მათ შორის, გაუმჯობესდება რეგისტრირების და მკურნალობის გაგრძელების კომპონენტები. აღნიშნულის მისაღწევად მიღებული იქნება შემდეგი ზომები: აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა; შემთხვევების მართვის გაუმჯობესება; ფსიქო-სოციალური მოვლისა და მხარდაჭერის საქმეში აივ ინფიცირებულთა ორგანიზაციების უფრო აქტიური ჩართულობა; ასევე, სპეციფიკური სამიზნეების და აქტივობების განსაზღვრა, რომლებიც მიზნად ისახავს მკურნალობის დაწყების, მისი რეჟიმის დაცვისა და ეფექტიანობის გაუმჯობესებას ინმ-ებს ან ყოფილ მომხმარებლებს შორის; გაღრმავდება კავშირები ტუბერკულოზის, ვირუსული C ჰეპატიტის და ოპიოიდ-ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისებთან; გაძლიერდება და შესაბამისი რეგულაციებით და ტექნიკური დავალებებით იქნება ფორმალიზებული სამოქალაქო ორგანიზაციების, მათ შორის აივ ინფიცირებულთა მხარდაჭერის ჯგუფების როლი აივ ინფიცირებულთა მკურნალობის დაწყებასა და უზრუნველყოფაში. ხელისუფლება გააგრძელებს ოკუპირებულ ტერიტორიებზე მოვლისა და

მკურნალობის აუცილებელი სერვისების ხელმისაწვდომობის მხარდაჭერას იქ მომუშავე არასამთავრობო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის მეშვეობით. მოსალოდნელია, რომ 2018 წლის ბოლოსთვის, 4800 პაციენტი იქნება არც თერაპიის მიმღები. ეს სამიზნე ეფუძნება ზოგადად საზოგადოებაში და სამედიცინო დაწესებულებებში გამოვლენილ აივ ინფიცირებულთა რაოდენობის პროგნოზულ ზრდას.

ამჟამად იწყება მზადება აივ ინფიცირებულთა მოვლის სისტემის შესაქმნელად ინფიცირებულთა გაზრდილი ნაკადის შემოდინებისთვის, რაც რისკის ჯგუფებში აივ გამოვლენის გაუმჯობესებას და პროვაიდერის მიერ ინიცირებული ტესტირების გაძლიერებას უკავშირდება. კერძოდ, ეს ზომები ითვალისწინებს მკურნალობის რეჟიმების რაციონალიზაციას და გამარტივებას და მოვლის უკეთ ორგანიზებას, რაც შესაძლებელს გახდის, მნიშვნელოვნად შემცირდეს ასოცირებული ხარჯები და დატვირთვა ისე, რომ არ გაუარესდეს მოვლის ხარისხი. გაგრძელდება აივ მკურნალობის ოპტიმიზაცია, რის შედეგადაც მნიშვნელოვნად შემცირდება პირველი, მეორე და მესამე რიგის შესაძლო სამკურნალო რეჟიმების რაოდენობები.

ეს ზომები საქართველოში აივ ინფექციით გამოწვეული სიკვდილიანობის მაჩვენებელს კიდევ უფრო შეამცირებს 100,000 ადამიანზე 2.4 სიკვდილიანობის საბაზისო მაჩვენებლიდან (2013) მაქსიმუმ 2-მდე.

სტრატეგიული ინტერვენცია 2.1. მკურნალობისა და მოვლის ხარისხიანი სერვისების შეუფერხებელი მიწოდების უზრუნველყოფა.

ეს სტრატეგია მიზნად ისახავს არც თერაპიით ადეკვატური მოცვის უზრუნველყოფას და მკურნალობის გამოსავლის გაუმჯობესებას ყველა პაციენტისთვის. აღნიშნული მიღწეული იქნება შემდეგი ნაბიჯებით:

- i) ანტირეტროვირუსული მედიკამენტების და აუცილებელი კლინიკური სერვისების მიწოდება ყველა აივ ინფიცირებული პირისთვის, რაც გულისხმობს პაციენტებისთვის ამბულატორიული, საავადმყოფო სერვისების, ლაბორატორიული ანალიზების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფას. დაავადების მიმდინარეობის და მკურნალობის მონიტორინგი განხორციელდება ეროვნული გაიდლაინების შესაბამისად. არც თერაპია გარანტირებულად მიეწოდება ყველა აივ ინფიცირებულ პირს, ვისაც ეს ესაჭიროება, მათ შორის აფხაზეთის რეგიონში, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ბოლო გაიდლაინების შესაბამისად.
- ii) მკურნალობის რეჟიმის დაცვის მხარდაჭერის სერვისების მიწოდება კლინიკებში და მის გარეთ მობილური ჯგუფების მეშვეობით.

არასამთავრობო ორგანიზაციები ჩაერთვებიან აივ ინფიცირებულთათვის ფსიქო-სოციალური მოვლის და მკურნალობის დაცვის მხარდაჭერის სერვისების მიწოდებაში. არასამთავრობო ორგანიზაციები ასევე დაეხმარებიან შიდსის ცენტრებს ქვეყნის დამორეზულ რეგიონებში მცხოვრები პაციენტებისათვის მედიკამენტების მიწოდებაში. შემუშავდება შესაბამისი ტექნიკური დავალებები კლინიკური და არასამთავრობო ორგანიზაციების ეფექტიანი თანამშრომლობის ხელშესაწყობად სერვისების გაუმჯობესების მიზნით.

- iii) არვ თერაპიის ხარისხის უზრუნველყოფის სისტემის გაძლიერება, რაც შემდეგ ნაბიჯებს მოითხოვს: შიდსის ეროვნული ცენტრის ადეკვატური ფიზიკური ინფრასტრუქტურით უზრუნველყოფა; პერსონალის შესაძლებლობების გაძლიერება (ტრენინგები ადგილზე და საერთაშორისო კონფერენციები); შიდსის შესახებ სამედიცინო ინფორმაციის სისტემის მართვა და გაუმჯობესება გამოსავლებზე და პროგრამის შესრულებაზე ზედამხედველობისთვის; განახლებული კლინიკური გაიდლაინების შემუშავება და კლინიკური აუდიტების ჩატარება ხარისხის ხარვეზების დადგენისა და პროგრესის შეფასებისთვის.

სტრატეგიული ინტერვენცია 2.2. ტუბერკულოზთან და ვირუსულ C ჰეპატიტთან კოინფექციისა და ინექციური ნარკოტიკების გამოყენების მიზეზით გამოწვეული ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირება.

ა) ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ბოლო რეკომენდაციების შესაბამისად, ეროვნული სტრატეგიული გეგმა ითვალისწინებს აივ ინფექციის და ტუბერკულოზის პროგრამებს შორის თანამშრომლობის გაძლიერებას, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს აივ ინფიცირებულთა შორის ტუბერკულოზის დროული დიაგნოსტიკა. ეს მიღწეული იქნება შემდეგი ღონისძიებების მეშვეობით:

- i) ტუბერკულოზით დაავადებული ყველა პაციენტის აივ ინფექციაზე ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება;
 - ii) აივ ინფიცირებულთა შორის ტუბერკულოზის შემთხვევების ინტენსიური გამოვლენა;
 - iii) ტუბერკულოზის და აივ ინფექციის მკურნალობის უზრუნველყოფა კოინფიცირებული პაციენტებისთვის, ასევე აივ ინფიცირებულთა ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პრევენციული მკურნალობა იზონიაზიდით.
- ბ) ყველა აივ ინფიცირებულისთვის ვირუსული ჰეპატიტის მკურნალობის და მოვლის სერვისების შეუზღუდავი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა აივ/შიდსის და C ჰეპატიტის ეროვნული პროგრამების მეშვეობით, რაც მოიცავს:

- i) უნივერსალურ სკრინინგს ვირუსულ ჰეპატიტზე;
- ii) C ჰეპატიტის მკურნალობის უზრუნველყოფა ეროვნული პროტოკოლის მიხედვით;
- iii) ტენოფოვირის შემცველი არც თერაპიის უზრუნველყოფა ვირუსული B ჰეპატიტით ქრონიკულად დაავადებული პაციენტებისთვის;
- iv) B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია შესაბამისი პაციენტებისთვის.

გ) ეროვნული სტრატეგიული გეგმა ითვალისწინებს რიგ ღონისძიებებს, რათა შემცირდეს ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარების ნეგატიური ზეგავლენა მკურნალობის პერსპექტივაზე. ამ ღონისძიებებში შედის:

- i) ოპიოიდ-ჩანაცვლებითი თერაპიის და ნარკოტიკულ საშუალებებზე დამოკიდებულების სამკურნალო სერვისებთან მჭიდრო თანამშრომლობა;
- ii) მკურნალობის დამყოლობის დამატებითი მხარდაჭერა აივ ინფიცირებულთათვის, რომლებიც ინექციურ ნარკოტიკულ საშუალებებს მოიხმარდნენ წარსულში;
- iii) შესაბამის არასამთავრობო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობა ინმ-თან კავშირებსა და შემთხვევების მართვის საკითხებზე, მონიტორინგის ჩარჩოში მკურნალობის მნიშვნელოვანი სამიზნეები დეზაგრეგირებული იქნება ანამნეზში ინექციური ნარკოტიკების მოხმარების მიხედვით.

სტრატეგიული ინტერვენცია 2.3. მოვლისა და მხარდაჭერის სერვისების მიწოდების უზრუნველყოფა აივ ინფიცირებულთათვის

ეროვნული სტრატეგიული გეგმა განსაკუთრებულად უსვამს ხაზს მოვლისა და მხარდაჭერის სერვისების მნიშვნელობას როგორც კლინიკური სერვისებით უკვე მოსარგებლე ინფიცირებულებისთვის, ასევე მათთვის, ვინც ემზადება მომავალი მკურნალობისათვის. ამ სერვისებს შორის იქნება:

- i) ფსიქო-სოციალური დახმარების აღმოჩენა; თანასწორთა მხარდაჭერის უზრუნველყოფა მკურნალობის დამყოლობის გასაძლიერებლად; რჩევის მიცემა აივ ინფიცირებულების წინაშე არსებული რთული პრობლემების დასაძლევად; აივ ინფიცირებულთა ნათესავების ჩართვა მოვლისა და მხარდაჭერის და სტიგმის აღმოფხვრის საქმეში; ორმხრივი მხარდაჭერის და ცნობიერების ამაღლების აქტივობები აივ ინფიცირებულთათვის; სატელეფონო ცხელი ხაზი აივ ინფიცირებულებისთვის, მათი ნათესავებისა და მაღალი რისკის ჯგუფების წარმომადგენლებისთვის.
- ii) პალიატიური ზრუნვის უზრუნველყოფა ქრონიკულად დაავადებული პაციენტებისათვის

შიდსის ცენტრები და სხვა შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულებები მჭიდროდ ითანამშრომლებენ არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, რათა უზრუნველყოფილი

იქნეს სრული ხელმისაწვდომობა აივ ინფიცირებულთათვის აივ და სხვა სამედიცინო მოვლის და მხარდაჭერის სერვისებში.

ამოცანა 2: აივ ინფიცირებულების მოვლა და შიდსით დაავადებულთა მკურნალობა

ეფექტიანი განხორციელების მოსალოდნელი შედეგებია:

- 2018 წლის ბოლოსთვის აივ ინფიცირებულ მოზრდილთა და ბავშვთა პროცენტული წილი, რომლებიც ცნობილია, რომ არც თერაპიის დაწყებიდან 12 თვის შემდეგ მკურნალობას გადიან, 90%-ს უდრის;
- 2018 წლის ბოლოსთვის ახლად დიაგნოსტირებული პირების პროცენტული წილი, რომლებიც დარეგისტრირდნენ მოვლის სერვისების მისაღებად >90%-ს შეადგენს;
- 2018 წლის ბოლოსთვის არც თერაპიაზე მყოფი პირების პროცენტული წილი, რომლებმაც 12 თვის თერაპიის შემდეგ ტესტირება ჩაიტარეს ვირუსულ დატვირთვაზე და რომელთა ვირუსული დატვირთვის დონე არის ≤ 1000 ერთეული/მლ, 85%-ს უდრის.
- მოზრდილთა და ბავშვთა რაოდენობა, რომლებიც ამჟამად არიან არც თერაპიაზე ეროვნული სამკურნალო პროტოკოლის შესაბამისად, საანგარიშო პერიოდის ბოლოს 4800 უდრის.
- 2018 წლის ბოლოსთვის აივ ინფიცირებულ პირთა სავარაუდო რაოდენობის მინიმუმ 50% არც თერაპიაზე იქნება ეროვნული სამკურნალო პროტოკოლების შესაბამისად¹¹.
- აივ ინფიცირებულებისთვის ხელმისაწვდომი იქნება საბაზისო გარე მხარდაჭერა (მათ შორის სამედიცინო, ფსიქოლოგიური ან ემოციური და სხვა სოციალური დახმარება).

ამოცანა 3: ხელმძღვანელობა და პოლიტიკის შემუშავება

მიღწევები და დარჩენილი გამოწვევები

ა. საქართველომ გაეროს შიდსის პროგრამის მიერ მოწოდებული “Three Ones”-ის პრინციპით გათვალისწინებულ სამივე მიზანს მიაღწია. აივ ინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლაში მონაწილე ყველა დაინტერესებული მხარე მოქმედებს

¹¹ამ ინდიკატორის პროცენტული წილი მიღებულია 2014 წლის აივ ინფიცირებულთა სპექტრის სავარაუდო რიცხვიდან, რომელიც მომდევნო წლებში სპექტრის შემდგომი გაანგარიშებით შეიცვლება.

დამტკიცებული აივ ეროვნული სტრატეგიების ფარგლებში, რომელთა რევიზია და განახლება რეგულარულად ხდება. ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭო წარმოადგენს აივ ინფექციასთან დაკავშირებულ საკითხებზე ქვეყანაში გადაწყვეტილების მიმღებ მთავარ ორგანოს. ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოს ქოლგის ქვეშ გაერთიანებულია ყველა შესაბამისი სამინისტროს, სამთავრობო უწყების, არასამთავრობო ორგანიზაციის, ორმხრივი და მრავალმხრივი სააგენტოს წარმომადგენლობები და ასევე, ორგანიზაციები, რომლებიც წარმოადგენენ აივ ინფიცირებულებს და მაღალი რისკის ჯგუფებს. ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოს მიერ 2012 წელს დამტკიცებული მონიტორინგისა და შეფასების ეროვნული ჩარჩო მტკიცებულებაზე დამყარებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესს ემსახურება.

ბ. სამოქალაქო ინსტიტუტების აქტიური ჩართულობა მიღწეულ იქნა საჯარო ინსტიტუტების ეფექტიანი თანამშრომლობით აივ ინფექციის პრევენციის სამუშაო ჯგუფთან, რომელიც აივ ინფექციის პრევენციაზე მომუშავე არასამთავრობო ორგანიზაციებისა და პროფესიონალებისგან შედგება.

გ. 2009 წელს აივ/შიდსზე მიღებულმა საქართველოს კანონმა გააუმჯობესა ეროვნული პასუხისთვის ზოგადი საკანონმდებლო გარემო, მაგრამ ის არ ეხება მარეგულირებელ ნორმებს ნარკოტიკის მომხმარებლებისა და პატიმრებისთვის, რომლებიც ქვეყნის კრიმინალური კოდექსიდან გამომდინარეობს და გარკვეულწილად ბარიერად აღიქმება. დ. კრიტიკული ფაქტორი, რომელიც აივ/შიდსზე ეროვნული პასუხის ეფექტიანობას ზღუდავს, არის სტიგმა აივ ინფიცირებულების და რისკის ჯგუფების მიმართ, რომელიც გავრცელებულია ფართო საზოგადოებაში და, ასევე, შესაბამის პროფესიონალებს, მათ შორის ჯანდაცვის მუშაკებს შორის.

სტრატეგიის მე-3 ამოცანა მიზნად ისახავს ეპიდემიაზე მძლავრი პასუხის მდგრადობის უზრუნველყოფას ხელისუფლების ვალდებულების გაძლიერების, საკანონმდებლო და სამოქმედო გარემოს შექმნის და სამოქალაქო საზოგადოების უფრო ფართო ჩართულობის გზით.

ხელისუფლებას ვალდებულება აქვს, უზრუნველყოს აივ პრევენციის და მოვლის აუცილებელი სერვისები, რომლებიც ადრე გარე წყაროებიდან, მათ შორის გლობალური ფონდის მიერ ფინანსდებოდა. სახელმწიფო ბიუჯეტის ასიგნებები თანდათან გაიზრდება, რათა ყველა აუცილებელი ინტერვენცია სათანადოდ იქნეს დაფინანსებული.

სპეციფიკური ზომები იქნება გატარებული საკანონმდებლო ცვლილებების მისაღებად და მარეგულირებელი და სამოქმედო პოლიტიკის შესამუშავებლად.

რომლებიც საჭიროა აივ პრევენციის და მოვლის აუცილებელი სერვისების შეუფერხებელი მიწოდებისთვის, განსაკუთრებული ფოკუსით მაღალი რისკის ჯგუფებზე. მომსახურების მიმწოდებელი სახელმწიფო, კერძო და არასამთავრობო ორგანიზაციების გაუმჯობესებული თანამშრომლობა სამართალდამცავ უწყებებთან და სხვა შესაბამის დაინტერესებულ მხარეებთან უზრუნველყოფს შემუშავებული რეგულაციების და პოლიტიკის ყველაზე ეფექტიან გამოყენებას პრაქტიკაში.

ხელისუფლება ითანამშრომლებს არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, რომლებიც აივ ინფიცირებულებს და მაღალი რისკის ჯგუფებს წარმოადგენენ, რათა შეიმუშაონ და განახორციელონ სტიგმის შემცირების ეფექტიანი სტრატეგიები, რაც დადებითად აისახება მომსახურებით სარგებლობასა და მის გაგრძელებაზე.

დაინტერესებული მხარეები გააგრძელებენ ზედამხედველობის და მონიტორინგის საჭირო ღონისძიებებს და ოპერაციულ კვლევებს, რათა უზრუნველყონ ინტერვენციის ადეკვატური სქემის შემუშავება. ცოდნის გაღრმავება სპეციფიკური საჭიროებების და მოწყვლადობის იმ ფაქტორების შესახებ, რომლებიც გავლენას ახდენს მაღალი რისკის მქონე ჯგუფების სხვადასხვა სეგმენტზე, შესაძლებელს გახდის, შემუშავდეს ეფექტიანი და მიზანმიმართული ინტერვენციები.

სტრატეგიული ინტერვენცია 3.1. აივ პრევენციისა და მკურნალობისთვის ადეკვატური ასიგნებების უზრუნველყოფა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ეროვნული პასუხის გაგრძელებისა და გაფართოების მიზნით.

ხარისხიანი სამედიცინო სერვისების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესება საქართველოს მთავრობის მიერ გამოცხადებული ერთ-ერთი პრიორიტეტია. მთელი ქვეყნის მოსახლეობას შეუზღუდავად მიუწვდება ხელი სამედიცინო მომსახურებაზე - 496,000 მოქალაქე კერძო თუ კორპორატიული დაზღვევით, ხოლო დანარჩენი საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით სარგებლობს.¹⁹

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაში უთანაბრობის აღმოფხვრის პოლიტიკური ნება გამოხატულია საქართველოს 2014-2020 წლების ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციაში.²⁰ ჯანდაცვის კონცეფციაში პრიორიტეტებად არის განსაზღვრული გადამდები დაავადებების პრევენციის და მართვის გაუმჯობესება, მათ შორის აივ ინფექციის გვიანი გამოვლენის შემცირება, და აივ/ტუბერკულოზის კოინფექციის ტვირთის შემცირება. მნიშვნელოვანია, რომ ხელისუფლება იწყებს პრიორიტეტული პროგრამების (მათ შორის აივ/შიდსის და ტუბერკულოზის) გარე წყაროებით

დაფინანსებიდან სახელმწიფო დაფინანსებაზე ეტაპობრივ გადასვლას. ეს მიღწეული იქნება ფინანსური მდგრადობის გეგმების შემუშავების, ფინანსური ვალდებულებების დეტალური განაწილების და ამ ვალდებულებების მთავრობის ფინანსურ ვალდებულებებში ასახვის გზით. სახელმწიფო უზრუნველყოფს საჭირო მედიკამენტების შეუფერხებელ მიწოდებას და დიაგნოსტიკური, ამბულატორიული და ჰოსპიტალური სერვისების შეუზღუდავ ხელმისაწვდომობას.

აუცილებელი სერვისების მიწოდების შენარჩუნებისა და გაფართოებისთვის საჭირო თანხები აისახება 2016-2019 წლების საშუალოვადიანი დანახარჯების ჩარჩოში.²¹ გარდა ამისა, საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 17 ივნისის N400 დადგენილებაში²² ხაზგასმულია სახელმწიფო დაფინანსების ეფექტიანობის გაუმჯობესების საჭიროება და ამ მიზნით შემოთავაზებულია დაავადებასთან დაკავშირებული ჯგუფების შემოღება და ზოგიერთი ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამის შეძლებისდაგვარად საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ინტეგრაცია.

მთავრობა ვალდებულებას იღებს დაფინანსების დაბალანსებულ განაწილებაზე, რათა ხელი შეუწყოს აივ-ზე ყოვლისმომცველი პასუხის ყველა მიმართულებას.

მოვლის და მკურნალობის სერვისების, მათ შორის მკურნალობის ლაბორატორიული მონიტორინგის ადეკვატური დაფინანსება უზრუნველყოფს მკურნალობის ოპტიმალურ გამოსავალს, აივ მედიკამენტებისადმი რეზისტენტობის განვითარების პრევენციას, სიკვდილიანობის შემცირებას და ჯანდაცვის სპეციალისტებისა და დაწესებულებების შესაძლებლობის გაძლიერებას. მაღალი რისკის ჯგუფებისთვის მოცვის და პრევენციული სერვისების შეუფერხებელი დაფინანსება შეამცირებს აივ ინფიცირების ახალი შემთხვევების რიცხვის ზრდას, მაღალი რისკის ჯგუფების სქესობრივ პარტნიორებზე და შემდეგ, ზოგად მოსახლეობაზე აივ ინფექციის გავრცელებას, შეამცირებს ზეწოლას კლინიკური და სოციალური მოვლის სისტემაზე და ასევე, აივ ინფექციის მკურნალობის ხარჯებს. გარე წყაროებიდან დაფინანსების მოსალოდნელი მნიშვნელოვანი კლების გათვალისწინებით, საქართველოს მთავრობა გეგმავს აივ ინფექციის პრევენციისა და მკურნალობისთვის სახელმწიფო ასიგნებების გაზრდას ისეთ დონემდე, რაც საჭიროა აივ-ზე ქვეყნის პასუხის გაგრძელებისა და გაფართოების და აივ ეპიდემიის შეჩერებისთვის.

აივ ეროვნული პასუხის ადეკვატური ბიუჯეტის დასაგეგმად შემდეგი ნაბიჯები იქნება გადადგმული:

- i) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს და სხვა სამთავრობო სტრუქტურები, რომლებიც აივ ეროვნულ რეაგირებაში მონაწილეობენ, ყოველწლიურად მოამზადებენ სპეციფიკურ მითითებებს და რეკომენდაციებს საჭირო საბიუჯეტო ასიგნებებზე. ეს რეკომენდაციები დაემყარება აივ-თან დაკავშირებული ხარჯების მუდმივ მონიტორინგს და საჭირო დაფინანსების დეტალურ პროგნოზებს ეპიდემიის დინამიკის, ინტერვენციების ძირითადი პარამეტრების და აივ ეპიდემიაზე არსებულ რეაგირებაში იდენტიფიცირებული ხარვეზების საფუძველზე.
- ii) გარე წყაროებიდან დაფინანსებული აქტივობების სახელმწიფო დაფინანსებაზე ეტაპობრივი გადასვლის შეფასების, დაგეგმვისა და განხორციელებისათვის, შჯსდს შექმნის და კოორდინაციას გაუწევს დაინტერესებული მხარეების ჯგუფს. ეს ჯგუფი ზედამხედველობას გაუწევს შესყიდვების მექანიზმის, აუცილებელი სამედიცინო პროდუქტების რეგისტრაციის და პატენტის სტატუსის შესწორებებს და სხვა საჭირო აქტივობებს გარდამავალი პერიოდის შეუფერხებელი მიმდინარეობის უზრუნველსაყოფად.

სტრატეგიული ინტერვენცია 3.2. პოლიტიკური გარემოს და დაინტერესებულ მხარეთა კოორდინაციის გაუმჯობესება

აივ პრევენციისა და მოვლის ამოცანებთან საკანონმდებლო და მარეგულირებელი გარემოს შესაბამისობაში მოყვანის უზრუნველსაყოფად გათვალისწინებულია შემდეგი აქტივობები:

- i) რეგულარულად განხორციელდება მარეგულირებელი გარემოს რევიზია და ანალიზი, რათა აივ და ნარკომანიასთან დაკავშირებული კანონმდებლობა შესაბამისობაში იქნეს მოყვანილი აივ პასუხის პრაქტიკულ ამოცანებთან, ადამიანის უფლებების უმნიშვნელოვანეს მოთხოვნებთან და ევროკავშირში გაწევრიანების რეგულაციებთან. შედეგები გამოყენებული იქნება იმ სამოქმედო პოლიტიკის, რეგულაციების და გაიდლაინების შემუშავებისა და დამტკიცებისთვის, რომლებიც გავლენას ახდენს აივ სერვისების ხელმისაწვდომობაზე. გაუმჯობესება, შესაძლოა, შეეხოს სერვისის მიმწოდებლების, მათ შორის არასამთავრობო და ჯანდაცვის დაწესებულებების ფუნქციონირებას, ასევე სამართალდამცავი უწყებებისა და სხვა დაინტერესებული მხარეების აქტივობებს, რომლებსაც შეუძლიათ აივ ინფიცირებასთან დაკავშირებულ სერვისებზე გავლენის მოხდენა.
- ii) გადაიდგმება კონკრეტული ნაბიჯები აივ სერვისების განვითარებასა და მიწოდებაში აივ ინფიცირებულთა და მაღალი რისკის ჯგუფების, ასევე არასამთავრობო ორგანიზაციების და მათი ქსელების ჩართულობის გასაძლიერებლად. ამ უწყებების როლი ითვალისწინებს მოცვის და აივ ინფექციის დიაგნოსტიკების ზრდას, მოვლისა და მკურნალობის დროული დაწყების ხელშეწყობას, სამკურნალო რეჟიმის დაცვის უზრუნველყოფას და

სხვა საჭირო მხარდაჭერას, რათა უზრუნველყოფილი იქნას მკურნალობის და მოვლის ეფექტიანობა, ხარისხის მონიტორინგსა და უზრუნველყოფაში მონაწილეობა და აივ სტიგმის და დისკრიმინაციის აღმოფხვრა.

- iii) აივ ინფიცირებულთა და მაღალი რისკის ჯგუფების ქსელები და ასოციაციები ჩაერთვებიან აივ ეროვნული პასუხის ზედამხედველობაში, განსაკუთრებული ფოკუსით ყველა კრიტიკულ სფეროზე, როგორებიცაა აივ ინფიცირებულთა და მაღალი რისკის ჯგუფების წარმომადგენლების მიერ კონტროლის განხორციელება შესყიდვების და მიწოდების იმ რეგულაციების შემუშავებასა და გამოყენებაზე, რომლებიც აივ პრევენციას და მკურნალობაში გამოყენებულ აუცილებელ მედიკამენტებს და სხვა სამედიცინო პროდუქტებს ეხება.
- iv) აივ ინფიცირებულთა ორგანიზაციები გააგრძელებენ მთელი რიგი მნიშვნელოვანი ფუნქციების შესრულებას, რომლებიც ინფიცირებულებზე მოვლის და მათი მკურნალობის ხარისხის უზრუნველყოფას ეხება, მათ შორის, პაციენტებისა და მათი ნათესავებისთვის აუცილებელი ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერის აღმოჩენას, სტატუსის გამჟღავნებასთან დაკავშირებულ რთულ საკითხებსა და ინფიცირებული ბავშვებისა და მოზარდების წინაშე მდგარი გამოწვევების თაობაზე რჩევის მიცემას და ქვეყნის დაშორებულ რაიონებში მცხოვრები პაციენტებისთვის არა მედიკამენტების მიწოდებაში მონაწილეობას. აივ ინფიცირებულთა ორგანიზაციები უფრო აქტიურად ჩაერთვებიან აივ ინფიცირებულთათვის მხარდაჭერის და კლინიკური მოვლის სერვისების დროულად მიწოდების ხელშეწყობაში. მოხდება მომსახურების განვითარებასა და მიწოდებაში, ხარისხის უზრუნველყოფაში და პაციენტების მონიტორინგში არასამთავრობო ორგანიზაციების როლის ფორმალიზება, ხოლო სოციალური მხარდაჭერის და სხვა აუცილებელი სერვისების მიწოდება შეტანილი იქნება მკურნალობის განახლებულ ოფიციალურ პროტოკოლებში.
- v) მოსახლეობაში, ჯანდაცვის მუშაკებს, სამართალდამცავი სტრუქტურების თანამშრომლებსა და სხვა ჯგუფებს შორის სტიგმისა და დისკრიმინაციის აღმოფხვრა მოხდება შემდეგი გზით: აივ ინფიცირებულთა მხარდამჭერი ჯგუფების მეტად ჩართულობა ისეთ აქტივობებში, რომლებიც მიზნად ისახავს სამედიცინო პერსონალსა (განსაკუთრებული ფოკუსით პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებზე) და მოსახლეობის სხვა ჯგუფებში სტიგმის აღმოფხვრას; აივ ინფიცირებულთა და მაღალი რისკის ჯგუფების თანამშრომლობა ადვოკატთა პროფესიულ ასოციაციებსა და ადამიანის უფლებების დამცველ ორგანიზაციებთან დისკრიმინაციის შემთხვევების აღმოსაფხვრელად; მასმედიის გამოყენება სტიგმისა და დისკრიმინაციის წინააღმდეგ სოციალური რეკლამების განსათავსებლად; ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების პოპულარიზაცია; ცნობიერების ზოგადი დონის ამაღლება.
- vi) ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოს როლი აივ ეროვნული პასუხის კოორდინირებასა და მხარდაჭერაში კიდევ უფრო გაძლიერდება ძირითადი

დაინტერესებული მხარეებისა და ტექნიკური ექსპერტების ჩართვის მეშვეობით. საკოორდინაციო საბჭოს მანდატი, ნორმატიული აქტები და შემადგენლობა გადაისინჯება, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს მისი ეფექტიანი ფუნქციონირება გლობალური ფონდის მიერ დაფინანსებული პროგრამების დასრულების შემდეგ.

vii) შესაბამისი სამთავრობო სტრუქტურები, მათ შორის საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, საქართველოს სპორტის და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრო და საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, გააგრძელებენ მაღალი რისკის მქონე ჯგუფების, მათ შორის, ქუჩის ბავშვებისა და ახალგაზრდების, ასევე, შრომითი მიგრანტებისა და სხვა მოწყვლადი ჯგუფების მონიტორინგს. გამოვლენილი საჭიროებების მიხედვით შემუშავდება და განხორციელდება შესაბამისი ინტერვენციები.

viii) ხელისუფლება მხარს დაუჭერს პოლიტიკის შემუშავების სპეციფიკურ ღონისძიებებს და საინფორმაციო ინიციატივებს, რომლებსაც რისკის ჯგუფების ქსელები და მათი ინტერესების დამცველი პროფესიული არასამთავრობო ორგანიზაციები განახორციელებენ. ამის მაგალითები მოიცავს ზიანის შემცირების სერვისის მიმწოდებლების და სხვა დაინტერესებული მხარეების ჩართვას ნარკომანიასთან დაკავშირებული კანონმდებლობის ანალიზსა და მოძველებული პირობების გადასინჯვაში, რომლებიც უარყოფითად მოქმედებს პრევენციის და მოვლის აუცილებელი ხერხების ხელმისაწვდომობაზე.

სტრატეგიული ინტერვენცია 3.3. ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესისთვის მტკიცებულებების მოგროვება

სტრატეგიული ინფორმაციის დროულ ხელმისაწვდომობას, მათ შორის ზედამხედველობის და მონიტორინგის მონაცემებს, არსებითი მნიშვნელობა აქვს ეფექტიანი პასუხის დაგეგმვისა და განხორციელებისთვის და კონტექსტუალური ფაქტორების ცვლილების შესაბამისად, მათი დროული შესწორებისთვის. ეროვნული სტრატეგიული გეგმა ითვალისწინებს შემდეგ ღონისძიებებს:

i) ზედამხედველობის და პროგრამის მონიტორინგისა და შეფასების სისტემების შემდგომი გაძლიერება. ეს გულისხმობს უნიკალური საიდენტიფიკაციო კოდის გამოყენების გაუმჯობესებას; მონიტორინგის და შეფასების დეფინიციების გადასინჯვას და შესწორებას; მონაცემთა ხელმისაწვდომი წყაროების, მათ შორის პროგრამის მონიტორინგის და პერიოდული ზედამხედველობის მონაცემების უკეთეს ტრიანგულაციას; პროგრამის მონიტორინგის მონაცემების დეზაგრეგირებას მაღალი რისკის ჯგუფების ეპიდემიოლოგიურად ყველაზე მნიშვნელოვანი სეგმენტების მიხედვით. რეგიონული დონის მონაცემების შეგროვება და ანალიზი რეგიონულ/მუნიციპალურ დონეზე შესაბამისი სამიზნეების უკეთ

განსაზღვრას გახდის შესაძლებელს. ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული მდგომარეობის და სხვა მნიშვნელოვანი კონტექსტუალური მაჩვენებლების ხარისხიანი შეფასება შესაძლებელს გახდის, უკეთ გავიგოთ ცვლილებები, რომლებიც რისკის ჯგუფებზე და აივ გადაცემის რისკზე მოქმედებს და დროულად მოხდეს ინტერვენციების შესწორება.

ii) ოპერაციული კვლევების და ზედამხედველობის აქტივობების ჩატარება აივ ინფიცირებასთან დაკავშირებულ საკითხებზე გადაწყვეტილების მიღების პროცესს შეუწყობს ხელს. ეროვნული სტრატეგიული გეგმისშესაბამისად, უმეტესწილად, დონორული დაფინანსების ფარგლებში, 2016-2018 წლებში ჩატარდება შემდეგი ზედამხედველობის აქტივობები და კვლევები:

- დეტალური ეპიდემიოლოგიური ანალიზი რუტინული ზედამხედველობის მონაცემებსა და მონაცემთა დამატებით წყაროებზე (მაგ., უსაფრთხო სისხლის მონაცემთა ბაზაზე და სხვ.) დაყრდნობით, რათა მიღებული იქნას შემაჯამებელი მონაცემები აივ ეპიდემიასა და მის ხელშემწყობ ფაქტორებზე. სადაც შესაძლებელია, აივ ზედამხედველობა დაკავშირებული იქნება C ჰეპატიტის, ტუბერკულოზის და სხვა ზედამხედველობის ღონისძიებებთან;
- ბიო-ბიჰევიორისტული ზედამხედველობის ინტეგრირებული კვლევების გაგრძელება მაღალი რისკის ჯგუფებს შორის ეროვნული ზედამხედველობის გეგმის გრაფიკის შესაბამისად. ბიო-ბიჰევიორისტული ზედამხედველობის ინტეგრირებული კვლევები მოიცავს ქვეყნის ყველა მხარეს, სადაც რისკის ჯგუფების მაღალი კონცენტრაციაა, ასახავს ასეთი ჯგუფების სავარაუდო ზომებს და ჩატარდება ინმ-ებს, სექს-მუშაკ ქალებს, მსმ-ებს და პატიმრებს შორის;
- ხარისხობრივი კვლევები ისეთი ინტერვენციების შემუშავების ხელშესაწყობად, რომლებიც ინმ-ების სქესობრივ პარტნიორებზე, მსმ-ების ქალ სქესობრივ პარტნიორებზე და სექს-მუშაკების კლიენტებსა და რეგულარულ პარტნიორებზე იქნება ფოკუსირებული;
- ხარისხობრივი კვლევები კონტექსტუალური ცვლილებების იდენტიფიცირებისთვის, რომლებიც გავლენას ახდენს რისკის ჯგუფებზე და აივ გადაცემის რისკზე;
- აივ ინფექციის ინციდენტობის კვლევები ინფექციის ტესტირების მიმდინარე ალგორითმით (RITA);
- ოპერაციული კვლევა, რათა შეფასდეს პაციენტების მიერ აივ მოვლის სერვისებით სარგებლობა და ამ სერვისებიდან გამოთიშვის შემთხვევაში - შესაბამისი ფაქტორები;
- ოპერაციული კვლევა დედიდან შვილზე აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციის პროგრამის განხორციელების შესაფასებლად;
- ოპერაციული კვლევა ინმ-ებისთვის (მათ შორის, ქალი ინმ-ებისთვის) ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების და ოპიოიდ-

ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისების ხელმისაწვდომობაში ბარიერების გამოსავლენად;

- ოპერაციული კვლევა მსმ-ებისთვის ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისების ხელმისაწვდომობაში ბარიერების გამოსავლენად;
- საქართველოში მაღალი რისკის ჯგუფებისთვის გამოზნული (ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის) ინტერვენციების ეფექტიანობის შეფასება;
- ოპერაციული კვლევა სამედიცინო დაწესებულებებში სტიგმასთან დაკავშირებული ძირითადი ფაქტორების გამოსავლენად და რეკომენდაციების შემუშავება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინტერვენციებისთვის;
- ცალკეული პრევენციული და სამკურნალო ინტერვენციების ეკონომიკური შეფასება (მაგ., მკურნალობის პროგრამის ფარგლებში რეგიონული დონის ლაბორატორიის პერსონალის საქმიანობის ეკონომიკური შეფასება; თანასწორთა მიერ განხორციელებული ინტერვენციები ინმ-ებს შორის);
- აივ/შიდსზე ეროვნული დანახარჯების შეფასება და ფინანსური დეფიციტის ანალიზი პოლიტიკური გადაწყვეტილებების ხელშესაწყობად;
- სავარაუდო ზომის და სარიისკო ქცევების კვლევა (ბიო-ბიჰევიორისტული ზედამხედველობის ინტეგრირებული კვლევა) ქუჩის ბავშვებსა და სხვა მოწყვლად ახალგაზრდებს შორის;
- აივ მოწყვლადობის საბაზისო კვლევა შრომით მიგრანტებს შორის;
- აივ/შიდსის ზრუნვისა და მხარდაჭერის სერვისების შეფასება.

თუ გავითვალისწინებთ პრევალენტობის მაჩვენებლის შეზღუდვებს ეფექტიანი პრევენციისა და მოვლის ინტერვენციების კონტექსტში, რომლის შედეგიც აივ ინფექციის ინციდენტობისა და სიკვდილიანობის შემცირებაა, მნიშვნელოვანია ისეთი მონაცემების შეგროვება, რომლებიც გამოყენებული იქნება ახალი შემთხვევების სავარაუდო ინდიკატორად. ეს მიღწეული იქნება პრევალენტობის მონაცემების დეზაგრეგირებით ასაკის (25 წლამდე და 25 წელზე მეტი) და ასევე, ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების ხანგრძლივობის (3 წელზე ნაკლები და 3 წელზე მეტი) მიხედვით. პრევალენტობის ეს დეზაგრეგირებული ინდიკატორები, კომბინირებული და შესაბამისობაში მოყვანილი SPECTRUM მონაცემებთან, ასევე, ინფექციის ტესტირების მიმდინარე ალგორითმის გამოყენებით ჩატარებულ აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების შეფასების კვლევასთან, შესაძლებლობას მოგვცემს, დავადგინოთ, იქნა თუ არა მიღწეული აივ ეპიდემიის მოსალოდნელი შეჩერება.

განხორციელება მინიმუმ იმ რეგიონების რეგიონული სტატისტიკის მონიტორინგი, სადაც რისკის ჯგუფების მაღალი პრევალენტობაა.

ამოცანა 3: ხელმძღვანელობა და პოლიტიკის შემუშავება

ამ ამოცანის ეფექტიანი განხორციელების მოსალოდნელი შედეგებია:

- ეროვნული მრავალსექტორული პასუხის კოორდინირება ეფექტიანია და ემყარება ოპერაციულ და სტრატეგიულ ინფორმაციას, რომელიც ხელმისაწვდომია სტრატეგიული და ოპერაციული გადაწყვეტილებების მისაღებად;
- მობილიზებულია ადეკვატური რესურსები და უზრუნველყოფილია საჭირო ინვესტიციები სხვადასხვა წყაროდანხარისხიანი პრევენციის, მკურნალობის, ზრუნვისა და ხელშეწყობის სერვისების გასაწევად;
- ხელშეწყობი პოლიტიკა, საზოგადოების შეცვლილ დამოკიდებულებასთან და რისკის ქვეშ მყოფი მოსახლეობის მეტ ჩართულობასთან ერთად, უზრუნველყოფს ხელშეწყობ გარემოს ეროვნული რეაგირებისათვის.

3. განხორციელების ვადები და პასუხისმგებელი ინსტიტუტები

თითოეული ამოცანისა და სტრატეგიული ინტერვენციის ფარგლებში გათვალისწინებული აქტივობების ჩამონათვალი მოცემულია №3 დანართში. აღნიშნულ დანართში ასევე მოცემულია ინფორმაცია განხორციელებაზე პასუხისმგებელი ინსტიტუტებისა და მათი პარტნიორი ორგანიზაციების შესახებ.

პასუხისმგებლობა აივ/შიდსზე ეროვნული პასუხის ეფექტიან განხორციელებაზე გადანაწილდება სხვადასხვა სამთავრობო ინსტიტუტსა და სააგენტოს შორის, მათი მანდატებისა და კომპეტენციების გათვალისწინებით. ქვემოთ ჩამოთვლილია ის ძირითადი უწყებები, რომლებიც უხელმძღვანელებენ და კოორდინირებასა და მეთვალყურეობას გაუწევენ სტრატეგიული გეგმის განხორციელებას:

- ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭო, რომელიც ასრულებს შიდსის სახელმწიფო საკოორდინაციო უწყების ფუნქციას და სტრატეგიულ დონეზე იღებს მთავარ პასუხისმგებლობას ეროვნული რეაგირების კოორდინირებაზე;

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, რომელიც პასუხისმგებელია ზოგადად ჯანდაცვის სერვისების მიწოდებაზე, ასევე აივ/შიდსის დარგში ეროვნული პოლიტიკისა და რეგულაციების შემუშავებასა და განხორციელებაზე;
- სსიპ ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, რომელიც მართავს გლობალური ფონდის გრანტებს და ასევე, სხვა რესურსებიდან დაფინანსებულ პროექტებს და რომლის უმთავრესი პასუხისმგებლობაა აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობა;
- სს „ინფექციური პათოლოგიის შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი“, რომელიც წარმოადგენს მნიშვნელოვან პასუხისმგებელ ინსტიტუტს შიდსის მკურნალობის სერვისებზე; იგი, ასევე, კოორდინირებას უწევს აივ/შიდსით ინფიცირებული პაციენტებისთვის მოვლისა და სოციალური დახმარების სერვისების განხორციელებას.

ეროვნული სტრატეგიული გეგმის ერთ-ერთი მთავარი პრინციპია მჭიდრო თანამშრომლობა სახელმწიფო, საერთაშორისო, არასამთავრობო და კერძო სექტორებს შორის. ის როლი, რომელსაც სამოქალაქო საზოგადოება აქამდე ასრულებდა აივ ინფიცირებულ პირთათვის და მოწყვლადი ჯგუფებისთვის დახმარებისა და მომსახურების მიწოდებაში, შესაბამის პოლიტიკურ დიალოგსა და ადვოკატირებაში კიდევ უფრო გაღრმავდება. საქართველოს მთავრობა აღიარებს, რომ სამოქალაქო საზოგადოების ქმედითი ჩართულობის და მისი როლის გაფართოების გარეშე სახელმწიფო რეაგირება ეპიდემიაზე არ იქნება ადეკვატური.

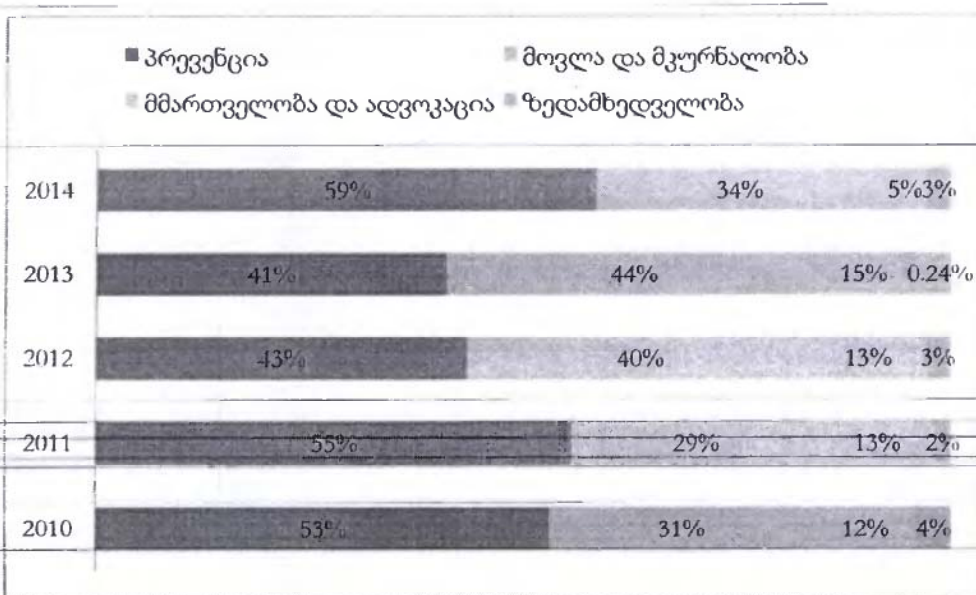
4. ეროვნული პასუხის დაფინანსება

აივ/შიდსზე ეროვნული პასუხისთვის დაფინანსების საჭიროება სტაბილურად იზრდებოდა და გაიზრდება პრევენციისა და მოვლის სხვადასხვა ინტერვენციის სპექტრის გაფართოების შესაბამისად. აივ/შიდსზე ეროვნული პასუხის წლიური ღირებულება გაიზარდა 5.2 მილიონი აშშ დოლარიდან 8 მილიონ აშშ დოლარამდე 2006 - 2008 წლებში და 14.76 მილიონ აშშ დოლარამდე 2014 წელს. მოსალოდნელია შემდგომი ზრდა, მომსახურების მოცვის დაგეგმილი გაფართოების და ხარისხის გაუმჯობესების ხელშესაწყობად. მკურნალობის სქემების მიმდინარე ოპტიმიზაციის შედეგად არც თერაპიის მიწოდების მოსალოდნელი გაფართოება არ იქნება დაკავშირებული დაფინანსების მნიშვნელოვან ზრდასთან.

პრიორიტეტული მიმართულებების მიხედვით ეროვნული სტრატეგიული გეგმის

რეალური დანახარჯების ანალიზმა აჩვენა, რომ მკურნალობისა და ზედამხედველობის დაფინანსება იზრდება მაშინ, როცა პრევენციაზე გაწეული დანახარჯების წილი მცირდება (იხ. გრაფიკი 4.1). თუმცა ეს ტენდენცია შეიცვალა 2014 წელს და პრევენციისთვის გამოყოფილი დაფინანსება გაიზარდა.

გრაფიკი 4.1. დაფინანსება ეროვნული სტრატეგიული გეგმის პრიორიტეტული მიმართულებების მიხედვით 2010-2014 წწ



ეროვნული სტრატეგიული გეგმის დანახარჯების დინამიკა მომავალი სამი წლისათვის განისაზღვრება საერთაშორისო დაფინანსების წილის კლებით და აივ/შიდსის ეპიდემიაზე მდგრადი პასუხის უზრუნველსაყოფად აუცილებელი სახელმწიფო დაფინანსების წილის მატებით. კერძოდ, 2016-2018 წლებში მთავრობა სრულად დააფინანსებს პირველი რიგის არც მედიკამენტების შესყიდვას, მკურნალობის ხარისხის ლაბორატორიულ მონიტორინგს და ოპიოიდ-ჩანაცვლებით თერაპიას. მე-4 დანართში წარმოდგენილი დეტალური ბიუჯეტი იძლევა ინფორმაციას აივ/შიდსზე ეროვნული პასუხის სხვადასხვა კომპონენტისთვის დაფინანსების მოსალოდნელი წყაროების შესახებ.

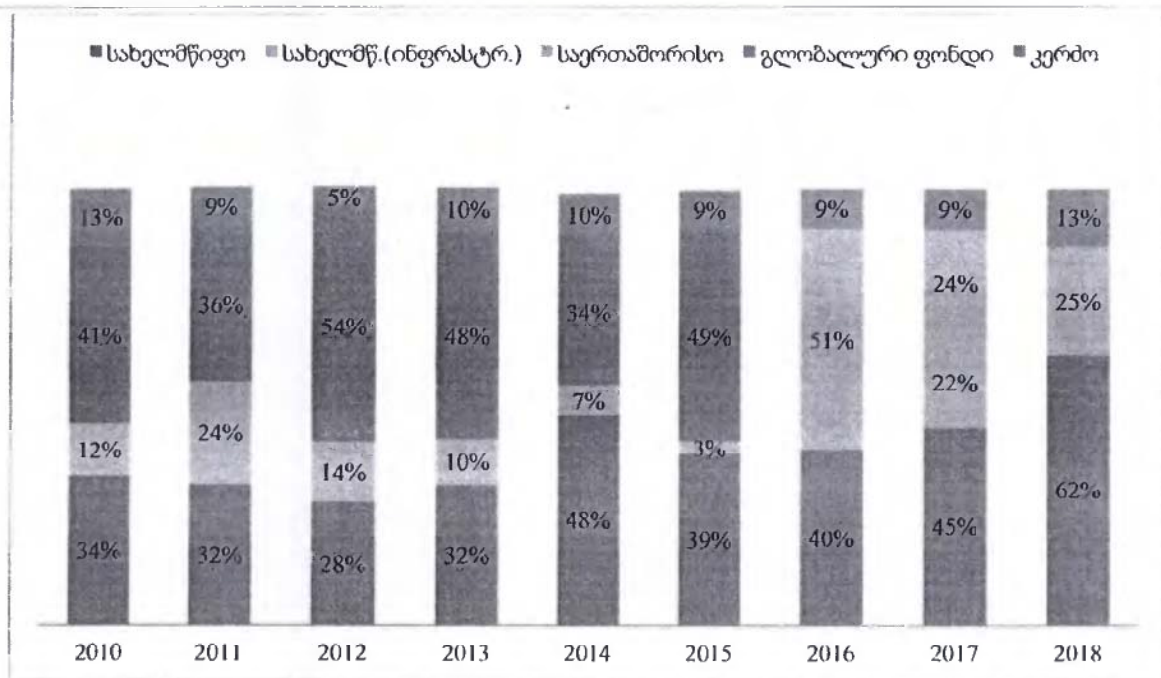
ცხრილებში 4.1 და 4.2 და მე-4.2 და მე-4.3 გრაფიკებში წარმოდგენილია დაფინანსების დინამიკა, რომელშიც შედის 2010-2014 წლების დანახარჯები, ასევე 2016-2018 წლებისათვის დაგეგმილი საჭირო დაფინანსება.

ცხრილი 4.1. აივ/შიდსზე ეროვნული პასუხის დაფინანსება წყაროების მიხედვით (მილიონ აშშ დოლარებში)

წყარო		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1.1. აივ/შიდსის	მლნ	4.36	4.56	4.55	4.95	8.17	7.99	6.11	10.50	12.45

სახელმწიფო პროგრამა	\$									
	%	34%	32%	28%	32%	48%	39%	40%	45%	62%
1.2. სახელმწიფოს მიერ ინფრასტრუქ- ტურაში განხორციე- ლებული ინვესტიცია	მლნ\$	-	-	-	-	-	-		5	-
	%								21%	
2. სულ	მლნ\$	6.83	8.52	11.06	9.14	7.02	10.54	7.73	5.59	4.98
საერთაშორისო	%	53%	59%	68%	58%	41%	52%	51%	24%	25%
გლობალური ფონდი	მლნ\$	5.3	5.1	8.8	7.5	5.78	9.95			
	%	41%	36%	54%	48%	34%	49%			
1. კერძო ფონდები	მლნ\$	1.61	1.26	0.78	1.60	1.77	1.77	1.38	2.20	2.55
(კერძო წყაროები)	%	13%	9%	5%	10%	10%	9%	9%	9%	13%
სულ		12.80	14.34	16.39	15.69	16.96	20.30	15.22	23.29	19.99

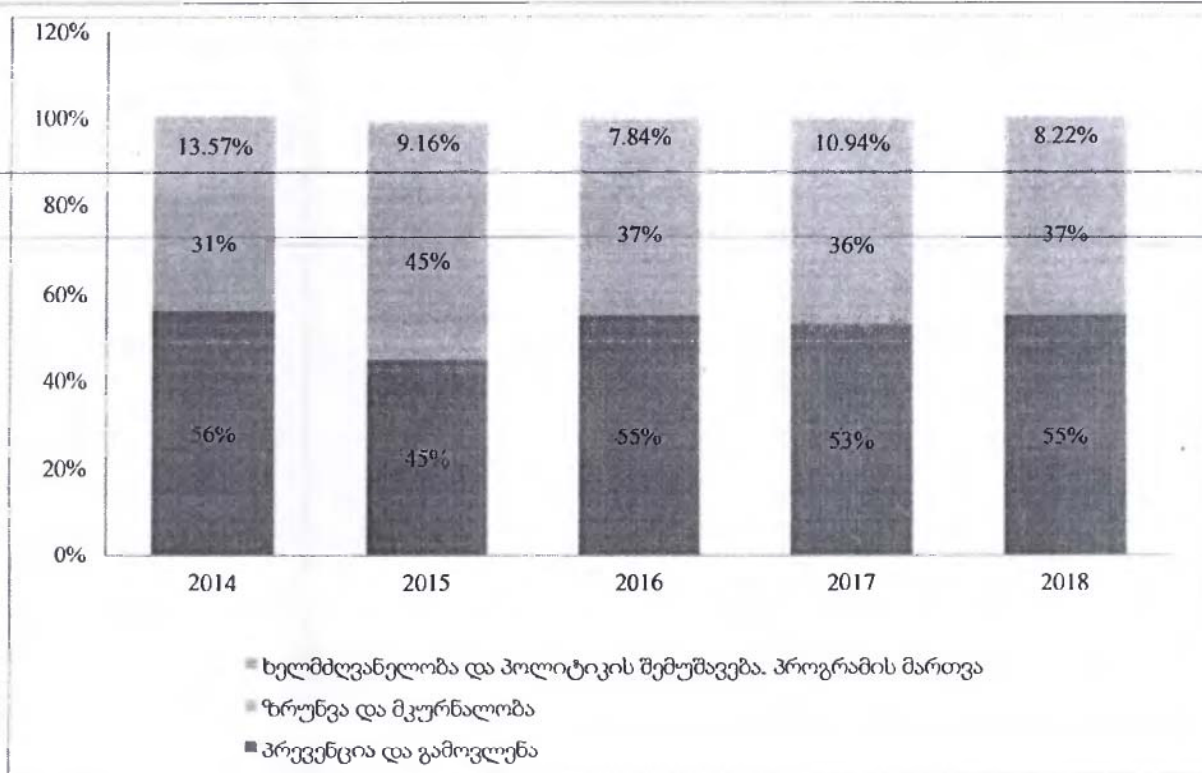
გრაფიკი 4.2. დანახარჯები აივ/მიდსზე დაფინანსების წყაროს მიხედვით



ცხრილი 4.2. აივ/შიდსზე ეროვნული პასუხის დაფინანსება ინტერვენციის სფეროების მიხედვით (მილიონ აშშ დოლარებში)

სფერო	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
პრევენცია და გამოვლენა	7.22	7.87	7.19	6.49	9.46	9.23	8.35	9.64	10.90
მოვლა და მკურნალობა	3.11	3.76	6.20	6.12	5.20	9.22	5.69	6.66	7.45
ხელმძღვანელობა და პოლიტიკის შემუშავება, პროგრამის მართვა	2.47	2.71	3.00	3.08	2.30	1.86	1.18	1.99	1.64
ინფრასტრუქტურა	-	-	-	-	-	-	-	5.00	-
სულ	12.80	14.34	16.39	15.69	16.96	20.30	15.22	23.29	19.99

გრაფიკი 4.3. რესურსების განაწილება აივ/შიდსის ეროვნული სტრატეგიული გეგმის სტრატეგიულ მიმართულებებს შორის¹²



12. ამ ციფრებში არ არის ასახული შიდსის ცენტრის ინფრასტრუქტურის განვითარებისთვის გათვალისწინებული ხუთი მილიონი აშშ დოლარი.

რესურსების განაწილება სტრატეგიულ მიმართულებებს შორის დეტალურად მე-4 დანართშია ნაჩვენები. რესურსების მნიშვნელოვანი ნაწილი გამოიყოფა პრევენციული ინტერვენციების გასაფართოებლად და მასშტაბისა და ხარისხის გასაუმჯობესებლად (44-57%). რესურსების ერთი მესამედი მიმართული იქნება არვ თერაპიის ხელმისაწვდომობის შენარჩუნებაზე და მკურნალობის უკეთესი შედეგების მიღწევაზე.

4.1. ფინანსური დეფიციტის ანალიზი

უკანასკნელი რამდენიმე წლის განმავლობაში საქართველოში აივ/შიდსზე ეროვნული პასუხის დახაფინანსებლად გამოყოფილი სახელმწიფო სახსრების წილი სტაბილურად იზრდებოდა 12%-დან (2008 წელს) 47.5%-მდე (2014 წელს). დაფინანსების ყველაზე მნიშვნელოვან წყაროდ რჩებოდა გლობალური ფონდი და 2014 წელს მან უზრუნველყო მთლიანი დაფინანსების 34%. სხვა საერთაშორისო წყაროების მიერ გამოყოფილი დაფინანსება მცირდებოდა და 2014 წელს 7%-ს მიაღწია. მომავალ პერიოდში საერთაშორისო დაფინანსება კიდევ უფრო შემცირდება, რაც უნდა დაბალანსდეს აივ/შიდსისთვის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან გამოყოფილი სახსრების მნიშვნელოვანი ზრდით. გლობალური ფონდის მიერ გამოყოფილი დაფინანსება, რომელმაც პიკს 2012 წელს მიაღწია - ის აივ/შიდსისთვის უზრუნველყოფილი მთლიანი დაფინანსების 54%-ს შეადგენდა, 2016 წელს 39%-მდე შემცირდა.

დაფინანსების დეფიციტის გამოსათვლელად ეროვნული სტრატეგიული გეგმის ბიუჯეტები შედარებული იქნა 2016-2018 წლებისთვის ხელმისაწვდომ რესურსებთან.¹³ მთავრობის მიერ ამ პერიოდისთვის გათვალისწინებული მთლიანი თანხა დაფარავს შეფასებული საჭიროებების 54%-დან (2016 წელს) 62%-მდე (2018 წელს).

სახელმწიფო დაფინანსება გაიზრდება და მოიცავს არვ თერაპიისა და მოვლის საჭიროებებს (შეფასებული საჭიროების 27%-დან 2016 წელს 90%-ზე მეტად 2018 წელს), მათ შორის არვ დანახარჯების 31%-ს 2016 წელს და 95%-ს 2018 წელს, ოპიოიდ-ჩანაცვლებითი თერაპიის საჭიროებებს (49%-დან 2016 წელს 57%-მდე 2018 წელს), და პროგრამის ადმინისტრირებასთან დაკავშირებული ხარჯების მნიშვნელოვან ნაწილს. დაფინანსებაში ყველაზე დიდი დეფიციტია მოსალოდნელი აივ/შიდსის პრევენციის, პოლიტიკის შემუშავების, ადვოკატირებისა და ოპერაციული კვლევის სფეროებში. საქართველო კვლავ

13. გაანგარიშება შიდა ხარჯვისათვის ემყარება ქვეყნის ძირითადი მონაცემებისა და მიმართულებების 2015-2018 წლების დოკუმენტს.

აკმაყოფილებს გლობალური ფონდის დაფინანსების ძილების ახალი მოდელის კრიტერიუმებს და შესაძლოა მიიღოს დამატებითი დაფინანსება არსებული დეფიციტის შესავსებად. საჭირო იქნება ინტენსიური ადვოკატირება, რათა მოხდეს დამატებითი რესურსების მობილიზება სხვა დონორებისგან ყველა დაგეგმილი საქმიანობის სრულყოფილი განხორციელების უზრუნველყოფის მიზნით.

2016-2018 წლები კრიტიკული გარდამავალი პერიოდია, როდესაც საქართველო უნდა გადავიდეს აივ/შიდსზე ეროვნული პასუხის საერთაშორისო დაფინანსებიდან სახელმწიფო დაფინანსებაზე. ამ პროცესის მართვის მიზნით საქართველოს მთავრობა 2017 წლისათვის შეიმუშავებს და განახორციელებს გარდამავალი პერიოდისა და მდგრადობის გეგმას. ყველა დაინტერესებულ მხარესთან მჭიდრო თანამშრომლობით მთავრობა აწარმოებს სტრატეგიული ამოცანების მიღწევის საფუძვლიან მონიტორინგს. ქვეყანაში მიმდინარე დიალოგი მაღალი რისკის ჯგუფებისა და აივ ინფიცირებული ადამიანების აქტიური ჩართულობით გაგრძელდება, რათა დროულად მოხდეს განხორციელების პროცესში წამოჭრილი გამოწვევების დაძლევა და ინოვაციური სტრატეგიების ხელშეწყობა მაქსიმალური ზეგავლენის მისაღწევად.

5. სტრატეგიის განხორციელების პროცესში და მის შედეგად წარმოქმნილი შესაძლო რისკები

სტრატეგიის განხორციელების პროცესში გასათვალისწინებელია გარკვეული პოლიტიკური, სოციალური და ფინანსური რისკები, რომლებმაც შესაძლოა შეაფერხონ დაგეგმილი შედეგების მიღწევა.

პოლიტიკური რისკი უკავშირდება ქვეყანაში მოქმედ ნარკოპოლიტიკასა და საკანონმდებლო ჩარჩოს. აივ/შიდსის პრევენციული ღონისძიებების სრული სიმძლავრით განხორციელება ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში მნიშვნელოვნად შეფერხდება ნარკომანიასთან დაკავშირებული კანონმდებლობის საფუძვლიანი ანალიზისა და იმ პირობების გადასინჯვის გარეშე, რაც აფერხებს ზიანის შემცირების სერვისებზე ხელმისაწვდომობას.

სტრატეგიის განხორციელების ფინანსური რისკი განპირობებულია აივ/შიდსის სფეროში დონორული დაფინანსების მოსალოდნელი შემცირებით, რაც სახელმწიფო დაფინანსების ეტაპობრივ, მაგრამ არსებით ზრდას მოითხოვს სტრატეგიით განსაზღვრული ფინანსური საჭიროებების სრულად დასაფარად.

საბიუჯეტო სახსრების ან ალტერნატიული დონორული დაფინანსების მოძიების გარეშე შესაძლოა საფრთხე შეექმნას ბაზისური პრევენციული სერვისებით მაღალი რისკის ჯგუფების მოცვას, რაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის თვალსაზრისით სერიოზული რისკის მატარებელია.

სოციალური რისკი უკავშირდება საზოგადოებაში აივ/შიდსთან დაკავშირებული სტიგმის მაღალ დონეს, რის გამოც კვლავაც აღინიშნება აივ ინფიცირებულ/შიდსით დაავადებულ პირთა სოციალური იზოლაციისა და დისკრიმინაციის შემთხვევები. სტიგმის დონის შემცირების გარეშე რთული იქნება აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირების სამედიცინო, ფსიქოლოგიური და სოციალური საჭიროებებზე შესაფერისი რეაგირება დაგეგმილი ღონისძიებების ფარგლებში.

6. მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმები

აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის სტრატეგიის განხორციელებაში პროგრესისა და გამოწვევების დროული გამოვლენისა და რეაგირების მიზნით მოხდება რეგულარული მონიტორინგი და შეფასება სათანადო მექანიზმების საშუალებით.

აივ/შიდსის სტრატეგიის განხორციელებაზე მონიტორინგს ახდენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო სსიპ - ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (შემდგომში ცენტრი) მეშვეობით.

სტრატეგიული გეგმის მონიტორინგისა და შეფასების ინდიკატორები, მონაცემთა შეგროვების მეთოდები და პერიოდულობა გაწერილია დანართ 3-ში.

2016- 2018 წლების შიდსის ეროვნული სტრატეგიული გეგმის განხორციელების შეფასება მოხდება 5 ზემოქმედების ინდიკატორის, 6 გამოსავლის და 48 პროცესის ინდიკატორის დაგეგმილი მაჩვენებლების შესრულების შესაბამისად.

მონიტორინგისა და შეფასების ჩარჩოს ცალკეული ინდიკატორების მონაცემების განსაზღვრისათვის დაგეგმილია ყოველთვიური, კვარტალური, სემესტრული და წლიური ანგარიშგება. სტრატეგიის განხორციელების მონიტორინგისთვის აუცილებელი ინდიკატორების ნაწილი გროვდება აივ/შიდსის ეპიდზედამხედველობის სისტემის ფარგლებში. ეპიდზედამხედველობის

წარმოებაზე პასუხისმგებელია ცენტრი საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

ცენტრის გლობალური ფონდის პროგრამების განხორციელების ჯგუფი პასუხისმგებელია მაღალი რისკის პოპულაციებში (ნიმ-ები, კსმ ქალები და მსმ-ები) აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციული ღონისძიებებისა და შიდსის მკურნალობის ინდიკატორების შესახებ ინფორმაციის მოგროვებაზე, ვალიდაციაზე, ანალიზსა და ანგარიშგებაზე, როგორც ადგილობრივად ქვეყნის საკოოდინაციო საბჭოსა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს წინაშე, ისე უშუალო დონორის - შიდსთან, ტუბერკულოზსა და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის წინაშე.

რუტინული მონიტორინგის გარდა, ეპიდემიის გავრცელების ტენდენციების შესწავლის მიზნით, დადგენილი პერიოდულობით მოხდება ბიო-ბიპვეიორისტული ინტეგრირებული კვლევები მაღალი რისკის ჯგუფებს შორის პოპულაციების სავარაუდო ზომის ასახვით: : ნიმ-ები, ქალი სექს-მუშაკები, მსმ-ები, პატიმრები, ქუჩის ბავშვები და ხარისკო ქცევის მქონე ახალგაზრდები; აივ მოწყვლადობის საბაზისო კვლევა შრომით მიგრანტებს შორის.

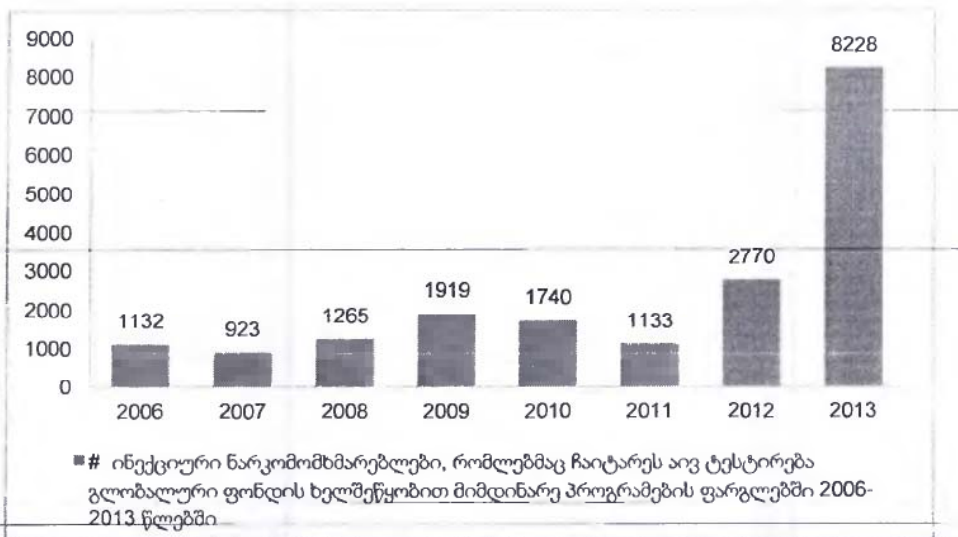
აღნიშნული კვლევების საფუძველზე გენერირებული იქნება სტრატეგიული გეგმის გამოსავლისა და ზემოქმედების ინდიკატორების მონაცემები შესაბამისი პერიოდულობით.

ეპიდემიის გავრცელების მახასიათებლებისა და მომსახურების ხარისხის შეფასებისთვის ასევე დაგეგმილია ოპერაციული კვლევების განხორციელება (სამოქმედო გეგმის შესაბამისად).

ყოველწლიურად ცენტრი ამზადებს აივ/შიდსის ეროვნულ ანგარიშს, რომელიც წარედგინება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, საქართველოს მთავრობას და ასევე ყოველწლიური ეროვნული ანგარიშის სახით შიდსის ეპიდემიაზე გლობალური პასუხის პროგრესის ანგარიშგების (GARPR) ფარგლებში.

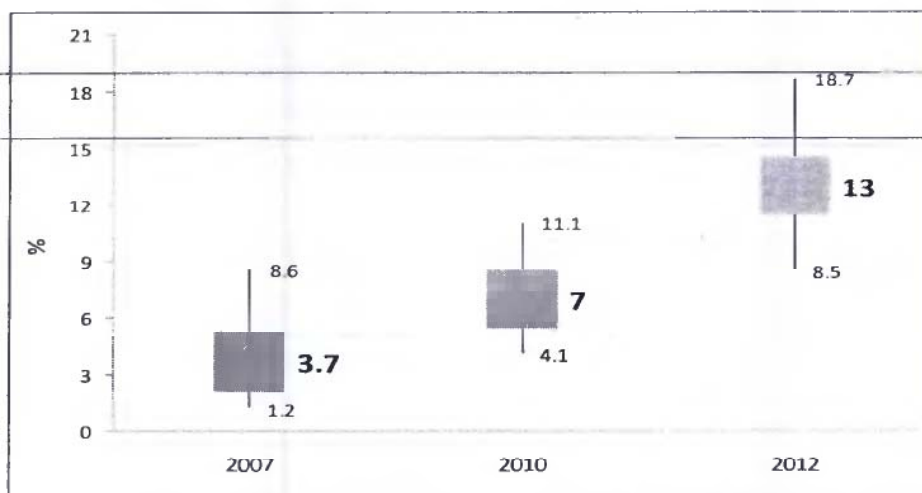
დანართი 1. მონაცემები

გრაფიკი A.1. ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები, ვინც გაირა აივ ტესტირება საქართველოში გლობალური ფონდის აივ/შიდსის პროგრამის ფარგლებში



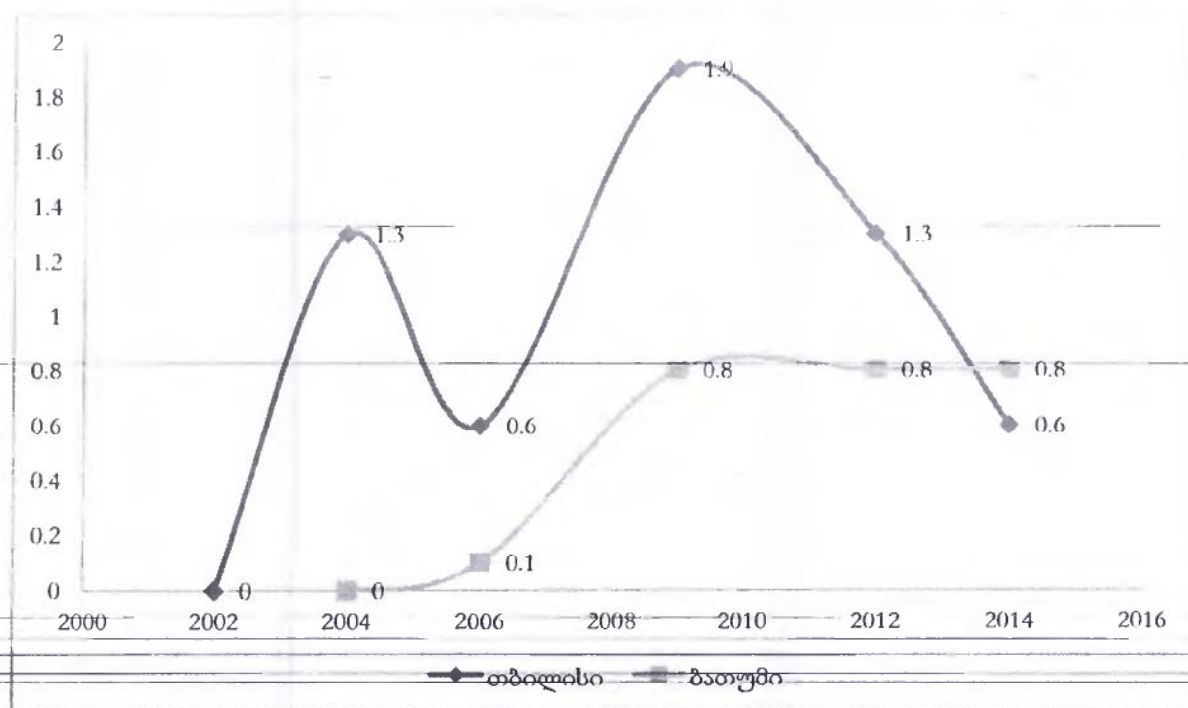
გლობალური ფონდის შიდსის პროგრამის მონიტორინგის ანგარიშები

გრაფიკი A.2. აივ/შიდსის პრევალენტობა მსმ-ებს შორის 2007, 2010 და 2012 წლებში (თბილისი)



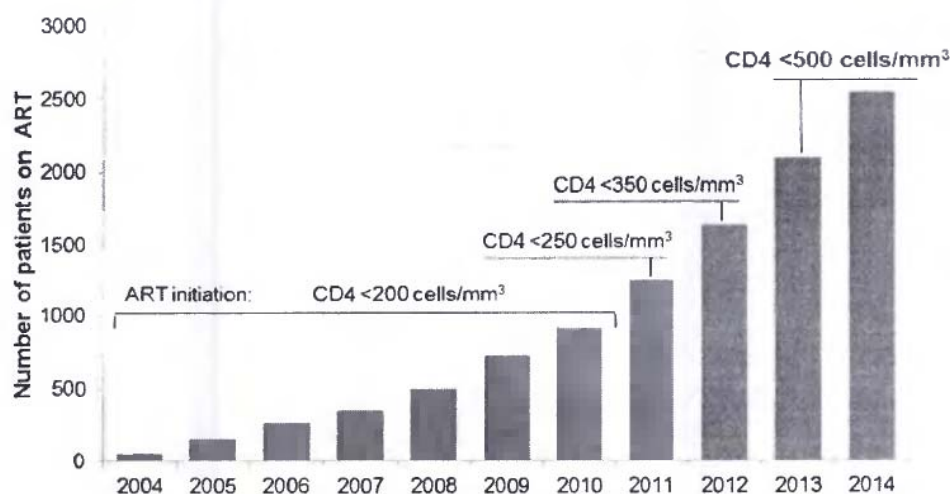
1. The Integrated Bio-behavioural Surveillance Studies (IBBSS) in Tbilisi, 2012.
2. HIV risk and prevention behavior among Men who have Sex with Men in Tbilisi, Georgia. Bio-behavioral surveillance survey in 2012. Curatio International Foundation, Tanadgoma. February, 2013. <http://new.tanadgomaweb.ge/upfiles/dfltcontent/3/123.pdf>.

გრაფიკი A.3. აივ ინფექციის პრევალენტობა სექს-მუშაკ ქალთა შორის თბილისში (2002 - 2014) და ბათუმში (2004 - 2014)



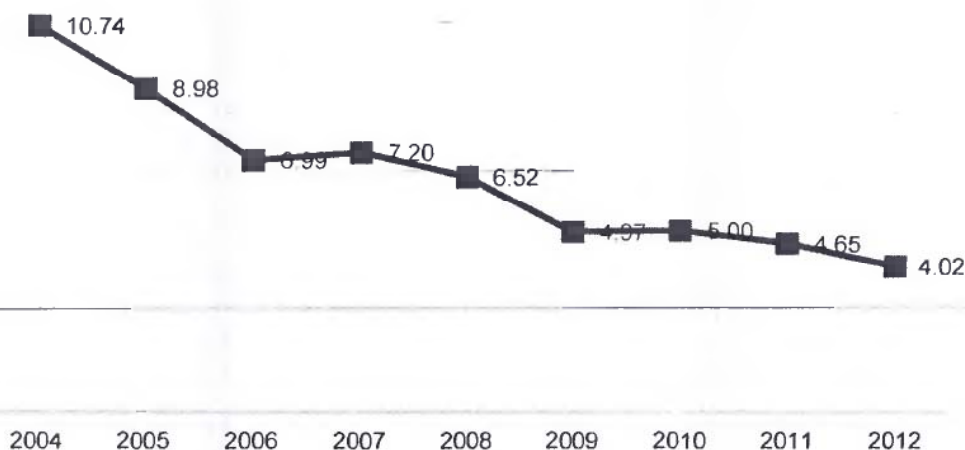
HIV risk and prevention behaviors among Female Sex Workers in two cities of Georgia Bio-behavioral surveillance survey in Tbilisi and Batumi. Curatio International Foundation, Tanadgoma, August, 2014. <http://www.curatiofoundation.org/uploads/other/0/292.pdf>

გრაფიკი A.4. ანტირეტროვირუსული თერაპიის დაწყების რეკომენდაციების განვითარება და ანტირეტროვირუსული თერაპიის მიმღებ პაციენტთა რაოდენობა



The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The Gap Report. Geneva: UNAIDS: 2014

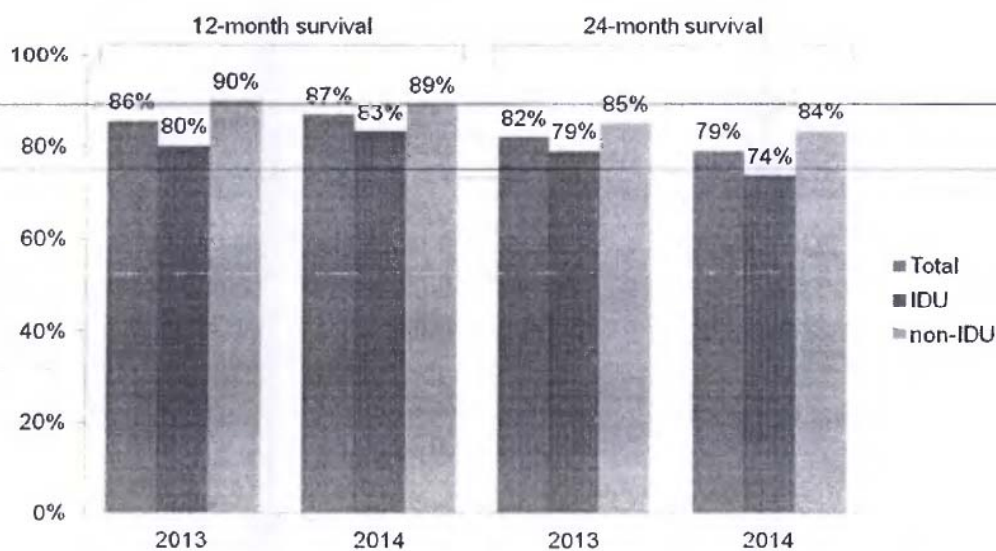
გრაფიკი A.5. ლეტალობა საქართველოში აივ ინფიცირებულ პაციენტებს შორის (გამოსახული %-ში)



Chkhartishvili

N, Sharvadze L, Chokoshvili O, et al. Mortality and causes of death among HIV-infected individuals in the country of Georgia: 1989-2012. *AIDS Res Hum Retroviruses*. Jun 2014;30(6):560-566.

გრაფიკი A.6. გადარჩენის მაჩვენებლები ნარკოტიკული საშუალებების ინექციური მოხმარების ანამნეზის მიხედვით



Chkhartishvili N, Chokoshvili O, Sharvadze L, DeHovitz JA, del Rio C, Tsertsvadze T. Trends in Cascade of Care in the Eastern European Country of Georgia: 2008-2012. [Paper #997]. Paper presented at: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI 2014), 2014; Boston.

დანართი 2. რეკომენდებული პრევენციული სერვისების ჩამონათვალი, რომლებიც სპეციფიკური რისკის ჯგუფებისთვის უნდა იქნეს შეთავაზებული გამოვლენილი საჭიროებების შესაბამისად

ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები (ინმ)

საინექციო ინსტრუმენტებით და სხვა საშუალებებით (სპირტიანი ტამპონები, საინექციო წყალი, ლიმონის მჟავა და მომჭერები) მომარაგება;

ქცევის შეცვლის კომუნიკაცია და კონსულტაცია;

აივ ინფექციაზე ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების სერვისები;

აივ ინფიცირებულთა მიერ მოვლისა და მკურნალობის სერვისებით სარგებლობის ხელშეწყობა;

ვირუსულ C და B ჰეპატიტზე ტესტირება და ვაქცინაციასა და მკურნალობაზე მიმართვა, ვირუსული C/B ჰეპატიტის მკურნალობის/ვაქცინაციის ჩართვა შემთხვევის მართვის სქემაში;

ზედოზირების პრევენციის და მართვის სერვისები (მათ შორის, ნალოქსონის დისტრიბუცია);

კონდომების და საინფორმაციო მასალების დისტრიბუცია;

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები (სიფილისზე ტესტირება და მკურნალობაზე მიმართვა, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების სამკურნალო სერვისების ჩართვა შემთხვევის მართვის სქემაში);

ტუბერკულოზის სკრინინგი კითხვარის მეშვეობით და ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე მიმართვა;

ოპიოიდ-ჩანაცვლებითი თერაპია (როგორც შემთხვევის მართვის სქემის შემადგენელ ნაწილს, მოიცავს ჩანაცვლებითი თერაპიის მიწოდებას და ასევე, ჩანაცვლებით თერაპიაზე და მკურნალობისა და რეაბილიტაციის სხვა ფორმებზე მიმართვას); ამაში შედის ინმ-ებისთვის სოციალური მეწარმეობის პროგრამასთან თანამშრომლობა, რომელსაც მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაცია აფინანსებს;

იურიდიული დახმარება;

ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერა, მათ შორის კონსულტირება, არტ-თერაპია და სხვა.

ინმ-ებზე ორიენტირებული ინტერვენციები შემუშავებული იქნება ინმ ქალებისათვის, აგრეთვე სხვადასხვა ნივთიერებების, მათ შორის ახალი ფსიქოაქტიური ნარკოტიკების მომხმარებლების, ყოფილი ინმ-ების და პოტენციური ინმ-ების მოსაზიდად და შესანარჩუნებლად.

მამაკაცები, რომელთაც აქვთ სქესობრივი კავშირი მამაკაცთან (მსმ)

კონდომების და ლუბრიკანტების დისტრიბუცია;

ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის და კონსულტაციის სერვისები (მათ შორის საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების გამოყენებით);

აივ ინფექციაზე ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების სერვისები, მათ შორის ნერწყვის ტესტირების დანერგვა;

აივ ინფიცირებულთა მიერ მოვლისა და მკურნალობის სერვისებით სარგებლობის ხელშეწყობა;

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები (სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების ტესტირების და მკურნალობის ჩართვა აივ ინფექციის შემთხვევის მართვის სქემაში);

ვირუსულ C და B ჰეპატიტზე ტესტირება და ვაქცინაციასა და მკურნალობაზე მიმართვა, ვირუსული C/B ჰეპატიტის მკურნალობის/ვაქცინაციის ჩართვა აივ ინფექციის შემთხვევის მართვის სქემაში;

ტუბერკულოზის სკრინინგი კითხვარის მეშვეობით და ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობაზე მიმართვა;

იურიდიული დახმარება;

ფსიქო-სოციალური მხარდაჭერა.

მსმ-ების სოციალური ქსელების შესასწავლად აქცენტი კეთდება თანასწორთა ჩართვაზე და აუცილებელი კომუნიკაციის დამყარებაზე.

გარდა ამისა, სტრატეგიის განხორციელების დროს მოხდება ექსპოზიციამდე პროფილაქტიკის შესაძლებლობის, როგორც აივ პრევენციის დამატებითი არჩევანის შესწავლა, რაც მიზნად ისახავს არვ პრევენციული სტრატეგიების შესახებ ცოდნის გაფართოებას და ექსპოზიციამდე პროფილაქტიკის განხორციელების შესაძლებლობის დემონსტრირებას მსმ-ების მცირე ჯგუფზე, რომლებიც შერჩეული იქნება მაღალი რისკის სექსუალური პრაქტიკის კრიტერიუმების საფუძველზე.

სექს-მუშაკი ქალები, მათ შორის ტრანსგენდერები

კონდომების და ლუბრიკანტების დისტრიბუცია;

ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის და კონსულტაციის სერვისები (მათ შორის საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების გამოყენებით);

აივ ინფექციაზე ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების სერვისები;

აივ ინფიცირებულთა მიერ მოვლისა და მკურნალობის სერვისებით სარგებლობის ხელშეწყობა;

გენდერული ძალადობის საკითხებზე კონსულტირება;

სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები (სქესობრივი გზით გადამდები

დაავადებების ტესტირების და მკურნალობის ჩართვა აივ ინფექციის შემთხვევების მართვის სქემაში);

ვირუსულ C ჰეპატიტზე ტესტირება და მკურნალობაზე მიმართვა, ვირუსული C ჰეპატიტის მკურნალობის ჩართვა აივ ინფექციის შემთხვევის მართვის სქემაში;

ტუბერკულოზის სკრინინგი კითხვარის მეშვეობით და ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე მიმართვა.

სერვისები ყურადღებით იქნება შემუშავებული, რათა მორგებული იქნეს სექს-მუშაკთა პოპულაციის სხვადასხვა სეგმენტის, განსაკუთრებით დაბალშემოსავლიანი და მაღალშემოსავლიანი სექს-მუშაკების, განსხვავებული საჭიროებების მოგვარებაზე. მეორე კატეგორიას შესთავაზებენ სერვისების შედარებით მარტივ კომბინაციას, რაც უმეტესწილად ქცევის შეცვლის კომუნიკაციას დაემყარება, რომელშიც პრიორიტეტი ახალ საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიებს მიენიჭება.

პატიმრები

კონდომების და ლუბრიკანტების ხელმისაწვდომობა;

ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის და კონსულტაციის სერვისები, მათ შორის, თვითდაზმარების ჯგუფის კონსულტაცია;

აივ ინფექციაზე ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების სერვისები;

აივ ინფიცირებულთა მიერ მოვლისა და მკურნალობის სერვისებით სარგებლობის ხელშეწყობა;

ოპიოიდ- ჩანაცვლებითი თერაპიის გაგრძელება.

დანართი 3. აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის 2016-2018 წლების სტრატეგიის მონიტორინგისა და შეფასების ჩარჩო

საქართველო									
დაჯამება									
სგ. #	ბუჩქები/ბუჩქების ინდიკატორები	სიდიდე	წელი	მონაცემთა წყარო	2016	2017	2018	მონაცემთა წყარო	
ბუჩქები/ბუჩქების ინდიკატორები									
11	შიდსით გამოწვეული სიკვდილიანობა 100,000 მოსახლეზე	2.40	2013	რეგისტრირებული მონიტორინგის მონაცემები	≤2.2	≤2.1	≤2.0	რეგისტრირებული მონიტორინგის მონაცემები	
13	აივ ინფორმირებული მამაკაცების პროცენტი	1.30	2012	IHHS		≤1.50		IHHS	
14	აივ ინფორმირებული სქეს-მუქაკების პროცენტი	0.70	2014	IHHS	≤5%		≤5%	IHHS	
15	აივ ინფორმირებული იმ-ების პროცენტი	30	2012	IHHS		≤5%		IHHS	
გამოსავლის ინდიკატორები									
(1)	მამაკაცთა პრევენციული წილი, რომლებმაც მამაკაც პრევენციითან ბოლო ანალური სქესის დროს კონდომი გამოიყენეს	73.20	2012	IHHS		80%		IHHS	
(2)	სქეს-მუქაკთა პროცენტი, რომლებმაც ბოლო კლიენტთან კონდომი გამოიყენეს	91%	2012	IHHS	95%		95%	IHHS	
(3)	იმ-ების წილი, რომლებმაც ნარკოტიკის ბოლო ინექციის დროს სტერილური საინექციო ინსტრუმენტი გამოიყენეს	83.5%	2012	IHHS		87%		IHHS	
(4)	პაციენტთა პროცენტი, რომლებმაც ბოლო სქესობრივი აქტის დროს კონდომი გამოიყენეს	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის		76%		IHHS	
(5)	აივ ინფორმირებულ ზრდასრულთა და ბავშვთა პროცენტი, რომლებმაც აივ თერაპიის დაწყებამდე 12 თვის შემდეგ აგრძელებდნენ მკურნალობას, იმ პაციენტთა შორის, რომლებმაც დაწყებული აქვთ ეს თერაპია	87%	2014	რეგისტრირებული მონიტორინგის მონაცემები	88%	89%	91%	რეგისტრირებული მონიტორინგის მონაცემები	

06	წარსულში მომხმარებელი პრივენტული წილი, რომლებიც ავრთხაბის დაწყებდან 12 თვის შემდეგ მკურნალობას აგრძელებენ. იმ პაციენტთა შორის, რომლებსაც დაწყებული აქვთ ეს თერაპია.	83% "	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	84% "	85% "	86% "	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1	მოცულის/გამოსავლის ინდეკსორები							
1.1	ავრთხაბის ინდექსის გადამცემის პრევენცია, ავრთხაბის ინდექსის გამოვლენა და მოვლითა და მკურნალობის სერვისების დროული უზრუნველყოფა მაღალი რისკის პაციენტებს შორის							
1.1.1	ავრთხაბის პრევენცია და გამოვლენა ინდექსის შორის							
	ინდექსის პრივენტული წილი, რომელიც მოცული იქნა ავრთხაბის პრივენციის პერიოდში - საბაზისო სერვისების კომპლექსი	26% "	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	57% "	62% "	67% "	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.2	ინდექსის პრივენტული წილი, რომლებსაც საბაზისო პერიოდში ჩაუტარდა ავრთხაბის ტესტირება და ექვინა მისი შედეგები	43% "	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	51% "	56% "	61% "	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.3	ნეშის და შვრიის პრივენციის ფარგლებში დარეგულირებული ნეშების და შვრიების რაოდენობა ნაოკოტიკის ერთ ინექციურ მომხმარებელზე ერთ წელიწადში	45.3	2013	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	57	78	101	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.1.2	რაიონი-ჩანაცვლებითი თერაპია და მკურნალობის და რეაბილიტაციის სხვა ფორმები			საბელმეფოსა და გლობალური ფონდის რაიონი-ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამის ანგარიშები				
1.4	რაიონი-ჩანაცვლებითი თერაპიის მეფი ინდექსების რაოდენობა	2851	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	4411	5511	6611	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.5	რაიონი-ჩანაცვლებითი თერაპიის მეფი ინდექსების პრივენტული წილი, რომლებიც ამ მკურნალობას სულ ცოტა 6 თვე იღებდნენ	განსაკუთრებული	განსაკუთრებული	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	60% "	65% "	70% "	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები

1.1.3	არგ ინფექციის პრევენცია და გამოვლენა მსმ-ებს შორის									რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.6	მსმ-ების პროცენტული წილი, რომელიც არგ პრევენციის პროგრამებით იქნა მოცული	11% ^ა	2014		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	25% ^ა	35% ^ა	50% ^ა		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.7	საანგარიშო პერიოდში ჩაუტარდა არგ ტესტი და ეცნობა ტესტის შედეგები	8% ^ა	2014		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	18% ^ა	25% ^ა	40% ^ა		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.1.4	არგ ინფექციის პრევენცია და გამოვლენა სექს-მუშაკ ქალებს შორის									
1.7	სექს-მუშაკების პროცენტული წილი, რომელიც არგ პრევენციის პროგრამებით იქნა მოცული	26% ^ა	2014		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	40% ^ა	50% ^ა	60% ^ა		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.9	საანგარიშო პერიოდში არგ ტესტირება ჩაუტარდა და ეცნობა შედეგები	20% ^ა	2014		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	30% ^ა	40% ^ა	50% ^ა		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.1.5	არგ ინფექციის პრევენცია და გამოვლენა პატიმრებს შორის									
1.10	პატიმრების პროცენტული წილი, რომლებსაც საანგარიშო პერიოდში ჩაუტარდა არგ ტესტირება და ეცნობა შედეგები	50% ^ა	2014		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	55% ^ა	60% ^ა	65% ^ა		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.2	არგ ინფექციის პრევენცია და გამოვლენა ჯანდაცვის დაწესებულებებში									
1.2.1	არგ ინფექციაზე პროვაიდერის მიერ ინიცირებული ტესტირების გაფართოება									
1.11	აღამიანების რაოდენობა, რომლებსაც ჩაუტარდა არგ ინფექციაზე პროვაიდერის მიერ ინიცირებული ტესტირება და ეცნობა შედეგები	განასახდვ	განასახვ		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	23.000	25.000	28.000		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.2.2	დონორის სისხლის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა									
1.12	სისხლის ერთეულების რაოდენობა, რომელთა არგ ინფექციაზე ხაზისიანი სკრინინგი განხორციელდა	56456	2014		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	56500	56500	56500		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.13	მოხალსე დონორების პროცენტული წილი	30.000% ^ა	2014		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	35% ^ა	40% ^ა	45% ^ა		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.2.3	არგ ინფექციის ექსპოზიციის შემდეგში პროფილაქტიკა									

	ჯანდაცვის მუშაკთა პროცენტული რაოდენობა, რომელსაც ესპიროზე ექსპოზიციის შეზღუდვით პროფილაქტიკა მკურნალობასთან ერთად	100%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	100%	100%	100%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.2.4	არც ინფექციის დედიდან შვილზე გადაცემის პრევენცია							
C15	ორსული ქალების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჩაუტარდა არც ტესტირება და ეცნობა შედეგები.	88%	2014	CARP 2014	100%	100%	100%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C16	არც ინფიცირებული ორსული პროცენტული წილი, რომლებსაც ჩაუტარდა არც თერაპია დედიდან შვილზე ინფექციის გადაცემის რისკის შემცირებლად	100%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	100%	100%	100%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C17	არც ინფიცირებული ქალების აბოლმობლითა პროცენტული წილი, რომლებსაც არც ინფექციზე ვირუსოლოგიური ტესტი ჩაუტარდა დაბადებიდან 2 თვის განმავლობაში	100%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	100%	100%	100%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
2	არც მივლა და მკურნალობა							
2.1	მკურნალობის და მივლის ხარისხიანი სერვისების შეუფერხებელი მიწოდება							
2.1.1	კლინიკური მოვლის აუცილებელი სერვისების მიწოდება ყველა არც ინფიცირებული საბავშვო							
C18	ახლად დიაგნოსტირებული პირების პროცენტული წილი, რომლებიც დაზოგისტირებული არიან მოვლის სერვისების მისაღებად	91%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	>90%	>90%	>90%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C19	პაციენტების რაოდენობა, რომლებიც ამხელატირულ სერვისებს იღებენ	2700	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	3450	3900	4300	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
2.1.2	არც თერაპიის მიწოდება არსებული გაიდლაინების შესაბამისად ყველა იმ არც ინფიცირებული პირისთვის, ვისაც ეს თერაპია ესპიროზე, მათ შორის ავსტრალიის რეგიონში.							
C20	ეროვნული სამკურნალო პროტოკოლის შესაბამისად არც თერაპიაზე მყოფი მოზარდებისა და ბავშვების რაოდენობა სანაგაოში პერიოდის ბოლოს	2541	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	3000	4300	4800	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები

21	ეროვნული სამკურნალო პროტოკოლის შესაბამისად არც თერაპიაზე მყოფი მონარდილებისა და ბავშვების რაოდენობა საანგარიშო პერიოდის ბოლოს, საქართველოს კონფლიქტური რეგიონის გაქოცვებით.	2228	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	3300	3700	4100	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
22	ეროვნული სამკურნალო პროტოკოლის შესაბამისად არც თერაპიაზე მყოფი მონარდილებისა და ბავშვების რაოდენობა საანგარიშო პერიოდის ბოლოს საქართველოს კონფლიქტური რეგიონში.	313	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	500	600	700	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
23	პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც კლანიკში იღებენ სამკურნალო რეჟიმის დაცვის მონიტორინგის და მხარდაჭერის სერვისებს	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	3100	3500	3900	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
24	მომიღორე ჯგუფების მიერ განხორციელებული სამკურნალო რეჟიმის დაცვის მონიტორინგის და მხარდაჭერის რაოდენობა	4228	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	4200	4400	4600	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
21.3	პროგრამის ეფექტური ადმინისტრირება და მომსახურების მიწოდების ხარისხი							
25	არც თერაპიაზე მყოფი ადამიანების პროცენტული წილი, რომლებმაც 12 თვის თერაპიის შემდეგ ტესტირება ჩაიტარეს ვირუსულ დატვირთვაზე და რომელთა ვირუსული დატვირთვის დონე არის ≤ 1000 ერთეული/მლ	82%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	83%	84%	85%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
26	ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების ანამნეზის მქონე არც თერაპიაზე მყოფი პირების პროცენტული წილი, რომლებმაც 12 თვის თერაპიის შემდეგ ტესტირება ჩაიტარეს ვირუსულ დატვირთვაზე და რომელთა ვირუსული დატვირთვის დონე არის ≤ 1000 ერთეული/მლ	71%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	73%	75%	77%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
27	არც ინექციასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა	504	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	522	540	556	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
28	სამედიცინო დაწესებულებების პროცენტული რაოდენობა, რომლებშიც არც მედიკამენტების წყვეტას აღებული არ ჰქონია	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	100%	100%	100%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
2.2	ტუბერკულოზთან და ვირუსულ C ჰეპატიტთან კონტაქტის და ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების მიზეზით გამოწვეული ავადობის და სიკვდილანობის შემცირება							

[illegible]

3.3.1	სტიმულის დონე უკანდავების მომენტებზე შორის	განსასაზღვრია	განსასაზღვრია	რუტინული მონიტორინგის მომენტები	განსასაზღვრია	განსასაზღვრია	რუტინული მონიტორინგის მომენტები
3.3	ინფორმაციული გადაწყვეტილებების მიღების პროცესისათვის მტკიცებულებების მოგროვება						
3.3.1	ეკონომიკური ანალიზი რუტინული ზედამხედველობის მონაცემებსა და მონაცემთა დაზუსტებით წყაროებზე დაყრდნობით, პერსონალზე მოვლისა და მხარდაჭერის სერვისების შეფასება, პროგრამის მონიტორინგის სისტემების შეფასება და რევიზია						
4.1	ეკონომიკური ანალიზი რუტინული ზედამხედველობის მონაცემებსა და მონაცემთა დაზუსტებით წყაროებზე (მაგ., უსაფრთხო სიხლის მონაცემთა ბაზაზე) დაყრდნობით	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუტინული მონიტორინგის მომენტები	1	1	რუტინული მონიტორინგის მომენტები
4.1	პროგრამის მონიტორინგის სისტემის შეფასება და რევიზია	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუტინული მონიტორინგის მომენტები	1	1	რუტინული მონიტორინგის მომენტები
4.2	პროგრამის მონიტორინგის სისტემის შეფასება და რევიზია	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუტინული მონიტორინგის მომენტები	1	1	რუტინული მონიტორინგის მომენტები
4.3	მონაცემთა ბაზებზე შორის კვებით დამატება მოვლის სერვისებით საინტერესოების მხარდაჭერად	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუტინული მონიტორინგის მომენტები	1	1	რუტინული მონიტორინგის მომენტები
4.4	მონიტორინგითი ხარისხობრივი შეფასება მაღალი რისკის ჯგუფებში (ყოველწლიურად)	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუტინული მონიტორინგის მომენტები	1	1	რუტინული მონიტორინგის მომენტები
3.3.2	ბიო-ბიკვირისტიკული ინტეგრირებული კვლევები მაღალი რისკის ჯგუფებში შორის პიკულაციების საგარეულო ზომის ასახვით: ინტ-ები, ქალი სექს-შეჯავები, მსმ-ები, პატარები, ქუჩის ბავშვები და სარისკო ქვეყნის მქონე ახალგაზრდები; ავგ მოწყვლადობის სააბისო კვლევა შრომით მოგრანტებს შორის						
4.5	რუტინული კვლევების რაოდენობა (ინტ-ებს შორის)	1	2012	რუტინული მონიტორინგის მომენტები	1		რუტინული მონიტორინგის მომენტები
4.6	რუტინული კვლევების რაოდენობა (ქალი სექს-მუშაკებს შორის)	1	2014	რუტინული მონიტორინგის მომენტები	1	1	რუტინული მონიტორინგის მომენტები
4.7	რუტინული კვლევების რაოდენობა (მსმ-ებს შორის)	1	2014	რუტინული მონიტორინგის მომენტები	1		რუტინული მონიტორინგის მომენტები
4.8	რუტინული კვლევების რაოდენობა (პატარებში)	1	2012	რუტინული მონიტორინგის მომენტები	1		რუტინული მონიტორინგის მომენტები

შირის)				მონიტორინგის მონაცემები		მონიტორინგის მონაცემები	
	აღვ-ის ინციდენტობის შეფასების კვლევები ინფექციის ტესტირების მიმდინარე ალგორითმით (RITA)						
3.3.3	ნატარებული კვლევების რეგულაცია (აღვ-ის ინციდენტობის შეფასების კვლევები RITA-ს განყოფინებით)	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუსტინული მონიტორინგის მონაცემები	1	1	რუსტინული მონიტორინგის მონაცემები
3.3.4	ოპერაციული კვლევები პაციენტების მიერ აღვ მოვლის სერვისებით სარგებლობის შესაფასებლად, ნებაყოფლობითი კონსულტაციებისა და ტესტირების სერვისების (ინფ-ებისთვის, მსმ-ებისთვის) და ოპოტიმიზაციის გზებით თერაპიის (ინფ-ებისთვის) ხელმისაწვდომობაში გაზრდის გზების სამედიცინო დაწესებულებებში სტიმულაციის დაკავშირებული ძირითადი ფაქტორების გამოავლენად; რეკომენდაციების შექმნა მკაცრულად და დაფუძნებული ინტერვენციებისთვის; სამედიცინო სერვისების უზრუნველყოფის და პაციენტთა კმაყოფილების შეფასება აღვ/მრავალთა ინფიცირებაზე	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუსტინული მონიტორინგის მონაცემები	5	2	რუსტინული მონიტორინგის მონაცემები
3.3.5	ნატარებული საოპერაციო კვლევების რეგულაცია ცალკეული პრევენციული და სამკურნალო ინტერვენციების ეკონომიკური შეფასება და (ქვეყნის შიგნით) კონსულტაციის ინტერვენციების ეფექტიანობის შეფასება			რუსტინული მონიტორინგის მონაცემები		2	რუსტინული მონიტორინგის მონაცემები
3.4	ნატარებული კვლევების რეგულაცია	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუსტინული მონიტორინგის მონაცემები			რუსტინული მონიტორინგის მონაცემები

დანართი 4. აივ/მიდსის პრევენციისა და კონტროლის 2016-2018 წლების ეროვნული სტრატეგიის განხორციელების გეგმა და ბიუჯეტი

4.1. აივ/მიდსის პრევენციისა და კონტროლის 2016-2018 წლების ეროვნული სტრატეგიის განხორციელების დეტალური ბიუჯეტი

#	სტრატეგიული პროგრამები/განხორციელების სფერო	სულ აშშ დოლარი				მათერია				სხვა			
		2016	2017	2018	სულ	2016	2017	2018	სულ	2016	2017	2018	სულ აშშ დ
1.1	აივ ინფექციის გადაცემის პრევენცია, აივ ინფექციის გამოვლენა და მოვლისა და მკურნალობის სერვისების დროული უზრუნველყოფა მაღალი რისკის ჯგუფების მხრის	7,197,121	8,530,010	9,734,163	25,461,295	2,190,958	3,238,611	3,833,859	9,263,428	5,006,163	5,291,400	5,900,304	16,197,867
1.1.1	აივ ინფექციის პრევენცია და გამოვლენა ინმ-გმმ	1,787,056	1,842,815	1,982,072	5,611,944	0	0	56,585	56,585	1,787,056	1,842,815	1,925,487	5,555,359
1.1.2	ოპიოიდ- ჩანაცვლებითი თერაპია და მკურნალობისა და რეაბილიტაციის სხვა ფორმები	4,450,684	5,604,043	6,558,939	16,613,667	2,190,958	3,230,709	3,763,323	9,184,990	2,259,726	2,373,334	2,795,617	7,428,677
1.1.3	აივ ინფექციის პრევენცია და გამოვლენა მსმ-გმმ	513,837	653,025	748,216	1,915,077	0	0	5,783	5,783	513,837	653,025	742,433	1,909,294
1.1.4	აივ ინფექციის პრევენცია და გამოვლენა სექს-მუშა ქალებში	256,486	278,127	304,850	839,463	0	0	8,169	8,169	256,486	278,127	296,681	831,294
1.1.5	აივ ინფექციის პრევენცია და გამოვლენა პაციენტებში	85,269	98,320	89,864	273,453	0	7,902	0	7,902	85,269	90,418	89,864	265,551
1.1.6	სერვისების ხარისხის	103,789	53,680	50,222	207,691	0	0	0	0	103,789	53,680	50,222	207,691

#	სტრატეგიული პრიორიტეტი/გამხორციელების სფერო	სულ აშშ დოლარი				მთავრობა				სხვა			
		2016	2017	2018	სულ	2016	2017	2018	სულ	2016	2017	2018	სულ აშშ დოლარი
1.2	არც ინფექციის პრევენცია და გამოვლენა ჯანდაცვის დაწესებულებებში	1,582,077	1,671,907	1,796,945	5,050,930	1,524,317	1,660,462	1,785,042	4,969,820	57,760	11,446	11,904	81,109
1.2.1	პროფილაქსიის მეთოდები ინფორმაციის გაცემის საშუალებების გამოყენებით	370,328	414,317	473,433	1,258,078	349,435	402,871	461,530	1,213,835	20,893	11,446	11,904	44,242
1.2.2	საფრთხიდან დაცვის უზრუნველყოფა	467,271	490,634	510,260	1,468,165	467,271	490,634	510,260	1,468,165	0	0	0	0
1.2.3	არც ინფექციის ექსპონირების შემცირების პოპულაციის	1,753	1,841	1,914	5,509	1,753	1,841	1,914	5,509	0	0	0	0
1.2.4	არც ინფექციის დედადამ მუცლის	150,416	169,860	189,054	509,330	113,549	169,860	189,054	472,463	36,867	0	0	36,867
1.2.5	არც ინფექციის გავრცელების პრევენციის - პაციენტების და ტესტირების რისკის	592,309	595,256	622,284	1,809,849	592,309	595,256	622,284	1,809,849	0	0	0	0
2.1	მკურნალობის და მოვლის ხარისხიანი სერვისების უზრუნველყოფა	5,483,516	10,857,863	7,513,974	23,855,354	2,751,613	9,747,640	7,008,657	19,507,908	2,731,904	1,110,224	505,317	4,347,446
2.1.1	არც ინფორმაციის გაცემის საშუალებების მიწოდება	3,204,906	3,710,230	4,278,715	11,193,851	2,129,280	3,415,866	4,278,715	9,823,860	1,075,626	294,364	0	1,369,990
2.1.2	არც ინფორმაციის გაცემის საშუალებების მიწოდება	1,876,546	2,183,496	2,503,248	6,563,291	572,371	1,737,344	2,382,427	4,692,141	1,304,176	446,152	120,821	1,871,149

#	სტრატეგიული პროგრამები/გამხორციელების სფერო	სულ აშშ დოლარი			მთავრობა					სხვა			
		2016	2017	2018	სულ	2016	2017	2018	სულ	2016	2017	2018	სულ აშშ დ
2.1.3	პროგრამის ევმესტური ჯანმრთელობის და სერვისების მწოდების ხარისხი	402,064	422,167	439,054	1,263,286	49,962	52,460	54,558	156,980	352,103	369,708	384,496	1,106,306
2.1.4	ინფრასტრუქტურისათვის საჭირო ინვესტიციები	0	4,541,970	292,957	4,834,927	0	4,541,970	292,957	4,834,927	0	0	0	0
2.2	ტუბერკულოზიდან და ვირუსულ C ჰეპატიტიდან ჯანმრთელობის და ხარჯები კების ინექციური გამოყენების მიზნით ვეადომის და სკკდალიანობის შემცირება		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.2.1	აივ და ტუბერკულოზის ეთიოპლოგი პსტრიონების გაძლიერება (დაფინანსებული ტუბქოკულოზის პროგრამის მიერ)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.2.2	ქვილა აივ ინფიციონებული აქროსათვის ვირუსული C ჰეპატიტის მკურნალობის და მოვლის ხელმისაწვდომობა (დაფინანსებული C ჰეპატიტის პროგრამის მიერ)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.3	მოვლის და მხარდაჭერის სერვისების მიწოდების უზრუნველყოფა აივ ინფიციონებულებისათვის	221,855	227,511	241,032	690,397	0	0	0	0	221,855	227,511	241,032	690,397
2.3.1	თანასწორ-მხარდაჭერი სერვისების მიწოდების უზრუნველყოფა	149,767	149,959	158,685	458,410	0	0	0	0	149,767	149,959	158,685	458,410
2.3.2	ქიმიოკული პაციენტებისათვის ადოპტიური მოვლის უზრუნველყოფა	69,874	73,367	76,302	219,543	0	0	0	0	69,874	73,367	76,302	219,543
2.3.3	აივ ინფიციონებული პირების აივ და სხვა სამედიცინო და მხარდაჭერი სერვისებით ევმესტური უზრუნველყოფა	2,214	4,185	6,045	12,444	0	0	0	0	2,214	4,185	6,045	12,444

#	სტრატეგიული პრიორიტეტი/გამხიარეულების სფერო	სულ აშშ დოლარი				მთავრობა					სხვა		
		2016	2017	2018	სულ	2016	2017	2018	სულ	2016	2017	2018	სულ აშშ დ
3.2.3	სამოქალაქო სექტორისა და ადვოკატებისა და ადამიანის უფლებათა დამცავი ორგანიზაციების მხიარეუ ორგანიზაციებს დისკრიმინაციის საკითხთან დაკავშირებით: ქოთონბლოკი გეგმების განვითარება	454	477	496	1,427	0	0	0	0	454	477	496	1,427
3.2.4	მედის უფრო აქტიურად გამოყენება სტრუქტურის აღმოფხვრის, ნერვოზულობითი კონსულტაციებისა და ტესტირების და სხვა სერვისების პრაქტიკის განხორციელების და ზოგადი ცხოვრების ახალგაზრდობის მიზნით (მედი კამპანიები CBO/CSO/NSA-ის მიერ)	27,638	45,712	47,540	120,889	0	0	0	0	27,638	45,712	47,540	120,889
3.2.5	საქონლის მფლობელებისკენ მიმართული აქტივობების მკვეთრად და განხორციელება ავგ ინფორმაციული ორგანიზაციებისა და მხიარეუ ორგანიზაციების მიერ	58,144	64,628	67,214	189,986	0	0	0	0	58,144	64,628	67,214	189,986
3.2.6	ქვეყნის საკონფიდენციალო სამსახურის მხიარეუ ორგანიზაციებისა და ავგ ინფორმაციული ორგანიზაციების მიერ	68,961	72,409	75,305	216,675	0	0	0	0	68,961	72,409	75,305	216,675
3.2.7	ოპერატიული გეგმების თვითმართვის მიერ თვითმართვის და ადვოკაციის განხორციელების და ადვოკაციის აქტივობების მხიარეუ ორგანიზაციების (ნარკოტიკებისა, ლეგალური და სხვა)	95,431	90,902	94,539	280,872	0	0	0	0	95,431	90,902	94,539	280,872
3.2.8	მხიარეუ ორგანიზაციების კონფიდენცია	4,542	2,385	0	6,927	0	0	0	0	4,542	2,385	0	6,927
3.3	ინფორმაციული გადაწყვეტილების მიღების	435,146	448,221	297,406	1,180,774	0	0	91,613	91,613	435,146	448,221	205,793	1,089,161

#	სტრატეგიული პრიორიტეტი/განხორციელების სფერო	სულ აშშ დოლარი				მათერიალ				საბა			
		2016	2017	2018	სულ	2016	2017	2018	სულ	2016	2017	2018	სულ აშშ დ
	პროექტისათვის მატარებელზე მონიტორინგის მოგროვება												
3.3.1	ქრდიტორი დოკუმენტი ანალიზი რეგისტრირებული ზედამხედველობის მონაცემებსა და მონაცემთა დამატებით წყაროებზე დაყრდნობით, ავტომატურად ზრუნვისა და მხარდაჭერის სერვისების შეფასება, პროგრამის მონიტორინგის სისტემის შეფასება და რეგისტრაცია	89,259	103,641	56,998	249,899	0	0	0	0	89,259	103,641	56,998	249,899
3.3.2	ბიო-ბიკვირის სტრუქტურული ინტეგრირებული კვლევები მდელი რისკის ჯგუფებს შორის პოტენციური საფრთხეა ზომის ასახვით: ინფექციები, ქალი სექს-ტრანსმისიონები, პათოგენები, ქოჩის ბაქტერიები და სარისკო ქცევის მქონე ახალგაზრდები; ახვ მონიტორინგის საბაზისო კვლევა მონიტორინგის სისტემის შიგნით	265,949	293,937	190,810	750,696	0	0	91,613	91,613	265,949	293,937	99,197	659,082
3.3.3	ავტომატური ინტეგრირებული კვლევები ინფექციების ტესტირების მიმდინარე ალგორითმით (RITA)	22,710	0	24,799	47,509	0	0	0	0	22,710	0	24,799	47,509
3.3.4	კონსულტაციური კვლევები: პაციენტების მიერ ავტომატური სერვისების სარგებლობის შესაფასებლად: ნებისყოფიანობით კონსულტაციებისა და ტესტირების სერვისების (ინფ, მსმ) და ოპერირება-კანცელაციით თერაპიის (ინფ) სერვისებისა და მონიტორინგის გარდასათვალისწინებლად: სამედიცინო დაქირებულ პირების სტრუქტურული დაკავშირებული ძირითადი	57,229	14,307	24,799	96,335	0	0	0	0	57,229	14,307	24,799	96,335

#	სტრატეგიული პრიორიტეტი/განხორციელების სფერო	სულ აშშ დოლარი				მათერია				საბა			
		2016	2017	2018	სულ	2016	2017	2018	სულ	2016	2017	2018	სულ აშშ დ
	ფინანსური გამსავლენად: რეკონსტრუქციების შემუშავება მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ინვესტიციებისთვის; სახელმწიფო სერვისების უზრუნველყოფის და პაციენტთა კმაყოფილების შეფასება ჯანდაცვითი ინფორმაციული მართვის												
335	ცალკეული მოგვცნული და სამკურნალო ინტერვენციების ეკონომიკური შეფასება ინტერვენციების ეფექტიანობის (მედიკალინური კომუნიკაციის) შეფასება	0	36,336	0	36,336	0	0	0	0	0	36,336	0	36,336
41	დაფინანსების საერთაშორისო მექანიზმების მეშვეობით მიღებული დაფინანსების მართვა	316,713	335,930	369,207	1,021,851	0	0	0	0	316,713	335,930	369,207	1,021,851
	სულ	15,542,886	22,405,368	20,280,931	58,129,189	6,492,287	14,673,382	12,746,903	33,912,572	9,050,601	7,731,989	7,534,026	24,316,616

4.2 აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის 2016-2018 წლების ეროვნული სტრატეგიის განხორციელების გეგმა

შემოკლების განმარტება:

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო-მუკდ სამინისტრო
სსიპ „დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი“-დკმ
სს ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/მ ცენტრი-იპშკიც
არასამთავრობო ორგანიზაციების ქსელი-აო ქსელი
(ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი-ტფდე ცენტრი
კოოგორამის განმხორციელებელი ორგანიზაციები-პგო
სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი დაწესებულებები-სმმდ

პროცენტები და ლინისიერები	ინდიკატორი	საბაზისო წელი				მოსალოდნელი შედეგი	პასუხისმ- გებელი უწყება	პარტნიორი ორგანიზაცია	საპროგნოზო ზიუჯები (აშშ დოლარი)			დაფინანს- წყარი	
		2013-2014	2016	2017	2018				2016	2017	2018		
1	აივ/შიდსის პრევენცია და გამოვლენა												
1.1	აივ ინფექციის გადაცემის პრევენცია, აივ ინფექციის გამოვლენა და მოვლისა და მკურნალობის სერვისების დროული უზრუნველყოფა მაღალი რისკის ჯგუფებს შირის									7,197,121	8,530,010	9,734,163	
1.1.1	აივ ინფექციის პრევენცია და გამოვლენა იშმ-ებში	იშმ-ების პროცენტული წილი, რომელიც მოიცავს იქნა აივ პრევენციის პროგრამებით - საბაზისო სერვისების კომპანია	26%	57%	62%	67%	მუკდ სამინისტრო -დკმ	აო სკელი	1,787,056	1,842,815	1,982,072	მთავრო გლობალ ფონდი	
		იშმ-ების პროცენტული წილი, რომელიც საანგარიში პერიოდში ჩატარდა აივ ტესტირება და ეცნობა მისი შედეგები	43%	51%	56%	60%							

		ნების და მპროვის პროგრამების ფარგლებში დაორიგებული ნებისებისა და მპროცების რაოდენობა ნარკოტიკის ერთ ინტერერ მიმმარელებზე ერთ წელწადში	45.3	57	78	101						
		ოპიოდ-ჩანაცვლებით თერაპიაზე მყოფი ინდივიდების რაოდენობა	2,850	4,800	5,500	6,000						
112	ოპიოდ- ჩანაცვლებით თერაპია და მკურნალობისა და რეაბილიტაციის სხვა ფორმები	ოპიოდ-ჩანაცვლებით თერაპიაზე მყოფი ინდივიდების პროცენტული წილი, რომლებიც ამ მკურნალობას სულ ცოტა 6 თვე იღებდნენ	-	60%	65%	70%	მესდი სამ- დავს	მას ფარეკური გენში და ნარკოტიკის პრევენციის ცენტრი	4,450,684	5,604,043	6,558,939	მიავრო გლობალ ფონდ
		მმ-ების პროცენტული წილი, რომელიც ავ პრევენციის პროგრამებით ექნა მოცული	10%	25%	35%	50%						
113	ავ ინფექციის პრევენცია და გამოვლენა მმ-ებში	მმ-ების პროცენტული წილი, რომლებსაც საანგარიში პერიოდში ჩატარდა ავ ტესტი და ექნება ტესტის შედეგები	8%	18%	25%	40%	დავს	აოქელი	513,837	653,025	748,216	მიავრო გლობალ ფონდ
		სექს-ხუმაკების პროცენტული წილი, რომელიც ავ პრევენციის პროგრამებით ექნა მოცული	26%	40%	50%	60%	დავს					
114	ავ ინფექციის პრევენცია და გამოვლენა სექს-ხუმაკ ქალებში	სექს-ხუმაკების პროცენტული წილი, რომლებსაც საანგარიში პერიოდში ავ ტესტირება ჩატარდა და ექნება შედეგები	20%	30%	40%	50%	დავს	აოქელი	256,486	278,127	304,850	მიავრო გლობალ ფონდ
115	ავ ინფექციის პრევენცია და გამოვლენა პატიმრებში	პატიმრების პროცენტული წილი, რომლებსაც საანგარიში პერიოდში ჩატარდა ავ ტესტირება და ექნება შედეგები	50%	55%	60%	65%	საპროვეელს სასჯელადს რულების და პრობაციის სამინისტრო	აოქელი	85,269	98,320	89,864	მიავრო გლობალ ფონდ

[illegible]

1.2.1	პროექტის მიერ ინვესტირებული არც ტესტირების გადმოცემა	აღამაჩების რაოდენობა, რომლებსაც ჩატარდა არც ინვესტირებული პროექტის მიერ ინვესტირებული ტესტირება და ეცნობა შედეგები	განსახილველი	23000	23000	28000	დაკავ: იპეივ	სმმდ	370,328	414,317	473,433	მთავროვალ ფონდ
1.2.2	დონორის სისხლის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა	სისხლის ერთეულების რაოდენობა, რომელთა არც ინვესტირებული ხარისხიანი სკინინგე გამორიცხულა	56456	56500	56500	56500	დაკავ	სისხლის და მისი პროდუქტების დამამუშავების სადგურები	467,271	490,634	510,260	მთავრო
1.2.3	არც ინვესტირების ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა	ჯანდაცვის მომსახურება, რომელსაც ექსპოზირება ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა	110%	100%	100%	100%	დაკავ: იპეივ	სმმდ	1,753	1,841	1,914	მთავრო
1.2.4	არც ინვესტირების დედიდან შეიღებუ გადაცემის პროექტები	ორსული ქალების % რომლებსაც ჩატარდა არც ტესტირება და ეცნობა შედეგები.	88%	100%	100%	100%	შესდ სამინისტრო დაკავ: იპეივ	სმმდ	150,416	169,860	189,054	მთავროვალ ფონდ
		არც ინვესტირებული ორსული ქალების %, რომლებსაც ჩატარდა არც ტესტირება დედიდან შეიღებუ ინვესტირების გადაცემის რისკის შესამცირებლად	100%	100%	100%	100%						
		არც ინვესტირებული ქალების ახალმშობილია %, რომლებსაც არც ინვესტირებული ვირუსოლოგიური ტესტი ჩატარდა დამამუშავების 2 თვის განმავლობაში	100%	100%	100%	100%						

[illegible]

	ქრონული სამკურნალო პროტოკოლის შესაბამისად არც თერაპიაზე მყოფი მოზრდილებისა და ბავშვების რაოდენობა საანგარიშო პერიოდის ბოლოს, საქართველოს კონფლიქტური რეგიონის გამოკლებით.	2228	3300	3700	4100	მთავრო გლობალ ფონდ
	ქრონული სამკურნალო პროტოკოლის შესაბამისად არც თერაპიაზე მყოფი მოზრდილებისა და ბავშვების რაოდენობა საანგარიშო პერიოდის ბოლოს საქართველოს კონფლიქტური რეგიონში.	313	500	600	700	
	პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც კლინიკაში იღებენ სამკურნალო რეჟიმის დაცვის მონიტორინგის და მხარდაჭერის სერვისებს	მონაცემი არ არის	3100	3500	3900	
	მობილური ჯგუფების მიერ განხორციელებული სამკურნალო რეჟიმის დაცვის მონიტორინგის და მხარდაჭერის ვიზიტების რაოდენობა	4228	4200	4400	4600	
213	არც თერაპიაზე მყოფი ადამიანების პროცენტული წილი, რომლებმაც 12 თვის თერაპიის შემდეგ ტესტირება ჩაიტარეს ვირუსულ დატვირთვაზე და რომელთა ვირუსული დატვირთვის დონე არის ≤ 1000 ერთეული/მლ	82%	83%	84%	85%	მთავრო გლობალ ფონდ
შესდ სამონიტორო იპმეიგ		დასვ	402,065	422,167	439,054	

[illegible]

	არე მოცდის სერვისების მისაღებად ხალაფოქის ტოპოგრაფიული თეზიკის და ბავშვების რაოდენობა, რომლებიც ასევე იწვევენ რბოლაში ან პრევენციულ ჯანდაცვით სამსახურში პერიოდში	92	150	2000	250					მთავარი ტუბერკულოზ მართვა საბავშვო კოორდინა ფარგული
2.2.2	ყველა არე ინფიცირებული პირისათვის ყოველწლიურ და პედაგოგის მკურნალობისა და მოვლის ხელმძღვანელისათვის დოკუმენტაციის პერიოდში (მედიკამენტების პერიოდში)	136	150	1500	150	სოციალური დაცვის სამსახური				მთავარი პედაგოგის კოორდინა ფარგული
2.3	მოვლის და მხარდაჭერის სერვისების მიწოდების უზრუნველყოფა არე ინფიცირებულებისათვის									
2.3.1	დამატებითი ინფორმაციის გაცემის მიზნით, არე ინფიცირებულების მოვლის უზრუნველყოფა	848	1018	1222	1400	მიმართ დაცვის სამსახური თავდაცვის სამსახური	149,767	149,959	158,685	მთავარი პედაგოგის კოორდინა ფარგული
2.3.2	ქონის, ქონის მფლობელების დაცვის უზრუნველყოფა	1461	1500	1500	1500	დაცვის სამსახური თავდაცვის სამსახური	69,874	73,367	76,302	მთავარი პედაგოგის კოორდინა ფარგული
2.3.3	არე ინფიცირებული პირების დაცვის უზრუნველყოფა	4 (კანცლი)	4 (კანცლი)	4 (კანცლი)	4 (კანცლი)	დაცვის სამსახური თავდაცვის სამსახური	2,214	4,185	6,045	მთავარი პედაგოგის კოორდინა ფარგული
სულ										

3.1	არეპროექტული და მკურნალობისთვის ადგენილი პაციენტების უზრუნველყოფა სახელმწიფო ხიუჯებიდან ეროვნული პასუხის გარემოებისა და გარემოების მიხედვით								37,662	43,106	28,231	
3.1.1	არეპროექტული და მკურნალობისთვის ადგენილი პაციენტების უზრუნველყოფა სახელმწიფო ხიუჯებიდან ეროვნული პასუხის გარემოებისა და გარემოების მიხედვით	განდაცვის ეროვნული ანგარიშები მიმდინარეობს		დაახ	დაახ	დაახ	მეცდ სამინისტრო -დაკვ	აოქტომბერი		26,669	27,735	მიმდინარეობს
3.1.2	ეროვნული გარემოების გვერდის განვითარება (გარე დაფინანსებიდან სახელმწიფო დაფინანსებაზე გადასვლა) მომსახურების დაფინანსების მიზნით, მათი მომსახურების მიზნით	არეპროექტული დონორის დაფინანსებიდან ადგილობრივ დაფინანსებაზე გადასვლის გარემოების გვერდის	გვერდის მიმდინარეობს არ არის		დაახ		მეცდ სამინისტრო -დაკვ	დაფინანსების სამინისტრო რომელი, აო	12,263	16,437	496	განდაცვის ფონდი
3.2	პროექტული გარემოს და დაფინანსების მიზნით								268,796	290,820	299,973	
3.2.1	არეპროექტული და მკურნალობისთვის ადგენილი პაციენტების უზრუნველყოფა სახელმწიფო ხიუჯებიდან ეროვნული პასუხის გარემოებისა და გარემოების მიხედვით	განდაცვის ეროვნული ანგარიშები მიმდინარეობს		დაახ	დაახ	დაახ	მეცდ სამინისტრო -დაკვ	აოქტომბერი	9,084	9,538	9,920	განდაცვის ფონდი
3.2.2	არეპროექტული და მკურნალობისთვის ადგენილი პაციენტების უზრუნველყოფა სახელმწიფო ხიუჯებიდან ეროვნული პასუხის გარემოებისა და გარემოების მიხედვით	განდაცვის ეროვნული ანგარიშები მიმდინარეობს		დაახ	დაახ	დაახ	მეცდ სამინისტრო -დაკვ	აოქტომბერი	4,542	4,769	4,960	განდაცვის ფონდი

3.2.3	საქართველო სექტორისა და ადგილობრივი და ადგილობრივი უფლებამოსი დაამყარო ორგანიზაციების მქონე ორგანიზაციების დასაქმების მართვა და განვითარება: ერთობლივი გეგმების განვითარება	მომზადებული გეგმების რაოდენობა				განსახიზღვ რია				შეესდ სამხმარსრო -დ.კ.მ. ქვეყნის საკონტინ აიგიო სამკო	აიო ქსელი	454	477	496	გლობალ ფონდი
3.2.4	მედიის უფრო აქტიურად გამოყენება სტრუქტურის ადგილობრივი, ნებაყოფლობითი კონსულტაციებისა და ტესტირების და სხვა სერვისების მიმწოდებლების და ზოგადი ცნობიერების ამაღლების მიზნით (მედიის კამპანიები CBO/CSO/NSA-ის მიერ)	სტრუქტურის ადგილობრივი, ნებაყოფლობითი კონსულტაციებისა და ტესტირების და სხვა სერვისების მიმწოდებლების და ზოგადი ცნობიერების ამაღლების მიზნით (მედიის კამპანიები CBO/CSO/NSA-ის მიერ)				1	1	1		შეესდ სამხმარსრო -დ.კ.მ. ქვეყნის საკონტინ აიგიო სამკო	აიო ქსელი	27,638	45,712	47,540	გლობალ ფონდი, I დონორები განისაზღ
3.2.5	სტრუქტურის შემდგომი განვითარება აქტივების გეგმვა და განხორციელება აიგი ინფორმაციულია ორგანიზაციებისა და მაღალი რისკის გეგმების ქსელების მიერ	15-49 წლის ასაკის ქსელებისა და მამაკაცების პროგრესული წილი, რომლებიც მისაღებ მიდგომებს გამოხატავენ	სტრუქტურის დონე განვითარების გეგმვების მიერ			განსახიზღვ რია				დ.კ.მ.	აიო ქსელი	58,144	64,628	67,214	გლობალ ფონდი, I დონორები განისაზღ
3.2.6	ქვეყნის საკონტინენტული სამსახურის რაოდენობა და ადგილობრივი კამპანიების განვითარება	ქვეყნის საკონტინენტული სამსახურის რაოდენობა და ადგილობრივი კამპანიების განვითარება				განსახიზღვ რია				დ.კ.მ.	აიო ქსელი	68,961	72,409	75,305	გლობალ ფონდი, I დონორები განისაზღ
3.2.7	რისკი: გეგმების ერთობლივი ქსელების მიერ თანამშრომლობის პოლიტიკის განხორციელების და ადგილობრივი კამპანიების განვითარების მხარდაჭერა	რისკი: გეგმების ერთობლივი ქსელების მიერ თანამშრომლობის პოლიტიკის განხორციელების და ადგილობრივი კამპანიების განვითარების მხარდაჭერა				განსახიზღვ რია				დ.კ.მ.	აიო ქსელი	95,431	90,902	94,539	გლობალ ფონდი, I დონორები განისაზღ

		პატარებელი კვლავი რაოდენობა (პატარებელი მეორე)	1							
3.3.3	პატარებელი კვლავი რაოდენობა (პატარებელი მეორე) ადგილობრივი (RITA)	პატარებელი კვლავი რაოდენობა (პატარებელი მეორე) RITA-ს გამოყენებით	1	1	დაკავს იპვე ცენტრი	აოქსელი	22,710	-	24,799	გლობალ ფონდ
3.3.4	პატარებელი კვლავი	პატარებელი საოქსელი კვლავების რაოდენობა	2		დაკავს	აოქსელი	57,229	14,307	24,799	გლობალ ფონდი, დონორები განსაზღვრ
3.3.5	პატარებელი კვლავი რაოდენობა (პატარებელი მეორე) ადგილობრივი (RITA)	პატარებელი კვლავი რაოდენობა	2		დაკავს	პეო	-	36,336	-	გლობალ ფონდი
დაფინანსების საერთაშორისო მუხრების მუხრებით ხელშეწყობილი დაფინანსების წარმოება										
4.1	დაფინანსების საერთაშორისო მუხრების მუხრებით ხელშეწყობილი დაფინანსების წარმოება	გლობალური ფონდის დაფინანსების ძირითადი მიზნები ფინანსირების უზენაესად	ძირითადი მიზნების საქმიანობა მუხრების გლობალური ფონდის პროგრამები თუ A(-) ით	ძირითადი მიზნები ინაჩუენების მაღალ მუხრებს	დაკავს	პეო	316,713	335,930	369,207	გლობალ ფონდი
	სულ						1,542,888	22,405,368	20,280,931	

გამოყენებული ლიტერატურა

- 1Georgia. Country progress report, January 2012 - December 2013. Global AIDS Response Progress Report.National Centre for Disease Control and Public Health.Tbilisi: 2014
- 2Spectrum EPP 2014, version 5.03
- 3The Integrated Bio-behavioural Surveillance Studies (IBBSS) in Tbilisi. 2012
- 4Tsersvadze T, Chkhartishvili N, Dvali N, Karchava M, Chokoshvili O, Tavadze L, et al. Estimating HIV incidence in eastern European country of Georgia: 2010-2012. *Int J STD AIDS* 2014;25:913-920.
- 5Bio Behavioral Surveillance Survey-with biomarker component among HIV/AIDS risk groups. identifying the number of injective drug users (IDU), operations survey, 2012 Curatio International Foundation , Tbilisi, Georgia
- 6Chkhartishvili N, Sharavdze L, Chokoshvili O, DeHovitz JA, del Rio C, Tsersvadze T. The cascade of care in the Eastern European country of Georgia.*HIV Med* 2015;16:62-66.
- 7საქართველო. აივ/შიდსისგავრცელებაზე გლობალურიპასუხისპროგრესისეროვნული ანგარიში.
- 8Population Size Estimation of Men Who Have Sex with Men in Georgia, 2014.Curatio International Foundation, Tanadgoma. August, 2014. <http://www.curatiofoundation.org/uploads/other/0/255.pdf>.
- 9HIV risk and prevention behaviors among Female Sex Workers in two cities of Georgia Bio-behavioral surveillance survey in Tbilisi and Batumi. Curatio International Foundation, Tanadgoma. August, 2014. <http://www.curatiofoundation.org/uploads/other/0/292.pdf>
- 10HIV risk and prevention behaviours among Prison Inmates in Georgia Bio-behavioural surveillance survey in 2012. Curatio International Foundation, Tanadgoma. February, 2013. <http://new.tanadgomaweb.ge/upfiles/dfltcontent/3/124.pdf>.
- 11HIV risk and prevention behavior among Men who have Sex with Men in Tbilisi, Georgia.Bio-behavioral surveillance survey in 2012.Curatio International Foundation, Tanadgoma. February, 2013. <http://new.tanadgomaweb.ge/upfiles/dfltcontent/3/123.pdf>.
- 12მონაცემები მიუთითებს, რომ აივ ინფიცირებულთა ნახევარზე მეტი დაინფიცირდა საქართველოს ფარგლებს გარეთ (პოლიტიკის კვლევა: აივ ინფექცია და მიგრაცია საქართველოში. World Vision, საქართველო, 2011 წლის სექტემბერი).
- 13The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The Gap Report. Geneva: UNAIDS; 2014.
- 14Chkhartishvili N, Chokoshvili O, Sharvadze L, DeHovitz JA, del Rio C, Tsersvadze T. Trends in Cascade of Care in the Eastern European Country of Georgia: 2008-2012. [Paper #997]. Paper presented at: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI 2014), 2014; Boston.
- 15World Health Organization.*Global tuberculosis report 2014*. Geneva: World Health Organization; 2014.
- 16Chkhartishvili N, Sharvadze L, Chokoshvili O, et al. Mortality and causes of death among HIV-infected individuals in the country of Georgia: 1989-2012. *AIDS Res Hum Retroviruses*. Jun 2014;30(6):560-566.
- 17Badridze N, Chkhartishvili N, Abutidze A, Gatsrelia L, Sharvadze L. Prevalence of hepatitis B and C among HIV positive patients in Georgia and its associated risk factors. *Georgian Med News*. Dec 2008(165):54-60..
- 18Chkhartishvili N, Sharvadze L, Chokoshvili O, et al. Mortality and causes of death among HIV-infected individuals in the country of Georgia: 1989-2012. *AIDS Res Hum Retroviruses*. Jun 2014;30(6):560-566
- 19Ministry of Labor, Health and Social Affairs, Universal Health Program Implementation Report, 2013, Tbilisi, Georgia
- 20საქართველოს 2014-2020 წლების ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, დამტკიცებული 2014 წლის 26 დეკემბერს.
- 21The Georgian Healthcare System State Concept 2014 – 2020 “Universal Healthcare and Quality Management for Protection of Patients’ Rights”, Government of Georgia Ordinance No 724, December 26, 2014. Accessed 29/12/2014 at <https://matsne.gov.ge/ka/document/download/2657250/0/ge/pdf>.
- 22Government of Georgia Ordinance No 400, June 17, 2014. Accessed 29/12/2014 at http://www.government.gov.ge/files/382_42948_789793_400170614.pdf.