

**საქართველოს მთავრობის
განკარგულება
№ 1704 2016 წლის 18 აგვისტო ქ. თბილისი**

**საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016-2020 წლების
ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების თაობაზე**

„საქართველოს მთავრობის სტრუქტურის, უფლებამოსილებისა და საქმიანობის წესის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 და მე-6 მუხლების, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 69-ე ასამბლეაზე მიღებული აივ-ინფექციის, ვირუსული ჰეპატიტების და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების 2016-2021 წლების გლობალური სტრატეგიის (WHA69.22) და ჯანდაცვის სექტორის 2016-2021 წლების გლობალური სტრატეგიის (A69/32), 2030 წლისთვის გაეროს მდგრადი განვითარების მიზნების, საქართველოს და ევროკავშირის შორის ასოცირების შესახებ შეთანხმებისა და 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების კონცეფციის გათვალისწინებით, დამტკიცდეს თანდართული საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016-2020 წლების ეროვნული სტრატეგია.

პრემიერ-მინისტრი

გიორგი კვირიკაშვილი

დანართი

საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016-2020 წლების

ეროვნული სტრატეგია

შინაარსი

აკრონიმები	5
მოკლე შეჯამება	6
1 შესავალი	8
2 არსებული სიტუაციის მიმოხილვა	10
2.1 ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური მახასიათებლები	10
2.2 საკანონმდებლო ჩარჩოს ანალიზი	10
2.3 C ჰეპატიტის ეპიდემიოლოგია	11
2.4 C ჰეპატიტის კონტროლის მიზნით მიმდინარე ღონისძიებები	15
2.4.1 ფინანსური ხელმისაწვდომობა C ჰეპატიტის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე	15
2.4.2 C ჰეპატიტის სერვისების მიწოდება	17
2.4.3 C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების გადაცემის პრევენციისკენ მიმართული მიმდინარე აქტივობები	21
2.4.4 C ჰეპატიტის ეპიდზედამხედველობის სისტემა	26
2.4.5 პარტნიორები და რესურსების მობილიზება	27

2.5 არსებული გამოწვევები და მიმართულებები, რომლებიც საჭიროებს ცვლილებებს	28
3 C ჰეპატიტზე რეაგირება - მიზანი, სამიზნე მაჩვენებლები და ამოცანები	30
4 სტრატეგიული ამოცანები და ინტერვენციები	34
4.1 სტრატეგიული ამოცანა 1: ვირუსული ჰეპატიტების შესახებ ცნობიერების დონის ამაღლება	34
4.1.1 გამოწვევები	34
4.1.2 ინტერვენცია 1.1: ზოგად მოსახლეობასა და მაღალი რისკის ჯგუფებში ვირუსული ჰეპატიტების შესახებ ცოდნის ამაღლება	34
4.1.3 ინტერვენცია 1.2: ჰეპატიტთან დაკავშირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემცირება სამედიცინო დაწესებულებებსა და საზოგადოებაში	36
4.2 სტრატეგიული ამოცანა 2: ჰეპატიტებზე ჯანდაცვის სექტორის რეაგირების მონიტორინგი	38
4.2.1 C ჰეპატიტის ეპიდზედამხედველობა - გამოწვევები	38
4.2.2 ინტერვენცია 2.1. ქრონიკული ჰეპატიტის ეროვნული ტვირთის შეფასება	38
4.3 სტრატეგიული ამოცანა 3: ვირუსული ჰეპატიტების გადაცემის პრევენცია	42
4.3.1 სამედიცინო დაწესებულებებში C ჰეპატიტის გადაცემის კონტროლი - გამოწვევები	42
4.3.2 ინტერვენცია 3.1. C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული გადაცემის პრევენცია	45
4.3.3 C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების გავრცელების პრევენცია საზოგადოებაში - გამოწვევები	54
4.3.4 ინტერვენცია 3.2. C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების გავრცელების პრევენცია საზოგადოებაში	55
4.3.5 ინტერვენცია 3.3. ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა შორის C ჰეპატიტის ინციდენტობის შემცირება	59
4.4 სტრატეგიული ამოცანა 4: C ჰეპატიტით ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება სკრინინგის, ტესტირების, მოვლისა და მკურნალობის სერვისების გაფართოებით	63
4.4.1 C ჰეპატიტის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა - გამოწვევები	63
4.4.2 ინტერვენცია 4.1. C ჰეპატიტის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის თანამედროვე სისტემის დანერგვა ტესტირების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით	64
4.4.3 ინტერვენცია 4.2. ქრონიკული ჰეპატიტის გამოვლენის გაძლიერება	70
4.4.4 ინტერვენცია 4.3 HCV მკურნალობასა და მოვლაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა	75
5 მონიტორინგისა და შეფასების ჩარჩო	82
6 განხორციელების ვადები და პასუხისმგებელი ორგანიზაციები	83
7 C ჰეპატიტზე ეროვნული რეაგირების დაფინანსება	85
7.1 არსებული ვითარება	85
7.2 ელიმინაციის ღონისძიებების დაფინანსების წყაროები	85
დანართი 1. სურათები	91
დანართი 2. საქართველოში C ჰეპატიტის ლაბორატორიული ტესტირება	99
დანართი 3. 2016-2020 წლებში მკურნალობის წინა შეფასებისა და მკურნალობის მონიტორინგის ალგორითმები და ხარჯები 2016 წლისთვის	104
დანართი 4. საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის გეგმის მონიტორინგისა და შეფასების ჩარჩო 2016-2020	107
დანართი 5. 2016-2020 წლების C ჰეპატიტის ელიმინაციის სტრატეგიული გეგმის ბიუჯეტი (აშშ დოლარი)	130
დანართი 6. საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიის განხორციელების გეგმა	135
ლიტერატურა	138
სურათები და ცხრილები:	
სურათი 1. C ჰეპატიტის ასაკობრივი გავრცელება ქალებსა და მამაკაცებში	12
სურათი 2. C ჰეპატიტის გენოტიპების განაწილება (2015 წლის სეროპრევალენტობის პოპულაციური კვლევა	15

სურათი 3. C ჰეპატიტის მოვლის კასკადი, დაფუძნებული 90 -95 -95 მისაღწევ მიზნებზე	31
სურათი 4. ინციდენტობის მაჩვენებლის პროგნოზი მკურნალობის სხვადასხვა სცენარის შემთხვევაში, მოდელირების მონაცემი. (ბრისტოლის უნივერსიტეტის მოდელირების ჯგუფი)	32
სურათი 5. მწვავე და ქრონიკული C ჰეპატიტის წლის განმავლობაში შეტყობინებული შემთხვევები ყოველ 100,000 მოსახლეზე ქვეყნის მასშტაბით 1996-2014	91
სურათი 6. C ჰეპატიტის შეტყობინებული შემთხვევები ყოველ 100000 მოსახლეზე - რეგიონული განაწილება, 2014	91
სურათი 7. C ჰეპატიტის შეტყობინებული შემთხვევები ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, სამი წლის სამუალო მაჩვენებელი, 2012-2014, საქართველო	92
სურათი 8. C ჰეპატიტის სკრინინგის პროგრამის მიერ გამოვლენილი დადებითი შემთხვევები სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფებში	92
სურათი 9. საქართველოში მკურნალობის სხვადასხვა მიდგომის დანერგვის ვადები	93
სურათი 10. ინფექციურ სნეულებათა სპეციალისტების გეოგრაფიული განაწილება საქართველოში 100000 მოსახლეზე	93
სურათი 11. სერვისის მიმწოდებელთა რესურსები საქართველოს 12 სამკურნალო დაწესებულებაში, 2015 წლის 28 აპრილი - 30 ოქტომბერი	94
სურათი 12. საქართველოს 12 სამკურნალო დაწესებულებაში C ჰეპატიტის სადიაგნოსტიკო შესაძლებლობები, 2015 წლის 28 აპრილი -30 ოქტომბერი	94
სურათი 13. სისხლის დაწესებულებების რეგიონული განაწილება საქართველოში, 2016 წელი	95
სურათი 14. სკრინინგით გამოვლენილი C ჰეპატიტის საექვო დადებითი შემთხვევების წილი დონორთა ტიპის მიხედვით, 17 სისხლის ბანკი საქართველოში, 2014	96
სურათი 15. სისხლის დონორებს შორის ტრანსფუზიით გადამდები ინფექციების გამოვლენის სიხშირე, 2014 წელი	96
სურათი 16. ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის C ჰეპატიტზე ტესტირებულთა რაოდენობა	97
სურათი 17. C ჰეპატიტზე დანახარჯები დაფინანსების წყაროს მიხედვით	97
სურათი 18. ფინანსური რესურსების განაწილება სტრატეგიულ მიზნებს შორის	98
ცხრილი 1: C ჰეპატიტის გავრცელება სუბპოპულაციებში	13
ცხრილი 2. სტრატეგიული მიზნებისა და ამოცანების დაფინანსება (ათასი აშშ დოლარი)	87
ცხრილი A1. C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის ფარგლებში გამოყენებული ლაბორატორიული ტესტების სია და მათი ღირებულება სახელმწიფო პროგრამის თანადაფინანსების გათვალისწინებით.	101
ცხრილი A2a. მკურნალობის მონიტორინგისას შესრულებული ლაბორატორიული ტესტები	102
ცხრილი A2b. დეკომპენსირებული ციროზის მქონე პაციენტების მკურნალობის მონიტორინგისას შესრულებული ლაბორატორიული ტესტები	102
ცხრილი A3. შეფასება მკურნალობის დაწყებამდე	104
ცხრილი A4.12- კვირიანი მკურნალობის კურსის კლინიკური მონიტორინგის ვადები და ხარჯები 2016 წლისთვის	105
ცხრილი A5.24- კვირიანი მკურნალობის კურსის კლინიკური მონიტორინგის ვადები და ხარჯები 2016 წლისათვის	106

აკრონიმები

აივ	ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი
დზეის	დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონული ინტეგრირებული სისტემა
დესჯეც	სსიპ "ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი"
იდშისპც	ინფექციური დაავადებების, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო კვლევითი ცენტრი
მსმ	მამაკაცი, რომელსაც აქვს სქესობრივი კავშირი მამაკაცთან

ნიმ	ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი
ნკტ	ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება
პჯრ (PGR)	პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია
რნმ (RNA)	რიბონუკლეინის მჟავა
სგგდ	სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები
სშჯსდს	საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
შნპ	შპრიცების და ნემსების პროგრამა
ჯანმო	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
AASLD	ღვიძლის დაავადებათა კვლევის ამერიკული ასოციაცია
BSL	ბიო-უსაფრთხოების დონე
BSS	ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა
CDC	აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები
CISID	ჯანმო-ს ინფექციურ დაავადებათა კომპიუტერიზებული ინფორმაციული სისტემა
EASL	ღვიძლის კვლევის ევროპული ასოციაცია
ELISA	იმუნოფერმენტული ანალიზი
HBV	B ჰეპატიტის ვირუსი
HCV	C ჰეპატიტის ვირუსი
HMIS	შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის მართვის ინფორმაციული სისტემა
IBBS	ბიო-ბიჰევიორისტული ინტეგრირებული კვლევა
IDSA	ამერიკის ინფექციურ დაავადება საზოგადოება
IPC	ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის სისტემა
LSS	ლაბორატორიული ზედამხედველობის სადგური
MDM	Medecins du Monde France - მსოფლიოს ექიმები
NSP	ნემსებისა და შპრიცების პროგრამა
OST	ოპიოიდ-ჩანაცვლებითი თერაპია
RAMA	სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო
SOP	სტანდარტული ოპერაციული პროცედურა
TAG	ტექნიკურ მრჩეველთა ჯგუფი
ZDL	ზონალური დიაგნოსტიკური ლაბორატორია

მოკლე შეჯამება

საქართველო მიეკუთვნება C ჰეპატიტის მაღალი გავრცელების ქვეყნების ჯგუფს. 2015 წელს სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრისა (დკსჯეც) და აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების (CDC) მიერ ჩატარებული სეროპრევალენტობის პოპულაციური კვლევის მიხედვით, C ჰეპატიტის ანტისხეულებზე დადებითია ქვეყნის მოსახლეობის 7.7%, ხოლო რნმ-დადებითი (რიბონუკლეინის მქონე), ანუ C ჰეპატიტის აქტიური ფორმით დაავადებული არის მოსახლეობის 5.4%. ყველაზე გავრცელებულია გენოტიპი 1 (გენოტიპი 1b - 39.5% და გენოტიპი 1a - <1%), რომელსაც მოსდევს გენოტიპი 3 (34.3%) და გენოტიპი 2 (24.5%). ცალკეული კვლევების მონაცემებით, დაავადების გავრცელება მაღალია ცალკეულ პოპულაციურ ჯგუფებში, მაგ., ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში (ნიმ), მამაკაცებში, რომელთაც აქვთ სქესობრივი კავშირი მამაკაცებთან (მსმ), ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებში და ა.შ.

დაავადების მძიმე ტვირთიდან გამომდინარე, საქართველოს მთავრობამ საერთაშორისო პარტნიორების - აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების, ფარმაცევტული კომპანია „გილუადის“ და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) - აქტიური მხარდაჭერით, მიზნად დაისახა ქვეყანაში C ჰეპატიტის ეპიდემიის ელიმინაცია, რის შედეგადაც საქართველო გახდა მსოფლიოში ერთ-ერთი პირველი სამოდელო ქვეყანა.

ქვეყანაში C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამა ხორციელდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (სმჯსდს) კოორდინაციით და სახელმწიფო, საერთაშორისო, კერძო და არასამთავრობო ორგანიზაციების აქტიური თანამშრომლობით. პროგრამის პირველი ფაზა ამოქმედდა 2015 წლის აპრილში. დაავადების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პარალელურად, გააქტიურდა ინფექციის კონტროლის ღონისძიებები, ასევე დაიწყო ფართომასშტაბიანი სკრინინგი (2015 წელს სკრინინგი ჩატარდა დაახლოებით 125,000 ადამიანს).

C ჰეპატიტის ელიმინაციის მიზნის მისაღწევად და ეროვნული რეაგირების ხელშეწყობისათვის შემუშავდა ხუთწლიანი სტრატეგიული გეგმა, რომელიც ეყრდნობა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2015 წელს მომზადებულ რეკომენდაციებს. ექსპერტთა ჯგუფთან კონსულტაციების შედეგად, განისაზღვრა გეგმის მიზანი და სტრატეგიული ამოცანები.

2020 წლისთვის საქართველო მიზნად ისახავს C ჰეპატიტით ინფიცირებულთა 90%-ის გამოკვლევას, C ჰეპატიტის ქრონიკული ფორმის მქონეთა 95%-ის მკურნალობას და მკურნალობის შედეგად 95%-ის განკურნებას.

ქმედებები გაერთიანდა 4 ძირითადი სტრატეგიული ამოცანის ქვეშ, რომლებიც უნდა განხორციელდეს 2016-2020 წლებში:

1. ვირუსული ჰეპატიტის შესახებ ცნობიერების დონის ამაღლება მოსახლეობაში, განსაკუთრებით კი მაღალი რისკის ჯგუფებში, ასევე სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემცირება;
2. ჰეპატიტებზე ჯანდაცვის სექტორის რეაგირების მონიტორინგი - ქრონიკული ჰეპატიტის ეროვნული ტვირთის შეფასება ეპიდზედაძედელობისა და ცალკეული ოპერაციული კვლევების მეშვეობით;
3. ვირუსული ჰეპატიტების გადაცემის პრევენცია საზოგადოებაში და სამედიცინო დაწესებულებებში - C ჰეპატიტის სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული გადაცემის პრევენცია (უსაფრთხო სისხლი, ინფექციის კონტროლი), საზოგადოებაში C ჰეპატიტისა და სისხლის გზით გადაცემადი სხვა ინფექციების გავრცელების პრევენცია (B ჰეპატიტის იმუნიზაცია, კონტროლის ღონისძიებები არასამედიცინო დაწესებულებებში) და C ჰეპატიტის ინციდენტობის შემცირება ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში.
4. სკრინინგისა და მკურნალობის მოცვის გაფართოებით ახალი შემთხვევებისა და ვირუსული ჰეპატიტებით გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება - C ჰეპატიტის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის თანამედროვე სისტემის დანერგვა, დიაგნოსტირებულ პაციენტთა წილის გაზრდა და დაავადებულ პირთათვის მკურნალობასა და მოვლაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა.

ელიმინაციის მიზნის მისაღწევად და სტრატეგიული ამოცანების შესასრულებლად დაიგეგმა შესაბამისი ღონისძიებები, რომელთა განსახორციელებლადაც, წინასწარი ფინანსური გათვლებით, 5 წლის განმავლობაში საჭირო თანხა შეადგენს 116 მლნ აშშ დოლარს. აქედან, სახელმწიფოს მიერ აღებული ვალდებულებების ხვედრითი წილი ყოველწლიურად იზრდება (44%-54%). დაფინანსების მეორე ძირითად წყაროს წარმოადგენს დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მონიტორინგისათვის საჭირო კვლევების თანაგადახდა, რომელიც 2016 წელს C ჰეპატიტის მართვის ღონისძიებებზე მთლიანი დანახარჯების 37%-ს შეადგენს და 2020 წლისთვის 31%-მდე მცირდება. დონორული დახმარების წილი 2016 წელს 18%-ია, მომდევნო წლებში კი მისი შედარებით შემცირებაა მოსალოდნელი გლობალური ფონდის პროგრამების შესაძლო დასრულების გამო. აღსანიშნავია, რომ აღნიშნულ ფინანსურ გათვლებში არ შედის მკურნალობისთვის საჭირო პირდაპირი მოქმედების ანტივირუსული მედიკამენტები, რომელთა წლიური ფასიც, საშუალოდ, მილიარდ დოლარს აღემატება. აღნიშნული მედიკამენტებით ფარმაცევტული კომპანია „გილეადი“ ქვეყანას უფასოდ ამარაგებს.

1. შესავალი

C ჰეპატიტი ინფექციურ დაავადებას წარმოადგენს, რომელსაც C ჰეპატიტის ვირუსი იწვევს. C ჰეპატიტის ვირუსით ინფიცირებულთა უმრავლესობას უვითარდება ქრონიკული C ჰეპატიტი, რომლის შესაძლო გართულებებია ღვიძლის ტერმინალური დაავადებები. დღეისათვის, C ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინა არ არსებობს, თუმცა, ანტივირუსული პრეპარატებით შესაძლებელია მისი მკურნალობა და პაციენტთა უმეტესობის განკურნება.

C ჰეპატიტის ვირუსის 6 გენოტიპი და მრავალი ქვეტიპია გამოყოფილი. 1-3 გენოტიპები მთელ მსოფლიოში გვხვდება და ყველაზე ხშირია 1 გენოტიპი, რომელიც გლობალური გავრცელების 60%-ს შეადგენს. 4-6 გენოტიპები ასევე გავრცელებულია მსოფლიოს სხვადასხვა ნაწილებში, თუმცა ყველაზე ხშირია ახლო აღმოსავლეთსა და ევროპაში. C ჰეპატიტის პრევალენტობის ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი აქვს ეგვიპტეს, სადაც მოსახლეობის 10% ინფიცირებულია. ასევე მაღალი პრევალენტობის ქვეყნებია პაკისტანი და მონღოლეთი.

C ჰეპატიტის ერთადერთი ბუნებრივი რეზერვუარი ადამიანია. გადაცემის ყველაზე ხშირი გზაა ინფიცირებული ადამიანის სისხლთან კონტაქტი. C ჰეპატიტის გადაცემა შესაძლებელია აგრეთვე სქესობრივი გზით ან ინფიცირებული სისხლით დაბინძურებული პირადი ნივთებით, თუმცა გადაცემის ეს გზები უფრო იშვიათია.

განვითარებად ქვეყნებში ხშირია ვირუსის გადაცემა არასტერილური სამედიცინო/სტომატოლოგიური აღჭურვილობის გამოყენებისას ან არასათანადოდ ტესტირებული სისხლის/სისხლის პროდუქტების გადასხმით.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, მსოფლიოში ქრონიკული C ჰეპატიტით 130-150 მილიონი ადამიანი დაავადებული და ყოველწლიურად C ჰეპატიტთან დაკავშირებული ღვიძლის დაავადებებით 500000-ზე მეტი ადამიანი იღუპება¹. ინფიცირებული ადამიანების უმრავლესობამ არ იცის საკუთარი დაავადების შესახებ და ამიტომ, ინფექციას ხშირად „ჩუმ მკვლელს“ უწოდებენ. მსოფლიოში C ჰეპატიტის ეპიდემიას ორი ტენდენცია ახასიათებს. ერთი მხრივ, კონცენტრირებული ეპიდემია მაღალი რისკის ჯგუფებში აღმოსავლეთ ევროპასა და ცენტრალურ აზიაში, ხოლო, მეორე მხრივ, გენერალიზებული ეპიდემია აივ ინფექციის მაღალი პრევალენტობის ქვეყნებში, კერძოდ აფრიკის რეგიონში. ზოგადად, სარწმუნო ეპიდემიოლოგიური მონაცემები C ჰეპატიტის გავრცელების შესახებ მსოფლიოში არასაკმარისია - ზოგიერთ ქვეყანაზე მონაცემები საერთოდ არ მოიპოვება.

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>

საქართველოში C ჰეპატიტის მაღალი პრევალენტობა მძიმე სოციალურ და ეკონომიკურ შედეგებს იწვევს. ქვეყნის მთავრობამ მიზნად დაისახა ქვეყანაში C ჰეპატიტის ეპიდემიის ელიმინაცია და მუდმივად მზარდი ტექნიკური და ფინანსური რესურსების გამოყოფა დაავადების პრევენციისა და მართვისთვის მტკიცებულებებზე დამყარებული ინტერვენციების განსახორციელებლად. შემუშავდა C ჰეპატიტის ელიმინაციის სტრატეგიული გეგმა, რათა დაჩქარდეს და გაძლიერდეს C ჰეპატიტზე ეროვნული რეაგირება და, შედეგად, შემცირდეს დაავადებასთან დაკავშირებული სიკვდილობა და უნარშეზღუდულობა.

სტრატეგიული გეგმა ემყარება საფუძვლიან სიტუაციურ ანალიზს, რომელიც მოიცავს, დაავადების ეპიდემიოლოგიის უახლეს ტენდენციებს, ავადობის ტვირთს, არსებულ ინფრასტრუქტურას, მონაწილე მხარეებს, მათ როლებსა და შესაძლებლობებს, C ჰეპატიტზე ეფექტურ რეაგირებასთან დაკავშირებულ გამოწვევების შესწავლის შედეგებს.

დაინტერესებულ მხარეებთან კონსულტაციების შედეგად, განისაზღვრა გეგმის მიზანი და სტრატეგიული ამოცანები, რომლებიც უნდა განხორციელდეს სტრატეგიის ციკლის განმავლობაში - 2016 წლიდან 2020 წლამდე. სტრატეგიაში მიმოხილულია ინოვაციური მიდგომები C ჰეპატიტის მართვასა და მკურნალობაში, ხაზგასმულია მარეგულირებელი გარემოს დახვეწისა და არსებული პარტნიორობის გაუმჯობესების საჭიროება, რაც შესაძლებელს გახდის, C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროცესის წარმატებით განხორციელებას.

სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში" შექმნილი ეროვნული სამუშაო ჯგუფი რამდენიმე თვის მანძილზე ინტენსიური დისკუსიების რეჟიმში მუშაობდა იმ სამიზნეების დასახევაზე, რომლებიც საუკეთესოდ ასახავს ქვეყნის საჭიროებებს და, ამავდროულად, არის რეალისტური და მიღწევადი. სამუშაო ჯგუფი დაკომპლექტებული იყო ყველა ძირითადი მონაწილე მხარის წარმომადგენლებით - სახელმწიფო და არასამთავრობო ორგანიზაციებით, აკადემიური დაწესებულებების წარმომადგენლებითა და ინდივიდუალური ექსპერტებით.

საერთაშორისო პარტნიორობმა - აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრებმა და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ - ფასდაუდებელი წვლილი შეიტანეს სტრატეგიის ისეთი სახით ჩამოყალიბებაში, რომელიც ითვალისწინებს უახლეს საერთაშორისო სტანდარტებსა და საუკეთესო პრაქტიკის შესახებ რეკომენდაციებს. გეგმის დასრულება მოხდა საბოლოო მჭიდრო კონსულტაციების შედეგად ტექნიკურ მრჩეველთა ჯგუფთან (TAG), რომლის შემადგენლობაშიც შედიან ექსპერტები შემდეგი ორგანიზაციებიდან: აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრები, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია, ემორის უნივერსიტეტი (აშშ), ჯონს-ჰოპკინსის უნივერსიტეტი (აშშ), ბერნეტის ინსტიტუტი (ავსტრალია), ნიუ-მექსიკოს უნივერსიტეტი (აშშ), ბონის უნივერსიტეტი (გერმანია), მსოფლიოს ექიმები (MDM, საფრანგეთი).

2. არსებული სიტუაციის მიმოხილვა

2.1 ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური მახასიათებლები

საქართველო მდებარეობს დასავლეთ აზიისა და აღმოსავლეთ ევროპის გასაყარზე, დასავლეთით მას შავი ზღვა ესაზღვრება, ჩრდილოეთით - რუსეთი, სამხრეთით-თურქეთი და სომხეთი, სამხრეთ-აღმოსავლეთით კი - აზერბაიჯანი. ქვეყნის ფართობი 69,700 კვადრატული კილომეტრია, დედაქალაქი - თბილისი. 2014 წლის აღწერის მონაცემებით, საქართველოს მოსახლეობა შეადგენს 3,729,500 ადამიანს. სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობაა 72.9 წელი. სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საქართველოში მაღალია ევროპის რეგიონთან შედარებით. 2014 წელს ასაკისა და სქესის მიხედვით სტანდარტიზებული სიკვდილობის მაჩვენებელი 1000 მოსახლეზე 13.2 იყო. დედათა სიკვდილობის მაჩვენებელი 2014 წელს 31.3-ს შეადგენდა. დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობისთვის გაზრდილმა სახელმწიფო დაფინანსებამ და მაღალი ხარისხის სამედიცინო მომსახურებაზე გაიოლებულმა წვდომამ მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა ბავშვთა სიკვდილობის რიცხვის შემცირებაში და საქართველომ შეძლო ათასწლეულის განვითარების მე-4 მიზნის

მიღწევა. ჩვილთა სიკვდილობა 21.2-დან (2000) შემცირდა 8.2-მდე (2014), ხოლო 5 წლამდე ასაკის ბავშვების სიკვდილობამ 25.0-დან (2000) 9.3-მდე (2014) იკლო (დკსჯეც-ის მონაცემები).

მსოფლიო ბანკის განმარტებების თანახმად, საქართველო მიეკუთვნება საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებს. 2014 წელს მთლიანი შიდა პროდუქტი ერთ სულ მოსახლეზე 3681 აშშ დოლარს შეადგენდა. 2012 წლის შემდეგ მნიშვნელოვნად გაიზარდა ჯანდაცვის სექტორისთვის გამოყოფილი სახელმწიფო ასიგნებების მოცულობა. სახელმწიფო დანახარჯი ჯანდაცვაზე 2015 წელს მთლიანი შიდა პროდუქტის 3% იყო, ხოლო 2012 წელს - 1,7%. 2013 წლის თებერვლიდან ქვეყანაში ამოქმედდა საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა, რომელიც უზრუნველყოფს ქვეყნის მოსახლეობას უფასო საბაზისო სამედიცინო სერვისებით. სამედიცინო მომსახურებაზე უნივერსალურმა წვდომამ მნიშვნელოვნად შეამცირა ფინანსური ბარიერები და თითოეული მოქალაქისათვის შექმნა კატასტროფული დანახარჯებისაგან დაცვის მექანიზმი.

2.2 საკანონმდებლო ჩარჩოს ანალიზი

წინამდებარე ეროვნული სტრატეგიის საფუძველს წამოადგენს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებული ვირუსული ჰეპატიტების გლობალური სტრატეგია 2016-2021, გაეროს მდგრადი განვითარების მიზნები 2030 წლისთვის, საქართველოს და ევროკავშირის შორის ასოცირების შესახებ შეთანხმება, 2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის განვითარების კონცეფცია.

C ჰეპატიტის 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:

- საქართველოს კონსტიტუცია;
- საქართველოს კანონი ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ;
- საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ;
- საქართველოს კანონი საექიმო საქმიანობის შესახებ;
- საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ.

სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ საქართველოს კანონით ყოველწლიურად განისაზღვრება დაფინანსების მოცულობა C ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამისთვის, რომელიც უზრუნველყოფს აუცილებელ სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო მომსახურებას ქვეყნის ყველა მოსახლისთვის.

საქართველოს ევროკავშირთან ასოცირების შეთანხმების პროცესში განსაკუთრებით აქტუალური ხდება გადამდებ დაავადებებზე და მათ შორის ჰეპატიტებზე კონტროლის გამკაცრება და ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სისტემის გაძლიერება. ჰეპატიტების 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.

2014-2020 წლების საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციის შესაბამისად, გადამდები დაავადებების პრევენცია და მართვა ჯანდაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პრიორიტეტია და C ჰეპატიტით ავადობის მაღალი ტვირთის გათვალისწინებით, გულისხმობს მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებას, ახალი თაობის პირდაპირი მოქმედების ანტივირუსულ პრეპარატებზე ხელმისაწვდომობის გაზრდას, C ჰეპატიტის გადაცემის პრევენციის გაუმჯობესებას და ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების გაფართოებას.

2.3 C ჰეპატიტის ეპიდემიოლოგია

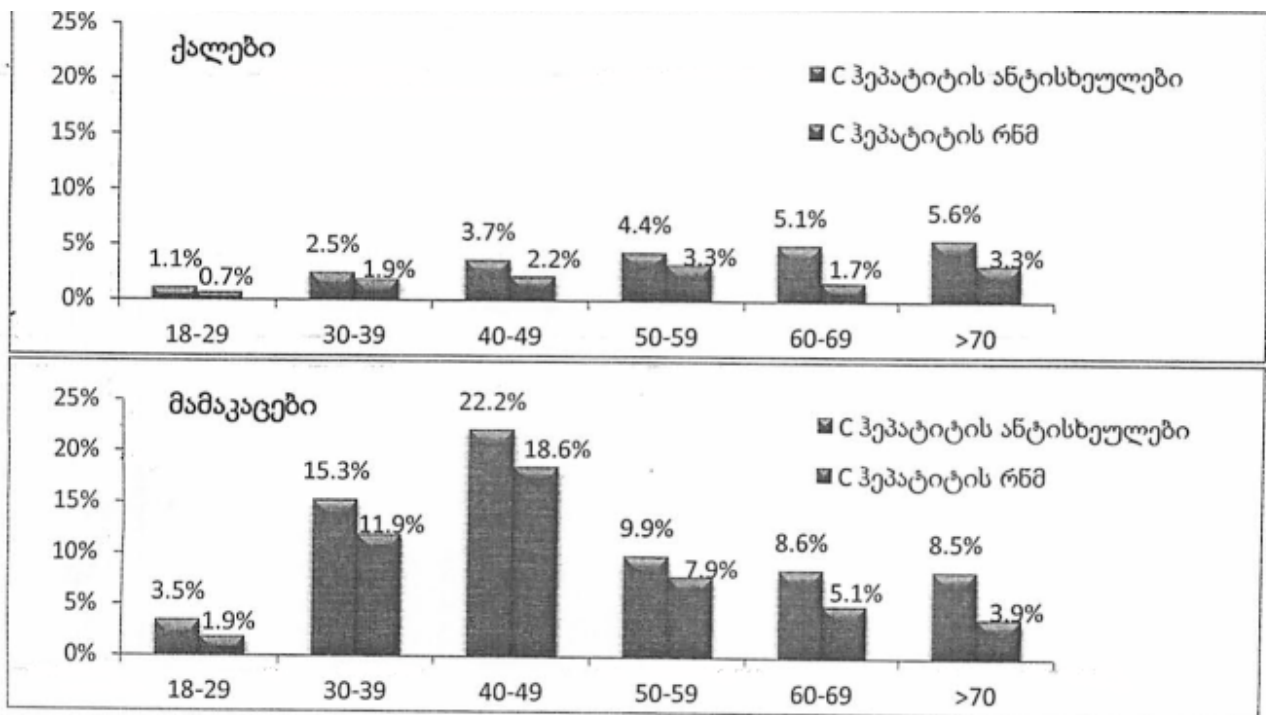
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, C ჰეპატიტის გავრცელების მხრივ საქართველო მაღალი პრევალენტობის ქვეყნებს მიეკუთვნება. ავადობის მაღალი ტვირთის განმსაზღვრელი

მიზეზები სათანადოდ არ არის შესწავლილი. ერთ-ერთი ფაქტორი შესაძლოა იყოს 90-იან წლებში ჯანდაცვის სისტემის კოლაფსი, ასევე სამედიცინო მომსახურების დაბალი ხარისხი, რაც აფერხებდა უსაფრთხო ინტერვენციების პრაქტიკის დანერგვას და სამედიცინო დაწესებულებებში წლების მანძილზე ინფექციის კონტროლისა და უსაფრთხო სისხლის სახელმწიფო პროგრამების სრულად ამოქმედებას.

ყველა ეს პრობლემა, ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის შპრიცების გაზიარების ფართო გავრცელებასთან ერთად, განაპირობებს C ჰეპატიტის გავრცელებას ზოგად პოპულაციაში.

2002 წლის კვლევის მონაცემებით ქ. თბილისში C ჰეპატიტის პრევალენტობა 6,7%¹ შეადგენდა. 2015 წელს დესჯეც-ის და აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების მიერ ჩატარებული სეროპრევალენტობის პოპულაციური კვლევის მიხედვით, C ჰეპატიტის ანტისხეულებზე დადებითია ქვეყნის მოსახლეობის 7.7%, ხოლო რნმ-დადებითი, ანუ C ჰეპატიტის აქტიური ფორმით დაავადებული, არის მოსახლეობის 5.4%. დაავადების გავრცელება შედარებით მაღალია მამაკაცებში და 30-49 ასაკობრივ ჯგუფში (სურათი 1).

სურათი 1. C ჰეპატიტის ასაკობრივი გავრცელება ქალებსა და მამაკაცებში



წყარო: C ჰეპატიტის სეროპრევალენტობის პოპულაციური კვლევა, დესჯეც, CDC, 2015

რუტინული ეპიდზედამხედველობის მონაცემებით, C ჰეპატიტის გავრცელების მაჩვენებლები გაცილებით დაბალია, რაც იმაზე მიუთითებს, რომ არსებული სისტემა სრულად ვერ აღრიცხავს C ჰეპატიტის შემთხვევათა ზუსტ რაოდენობას. ეროვნული სტატისტიკის მიხედვით, 2014 წელს საქართველოში რეგისტრირებული იქნა C ჰეპატიტის 2,647 შემთხვევა, რომელთაგან 226 (8.5%) იყო მწვავე (დანართი 1, სურათი 5). C ჰეპატიტის შემთხვევები განსაკუთრებით კონცენტრირებულია აჭარის რეგიონსა და ქ. თბილისში.

1996 წლიდან შეინიშნება რეგისტრირებული შემთხვევების რაოდენობის ზრდის ტენდენცია (დანართი 1, სურათი 6). მწვავე და ქრონიკული C ჰეპატიტის აღრიცხული შემთხვევები ყველაზე ხშირია 30-59 და 20-29 ასაკობრივ ჯგუფებში. ასაკობრივი ჯგუფების მხრივ შემთხვევათა განაწილება წლების განმავლობაში უცვლელია (დანართი 1, სურათი 7).

B და C ჰეპატიტების სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული გადაცემა ხშირია და, საფიქრებელია, რომ მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს გადაცემის დინამიკაზე საქართველოში. დაფიქსირდა B ჰეპატიტის რამდენიმე აფეთქება სამედიცინო დაწესებულებებში², მათ შორის, ჰემოდიალიზის განყოფილებებშიც. თბილისის ერთ-ერთ ჰემოდიალიზის ცენტრში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, 162 პაციენტიდან 109 (67%) იყო ინფიცირებული C ჰეპატიტის ვირუსით.³

ეპიდზედამხედველობის მონაცემების სიმწირის მიუხედავად, დამტკიცებულია, რომ ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლები C ჰეპატიტით ინფიცირების მაღალი რისკის - ქვეშ არიან. 2014-2015 წლებში ჩატარებული ქვევითი ზედამხედველობის კვლევის (Behavioral Surveillance Survey - BSS) მონაცემებით, ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლების 66.2% C ჰეპატიტის ვირუსითაა ინფიცირებული.⁴

C ჰეპატიტის ვირუსის ანტისხეულებზე დადებითია აივ ინფექცია/შიდსით დაავადებულთა 49% (აივ ინფექციის გავრცელება საქართველოში - <1%), და აივ ინფიცირებული ნიმ-ების 70%-ზე მეტი.⁵ აღსანიშნავია, რომ C ჰეპატიტით გამოწვეული ღვიძლის ტერმინალური დაავადება აივ ინფექცია/შიდსით დაავადებულებში სიკვდილის მეორე წამყვანი მიზეზია საქართველოში.⁶

სხვა რისკ ჯგუფებში მონაცემები ასეთია - მსმ - 17,3%,⁷ სამედიცინო პერსონალი - 5%.⁸ თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში 2004-2008 წლებში ჩატარებული ტესტირების შედეგად გამოვლინდა, რომ ტესტირებულ 2031 პატიმარს შორის 52% იყო HCV დადებითი (ცხრილი 1).

ცხრილი 1: C ჰეპატიტის გავრცელება სუბპოპულაციებში

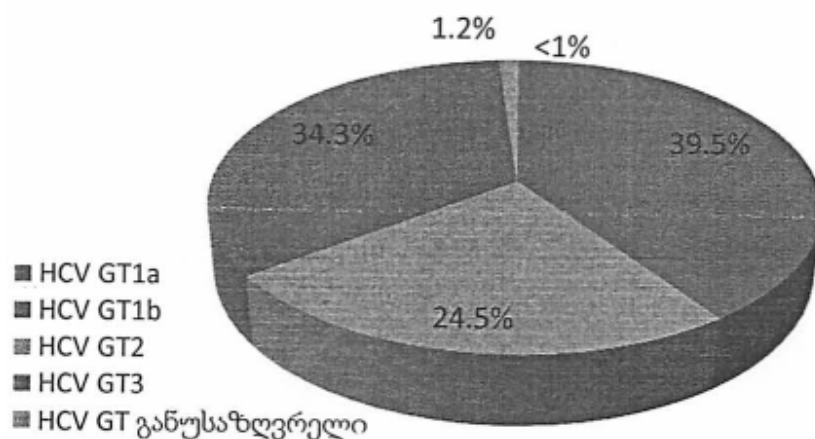
სამიზნე ჯგუფი	პრევალენტობა	წყარო
ზოგადი პოპულაცია		
კვლევი სისხლის	7.3 %	სისხლის დონორები, თბილისი 1998
დონორთა შორის		
	7.8%	სისხლის დონორები, თბილისი, ბათუმი, ფოთი 1997-1999
	2%	„უსაფრთხო სისხლი“, საქართველოს სახელმწიფო პროგრამა, 2012
პოპულაციური კვლევა	6.7%	პოპულაციური კვლევა, თბილისი 2000-2002
მაღალი რისკის ჯგუფები		
ნიმ	63%	ინექციური გზით ნარკოტიკების ოდესმე მომხმარებელი, 1999 (თბილისი, ბათუმი, ფოთი)
	70%	ინექციური გზით ნარკოტიკების ოდესმე მომხმარებელი, 2002 (თბილისი)
	50%	ნიმ, 2006-2012 (საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელი)
	66.2%	ნიმ, 2012 (BSS, საერთაშორისო ფონდი კურაციო)
აივ-ინფიცირებული ნიმ	73.4%	Chkhartishvili N et al 2014
სხვა		
სგდ პაციენტი	11.3%	Tsertsvadze, 2008

ტუბერკულოზით დაავადებული	21%	Lomtadze et al. 2013
მსმ - თბილისი	7.1%	მსმ-ებს შორის ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა, თბილისი, საქართველო, 2015
მსმ - ბათუმი	18.9%	მსმ-ებს შორის ქცევითი ზედამხედველობის კვლევა, ბათუმი, საქართველო, 2015
სამედიცინო პერსონალი	5%	Butsashvili M et al, 2012

C ჰეპატიტის გენოტიპების განაწილების სურათი საქართველოში წლების მიხედვით იცვლება და ბოლო წლებში ჩატარებული კვლევებით პირველი გენოტიპის პროპორცია ნაკლებია (სხვადასხვა პოპულაციურ ჯგუფებში 20%-41%⁹), ვიდრე ეს აღინიშნებოდა 2000 წელს ჩატარებული კვლევის შედეგად (62%).¹⁰ დანარჩენ გენოტიპებს შორის სიხშირით პირველ ადგილზეა მე-3, ხოლო შემდეგ - მე-2 გენოტიპი. საქართველოში C ჰეპატიტის გენოტიპის გავრცელებასთან დაკავშირებით ჩატარებული 2002 წლის კვლევის მონაცემებით, HCV 1 გენოტიპი აღინიშნა 62.5%-ში (1a-3.4% და 1b-59.1%), HCV 2 გენოტიპი (2a/2c) - 10.2%-ში, ხოლო HCV 3a გენოტიპი კი - 27.3%-ში. ინფექციური დაავადებების, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის კვლევითი ცენტრის 2003-2013 წლების კვლევებით, C ჰეპატიტის გენოტიპების განაწილება შემდეგია: HCV 1 გენოტიპი - 43%, HCV 2 გენოტიპი - 24%, ხოლო HCV 3 გენოტიპი - 33%. აღნიშნული კვლევის შედეგები საგრძნობლად განსხვავდება პირველი კვლევის მონაცემებისგან HCV 1 გენოტიპის და HCV 2 გენოტიპის შემთხვევაში, ხოლო HCV 3 გენოტიპისთვის განსხვავება არც ისე მკვეთრადაა გამოხატული. 2011 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით, HCV 1, 2 და 3 გენოტიპების გარდა, HCV 2 გენოტიპის მქონე პაციენტებში ასევე ხშირია HCV რეკომბინანტული ჯაჭვი RFL_2k/1b (76%).¹¹ 2015 წლის პოპულაციური კვლევის მიხედვით საქართველოში ყველაზე გავრცელებულია გენოტიპი 1 (39.5% გენოტიპი 1b და <1% გენოტიპი 1a), რომელსაც მოსდევს გენოტიპი 3 (34.3%) და გენოტიპი 2 (24.5%) (სურათი 2).

სურათი 2. C ჰეპატიტის გენოტიპების განაწილება (2015 სეროპრევალენტობის პოპულაციური კვლევა)

C ჰეპატიტის გენოტიპების განაწილება



2.4. C ჰეპატიტის კონტროლის მიზნით მიმდინარე ღონისძიებები

2.4.1 ფინანსური ხელმისაწვდომობა C ჰეპატიტის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობაზე

2013 წელს საქართველოს მთავრობამ დაიწყო საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის განხორციელება, რომლის საშუალებით ქვეყნის მთლიანი მოსახლეობა უზრუნველყოფილია სამედიცინო მომსახურებით.¹² 522 ათასი

პირი სარგებლობს კერძო ან კორპორატიული დაზღვევით (2016 წ. მარტი), ხოლო მოსახლეობის დანარჩენი ნაწილი - საყოველთაო ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეთა.

C ჰეპატიტის მკურნალობა საქართველოში წლების წინ არ იყო დაფარული არც სახელმწიფო პროგრამებით და არც სადაზღვევო სქემებით. შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის გლობალური ფონდის დახმარებით, 2011 წელს, აღმოსავლეთ ევროპის რეგიონში პირველად, უფასო ანტივირუსული მკურნალობა პეგილირებული ინტერფერონისა და რიბავირინის კომბინაციით (ორმაგი თერაპია) ხელმისაწვდომი გახდა საქართველოში აივ ინფიცირებული და C ჰეპატიტის კოინფექციის მქონე ყველა პაციენტისთვის. აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში, 2015 წლის ოქტომბრის მდგომარეობით, 475 აივ ინფიცირებულმა პაციენტმა მიიღო C ჰეპატიტის უფასო მკურნალობა.

2012 წლის დეკემბერში საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრომ შეიმუშავა პენიტენციურ სისტემაში ჯანმრთელობის დაცვის რეფორმის სტრატეგია, რომელიც C ჰეპატიტს, სხვა გადამდებ დაავადებებთან ერთად, აღიარებდა პრიორიტეტულ ინფექციად. 2013 წელს შეიქმნა და პენიტენციურ სისტემაში დაინერგა ვირუსული C ჰეპატიტის პრევენციის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროგრამა. 2014 წლიდან 2015 წლის ივლისამდე უფასო მკურნალობა ჩატარდა პათიმრობაში მყოფ 406 პირს. ამავე პერიოდში, სახელმწიფომ მოსახლეობას შესთავაზა 60%-იანი ფასდაკლება ორმაგ თერაპიაზე. საბოლოოდ, 2015 წლის ივლისისთვის სამოქალაქო სექტორიდან მკურნალობა მიღებული ჰქონდა 851 პირს. ინტერფერონის ღირებულების პაციენტის მიერ გადასახდელი წილი კვლავ მაღალი იყო და შეადგენდა 1896 ლარს.

2015 წლის აპრილში საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ წამოიწყო C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის პირველი ფაზა, რომელიც ითვალისწინებდა C ჰეპატიტით ინფიცირებული პაციენტების მკურნალობის წინა სადიაგნოსტიკო და მკურნალობის მონიტორინგისათვის საჭირო კვლევებით და C ჰეპატიტის სამკურნალო უახლესი თაობის ძვირადღირებული მედიკამენტებით (სოფოსბუვირი, ჰარვონი, ინტერფერონი და რიბავირინი) უზრუნველყოფას. პრიორიტეტი ენიჭებოდა ღვიძლის მძიმე დაზიანების ან დაავადების რთული ექსტრაჰეპატური გამოვლინებების მქონე პაციენტებს. C ჰეპატიტის პროგრამის დანერგვა იმართება საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 20 აპრილის N169 დადგენილებით განსაზღვრული რეგულატორული ჩარჩოთი, რომელიც მოიცავს პროცედურებთან დაკავშირებულ სამართლებრივ დებულებებს, გადამდები დაავადებების მართვის ვადებს და პირობებს.²³

2.4.2 C ჰეპატიტის სერვისების მიწოდება

(ა) დიაგნოსტიკური სერვისები

მაღალი ხარისხის დიაგნოსტიკურ სერვისებზე წვდომას კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს C ჰეპატიტით ინფიცირებულთა დროული დიაგნოსტიკისა და მეთვალყურეობისთვის. დესჯეც, როგორც საქართველოში C ჰეპატიტის ეპიდემიამხედველობაზე პასუხისმგებელი მთავარი სახელმწიფო ორგანიზაცია, ფლობს C ჰეპატიტის დიაგნოსტიკისთვის (სეროლოგია, პჯრ ვირუსული დატვირთვა, გენოტიპირება) საჭირო ლაბორატორიული ქსელის კარგად განვითარებულ ინფრასტრუქტურას. დესჯეც მართავს ორ ზონალურ დიაგნოსტიკურ ლაბორატორიას (ZDL) ქუთაისსა და ბათუმში, შვიდ ლაბორატორიული ზედამხედველობის სადგურს⁴ (LSS) და ლუგარის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კვლევით ლაბორატორიას. ეს უკანასკნელი წარმოადგენს ბიოუსაფრთხოების მე-3 დონის ლაბორატორიას, რომელიც დაარსდა აშშ-ის მთავრობის დახმარებით. ზონალური დიაგნოსტიკური ლაბორატორიების, ლაბორატორიული ზედამხედველობის სადგურების და ლუგარის ცენტრის პერსონალი გადამზადდა კლინიკური ნიმუშების იმუნოფერმენტული ანალიზის (EUSA) მეთოდით ტესტირებაში anti-HCV-ზე და HbsAg-ზე.

ლუგარის ცენტრმა, აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების ტექნიკური მხარდაჭერით, შექმნა C ჰეპატიტის ვირუსის იმუნოფერმენტული ანალიზის (HGV ELISA) და C ჰეპატიტის ვირუსის რნმ-ის (HCV RNA) ნაკრებების ვერიფიკაციის სამი პანელი, წინასწარ გამოკვლეული დონორის პლაზმის ნიმუშების გამოყენებით. პანელები გამოყენებული იყო ლუგარის ცენტრსა და ქუთაისის ზონალური დიაგნოსტიკურ

ლაბორატორიაში სეროპრევალენტობის კვლევაში ჩატარებული ტესტირებისთვის. anti-HCV DiaPro ELISA ნაკრების მგრძნობელობამ და სპეციფიურობამ შეადგინა 97%. 100% იყო ამ ბაზებზე შიდა-ლაბორატორიული და ლაბორატორიათაშორისი რეპროდუქციულობა.

2. საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 22 ნოემბრის N359 დადგენილება „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების თაობაზე“

3. საქართველოს მთავრობის 2010 წლის 17 დეკემბრის N385 დადგენილება სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიისა და სტაციონარული დაწესებულების ნებართვის გაცემის წესისა და პირობების შესახებ დებულებების დამტკიცების თაობაზე

4 თელავის, გორის, ამბროლაურის, ზუგდიდის, ფოთის, ოზურგეთის და ახალციხის LSS-ები

HCV Sacace RT პჯრ-ის მგრძნობელობა და სპეციფიურობა იყო 90%; გამოვლენის ქვედა ზღვარი - 1000 სე/მლ.

C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის პირველ სტადიაზე დიაგნოსტიკური სერვისების მომწოდებელი იყო 4 კლინიკური ლაბორატორია და დკსჯეც-ის ლაბორატორიების ქსელი. ჯანმო-ს სტანდარტული ადაპტირებული ინსტრუმენტის გამოყენებით [Hep-LAT]⁵ პროგრამაში ჩართულმა ყველა ლაბორატორიამ მიიღო 90%-ზე მაღალი შეფასება შემდეგ კომპონენტებში: ნაგებობების მშენებლობისა და მომსახურების ხარისხი; ბიოუსაფრთხოება, ჰიგიენა და უსაფრთხოება, ნიმუშების შეგროვება და აღრიცხვა; აღჭურვილობა; რეაგენტები და მარაგები; ლაბორატორიის პერსონალი; ანგარიშგების ანალიზი და კომუნიკაცია; ეპიდ-აფეთქებების გამოძიებაში მონაწილეობა. „აბსოლუტური ხარისხის“ კომპონენტში ვირუსული ჰეპატიტების ტესტების სპეციფიკური გარე კონტროლის პროგრამის არარსებობის გამო ლაბორატორიების შეფასების შედეგი 78%-დან 90%-მდე ფარგლებში განთავსდა.

C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამაში ჩართულ ლაბორატორიებში ხარისხის სტანდარტები მაღალია, ხოლო ლუგარის ცენტრი შეიძლება მიჩნეულ იქნას ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის ხარისხის მართვის წამყვან დაწესებულებად.

საქართველოში არსებული ლაბორატორიული ტესტირების პროცესის დეტალური აღწერა მოცემულია დანართ 2-ში.

(ბ) ხელმისაწვდომობა C ჰეპატიტის სკრინინგზე

სისხლის დონორთა ტესტირება C ჰეპატიტზე ფინანსდება უსაფრთხო სისხლის სახელმწიფო პროგრამით. აივ-ინფიცირებულთა შორის C ჰეპატიტის სკრინინგი აივ/შიდსის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში 1997 წლიდან ხორციელდება. ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში C ჰეპატიტის სკრინინგი 2011 წლიდან მიმდინარეობს შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის დახმარებით. 2015 წლის დეკემბერში დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დაიწყო ორსულთა სკრინინგი C ჰეპატიტზე. საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო 2014 წლიდან სთავაზობს C ჰეპატიტზე ტესტირებას პატიმრობაში მყოფ პირებს. 2015 წლის მაისში თბილისის მერიამ დაიწყო C ჰეპატიტზე სკრინინგი ნებისმიერი პირისთვის, ვისაც საკუთარი სტატუსის შეტყობა სურს, მიუხედავად იმისა მიეკუთვნება ის მაღალი რისკის ჯგუფს თუ არა. გარდა ამისა, ამავე პერიოდში, ორგანიზაციის - Medecins du Monde France (MDM) – დახმარებით, ადგილობრივმა არასამთავრობო

⁵ http://www.who.int/ihr/publications/laboratory_tool/en/

ორგანიზაციამ - „ახალი ვექტორი“ გამოიკვლია 711 ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი, რომელთაგან 677-ს (95%) აღმოაჩნდა C ჰეპატიტი. სკრინინგი ტარდება სწრაფი ტესტებით.

ელიმინაციის პროგრამის პირველი ფაზის მიმდინარეობისას, საქართველოს ყველა იმ მოქალაქისთვის, ვისაც ტესტირების სურვილი ჰქონდა, დკსჯეც-მა C ჰეპატიტის უფასო სკრინინგის ორი ღონისძიება ჩაატარა: ორ-

დღიანი ღონისძიება 2015 წლის 26 მაისსა და 2 ივნისს და ერთ-კვირიანი ღონისძიება, რომელიც დაიწყო ჰეპატიტის მსოფლიო დღეს. შედეგად, სკრინინგი ჩატარდა 10,034 პირს, რომელთაგან დადებითი შედეგი ჰქონდა 1,991-ს (20%). C ჰეპატიტის უფასო სკრინინგის შესახებ საქართველოს მთავრობის N 1974 დადგენილების (2015 წლის 14 სექტემბერი) თანახმად, ნოემბერში დესჯეც-მა დაიწყო ზოგადი პოპულაციის რუტინული სკრინინგის პროგრამა, მათ შორის მობილური ერთეულების გამოყენებით 2015 წელს სკრინინგი ჩატარდა 13,698 პირს, რომელთაგან დადებითი შედეგი აღმოაჩნდა 1,782-ს (13%). პროგრამის ფარგლებში პირველი ფაზის მანძილზე დაგეგმილი იყო 50000 პირის ტესტირება მთელი ქვეყნის მასშტაბით მიუხედავად იმისა, მიეკუთვნებოდა იგი მაღალი რისკის ჯგუფს თუ არა.

მთლიანობაში, სხვადასხვა პროგრამების დაფინანსებით, 2015 წლის იანვრიდან 2016 წლის აპრილამდე სკრინინგი ჩატარდა დაახლოებით 175,000 ადამიანს, C ჰეპატიტის ვირუსის ანტისხეულებზე დადებითი აღმოჩნდა ტესტირებულთა 18.6%. მონაცემები მათ შესახებ, ვინც თავად მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას და რომელიმე პროგრამის დაფინანსების გარეშე, საკუთარი სახსრებით ჩაიტარა ტესტირება, ხელმოუწვდომელია. სკრინინგის მიმდინარე პროგრამების ფარგლებში აღმოჩენილი დადებითი შემთხვევების სიხშირე მერყეობს 1,9%-დან (სისხლის დონორებში) 50,6%-მდე (ნიმ) (იხ. დანართი 1, სურათი 8). მიმდინარე პროგრამების მეშვეობით მომავალ წლებში დაგეგმილია C ჰეპატიტის სკრინინგის გაგრძელება, თუმცა დადებით შემთხვევათა გამოვლენის გასაძლიერებლად აუცილებელი იქნება მოცვის გაფართოება.

(გ) მკურნალობა

ქვეყანაში არსებობს C ჰეპატიტის მართვისთვის საჭირო შესაბამისი ინფრასტრუქტურული, მატერიალურ-ტექნიკური და ადამიანური რესურსები.

დანერგილია საერთაშორისო სტანდარტებზე დაფუძნებული სამკურნალო და სადიაგნოსტიკო პრაქტიკულად ყველა მეთოდი მაღალტექნოლოგიური მოლეკულური დიაგნოსტიკის მეთოდების ჩათვლით, როგორიცაა: თვისობრივი და რაოდენობრივი პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქციის მეთოდი (რეალურ დროში პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქციის ჩათვლით), C ჰეპატიტის ვირუსის გენოტიპირება და სხვ. ასევე, დანერგილია ღვიძლის ფიბროზის ხარისხის/ციროზის შესაფასებელი არაინვაზიური მეთოდები, მათ შორის ღვიძლის ელასტოგრაფია (საქართველოში სამკურნალო მიდგომების დანერგვის ქრონოლოგიისათვის იხ. დანართი 1-ის სურათი 9).

საქართველოში C ჰეპატიტით დაავადებულის მართვის უფლება აქვს ექიმი-ინფექციონისტი და გასტროენტეროლოგის სერთიფიკატის მქონე ყველა ექიმს. ქვეყანაში არსებული 492 ექიმი-ინფექციონისტისა და 124 გასტროენტეროლოგიდან C ჰეპატიტის მკურნალობის სათანადო გამოცდილება გააჩნია 93 ექიმს და ისინი ჩართულები იყვნენ ელიმინაციის სახელმწიფო პროგრამის I ფაზის განხორციელებაში.

ამავდროულად აღსანიშნავია, რომ მატერიალურ-ტექნიკური და ადამიანური რესურსები ძირითადად კონცენტრირებულია ქ. თბილისში (დანართი 1, სურათი 10, 11, 12), რაც საჭიროებს შესაბამისი სიმძლავრეების განვითარებას რეგიონებში, რათა უზრუნველყოფილი იყოს მაღალი ხარისხის სამკურნალო სერვისებით ფართო გეოგრაფიული მოცვა. ქვეყანაში C ჰეპატიტის სამკურნალო პროგრამის ზრდასთან ერთად შესაძლოა ამ საკითხში პირველადი ჯანდაცვის ექიმების როლის გაფართოება, რაც ამჟამად განხილვის საგანია.

2016 წლის აპრილისთვის C ჰეპატიტის სამკურნალო სერვისების მიწოდება ხორციელდებოდა 16 დაწესებულებაში ქვეყნის მასშტაბით მათ შორის 8 ცენტრი-თბილისში, 3 ქუთაისში, 2 გორში და თითო-თითო ბათუმში, ზუგდიდსა და რუსთავში. (სულ ქვეყნის მასშტაბით ფუნქციონირებს 7 პჯრ ლაბორატორია (4 თბილისში) და ხელმისაწვდომია 12 ელასტოგრაფი. ელიმინაციის პროგრამის დაწყებიდან 2016 წლის 15 თებერვლამდე პროგრამაში დარეგისტრირდა 17830 C ჰეპატიტის ვირუსის რნმ-დადებითი ადამიანი, მკურნალობა დაიწყო 5955-მა მათგანმა, აქედან 3416-მა მკურნალობა დაასრულა, 2330 აგრძელებს და 290-მა ნაადრევად შეწყვიტა მკურნალობა.

იმის გათვალისწინებით, რომ C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინიციატივაა, პროგრამისათვის შემუშავებულია და დანერგულია ერთიანი სამკურნალო პროტოკოლები და კლინიკური მონიტორინგის გამარტივებული ალგორითმები (IDSA/AASLD და EASL გაიდლაინების საფუძველზე). პროგრამის პირველი ფაზის განხორციელებისას გათვალისწინებულ იქნა ის ფაქტი, რომ ქვეყანაში პეგილირებულ ინტერფერონთან და რიბავირინთან ერთად მეორე თაობის პირდაპირი მოქმედების მხოლოდ ერთი ანტივირუსული მედიკამენტი (სოფოსბუვირი) იყო ხელმისაწვდომი (სულ გამოიყენებოდა სოფოსბუვირის შემცველი 7 სამკურნალო რეჟიმი ინტერფერონით ან მის გარეშე HCV გენოტიპის, ღვიძლის ციროზის და მანამდე ჩატარებული მკურნალობის გათვალისწინებით). 2016 წლის თებერვლიდან კომპანია გილედის მიერ მოწოდებულია ახალი თაობის მედიკამენტი სოფობუვირ/ლედიპასვირი (ჰარვონი). მოსალოდნელია, რომ მოგვიანებით ხელმისაწვდომი გახდება ასევე სოფოსბუვირ/ველპატასვირი.

პირველ ფაზაში არსებული სამკურნალო პროტოკოლების მიხედვით, HCV RNA დადებითი პაციენტების გამოკვლევა გრძელდება FIB-4 ტესტის მეშვეობით. FIB-4 - 1.45 და 3.25 შორის მაჩვენებლის მქონე პაციენტებს დამატებით უტარდებათ ელასტოგრაფიული გამოკვლევა ღვიძლის დაზიანების ხარისხის ზუსტი განსაზღვრისათვის. მკურნალობისწინა სხვა გამოკვლევები მოიცავს: HBsAg, Anti-HBs, Anti-HIV; HCV გენოტიპირება; სისხლის საერთო ანალიზი, ალტ, ასტ, G-GT, ტუტე ფოსფატაზა, ბილირუბინი, ალბუმინი, კრეატინინი, გლუკოზა, INR; ANA, TSH; მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა.

დანართ 3-ში შეჯამებულია მკურნალობის მონიტორინგისათვის საჭირო ლაბორატორიული კვლევები.

2.4.3 C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების გადაცემის პრევენციისკენ მიმართული მიმდინარე აქტივობები

(ა) უსაფრთხო სისხლი

1997 წლიდან საქართველოში ამოქმედდა „უსაფრთხო სისხლის“ სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანია-ტრანსფუზიით გადამდები ინფექციების პრევენცია და სისხლისა და სისხლის კომპონენტების უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, სისხლის დაწესებულებების მიერ დონორის სისხლის აღნიშნულ ინფექციებზე (C ჰეპატიტის ვირუსი, B ჰეპატიტის ვირუსი, აივ-ინფექცია და სიფილისი) ხარისხიანი ტესტირების და ასევე უანგარო ნებაყოფლობითი დონორობის ხვედრითი წილის გაზრდის გზით.

ქვეყანაში სისხლის ტრანსფუზიის სამსახური დღეისათვის ფრაგმენტირებულია და სისხლის მწარმოებელი დაწესებულებების იურიდიული სტატუსი გადახრილია კომერციული/მოგებაზე ორიენტირებული დაწესებულებების სასარგებლოდ. მთლიანად 18 სისხლის დაწესებულება (მათგან 8 - პოსპიტალთან აფილირებული) ფლობს საწარმოო ტრანსფუზიოლოგიის საქმიანობის ლიცენზიას (დანართი 1, სურათი 13); აქედან ორი არამომგებიანი დაწესებულებაა, რომელთაგან ერთი საქართველოს თავდაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირია, ხოლო მეორე არასამეწარმეო იურიდიული პირი. თექვსმეტი სისხლის დაწესებულება არის სამეწარმეო იურიდიული პირი (კომერციული, მოგებაზე ორიენტირებული დაწესებულება). „უსაფრთხო სისხლის“ სახელმწიფო პროგრამაში დღეისათვის არ მონაწილეობს 6 სისხლის დაწესებულება. პროგრამაში მონაწილე სისხლის დაწესებულებები უზრუნველყოფენ სისხლის ტესტირების ხარისხის გარე კონტროლს.

ამჟამად სისხლის ყველა დაწესებულება დონაციების 100%-ში აწარმოებს სისხლის ტესტირებას HbsAg-ის, anti-HCV-ის, anti-HIV-ზე ELISA/EIA მეთოდით და სიფილისზე -TPHA-ს მეშვეობით. ვინაიდან ამ ინფექციებზე სისხლის ტესტირების ხარისხი უმნიშვნელოვანესია C ჰეპატიტისა და ტრანსფუზიით გადამდები სხვა ინფექციების რიცხვის შესამცირებლად, 2011 წლიდან უსაფრთხო სისხლის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე სისხლის დაწესებულებებს მოეთხოვებათ ყველა დონაციიდან შეინახონ სისხლის ალიქვოტები (2 წლის განმავლობაში), რათა რეგულარულად გაიარონ ტრანსფუზიით გადამდებ ინფექციებზე ტესტირების ხარისხის გარე კონტროლი, რომლის ფარგლებშიც სსიპ „ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ ლუგარის ლაბორატორიის მიერ რეტესტირდება ყველა შენახული ალიქვოტიდან რანდომულად შერჩეული 5%.

ამას გარდა, 2015 წლიდან უსაფრთხო სისხლის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებებს ასევე მოეთხოვებათ განახორციელონ ხარისხის კონტროლი პროფესიული ტესტირების ჩატარებით რომელიმე აკრედიტებულ უცხოურ რეფერენს ლაბორატორიასთან (კონტრაქტულ საფუძველზე): სისხლის ბანკებს ყოველ სამ თვეში ერთხელ ეგზავნებათ ასეთი რეფერენს ლაბორატორიების მიერ პანელები anti-HCV, anti-HIV, HBsAg და სიფილისის ტესტირებისთვის. თუ სისხლის ბანკის მიერ ამ პანელების ტესტირებით გამოვლინდება შეუსაბამობა, ბანკი ვალდებულია უზრუნველყოს ლაბორატორიული კვლევების ხარისხის კუთხით არსებული პრობლემების აღმოფხვრა მორიგი ტესტირების ჩატარებამდე. თუ შეუსაბამობები კვლავ გამეორდება, დკსჯეც მას ჩამოართმევს სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობის უფლებას. თუმცა, ასეთი ბანკები აგრძელებენ სისხლის პროდუქტების წარმოებას და მათი პროდუქტები გამოიყენება საავადმყოფოების მიერ, ვინაიდან შესამუშავებელია საწარმოო ტრანსფუზიოლოგიური საქმიანობის სახელმწიფო ლიცენზიის გაუქმების ან შეჩერების ეფექტური მექანიზმი.

2005 წლიდან უსაფრთხო სისხლის სახელმწიფო პროგრამა უზრუნველყოფს სისხლის ეროვნული ელექტრონული რეესტრის (დონორთა ბაზის) ოპერირებას, რაც მნიშვნელოვანი ნაბიჯია სისხლის ტრანსფუზიების უსაფრთხოების მიმართულებით. სისხლის რეესტრი ბანკებს მონაცემთა დოკუმენტირების, ასევე უსაფრთხო სისხლის სახელმწიფო პროგრამის შესახებ ანგარიშგების საშუალებას აძლევს. რეესტრი შედგება მონაცემთა ბაზისგან დონორებისა და დონაციების შესახებ 16 სისხლის ბანკში და მოიცავს სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულ ყველა სისხლის ბანკს. რეესტრი შედგენილია იმგვარად, რომ მასში შეიძლება ინფორმაციის შენახვა დონორის (უანგარო, ნათესავი და ფასიანი), დონაციის, მისი თარიღის, ტესტირების, სისხლის დისტრიბუციისა და შენახვის შესახებ. თუმცა, სისხლის დაწესებულებებს, ჩვეულებრივ, სრულად არ შეჰყავთ მონაცემები.

სისხლის ეროვნული პოლიტიკის ერთ-ერთი პრიორიტეტია ნებაყოფლობითი უანგარო დონაციების, ისევე, როგორც დონაციების საერთო რაოდენობის ზრდა. ამიტომ, ყოველწლიურად სულ მცირე 1700 დონაცია და უანგარო დონაციების რაოდენობის 10%-იანი ზრდა აუცილებელი პირობებია სისხლის ბანკის მონაწილეობისთვის „უსაფრთხო სისხლის“ სახელმწიფო პროგრამაში. სხვა მოთხოვნებია:

- საწარმოო ტრანსფუზიოლოგიური საქმიანობის სახელმწიფო ლიცენზიის ფლობა;
- სისხლის ერთეულების 100%-ის შემოწმება B და C ჰეპატიტებზე, აივ-ინფექციაზე და სიფილისზე;
- ტესტირებული სისხლის ალიკვოტების 2 წლის განმავლობაში შენახვა ლუგარის ლაბორატორიის მიერ ხარისხის გარე კონტროლისთვის;
- პროფესიული ტესტირების გავლა საერთაშორისო რეფერენს-ლაბორატორიასთან, სამ თვეში ერთხელ.

დამატებითი აქტივობები უანგარო დონაციის ხელშესაწყობად მოიცავს დონორის მსოფლიო დღის აღნიშვნას (14 ივნისი) 2012 წლიდან, რაც მიზნად ისახავს რეგულარული უანგარო დონაციის კულტურის ამაღლებისა და უანგარო დონორობის მნიშვნელობის შესახებ საზოგადოების ინფორმირებულობის გაზრდას. 2014 წელს, დონაციების საშუალო რიცხვი აღემატა 69 000, მათ შორის, 30 პროცენტი იყო უანგარო დონაცია, რაც შეესაბამებოდა 10%-იან ზრდას წინა წლის უანგარო დონაციების რაოდენობასთან შედარებით.

დანართი 1-ის მე-14 და მე-15 სურათებზე, შესაბამისად, წარმოდგენილია HCV-ის დეტექცია დონორის ტიპების მიხედვით და სისხლის დონორებში, anti-HIV, HBsAg, anti-HCV და TPHA-ით სიფილისის დეტექცია, 2014.

(ბ) B ჰეპატიტის ვაქცინაცია

B ჰეპატიტის რუტინული ვაქცინაცია 1 წლამდე ბავშვებში 2001 წლიდან შეტანილია იმუნიზაციის ეროვნულ კალენდარში.

B ჰეპატიტის (მონო) ვაქცინის პირველი დოზა ახალშობილის დაბადებიდან პირველ 12 საათში კეთდება, ხოლო დარჩენილი სამი დოზა - ჰექსა ვაქცინის გამოყენებით (დტყ+Haemophilus influenzae+B ჰეპატიტი+იპვ)

მე-2, მე-3 და მე-4 თვეებზე. 2002-2014 წლების განმავლობაში HB3 ვაქცინით მოცვა 50%-დან 90.6%-მდე გაიზარდა. ზრდის მიუხედავად, მაჩვენებელი 95%-იან ეროვნულ სამიზნეს ვერ აღწევს.

2001 წლიდან, B ჰეპატიტის იმუნიზაციასთან დავაშორებით, საქართველოში ორი დამატებითი აქტივობა ჩატარდა: ვაქცინაცია 13 წლის ასაკში (2001-2002); 2009-2012 წლებში სამედიცინო პერსონალისა და სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტების ვაქცინაცია B ჰეპატიტზე (2009-2012).

სხვადასხვა სახელმწიფო პროგრამები (იმუნიზაციის პროგრამა, დედათა და ბავშვთა პროგრამა, უსაფრთხო სისხლის პროგრამა) სრულად ფარავს:

(a) ორსულ ქალებში HbsAg-ის ტესტირებასთან დაკავშირებულ ხარჯებს და HbsAg-დადებითი დედების ახალშობილთა B ჰეპატიტის ვაქცინითა და B ჰეპატიტის იმუნოგლობულინით იმუნიზაციას;

(b) სისხლისა და სისხლის დონორების ტესტირებას HbsAg-ზე.

B ჰეპატიტის ვაქცინაცია არ არის უფასო რისკ-ჯგუფების არაინფიცირებულ პოპულაციაში. საქართველოს ზიანის შემცირების ქსელის პროგრამის მონაცემების მიხედვით, B ჰეპატიტის გამოვლენა ხდება ყოველწლიურად ტესტირებულ ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა 5-9%-ში.

(გ) C ჰეპატიტის პრევენცია ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებს შორის

ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა (ნიმ) სავარაუდო რაოდენობა 2014⁶ წლის მონაცემებით, 49700-ს შეადგენს. კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით (კვლევა ჩატარდა ქვეყნის 6 ქალაქში), ნიმ-ების მედიანური ასაკია 35-39. ნიმ-ების უმრავლესობა დაბალი შემოსავლების მქონეა: კვლევაში მონაწილე ნიმ-ების 24%-მა აღნიშნა, რომ მათი შემოსავალი 100 ლარზე ნაკლებია (USD 40), ხოლო 38%-ისთვის შემოსავალი 100-300 ლარამდე (USD 40-120) მერყეობს. ნიმ-ების უმეტესობა უმუშევარია და ეს მაჩვენებელი ვარირებს მუნიციპალიტეტების მიხედვით 57.4%-დან (ზუგდიდი) 91.9%-მდე (თბილისი). სხვა მოწყვლად ჯგუფებთან შედარებით, C ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ანტისხეულების პრევალენტობა ყველაზე მაღალია ნიმ-ებს შორის და 66.2%-ს შეადგენს. სარისკო საინექციო ქცევა ნიმ-ებს შორის ასევე მაღალია. კვლევაში მონაწილე ნიმ-ების 74.6% აღნიშნავს სტერილური საინექციო აღჭურვილობის გამოყენებას, ხოლო 8.5% აღნიშნავს, რომ გაიზიარეს საინექციო აღჭურვილობა ბოლო ინექციისას.⁷

ბოლო რამდენიმე წლის მანძილზე ნარკოსცენა მნიშვნელოვნად შეიცვალა. ე.წ ტრადიციულ ნარკოტიკებზე (ოპიუმი, ჰეროინი) ნაკლები ხელმისაწვდომობის გამო, ნიმ-ების მიერ აქტიურად მოიხმარებოდა კუსტარული ნარკოტიკები („ნიანგი“, ვინტი, ჯეფი), რისთვისაც ძირითადად სააფთიაქო მედიკამენტებს იყენებდნენ (სააფთიაქო ნარკომანია).

ერთის მხრივ, გამკაცრებული სააფთიაქო რეგულაციები და, მეორე მხრივ, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო პროგრამების ნაკლებობა, შპრიცების და ნემსების და ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებით არასაკმარისი მოცვა ხელს უწყობდა ნარკოსცენაში ახალი ნარკოტიკული/ფსიქოაქტიური ნივთიერებების დამკვიდრებას. აღნიშნული ნივთიერებების მიერ მიყენებული ზიანი შედარებით ნაკლებადაა შესწავლილი და გაცილებით მძიმე ზემოქმედება აქვს ნარკოტიკების მომხმარებლებზე, განსაკუთრებით ახალგაზრდა და ნაკლებად გამოცდილ ნიმ-ებზე, მათ ოჯახის წევრებსა და ზოგადად სოციალურ გარემოში.

6. Bio 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

7. Bio 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

საქართველოში შპრიცების და ნემსების პროგრამის განხორციელება 2001 წლიდან (ფონდ ღია საზოგადოება საქართველოს მხარდაჭერით), ხოლო ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის პირველი პროგრამა 2005 წლიდან დაიწყო და დღეისათვის ხორციელდება შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის

გლობალური ფონდის დაფინანსების ფარგლებში. ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამა 2008 წლიდან აგრეთვე ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტიდან.

დღეისათვის, გლობალური ფონდის დაფინანსებით, შპრიცების და ნემსების პროგრამა (შნპ) ხორციელდება ქვეყნის 11 ქალაქში 14 სერვის ცენტრის ბაზაზე. ნიმ-ებისთვის შეთავაზებული სერვისების საბაზისო პაკეტი მოიცავს შემდეგ სერვისებს: სტერილური საინექციო აღჭურვილობის და კონდომების დარიგება; ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება (ნკტ) აივ ინფექცია/შიდსზე, ვირუსულ ჰეპატიტებსა (HCV, HBV) და სიფილისზე; რისკის შემცირების კონსულტირება უსაფრთხო საინექციო და სქესობრივი ქცევის ხელშეწყობისათვის; თანასწორთა სწავლება უსაფრთხო ინექციის საკითხებზე, მათ შორის ზედოზირების პრევენციისა და მართვის თემატიკაზე, ნალოქსონის დისტრიბუცია, შემთხვევის მართვა და სხვა.

პრევენციული სერვისების მიწოდება ნიმ-ებისთვის ხდება როგორც სტაციონარულად, ე.წ. „დროფ-ინ“ ცენტრებში, ასევე მობილური ამბულატორიების საშუალებით გასვლითი ღონისძიებების მეშვეობით. ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი უზრუნველყოფს შპრიცების და ნემსების პროგრამის განხორციელებას ქვეყნის ტერიტორიაზე.

თანასწორგანმანათლებელთა სწავლების პროგრამის (PDI) განხორციელება შნპ-ის სერვის ცენტრებში 2010 წლიდან დაიწყო და ორიენტირებული იყო ახალი, პროგრამით ჯერ არ მოცული ნიმ-ების მოზიდვაზე, სწავლებასა და აივ ტესტირებაზე. პარალელურად 2014 წლიდან აქტიურად გაფართოვდა პროგრამა, გაიზარდა გასვლითი ღონისძიებების მოცულობა. გლობალური ფონდის პროექტის ფარგლებში შეძენილ იქნა ექვსი მობილური ამბულატორია, რათა გაზრდილიყო ნიმ-ებისთვის ნკტ სერვისების მიწოდების გეოგრაფიული დაფარვის ზონა. გასვლითი ღონისძიებების პროგრამა მოიცავს ქვეყნის 10 რეგიონში 55 ქალაქს.

შპრიცების და ნემსების პროგრამის მონაცემთა ბაზაზე დაყრდნობით ბოლო წლებში C ჰეპატიტზე ტესტირება მნიშვნელოვნად გაიზარდა (იხილეთ დანართი N1, სურათი 16).

დღეისათვის, ქვეყანაში არსებობს ჩანაცვლებითი თერაპიის 22 ცენტრი, მათ შორის 2 წარმოდგენილია პენიტენციურ დაწესებულებებში მეთადონის დეტოქსიკაციის ცენტრების სახით. ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამები ხორციელდება გლობალური ფონდის და სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსების ფარგლებში. გლობალური ფონდის პროგრამა უფასოა, ხოლო სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებულია პაციენტის მიერ თანაგადახდა (თანაგადახდა არ ეხებათ აივ ინფიცირებულებს და სოციალურად დაუცველ პირებს). ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამა დაფუძნებულია ყოველდღიური დოზის ინდივიდუალურად გაცემის პრინციპზე (DOT).

C ჰეპატიტის ელიმინაციის მისაღწევად საჭიროა ნიმ-ების მოცვის გაფართოება, მათთვის დარიგებული შპრიცების რაოდენობის გაზრდა, ნიმ-ებისთვის განკუთვნილი პრევენციული პაკეტის სრულყოფა (კოვზი, ფილტრი და სხვა საჭირო აღჭურვილობის დისტრიბუციის დამატება), სპეციფიური სერვისების დამატება ახალგაზრდა ნიმ-ებისა და ქალებისთვის. შემდგომში რე-ინფექციის პრევენციის მიზნით საჭიროა გაიწეროს კონსულტირების გაიდლაინი იმ ნიმ-ებისათვის, რომლებიც წარმატებით დაასრულებენ C ჰეპატიტის მკურნალობას. ასევე საჭიროა შნპ მუშაკების ტრეინინგი სპეციფიურად C ჰეპატიტთან დაკავშირებული ნკტ-ს საკითხებზე.

ზიანის შემცირების პროგრამებით ნიმ-ების მოცვის ზრდა მეტად მნიშვნელოვანია აივ ინფექციაზე, ვირუსულ ჰეპატიტებსა და სიფილისზე ტესტირების მეტი ხელმისაწვდომობის, აგრეთვე შემდგომი პრევენციის და მკურნალობის კუთხით. ნარკოტიკების მოხმარების სტიგმატიზაცია ართულებს ნიმ-ების მოცვას პრევენციული პროგრამებით.

აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის ეროვნულ სტრატეგიაში, რომელიც გაწერილია 2016-2018 წლებზე, დასახულია შნპ და ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებით მისაღწევი სამიზნე პოპულაციის რაოდენობების ზომა. სტრატეგიის მიხედვით გათვალისწინებულია შპრიცების პროგრამებით მოცვის

საბაზისო რაოდენობის - 11,700 (26%), 2014 წელი, გაზრდა 30,150-9დე (67%) 2018 წლის ბოლოსთვის, ხოლო ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის პაციენტებისთვის 2,850-დან 6,000-მდე დროის იმავე პერიოდში⁸.

2.4.4 C ჰეპატიტის ეპიდზედამხედველობის სისტემა

ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა წარმოადგენს დაავადების პრევენციისა და კონტროლის მნიშვნელოვან ინსტრუმენტს, რომელიც ახდენს ინფორმაციის შეგროვებას დაავადების მწვავე და ქრონიკული ფორმების შესახებ და ავლენს ჯანდაცვის სისტემაში არსებულ პრობლემებს.

საქართველოში არსებული C ჰეპატიტის ზედამხედველობის სისტემა, ლაბორატორიულ მონაცემებზე დაყრდნობით, თვითრად ახდენს ქრონიკული და მწვავე ფორმების შესახებ აგრეგირებული ინფორმაციის შეგროვებას. სისტემა არ მოიცავს ზედამხედველობას C ჰეპატიტის გართულებებზე (ღვიძლის ციროზი, ჰეპატოცელულური კარცინომა).

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

აგრეთვე არ უზრუნველყოფს მონაცემების მოგროვებას მოსახლეობაში დაავადების გავრცელების შესახებ.

გადამდებ დაავადებათა ეპიდზედამხედველობის სისტემა საქართველოში და დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონული ინტეგრირებული სისტემა (დზეის) მორგებულია დაავადებათა მწვავე შემთხვევების (საექვო, სავარაუდო და დადასტურებული) რეგისტრაციაზე, კვლევასა და კლასიფიკაციაზე. თუმცა, სისტემა ნაკლებად მგრძნობიარეა იმ დაავადებების მიმართ, რომელთა დადასტურება მოიცავს ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სისტემებში გამოყენებული კლასიფიკაციის ჩარჩოს. დზეის-ი მართავს შემთხვევათა მონაცემებს, შემთხვევის შესაბამის კვლევას, აგრეგირებულ მონაცემებს შესაბამის ნიმუშთან ერთად და შემთხვევებთან დაკავშირებულ ლაბორატორიულ მონაცემებს. სისტემა აგროვებს და ავრცელებს მონაცემებს, უზრუნველყოფს შემთხვევათა შეტყობინებას რეალურ დროში, წვდომას მობილური, ქსელური და სტაციონარული კომპიუტერული მოწყობილობებიდან, რაც მისი სხვადასხვა დონეების და დაავადებათა ეპიდზედამხედველობის ეროვნული ქსელების ერთმანეთთან დაცული დაკავშირების საშუალებას იძლევა. დზეის-ს გააჩნია ჯანმოს ინფექციურ დაავადებათა კომპიუტერიზებული ინფორმაციული სისტემისათვის (CISID) მონაცემთა გადაცემის მოდული; აგრეთვე ახდენს მონაცემთა ავტორიზებულ გაცვლას სხვა ელექტრონულ სისტემებთან „ღია არქიტექტურის“ მიდგომის გამოყენებით, მათ შორის საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის მართვის ინფორმაციულ სისტემასთან (HMIS), რომელიც გამოიყენება კლინიკების დონეზე. დზეის ქსელი მოიცავს საქართველოს ტერიტორიაზე რეგიონულ თუ რაიონულ დონეზე არსებულ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრებს. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრების ეპიდემიოლოგებს შეჰყავთ მონაცემები დზეის სისტემაში. დესჯეც-ის დაავადებათა დეპარტამენტი კი უზრუნველყოფს მონაცემთა შეყვანის პროცესის მონიტორინგს.

ზედამხედველობის არსებული სისტემის მნიშვნელოვან შემავსებელ ელემენტს წარმოადგენს პოპულაციური კვლევები. 2015 წლამდე C ჰეპატიტზე ჩატარდა მხოლოდ ერთი პოპულაციური კვლევა (2002 წელს) და შემოიფარგლებოდა მხოლოდ ქალაქ თბილისით. B და C ჰეპატიტების პრევალენტობის განსაზღვრელი სრულყოფილი ეროვნული პოპულაციური კვლევა ჩატარდა 2015 წელს. კვლევის საბოლოო შედეგებმა აჩვენა ქვეყნისა და რეგიონალური პრევალენტობის ნათელი სურათი და ამ ინფექციებთან ასოცირებული რისკ-ფაქტორების შესახებ ინფორმაცია.

2.4.5 პარტნიორები და რესურსების მობილიზება

ბოლო წლების განმავლობაში, საქართველომ მნიშვნელოვან წარმატებას მიაღწია ვირუსულ ჰეპატიტებზე რეაგირების მიმართულებით ადგილობრივი და საერთაშორისო თანამშრომლობის ჩამოყალიბებაში.

ადგილობრივ პარტნიორთა ქსელი მოიცავს სამთავრობო სტრუქტურებს, კერძო სექტორსა და არასამთავრობო ორგანიზაციებს. პროცესების მართვა და კოორდინაცია უზრუნველყოფილია სამთავრობო უწყებებით: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“, ინფექციური დაავადებების, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი (იდშკისპკ) და საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო. კერძო სექტორი ძირითადად წარმოდგენილია C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამაში ჩართული კერძო კლინიკებით. არასამთავრობო ორგანიზაციები აქტიურად არიან ჩართულნი C ჰეპატიტის სერვისის მიწოდებაში (ტესტირება, რეფერალი, პაციენტთა სკოლები), პოლიტიკურ დიალოგსა და ელიმინაციის გრძელვადიანი პოლიტიკის შემუშავებაში.

აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრებისა და ფარმაცევტული კომპანია „გილუადის“ მხარდაჭერით შესაძლებელი გახდა C ჰეპატიტის ელიმინაციის პირველი ფაზის იმპლემენტაცია, რომლისთვისაც »გილუადმა« უზრუნველყო საქართველოსთვის, ახალი, პირდაპირმოქმედი ანტივირუსული პრეპარატების უფასოდ მოწოდება. აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების მხარდაჭერით განხორციელდა სეროპრევალენტობის კვლევა და უზრუნველყოფილ იქნა უწყვეტი ტექნიკური მხარდაჭერა სხვადასხვა ინტერვენციების ფარგლებში. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სათაო ოფისმა და ევროპის რეგიონულმა ოფისმა უზრუნველყვეს ტექნიკური მხარდაჭერა როგორც C ჰეპატიტის ელიმინაციის პირველი ფაზის, ასევე ელიმინაციის გრძელვადიანი გეგმის შემუშავებაში.

მნიშვნელოვან საერთაშორისო პარტნიორებს წარმოადგენენ: ტუბერკულოზთან, აივ/შიდსთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდი, ჰეპატიტის გლობალური ალიანსი, ღვიძლის შესწავლის ევროპული ასოციაცია, აშშ-ის ღვიძლის დაავადებათა შემსწავლელი ასოციაცია, ფარმაცევტული და დიაგნოსტიკური პროდუქციის მწარმოებელი კერძო კომპანიები. C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამაში აქტიურად არიან ჩართულნი რიგი უნივერსიტეტები: ემორისა და ბრისტოლის უნივერსიტეტები მონაწილეობას იღებენ ეროვნული დონის სამუშაო შეხვედრებში, ტექნიკური საკონსულტაციო ჯგუფის შეხვედრაში და უზიარებენ ქართველ კოლეგებს ცოდნასა და გამოცდილებას.

2.5 არსებული გამოწვევები და მიმართულებები, რომლებიც საჭიროებს ცვლილებებს

C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის მიმდინარეობაში მნიშვნელოვანი პროგრესის მიუხედავად, არსებობს გარკვეული შეზღუდვები, რომლებიც მიმოხილულია ამ სტრატეგიაში და უნდა გადაიჭრას დაგეგმილი ინტერვენციების ფარგლებში მომდევნო ხუთი წლის განმავლობაში. წინამდებარე თავში შეჯამებულია ძირითადი პრობლემები და გამოწვევები, რომელთა გადაჭრა არსებითია C ჰეპატიტის ეფექტური კონტროლისთვის:

- C ჰეპატიტის ელიმინაციის მიზანი ვერ მიიღწევა საზოგადოებაში, მაღალი რისკის ჯგუფებში, თუ სამედიცინო დაწესებულებებში შემთხვევათა დროულ გამოვლენასა და ვირუსის გადაცემის კონტროლისაკენ მიმართული მკაცრი პრევენციული ღონისძიებების გატარების გარეშე.
- რეგულარულად უნდა გაფართოვდეს და განახლდეს სამკურნალო და ლაბორატორიული ინფრასტრუქტურა, რაც უზრუნველყოფს მკურნალობის გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გასაუმჯობესებასა და მაღალი ხარისხის სტანდარტების შენარჩუნებას.
- პროგრესის მონიტორინგისათვის, სხვადასხვა სახის ჯანდაცვის ობიექტებს შორის უწყვეტ რეჟიმში მონაცემთა გაცვლის ხარჯზე უნდა გაძლიერდეს C ჰეპატიტის ეპიდზედამხედველობის სისტემა.
- მნიშვნელოვანია საზოგადოებასა და მაღალი რისკის ჯგუფებში ცნობიერების ამაღლება C ჰეპატიტის გამოვლენის და შესაძლო მკურნალობის გზების შესახებ. უნდა განხორციელდეს C ჰეპატიტთან დაკავშირებული სტიგმის მასშტაბების შეფასება და გატარდეს ადექვატური ღონისძიებები მისი გავლენის შესამცირებლად.

- ეფექტური პოლიტიკური დიალოგის წარმართვისა და ტექნიკური და ფინანსური რესურსების მობილიზებისათვის, უნდა გაძლიერდეს საერთაშორისო და ადგილობრივი თანამშრომლობა, რაც, თავის მხრივ, აუცილებელია პროგრამის მდგრადობისათვის.

ცალკეული მიმართულებით არსებული გამოწვევები უფრო დეტალურად მიმოხილულია მე-4 თავში, კონკრეტულ ამოცანებთან და ინტერვენციებთან ერთად.

3. C ჰეპატიტზე რეაგირება – მიზანი, სამიზნე მაჩვენებლები და ამოცანები

C ჰეპატიტზე რეაგირების ფარგლებში, საქართველო იხელმძღვანელებს წინამდებარე დოკუმენტში წარმოდგენილი C ჰეპატიტის ელიმინაციის ეროვნული სტრატეგიით.

ამ სტრატეგიის ამბიციურ მიზანს წარმოადგენს ქვეყანაში C ჰეპატიტის ელიმინაცია და შედეგად საზოგადოებასა და ეკონომიკაზე ვირუსული ჰეპატიტის მძიმე ზეგავლენის შემცირება.

სტრატეგიის ამოცანები შემდეგია:

1. ვირუსული ჰეპატიტის შესახებ ცნობიერების დონის ამაღლება
ინტერვენცია 1.1. ვირუსული ჰეპატიტის შესახებ ცნობიერების დონის ამაღლება მოსახლეობასა და მაღალი რისკის ჯგუფებში
ინტერვენცია 1.2. ჰეპატიტთან დაკავშირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემცირება სამედიცინო დაწესებულებებსა და საზოგადოებაში
2. ჰეპატიტზე ჯანდაცვის სექტორის რეაგირების მონიტორინგი
ინტერვენცია 2.1. ქვეყანაში ქრონიკული ჰეპატიტის ტვირთის შეფასება
3. ვირუსული ჰეპატიტების გადაცემის პრევენცია საზოგადოებაში და სამედიცინო დაწესებულებებში
ინტერვენცია 3.1. C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული გადაცემის პრევენცია
ინტერვენცია 3.2. C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების პრევენცია საზოგადოებაში
ინტერვენცია 3.3. ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის C ჰეპატიტის ინციდენტობის შემცირება
4. სკრინინგისა და მკურნალობის მოცვის გაფართოებით ახალი შემთხვევებისა და ვირუსული ჰეპატიტებით გამოწვეული სიკვდილობის შემცირება
ინტერვენცია 4.1. C ჰეპატიტის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის თანამედროვე სისტემის დანერგვა C ჰეპატიტზე ტესტირების ხარისხის გასაუმჯობესებლად
ინტერვენცია 4.2. ქრონიკული ჰეპატიტის მქონე პაციენტთა შორის დიაგნოსტირებულთა წილის გაზრდა
ინტერვენცია 4.3. HCV მკურნალობასა და მოვლაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა

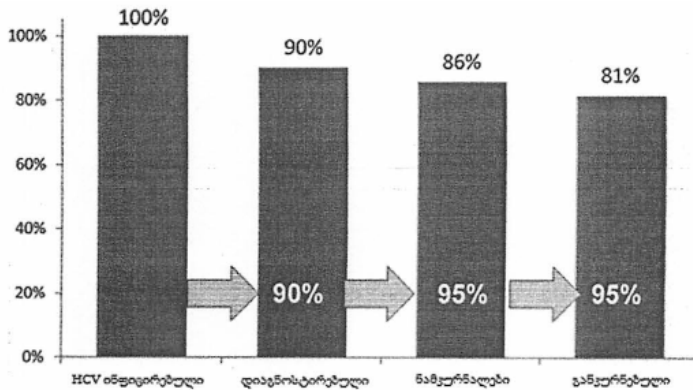
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ჯანდაცვის სექტორის ვირუსული ჰეპატიტების გლობალური სტრატეგიის სამიზნეების კვალდაკვალ, საქართველო 2020 წლის მიზნად ისახავს შემდეგი მიზნების მიღწევას:

- C ჰეპატიტით ინფიცირებულთა 90%-ის გამოკვლევა
- C ჰეპატიტის ქრონიკული ფორმის მქონეთა 95%-ის მკურნალობა და
- მკურნალობის შედეგად 95%-ის განკურნება

მე-3 სურათზე მოცემულია C ჰეპატიტის მკურნალობის კასკადი, რომელიც ეფუძნება სამივე მისაღწევ მიზანს. იქიდან გამომდინარე, რომ 150 000 პაციენტს აღენიშნება ქრონიკული C ჰეპატიტი, მიზნების მისაღწევად საჭირო იქნება დაახლოებით 135 000 პაციენტის დიაგნოსტირება, 128 000 პაციენტის მკურნალობა და 122 000 განკურნება.

C ჰეპატიტის აქტიური დაავადების პრევალენტობა ზრდასრულთა შორის დაახლოებით 5%-ია, მისი 90%-ით შემცირება გულისხმობს პრევალენტობის 0.5%-მდე დაქვეითებას. ამ მიზნების მიღწევის შემთხვევაში მოსალოდნელია სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირება სულ მცირე 65%-ით.

სურათი 3. C ჰეპატიტის მოვლის კასკადი, დაფუძნებული 90 -95 -95 მისაღწევ მიზნებზე

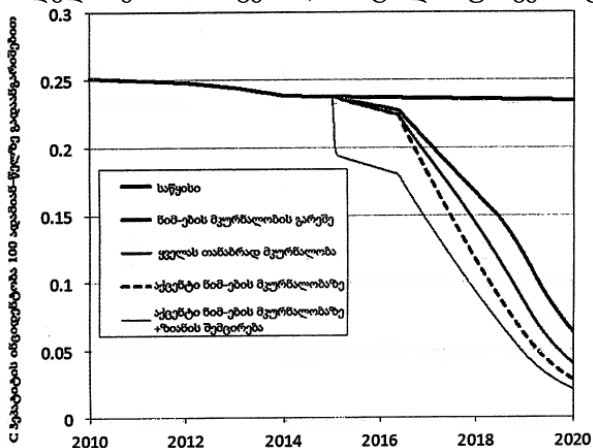


საქართველოში C ჰეპატიტით ინფიცირებულთა უდიდესი ნაწილის იდენტიფიცირება და განკურნება ხელს შეუწყობს:

- ვირუსის რეზერვუარის მნიშვნელოვნად შემცირებას, რაც თავის მხრივ შეამცირებს ტრანსმისიის რისკს.
- C ჰეპატიტთან დაკავშირებული ავადობის, სიკვდილიანობის და უნარშეზღუდულობის საგრძნობლად შემცირებასა და ცხოვრების ხარისხის მნიშვნელოვნად გაუმჯობესებას.

ელიმინაციის სამიზნეების დასახვას ასევე დაეხმარა მოდელირების მონაცემები, რომლებიც მოწოდებულია ბრისტოლის უნივერსიტეტის მოდელირების ჯგუფის მიერ. როგორც მოდელირებით მიღებული პროექციები აჩვენებს, ელიმინაციის მიზნები არის რეალურად მიღწევადი, მაგრამ საჭიროებენ ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლების მკურნალობაზე აქცენტის გაკეთებასა და ზიანის შემცირების სერვისების გაძლიერებას (სურათი 4).

სურათი 4. ინციდენტობის მაჩვენებლის პროგნოზი მკურნალობის სხვადასხვა სცენარის შემთხვევაში, მოდელირების მონაცემი. (ბრისტოლის უნივერსიტეტის მოდელირების ჯგუფი)



მოდელირების ამ მონაცემებზე დაყრდნობით და მაღალი რისკის პოპულაციებზე ინტერვენციების დიდი მნიშვნელობიდან გამომდინარე, წინამდებარე სტრატეგია ცალკე ინტერვენციად (3.3) მოიცავს ნიმ-ებში მკურნალობისა და პრევენციისთვის განსახორციელებელ აქტივობებს.

4. სტრატეგული ამოცანები და ინტერვენციები

C ჰეპატიტის ელიმინაციის სტრატეგია აერთიანებს ოთხ ამოცანას, ცხრა ინტერვენციას და მთელ რიგ აქტივობებს, რომელთა ეფექტურობა დასახული სამიზნეების მიღწევაში გამოცდილია მთელი რიგი ქვეყნების მიერ.

4.1 სტრატეგიული ამოცანა 1: ვირუსული ჰეპატიტების შესახებ ცნობიერების დონის ამაღლება

4.1.1 გამოწვევები

სხვადასხვა კვლევით გამოვლინდა, რომ C ჰეპატიტის დიაგნოზი მნიშვნელოვან ზეგავლენას ახდენს სოციალურ მდგომარეობაზე. ჰეპატიტთან დაკავშირებული სტიგმა იწვევს ვნებათაღელვას და დაავადების გადადების მიმართ გაზვიადებულ შიშს, რის გამოც შეიძლება იგი გახდეს სოციალური იზოლაციის მიზეზი.

საქართველოში დაავადებასთან დაკავშირებული ცნობიერების დონისა თუ სტიგმის შესაფასებლად კვლევები არ ჩატარებულა. თუმცა, ზოგადად მიჩნეულია, რომ C ჰეპატიტსა და ინექციურ წამლდამოკიდებულებას შორის ცნობილი კავშირის გამო, დაავადების სტატუსი დაავადებული პირების სტიგმატიზებას ახდენს. სტიგმის დონე შესაძლოა მაღალი იყოს როგორც მოსახლეობაში, ასევე სამედიცინო მომსახურების სისტემაში. ზოგადი აღქმა დაავადების მიმდინარეობის, არსებული დიაგნოსტიკური და მკურნალობის გზების, შესაძლო გამოსავლის შესახებ შესაძლოა ყოველთვის არ იყოს ადექვატური მოსახლეობასა და მაღალი რისკის ჯგუფებში. C ჰეპატიტის შესახებ ცნობიერების დონის გაზრდა, დამოკიდებულებისა და ქცევის შეცვლა საშუალებას იძლევა მოხდეს პაციენტების იზოლაციისა და მკურნალობისათვის თავის დანებების პრევენცია და გაიზარდოს განკურნების შანსი.

4.1.2 ინტერვენცია 1.1: ზოგად მოსახლეობასა და მაღალი რისკის ჯგუფებში ვირუსული ჰეპატიტების შესახებ ცოდნის ამაღლება

მოცემული ინტერვენციის შესრულების შედეგად გაიზრდება მოსახლეობის ცნობიერების დონე C ჰეპატიტის დიაგნოზის, მკურნალობისა და პრევენციის სარგებლის შესახებ.

საკომუნიკაციო გზავნილები და მასალები ხაზს გაუსვამს ადრეული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მნიშვნელობას და მოსახლეობას აუხსნის, თუ როგორ უნდა ისარგებლოს დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მომსახურებით და მიიღოს საჭირო დახმარება. კამპანია მოიცავს შემდეგ საკითხებს: 1) ინფექციის კონტროლის მნიშვნელობა და პაციენტებისა და ჯანდაცვის სპეციალისტების როლი მოსახლეობაში ინფექციის კონტროლის შექმნის თვალსაზრისით; 2) C ჰეპატიტის გადაცემის რისკის შემცირების მიზნით, დაავადებასთან და ინექციურ წამლდამოკიდებულებასთან დაკავშირებული სტიგმის შემცირების საჭიროება და ზიანის შემცირებისა და სხვა ინტერვენციების გამოყენება. კამპანია მოიცავს ზოგად მოსახლეობას, რათა უზიდავს მომხმარებლებს, მოითხოვონ ახლად გახსნილი, სტერილური ინსტრუმენტების გამოყენება ყველა ინვაზიური პროცედურისათვის არასამედიცინო დაწესებულებებში (მაგ: ტატუირების, პირსინგისა და აკუპუნქტურის განმახორციელებელი დაწესებულებები). საჭიროა განსაკუთრებული ძალისხმევა მიიმართოს არასაჭირო თერაპიული ინექციების რაოდენობის შემცირების მიზნით.

საქართველოს მთავრობა განახორციელებს კამპანიებს, რომლებიც მიმართული იქნება კონკრეტულად C ჰეპატიტზე ტესტირების გაზრდაზე. ამგვარი კამპანიების მაგალითებია მსოფლიო ჰეპატიტის დღის აღნიშვნა და C ჰეპატიტზე ეროვნული ტესტირების დღის/ების დაწესება. მაქსიმალური მოცვის უზრუნველყოფის მიზნით, საინფორმაციო მასალების გავრცელებაში ჩართული იქნება ყველა დაინტერესებული მხარე, მ.შ. საჯარო, კერძო პარტნიორული და საზოგადოებრივი ორგანიზაციები. კომუნიკაციის სტრატეგიის შემუშავებასა და დანერგვაში წამყვან როლს ითამაშებენ საზოგადოებრივი ორგანიზაციები, რომლებიც მუშაობენ ძნელად მისაღწევ მაღალი რისკის ჯგუფებთან და საზოგადოების წარმომადგენლებთან. კამპანიის ეფექტურობა შეფასდება სტრატეგიის ციკლის ბოლო წელს ცოდნის, დამოკიდებულებისა და პრაქტიკის ბაზისური მონაცემების ცვლილების შეფასების გზით.

4.1.2.1 აქტივობები და სამიზნეები

ზოგად მოსახლეობასა და მაღალი რისკის ჯგუფებში ვირუსული ჰეპატიტის შესახებ ცნობიერების ამაღლების მიზნით შემდგომი აქტივობების კოორდინირება განხორციელდება დკსჯეც-ის ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სამმართველოსა და საზოგადოებასთან ურთიერთობის ჯგუფის მიერ.

ინტერვენცია 1.1. ვირუსული ჰეპატიტის შესახებ ცნობიერების დონის ამაღლება მოსახლეობასა და მაღალი რისკის ჯგუფებში

აქტივობები	სამიზნეები
1.1.1 კვლევის ჩატარება (ცოდნა, დამოკიდებულება, პრაქტიკის კვლევა) C ჰეპატიტის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შესახებ მოსახლეობაში, მოსახლეობის სეგმენტებში დაავადების მაღალი გავრცელებით და მაღალ რისკ ჯგუფებში.	2018 წლის ივლისი - კვლევის ანგარიში ხელმისაწვდომია
1.1.2. 2015 წლის პოპულაციური კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით თითოეული რისკ-ჯგუფისათვის დაავადების დიაგნოსტიკაზე, მკურნალობაზე და პრევენციაზე საკომუნიკაციო სტრატეგიის შემუშავება, რომელიც მოიცავს მესიჯებს, საკომუნიკაციო არხებს და გეგმა გრაფიკს.	2016 წლის დეკემბერი - საკომუნიკაციო სტრატეგია შემუშავებულია
1.1.2. თითოეული საკომუნიკაციო სტრატეგიისათვის საგანმანათლებლო მასალებისა და მესიჯების განახლება/შემუშავება და გავრცელება ზოგადად მოსახლეობასა და მაღალი რისკის ჯგუფებში კომუნიკაციის ეფექტური არხების მეშვეობით, მათ შორის თანასწორთა განათლება/პაციენტთა სკოლები, პირისპირ კონსულტირება, სოციალური და ბეჭდვითი მედია, ვიდეო მიმართვები, ჰეპატიტის მსოფლიო დღის აღნიშვნა, ჰეპატიტის სკრინინგის ეროვნული დღის დაწესება და სხვა.	კამპანიის ყოველწლიურად განხორციელება 2016-2019

4.1.3 ინტერვენცია 1.2: ჰეპატიტთან დაკავშირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემცირება სამედიცინო დაწესებულებებსა და საზოგადოებაში.

კარგადაა ცნობილი, რომ C ჰეპატიტი წარმოადგენს დაავადებას, რომელიც იწვევს არამხოლოდ ღვიძლის დაზიანებას, არამედ ასევე ფსიქოლოგიურ, ოჯახურ და სოციალურ პრობლემებს. დაავადებასთან დაკავშირებული სტიგმა ხშირად ძალიან დიდია და გააჩნია მრავლობითი უარყოფითი შედეგები. ცნობიერების ამაღლების კამპანიებს შეუძლიათ მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანონ სტიგმის შემცირებაში. თუმცა, ჯანმრთელობის ხელშეწყობისა და ცნობიერების ამაღლების ყველა კამპანიისათვის აუცილებელია ინფორმაცია სტიგმის განმაპირობებელი სოციალური ფაქტორების შესახებ. C ჰეპატიტის შესახებ ცნობიერების დონის გაზრდა, დამოკიდებულებისა და ქცევის შეცვლა საშუალებას იძლევა თავიდან იქნეს აცილებული პაციენტების იზოლაცია, მოხდეს მკურნალობის შეწყვეტის პრევენცია და გაუმჯობესდეს მკურნალობაზე დამყოლობა.

4.1.3.1 აქტივობები და სამიზნეები

მოცემული ინტერვენციის სამიზნეს წარმოადგენენ მაღალი რანგის ხელმძღვანელი პირები, ჯანდაცვის მუშაკები და სხვა შესაბამისი ჯგუფები, რათა გაიზომოს და გადაიჭრას C ჰეპატიტის სტიგმასთან დაკავშირებული პრობლემა. დკსჯეც (ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სამმართველო და საზოგადოებასთან ურთიერთობის ჯგუფი) კოორდინაციას გაუწევს ქვემოთ განხილული აქტივობების განხორციელებას.

ინტერვენცია 1.2: საზოგადოებაში ჰეპატიტთან დაკავშირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემცირება

აქტივობები	სამიზნეები
1.2.1. C ჰეპატიტთან დაკავშირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შეფასების კვლევის განხორციელება.	2016 წლის ივლისი - კვლევის ანგარიში ხელმისაწვდომია
1.2.2. ჰეპატიტის სტიგმის საწინააღმდეგო მესიჯებისა და მასალების შემუშავება და გავრცელება პოლიტიკის განმსაზღვრელებში, ჯანდაცვის მუშაკებსა და სხვა შესაბამის ჯგუფებში.	2016 წლის სექტემბერი - მასალები შემუშავებულია და დაწყებულია მათი გავრცელება
1.2.3. პაციენტთა ადვოკატირების ჯგუფებს, სახელმწიფოს (მათ შორის სამართალდამცავი სისტემისა და ომბუდსმენის), სამედიცინო სისტემასა და სხვა სტრუქტურებს შორის თანამშრომლობის ჩამოყალიბება სტიგმის შემცირების აქტივობების შემუშავების მიზნით.	კვარტალური შეხვედრა ყველა დაინტერესებული მხარის მონაწილეობით ჩატარებულია.
1.2.4. C ჰეპატიტის მქონე პირთა სტიგმისა და დისკრიმინაციის წინააღმდეგ გაძლიერების ინტერვენციების შემუშავება და დანერგვა	განხორციელებულია სტიგმის საწინააღმდეგო ყოველწლიური კამპანიები

4.2 სტრატეგიული ამოცანა 2: ჰეპატიტებზე ჯანდაცვის სექტორის რეაგირების მონიტორინგი

4.2.1 C ჰეპატიტის ეპიდზედამხედველობა - გამოწვევები

C ჰეპატიტის ეპიდზედამხედველობის არსებული სისტემა არ აკმაყოფილებს ავადობის ტვირთის შეფასებისათვის აუცილებელ მოთხოვნებს. კერძოდ:

- შემთხვევის განსაზღვრებების შეუესაბამოა ჯანმოს რეკომენდაციებთან.
- C ჰეპატიტის შემთხვევათა არასრულყოფილი ანგარიშგება ლაბორატორიებისა და სამედიცინო დაწესებულებების მხრიდან.
- აგრეგირებული ანგარიშგება, როგორც მონაცემთა მიღების არასაკმარისი ფორმა დაავადების პრევენციისა და კონტროლისათვის.
- 'დზეის' სისტემის შეუსაბამოა ქრონიკული ინფექციური დაავადებების (C ჰეპატიტი, აივ/შიდსი) ეპიდზედამხედველობასთან.
- C ჰეპატიტის ეპიდზედამხედველობაში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების არასაკმარისი ჩართულობა.
- C ჰეპატიტთან დაკავშირებული ავადობისა და სიკვდილობის და ასევე გარდაცვალების მიზეზის შესახებ ინფორმაციის სიმწირე.

ეპიდზედამხედველობის მიზნებისათვის აუცილებელია სისტემაში აგრეგირებულის ნაცვლად ინდივიდუალური მონაცემების შეყვანა, რაც გაამარტივებს ინფორმაციის ანალიზს და უზრუნველყოფს ეფექტური პრევენციული და ინტერვენციული სტრატეგიების განხორციელებას.

4.2.2 ინტერვენცია 2.1. ქრონიკული ჰეპატიტის ეროვნული ტვირთის შეფასება

C ჰეპატიტის ეპიდზედამხედველობის ახალი სისტემის შემუშავების შედეგად შესაძლებელი იქნება სტრატეგიის მიზნების განხორციელება. სისტემის საშუალებით შესაძლებელი იქნება C ჰეპატიტის ვირუსით გამოწვეული შემთხვევების შესახებ მონაცემების მიღება და იგი უზრუნველყოფს პრევენციის, ტესტირებისა და მკურნალობის პროგრამების მუშაობის მონიტორინგს. სისტემა ასევე ორიენტირებული იქნება

გამოსავალზე და მოვლის კასკადზე. მონაცემები შეგროვდება ლაბორატორიებიდან და სამედიცინო დაწესებულებებიდან, რომლებიც უზრუნველყოფენ HCV-ზე გამოკვლევას და მის მკურნალობას.

საყრდენი ბაზებით ეპიდზედამხედველობა დაინერგება სამიზნე მოსახლეობისათვის, პრევენციაზე, ტესტირებისა და მკურნალობაზე ფოკუსირებით (მაგ., ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლები, პატიმრები). შესაგროვებელ მონაცემთა მოცულობა განისაზღვრება არსებული რესურსების შეფასების შედეგად.

4.2.2.1 აქტივობები, შუალედური შედეგები და შესრულების ვადები

C ჰეპატიტის ტვირთის შემაფასებელი სისტემის ჩამოსაყალიბებლად საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“ კოორდინირებას გაუწევენ შემდეგი აქტივობების განხორციელებას:

ინტერვენცია 2.1. ქრონიკული ჰეპატიტის ეროვნული ტვირთის შეფასება

აქტივობები	შუალედური შედეგები და შესრულების ვადები
2.1.1. მწვავე და ქრონიკული C ჰეპატიტის შემთხვევათა არსებული განმარტებების გადახედვა და მოდიფიცირება	
ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემოთავაზებული ან CSTE/CDC მიერ გამოქვეყნებული მწვავე და ქრონიკული C ჰეპატიტის შემთხვევათა განმარტებების გამოყენება	შემთხვევათა განმარტებების შემუშავება 2016 წლის შუა პერიოდისთვის
ა) C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამისთვის ერთიანი შემთხვევათა განმარტებების გამოყენება შემთხვევათა კლასიფიკაციის მდგრადობისა და მონაცემთა ხარისხის ამაღლებისათვის.	დანერგოლია სამედიცინო დაწესებულებებში – 2016
ბ) შემთხვევათა ახალი განმარტებების გამოყენებით შემთხვევათა შეტყობინების დანერგვა კლინიკურ დაწესებულებებში.	2019 წლისთვის C ჰეპატიტის სამკურნალო დაწესებულებებიდან შეტყობინებულია შემთხვევათა 100%.
2.1.2. საყრდენ ბაზებზე C ჰეპატიტის რისკ-ფაქტორების შესახებ მონაცემების შეგროვება. საყრდენ ბაზებზე გამოყენებული იქნება C ჰეპატიტის მკურნალობის პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებები, რომლებშიც რუტინულად გროვდება კლინიკური მონაცემები. გარდა ამისა, აღნიშნული დაწესებულებები შეაგროვებენ მონაცემებს C ჰეპატიტის რისკ-ფაქტორების შესახებ	შერჩეული სამედიცინო დაწესებულებები აგროვებენ მონაცემებს C ჰეპატიტის რისკ - ფაქტორების შესახებ - 2016
2.1.3. C ჰეპატიტის ეპიდზედამხედველობაში მონაწილეობისთვის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების რესურსებისა და ინფრასტრუქტურის გაძლიერება:	
ა) C ჰეპატიტის შემთხვევათა რეგისტრაციის, შეტყობინებისა და ანგარიშგებისთვის სტანდარტული პროცედურებისა და ფორმების შემუშავება	მწვავე C ჰეპატიტის შემთხვევათა შეტყობინების სტანდარტიზებული ფორმების წარდგენა 2016 წლის შუა პერიოდში
ბ) C ჰეპატიტის შემთხვევათა შეტყობინების ახალი რეგულაციების შესახებ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების პერსონალის გადამზადება	2016 და 2017 წლებში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების გადამზადებულ თანამშრომელთა რაოდენობა
ბ) C ჰეპატიტის შემთხვევათა შეტყობინების ახალი რეგულაციების შესახებ სამედიცინო დაწესებულებების პერსონალის გადამზადება	2016 და 2017 წლებში სამედიცინო დაწესებულებების გადამზადებულ თანამშრომელთა რაოდენობა

2.1.4. სამედიცინო დაწესებულებებში მწვავე C ჰეპატიტის გაძლიერებული ეპიდზედამხედველობის დანერგვა C ჰეპატიტის ახალ შემთხვევათა გამოვლენისა და ინფექციის გადაცემის მონიტორინგის მიზნით	
ა) მწვავე C ჰეპატიტის ეპიდზედამხედველობის სისტემის გამოყენება C ჰეპატიტის აფეთქებების აღმოსაჩენად (მაგ. სამედიცინო დაწესებულებებთან ასოცირებული აფეთქებები).	მონაწილე კლინიკურ ბაზებზე 2017 წლის ბოლოსთვის დასრულდება შეტყობინებებისა და აფეთქების გამოძიების შესახებ პერსონალის გადამზადება
ბ) აფეთქების გამოძიების სისტემის დანერგვა მწვავე C ჰეპატიტის თითოეული შემთხვევის დროს.	2020 წლისთვის ყველა შეტყობინებული შემთხვევის 95% იქნება გამოძიებული
ბ) მოსახლეობის მაღალექსპოზირებულ ნაწილში (მაგ. დიალიზზე მყოფი პაციენტები, ონკოჰემატოლოგიური პაციენტები, ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლები) სეროკონვერსიის შემთხვევების რეგისტრირება.	2020 წლისთვის მწვავე C ჰეპატიტის 80% იქნება შეტყობინებული ელექტრონული მონაცემების შეყვანა იქნება გამართული ეპიდზედამხედველობის ყველა ბაზაზე
2.1.5 ელიმინაციის პროგრამისთვის სუბპოპულაციებში C ჰეპატიტის ინციდენტობის უკეთ განსასაზღვრად ეპიდემიოლოგიური კვლევების მონაცემების გამოყენება	
ა) C ჰეპატიტის პოპულაციური კვლევის (2015) მონაცემების გამოყენება ეპიდზედამხედველობისა და მკურნალობის ინტერვენციების დასაგეგმად.	ეროვნული გეგმის განახლება 2015 წლის სეროკვლევის მონაცემთა ანალიზისა და ეპიდზედამხედველობისა და შემდგომი ინტერვენციების შესახებ მისი რეკომენდაციების გათვალისწინებით
ბ) ქვეყანაში C ჰეპატიტის ელიმინაციის გრძელვადიანი სტრატეგიული გეგმით გათვალისწინებული აქტივობების განხორციელების შემდეგ დამატებითი კვლევების დაგეგმვა მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებში C ჰეპატიტის ინციდენტობის შესაფასებლად (მაგ.: ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში, პაციენტებში, რომელთაც უტარდებათ ინვაზიური სამედიცინო პროცედურები და ა.შ.).	2015 წლის სეროკვლევის ანალიზის შედეგად გამოჩნდება საჭიროება, ჩატარდება სუბპოპულაციური კვლევები -2016
2.1.6. C ჰეპატიტის შემთხვევათა რეესტრის, როგორც ზედამხედველობის ძლიერი იარაღის, გამოყენება ეპიდემიოლოგიური ანალიზის გასაუმჯობესებლად, რაც ხელს შეუწყობს C ჰეპატიტის ელიმინაციის კამპანიას. C ჰეპატიტის ელიმინაციის ეროვნული პროგრამის მართვის ჯგუფის/საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს C ჰეპატიტის შემთხვევათა რეესტრის მონაცემთა წყაროები წარმოდგენილი იქნება ლაბორატორიული ტესტირების შედეგებითა და სკრინინგის პროგრამის მოხსენებებით C ჰეპატიტის მარკერებთან ერთად. რამდენადაც C ჰეპატიტის რეესტრის უპირველესი მიზანია მოვლასთან კავშირის გაუმჯობესება, ის შეიძლება ასევე გამოყენებულ იქნას ეპიდემიოლოგიური ანალიზისთვის C ჰეპატიტის გავრცელების შეფასების მიზნით და საქართველოში C ჰეპატიტის ეპიდემიის ტვირთის უკეთ დასახასიათებლად. სისტემას უნდა შეეძლოს დუბლიკატების აღმოჩენა, ეროვნული ID ნომრის ან სხვა უნიკალური იდენტიფიკატორის დახმარებით.	2016-2017 წლისთვის შესაძლებელი იქნება C ჰეპატიტის რეესტრის გამოყენება ეპიდემიოლოგიური ანალიზისთვის
2.1.7. ქრონიკულ C ჰეპატიტთან დაკავშირებული გართულებების ავადობისა და სიკვდილობის ეპიდზედამხედველობა	
ა) სწრაფი სიტუაციური შეფასების ჩატარება ორი მიმართულებით: (1) საქართველოში ჰეპატოცელულური კარცინომისა და ღვიძლის ციროზის მქონე	2016 წლის ბოლოსთვის დასრულებული იქნება სწრაფი სიტუაციური შეფასება და

პაციენტების დიაგნოსტიკის, რეფერალისა და მოვლის არსებული პრაქტიკის შესახებ და (2) 2010-2015 წლების გარდაცვალების მოწმობების შესახებ, რათა მოხდეს ჰეპატოცელულურ კარცინომასა და ღვიძლის ციროზთან დაკავშირებული სიკვდილის შემთხვევების დათვლა და დახარისხება.	განსაზღვრული იქნება პროგრამის განხორციელებადობა, შედეგები წარედგინება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროს ლიდერებს და მთავარ პარტნიორებს
ბ) საქართველოში ჰეპატოცელულური კარცინომისა და ღვიძლის ციროზის დიაგნოზის მქონე პაციენტებში B და C ჰეპატიტების მარკერების სისტემატური ტესტირების პროგრამის განხორციელება.	დანერგულია 2017-2018 წლებში
გ) გასტროენტეროლოგიურ/ჰეპატოლოგიურ და ონკოლოგიურ კლინიკებში C ჰეპატიტთან დაკავშირებული ღვიძლის ციროზისა და ჰეპატოცელულური კარცინომის ეპიდემიამხედველობის წარმოება C ჰეპატიტის მქონე პაციენტებს შორის ღვიძლის ციროზისა და ჰეპატოცელულური კარცინომის თითოეული შემთხვევის შეტყობინების სისტემის დანერგვის საშუალებით	2017 წლის ბოლოსთვის C ჰეპატიტის მარკერების რუტინული, სისტემატური ტესტირება და შეტყობინება მოიცავს ჰეპატოცელულური კარცინომისა და ღვიძლის ციროზის მქონე პაციენტების 90%-ს.
დ) ნიმ-ებს შორის რეინფექციის შესაფასებლად კვლევის ჩატარება	2017-2018

4.3 სტრატეგიული ამოცანა 3: ვირუსული ჰეპატიტების გადაცემის პრევენცია

4.3.1 სამედიცინო დაწესებულებებში C ჰეპატიტის გადაცემის კონტროლი -გამოწვევები

(ა) უსაფრთხო სისხლი

ტრანსფუზიის გზით გადამდები ინფექციების ელიმინაცია მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება ეროვნული ჯანდაცვის სისტემისთვის შემდეგი მიზეზების გამო:

ა) საქართველოში სისხლის ტრანსფუზიის სამსახური დეცენტრალიზებულია. ეროვნულ დონეზე არ არის იდენტიფიცირებული მმართველი ორგანო, რომელიც ზედამხედველობას გაუწევს სისხლის ტრანსფუზიის სამსახურს, რაც სერიოზულ დაბრკოლებას ქმნის სისხლის წარმოების და კლინიკური გამოყენების ხარისხის ეფექტური სისტემის განვითარებისთვის.

ბ) სერიოზულ შემფოთებას იწვევს სისხლის დაწესებულებების სამეწარმეო, კომერციული მართვის ფორმა ეთიკის და უსაფრთხოების ასპექტებთან მიმართებაში.

გ) მნიშვნელოვანი პრობლემაა ისიც, რომ სისხლის უსაფრთხოების მარეგულირებელი სამართლებრივი ბაზა მოძველებულია და ვერ აკმაყოფილებს ევროკავშირის მოთხოვნებს და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტანდარტებს. ტრანსფუზიით გადამდები ინფექციების პრევენციის მიზნით (მათ შორის C ჰეპატიტის ვირუსის), პრიორიტეტულია ტრანსფუზიის სამსახურისთვის შემუშავდეს და დაინერგოს თანამედროვე სტანდარტებთან შესაბამისი სალიცენზიო მოთხოვნები.

დ) ანაზღაურებადი დონაციები სისხლის დონაციების მთლიანი რაოდენობის თითქმის 70%-ს შეადგენს, რაც სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს სისხლის უსაფრთხოების უზრუნველყოფის თვალსაზრისით. ტრანსფუზიის გზით გადამდები ინფექციების პრევენციისთვის აუცილებელია ანაზღაურებადი დონაციების პრაქტიკა თანდათანობით ჩანაცვლდეს რეგულარული უანგარო დონაციების სისტემით, რაც მოითხოვს ინტენსიური საგანმანათლებლო და ცნობიერების ამაღლებაზე მიმართული კამპანიების ჩატარებას.

ე) სისხლის არსებული ეროვნული რეესტრი (დონორთა ელექტრონული ბაზა) მოძველებულია და მოიცავს შეზღუდულ ინფორმაციას. მნიშვნელოვანი ბარიერია ისიც, რომ ბაზაში არ არის ჩართული ყველა მოქმედი

სისხლის დაწესებულება. დონორთა ბაზის მოდერნიზაცია და გაფართოება ხელს შეუწყობს, როგორც არასასურველი ტრანსფუზიების და ტრანსფუზიის შემდგომი ინფექციების/გართულებების პრევენციას, ასევე სისხლის დონაციის „ვენიდან-ვენამდე“ მიკვლევადობის უზრუნველყოფას. დღეისათვის, ბაზის არსებული ინტერფეისი არ ითვალისწინებს შემდეგ მონაცემებს და ფუნქციებს:

- სისხლის მიმღები საავადმყოფოები და სისხლის რეციპიენტები
- არასასურველი რეაქციები
- გამოყენებული ტესტ-სისტემები და რეაგენტები
- სისხლის მარაგები სისხლის დაწესებულებებსა და საავადმყოფოებში
- სისხლის შენახვის პირობები
- დონორის სტანდარტიზებული კითხვარი და დონორის შესაფასებელი ინტერვიუ
- საავადმყოფოების მიერ სისხლის და სისხლის კომპონენტების ელექტრონული შეკვეთის ფუნქცია

ვ) მიუხედავად იმისა, რომ „უსაფრთხო სისხლის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, სისხლის ტესტირების ხარისხის კონტროლის მექანიზმების დანერგვა სერიოზული წინ გადადგმული ნაბიჯია, კვლავ მნიშვნელოვან გამოწვევად რჩება „ვენიდან-ვენამდე“ ხარისხის მართვის ეროვნული სისტემის განვითარება. აღნიშნულიდან გამომდინარე, გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება ხარისხის კონტროლის ყველა კომპონენტის გაუმჯობესებას და სისხლის ტრანსფუზიის ყველა საფეხურზე დანერგვას (მათ შორის მართვა და ორგანიზაცია, დაბალი რისკის დონორების იდენტიფიკაცია და შერჩევა, სისხლის შეგროვება, სისხლის სტანდარტიზებული და უტყუარი ლაბორატორიული ტესტირება და სათანადო გამოყენება).

(ბ) ინფექციის კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში

ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებების ნაკლებობა საქართველოში B და C ჰეპატიტების გავრცელების უმნიშვნელოვანეს რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს. უკანასკნელი ექვსი წლის მანძილზე საქართველომ შეიმუშავა რეგულაციები, რომელთა თანახმად სამედიცინო დაწესებულებებში უნდა დაინერგოს ინფექციის პრევენცია და კონტროლი, თუმცა, მიუხედავად ამისა, აღნიშნული რეგულაციებით განსაზღვრული ქმედებები ხშირად არ ხორციელდება. კლინიკებს არ გააჩნიათ ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის პროგრამები, რათა აწარმოონ ნოზოკომიური ინფექციების ეფექტური ზედამხედველობა.

სამედიცინო პერსონალის გარკვეული ნაწილი არ იცნობს ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის არსებულ ეროვნულ რეგულაციებს, სტანდარტებსა და გაიდლაინებს. ცნობიერების დაბალი დონის გამო სამედიცინო დაწესებულებათა თანამშრომლები არ იყენებენ პერსონალურ დამცავ აღჭურვილობას (მაგ.: სათვალე, სახის ფარი). 2014 წელს დკსჯეც-ის მიერ ჩატარებული კვლევის მიხედვით, სამედიცინო პერსონალი არ იცავს უსაფრთხო ინექციის პროცედურას ცოდნისა და გამოცდილების ნაკლებობის გამო.

ზოგიერთ სამედიცინო დაწესებულებაში სტერილიზაცია არ ტარდება სათანადოდ. ამის მიზეზები შეიძლება იყოს შემდეგი: სტერილიზაციის მნიშვნელობის არასწორი აღქმა; მოძველებული აღჭურვილობა; არასწორად ჩატარებული პრე-სტერილიზაცია და სტერილიზაციის პროცესის მონიტორინგი; სტერილიზაციის პროცედურის ცუდი აღრიცხვიანობა; სამედიცინო ნარჩენების არასწორი მართვა მათი მნიშვნელობის ცუდად აღქმის გამო. ასევე, არ არსებობს ოპერაციული პროცედურის სტანდარტი დაინფიცირებულ მასალასთან კონტაქტის შემთხვევის მართვისთვის.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამა პრიორიტეტულ მიზნად ისახავს სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის გაუმჯობესებას.

4.3.2 ინტერვენცია 3.1. C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული გადაცემის პრევენცია

C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული გადაცემის პრევენციისთვის, გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს (ა) უსაფრთხო სისხლის პროგრამების და (ბ)

საავადმყოფოებში ინფექციის კონტროლის ეფექტური ქმედებების განხორციელებას. საქართველოს მთავრობა გააგრძელებს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების დანერგვას სისხლის უსაფრთხოების გაუმჯობესების კუთხით. ამ მიმართულებით, პრიორიტეტული ამოცანაა ანაზღაურებადი ან პაციენტის ოჯახის მიერ მოზიდული დონორების რაოდენობის შემცირება. უანგარო დონაციების ხელშეწყობისთვის, განხორციელდება კერძო პარტნიორებთან ერთობლივი ინიციატივები (მაგ., მობილური სამსახურების მეშვეობით სისხლის დონაციების დღეების დანიშვნა და მათი პოპულარიზაცია) და სისხლის დონაციების შესახებ პოზიტიური მედია გარემოს ხელშეწყობი ღონისძიებები. ასევე, მნიშვნელოვანია რეგულარული დონაციების რაოდენობის გაზრდა, ვინაიდან რეგულარული დონორები წარმოადგენენ C ჰეპატიტის ვირუსის გავრცელების დაბალი რისკის ჯგუფს. ამ მიზნით, პრიორიტეტი მიენიჭება იმ დონორების მოზიდვას, რომლებსაც წინა დონაციაზე ჰქონდათ C ჰეპატიტის ვირუსზე სერო-ნეგატიური შედეგი და ამავე დროს, არ მიეკუთვნებიან C ჰეპატიტის რისკის ჯგუფს. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო შეიმუშავებს და დანერგავს სისხლის პროდუქტების წარმოების ეროვნულ, უნივერსალურ სტანდარტულ ოპერაციულ პროცედურებს.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო უზრუნველყოფს მაღალი ხარისხის HCV სადიაგნოსტიკო ტესტებზე ხელმისაწვდომობას, რათა ყველა სისხლის დონაცია გამოკვლეულ იქნეს ნუკლეინის მჟავას ტესტირებით (NAT). სხვა მეთოდიც, სისხლის დონაციების ტესტირებისთვის, იმუნოფერმენტულ ანალიზთან (EIA) ერთად, დამატებით გამოყენებულ იქნეს HCV ანტიგენის კვლევა. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი განიხილავს იმ დონაციების ალიკვოტების C ჰეპატიტის ვირუსის რნმ-ის კვლევის შესაძლებლობას, რომლებიც მიღებულია წინა წლის განმავლობაში და ინახება ლუგარის ცენტრში. ამგვარი ტესტირებით შესაძლებელი გახდება ცრუ-დადებითი დონორების რაოდენობის შესახებ ინფორმაციის მიღება (მაგ., ის პირები, რომლებმაც სისხლი გაიღეს „ფანჯრის პერიოდში“). ამასთან, ამ კვლევების შედეგების შესაბამისად განისაზღვრება დამატებით ნუკლეინის მჟავას ტესტირების (NAT) ჩატარების საჭიროება.

ინფექციების კონტროლის გასაუმჯობესებლად მნიშვნელოვანია თვითგანადგურებადი შპრიცების საყოველთაო მოხმარების დანერგვა/გაფართოება.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს სისხლისა და სისხლის პროდუქტების რაციონალური გამოყენების ხელშეწყობას. ამ მიმართულებით, მოხდება სამედიცინო ტრანსფუზიოლოგიის კურიკულუმის ინტეგრირება სამედიცინო განათლების და სასწავლო კურსების პროგრამებში, რაც შეამცირებს სისხლის ტრანსფუზიის არამიზნობრივი გამოყენების პრაქტიკას.

ინფექციების კონტროლის პრაქტიკის გაუმჯობესების მიზნით, კომპლექსური სისტემური და ცალკეული დაწესებულების დონეზე, ინტერვენციები განხორციელდება საავადმყოფოებსა და პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დაწესებულებებში.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო განაახლებს სამედიცინო პერსონალის და პაციენტთა უსაფრთხოების პოლიტიკას (მაგალითად, უსაფრთხო ინექციების პროგრამები, ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა, სამედიცინო პერსონალის ვაქცინაცია B ჰეპატიტზე), რომელიც მოიცავს ჯანმოს-ს და აშშ-ს დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის გაიდლაინების საფუძველზე ეროვნული გაიდლაინის განახლებასა და ინფექციების კონტროლის კომიტეტების აქტიურ ფუნქციონირებას. ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის ეფექტურობისათვის შემუშავდება დაწესებულებების წახალისების სისტემა.

4.3.2.1 აქტივობები, შუალედური შედეგები და შესრულების ვადები

აღნიშნული პრობლემების გადაწყვეტის მიზნით, საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის სტრატეგიული გეგმა ითვალისწინებს ქვემოთ ჩამოთვლილ ღონისძიებებს, რომლებიც განხორციელდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს, სსიპ „სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს“ და სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ ხელმძღვანელობით.

ინტერვენცია 3.1. C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული გადაცემის პრევენცია

აქტივობები	შუალედური შედეგები და შესრულების ვადები
უსაფრთხო სისხლი	
3.1.1. ეროვნული სამართლებრივი აქტების ჰარმონიზაცია ევროკავშირის დირექტივებთან და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის „უსაფრთხო სისხლის ტრანსფუზიაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის“ გლობალურ სტრატეგიულ გეგმასთან.	
ა) ადგილობრივი და საერთაშორისო ექსპერტებით დაკომპლექტებული ტექნიკური სამუშაო ჯგუფის ჩამოყალიბება, რომელიც უზრუნველყოფს სისხლის უსაფრთხოების მარეგულირებელი სამართლებრივი აქტების განახლებას და სისხლის ტრანსფუზიის სამსახურის სტანდარტების შემუშავებას.	2017 წლის ბოლოსთვის ჩამოყალიბებულია ტექნიკური სამუშაო ჯგუფი
ბ) ცენტრალურ დონეზე მმართველი ორგანოს შექმნა, რომელიც ერთიან ზედამხედველობას გაუწევს სისხლის დაწესებულებების საქმიანობას და სისხლის ტრანსფუზიის პრაქტიკას.	2017 წლის ბოლოსთვის შექმნილია მმართველი ორგანო
გ) სისხლის უსაფრთხოების მარეგულირებელი სამართლებრივი აქტების გადახედვა და ევროკავშირის დირექტივებთან და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გლობალურ სტრატეგიულ გეგმასთან ჰარმონიზაცია.	2018 წლის ბოლოსთვის სამართლებრივი აქტები გადახედილი და ჰარმონიზებულია
დ) სალიცენზიო მოთხოვნების განახლება (მათ შორის, სისხლის ყველა დაწესებულებისთვის სისხლის ეროვნულ რეესტრში, ასევე „უსაფრთხო სისხლის“ სახელმწიფო პროგრამაში სავალდებულო მონაწილეობის მოთხოვნა და სხვა), მათი სისხლის წარმოების პრაქტიკის თანამედროვე სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანა და საწარმოო ტრანსფუზიოლოგიური საქმიანობის ლიცენზიის შეჩერების ან/და გაუქმების ეფექტური მექანიზმების დანერგვისთვის საჭირო სამართლებრივი ჩარჩოს შექმნა.	2018 წლის ბოლოსთვის სალიცენზიო მოთხოვნები განახლებულია
ე) სისხლის ტრანსფუზიის სამსახურის ხარისხის უზრუნველყოფის და კონტროლის მარეგულირებელი სამართლებრივი აქტების შემუშავება.	2018 წლის ბოლოსთვის სამართლებრივი აქტები ამოქმედებულია
ვ) საქართველოსა და ევროკავშირის ასოცირების შეთანხმების შესაბამისად, სისხლის დაწესებულებების სამეწარმეო, მოგებაზე ორიენტირებული ორგანიზაციულ-სამართლებრივი ფორმიდან არამომგებიან იურიდიულ სტატუსზე გადასვლისათვის საჭირო საკანონმდებლო ბაზის შემუშავება.	2019 წლის ბოლოსთვის შემუშავებულია საკანონმდებლო ბაზა
ზ) სამართლებრივი ჩარჩოს შემუშავება ტრანსფუზიით გადამდებ ინფექციებზე ტესტირების ცენტრალიზებული სისტემის ჩამოყალიბების მიზნით.	2018 წლის ბოლოსთვის ამოქმედებულია კანონმდებლობა
თ) ანაზღაურებადი დონაციების არსებული პრაქტიკის უანგარო დონორობის სისტემით სრული ჩანაცვლებისთვის საჭირო რეგულაციების შემუშავება და დანერგვა.	2019 წლის ბოლოსთვის რეგულაციები დანერგილია
3.1.2. ტრანსფუზიით გადამდებ ინფექციებზე ტესტირების ცენტრალიზებული სისტემის ჩამოყალიბება.	
ა) ტრანსფუზიით გადამდებ ინფექციებზე ტესტირების ცენტრალიზებისთვის საჭირო ლაბორატორიული ინფრასტრუქტურის და ლოგისტიკის უზრუნველყოფა ცენტრალურ და რეგიონულ დონეებზე.	2019 წელს დაფუძნებულია ტრანსფუზიით გადამდებ ინფექციებზე ტესტირების ლაბორატორიები
ბ) ნუკლეინის მჟავას ტესტირების (pooled nucleic acid testing) ან ტრანსფუზიით გადამდებ ინფექციებზე ტესტირების სხვა მგრძნობიარე მეთოდების დანერგვა (მაგ. HCV Ag, HIV Combo).	2019-2020 წლებში დანერგილია ტესტირების აღნიშნული მეთოდები
3.1.3. დონორების სელექციის და სისხლის ტესტირების პროცესების სტანდარტიზება	
ა) დონორების სელექციის ეროვნული გაიდლაინის/სტანდარტის შემუშავება.	2017 წლის ბოლოსთვის შემუშავებულია დონორთა სელექციის

	გაიდლაინები და სტანდარტები
ბ) ტრანსფუზიით გადამდებ ინფექციებზე (მათ შორის HCV) სისხლის ტესტირების ეროვნული გაიდლაინის/სტანდარტის შემუშავება.	2018 წლის ბოლოსთვის შემუშავებულია გაიდლაინები და სტანდარტები
გ) სისხლის ბანკების პერსონალის სწავლება დონორების სელექციის თემაზე, ტრანსფუზიით გადამდებ ინფექციებზე ტესტირების ლაბორატორიის პერსონალის გადამზადება სისხლის ტესტირების განახლებული სტანდარტების მიხედვით	2018 წლის ბოლოსთვის შესაბამის პერსონალის სწავლება ჩატარებულია
დ) დონორების სელექციის ერთიანი სტანდარტების დანერგვა სისხლის ყველა დაწესებულებაში.	2018 წლის ბოლოსთვის დანერგილია დონორთა სელექციის ერთიანი სტანდარტი
ვ) სისხლის ტესტირების სტანდარტების დანერგვა ტრანსფუზიით გადამდებ ინფექციებზე ტესტირების ცენტრალიზებულ ლაბორატორიაში.	2019 წლის ბოლოსთვის ტრანსფუზიით გადამდები ინფექციების ლაბორატორიებში დანერგილია სტანდარტები
3.1.4. სისხლის წარმოების და ტესტირების ხარისხის კონტროლის სისტემის დანერგვა	
ა) სისხლის წარმოების ხარისხის კონტროლის სისტემის შემუშავება და დანერგვა საწარმოო ტრანსფუზიოლოგიის პრაქტიკაში, რაც მოიცავს: • დონორების სელექციას, სისხლის შეგროვებას, სისხლის ტესტირებას, დამუშავებას, შენახვა/ტრანსპორტირებას („ცივი ჯაჭვის“ პრინციპის დაცვით) და ნარჩენების მართვას; • სისხლის ბანკებში ლაბორატორიული რეაგენტების/სახარჯი მასალის და აღჭურვილობის უსაფრთხო გამოყენებას, შენახვას და ნარჩენების მართვას; • სისხლის ერთეულების ეტიკეტირების სისტემას.	2018 წლის ბოლოსთვის დანერგილია ხარისხის კონტროლის სისტემები
ბ) სისხლის წარმოების პროცედურების და აღჭურვილობის რეგულარული ინსპექტირების და აუდიტის სისტემის დანერგვა.	2018 წლის ბოლოსთვის დანერგილია ინსპექტირებისა და აუდიტის სისტემები
გ) სისხლის წარმოების ხარისხის უზრუნველყოფის და მართვის სისტემის შემუშავება და დანერგვა კარგი საწარმოო პრაქტიკის (GMP) და სტანდარტიზაციის საერთაშორისო ორგანიზაციის (ISO) პრინციპებზე დაყრდნობით.	2020 წლის ბოლოსთვის დანერგილია GMP და ISO სტანდარტები
3.15. სისხლის ეროვნული რეესტრის მოდერნიზაცია	
ა) დონორების ერთიანი ელექტრონული ბაზის ტექნიკური განახლება და ინფორმაციული გაუმჯობესება „ვენიდან-ვენამდე“ მიკვლევადობის პრინციპის გათვალისწინებით, არსებულ ბაზაში ახალი ველების/ფუნქციების დამატების გზით, მათ შორის: • სისხლის მიმღები საავადმყოფოები და სისხლის რეციპიენტები • გვერდითი რეაქციები • გამოყენებული ტესტ-სისტემები და რეაგენტები • სისხლის მარაგები სისხლის დაწესებულებებსა და საავადმყოფოებში • სისხლის შენახვის პირობები • დონორის სტანდარტიზებული კითხვარი	2017 წლის ბოლოსთვის განახლებულია დონორთა ეროვნული ბაზა

• საავადმყოფოების მიერ სისხლის და სისხლის კომპონენტების ელექტრონული შეკვეთის ფუნქცია	
ბ) სისხლის რეესტრში მონაცემთა შეყვანის და დამუშავების სახელმძღვანელოს შემუშავება რეესტრის ოპერატორებისთვის (მაგ., სისხლის დაწესებულებების და საავადმყოფოების პერსონალი, პროგრამის ადმინისტრატორი (დესკეტ) და ა.შ.).	2017 წლის ბოლოსთვის შემუშავებულია სახელმძღვანელო
გ) სამართლებრივი რეგულაციების შემუშავება და დანერგვა საწარმოო ტრანსფუზიოლოგიის და კლინიკური ტრანსფუზიის განმახორციელებელი ყველა სამედიცინო დაწესებულების (სისხლის დაწესებულებები, საავადმყოფოები) სისხლის ეროვნულ რეესტრში სავალდებულო მონაწილეობისთვის.	2018 წლის ბოლოსთვის შემუშავებულია რეგულაციები
„უსაფრთხო სისხლის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სისხლის რეესტრის ადმინისტრაციული და ტექნიკური უზრუნველყოფა.	2016-2020 წლებში უზრუნველყოფილია ტექნიკური და ადმინისტრაციული მხარდაჭერა
3.1.6. ანაზღაურებადი დონაციების პრაქტიკის რეგულარული უანგარო დონაციების სისტემით ჩანაცვლების მხარდაჭერა	
ა) პოტენციური და რეგისტრირებული სისხლის დონორების, ასევე, სისხლის დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალის ცოდნის, დამოკიდებულებისა და პრაქტიკის (KAP) კვლევის ჩატარება მთელი ქვეყნის მასშტაბით, სისხლის დონაციის მოტივაციური ფაქტორების გამოსავლენად.	2017 წლის ბოლოსთვის ჩატარებულია (KAP) კვლევა
ბ) უანგარო რეგულარული დონორების მოზიდვის, შევსების („რეკრუტი“) და შენარჩუნების სტრატეგიის შემუშავება.	2018 წლის ბოლოსთვის შემუშავებულია სტრატეგია
გ) საინფორმაციო და საგანმანათლებლო სტრატეგიის შემუშავება და დანერგვა სისხლის დონორების პოზიტიური სოციალური იმიჯის ხელშეწყობის მიზნით, მათ შორის: • ინტენსიური საინფორმაციო და საგანმანათლებლო კამპანიები; • მოხალისე უანგარო დონაციების კულტურის განვითარება საგანმანათლებლო პროგრამებში თემატური კურსების ინტეგრაციის გზით, კერძოდ, საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროსთან თანამშრომლობა, რათა ზოგად, უმაღლეს და პროფესიულ საგანმანათლებლო დაწესებულებების სასწავლო პროგრამებსა და კურიკულუმებში ინტეგრირებული იქნეს ინფორმაცია სისხლის დონაციის მნიშვნელობისა და სოციალური სარგებლის შესახებ.	2018-2019 წლებში შემუშავებული და დანერგილია სტრატეგია
დ) სისხლის დაწესებულებებში მობილური ერთეულების (სისხლის მობილური სამსახური) ჩამოყალიბება.	2018 წლის ბოლოსთვის დაფუძნებულია მობილური ერთეულები
ე) სისხლის დაწესებულებებისთვის სამართლებრივი ვალდებულებების შექმნა მოხალისე დონორების მოზიდვის („რეკრუტი“) სამსახურების ჩამოყალიბების მიზნით. აღნიშნული ხელს შეუწყობს რეგულარული დონორების მოზიდვას, შევსებას და შენარჩუნებას შემდეგი ღონისძიებების განხორციელების გზით: • სისხლის ბანკების „რეკრუტის“ სამსახურების თანამშრომლობა საგანმანათლებლო, საჯარო და კერძო ორგანიზაციებთან, რათა მოხდეს დაბალი რისკის კონტინგენტიდან მოხალისე პირველადი დონორების მოზიდვა/შენარჩუნება და შეიქმნას რეგულარული დონორების პოპულაცია; • სისხლის ბანკების „რეკრუტის“ სამსახურებსა და მობილური სისხლის ერთეულებს შორის კოორდინაციის გზით სისხლის დონაციის დღეების დანერგვა, და პარტნიორ კერძო და საჯარო ორგანიზაციებსა და თემებში სისხლის დონაციების აქციების (სისხლის მობილური „დრაივის“) რეგულარული ორგანიზება, მოხალისე უანგარო დონორების პრაქტიკის	2018 წლის ბოლოსთვის შექმნილია დონორთა მოზიდვის სამსახურის ჩამოყალიბების სამართლებრივი ვალდებულება 2020 წლისთვის, სრული გადასვლა (100%) უანგარო დონაციებზე

გაუმჯობესების მიზნით. • სისხლის დონორების მოზიდვის, შევსების („რეკრუტის“) და შენარჩუნების გაიდლაინების შემუშავება.	
3.1.7. სისხლის უსაფრთხოების კვლევების ხელშეწყობა	
ა) წინა წლების დონაციებში/სისხლის დონორებში ინფექციის პრევალენტობის უფრო ზუსტი განსაზღვრა, ლუგარის ცენტრში ხარისხის გარე კონტროლის მიზნით შენახული ალიკვოტების სენსიტიური ტესტებით გამოკვლევის გზით (მაგ., NAT, HCV Ag).	2017 წლის ბოლოსთვის ჩატარებული კვლევა
ბ) სისხლის დონაციების ტესტირებისთვის HCV Ag და HIV Combo ტესტების, როგორც მაღალი მგრძნობელობის და ხარჯთეფექტური მეთოდის, ნუკლეინის მჟავას ტესტირების (NAT) ალტერნატივად გამოყენების მიზანშეწონილობის კვლევის ჩატარება.	2018 წლისთვის ჩატარებული მიზანშეწონილობის კვლევა
ინფექციის კონტროლი სამედიცინო მომსახურების დაწესებულებებში	
3.1.8. ჯანმოს ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის პროგრამების ძირითადი კომპონენტებისა და აშშ-ს დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის გაიდლაინების საფუძველზე ეროვნული გაიდლაინის განახლება და გავრცელება.	2016-17
3.1.9. სამედიცინო პერსონალისა და პაციენტთა უსაფრთხოების პოლიტიკის შემუშავება (მაგალითად, უსაფრთხო ინექციების პროგრამები, ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა, სამედიცინო პერსონალის ვაქცინაცია B ჰეპატიტზე)	2016-17
3.1.10. საავადმყოფოებში ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის კომიტეტების შექმნა და აქტიური ფუნქციონირება (ამჟამად აქტიურია მხოლოდ 2-3 კლინიკაში).	2017-18
3.1.11. ყველა კლინიკაში ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის კოორდინატორის დანიშვნა. კოორდინატორის მოვალეობებია ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის პრაქტიკის (მაგალითად, უსაფრთხო ინექციების პრაქტიკა, ხელების ჰიგიენა, უსაფრთხოების სტანდარტული ღონისძიებები) მონიტორინგი, კანონმდებლობით გათვალისწინებული ნარჩენების მართვის უზრუნველყოფა და პერსონალის მიერ სტერილიზაციისა და დეზინფექციის შესაბამისი პროცედურების დაცვა.	2017-18
3.1.12. ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის საგანმანათლებლო პროგრამის გაფართოება, რომელმაც უნდა მოიცვას სამედიცინო პროფილის ყველა კადრი (მაგალითად, ექიმები, ექთნები, სტომატოლოგები). ზემოთ აღნიშნულის ფარგლებში ჩატარდება ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის ტრეინინგები (მაგალითად, მოქმედი სამედიცინო პერსონალი, პერსონალის სამსახურში მიღებამდე, სამედიცინო პროფილის სტუდენტები) და ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული გაიდლაინების საფუძველზე შეიქმნება ან გადაიხედება ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის სასწავლო პროგრამები. • შემუშავდება სამედიცინო განათლების. დაწესებულებებისათვის ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის სასწავლო გეგმა (მაგალითად, სამედიცინო უნივერსიტეტები, ექთნების კოლეჯები); • შემუშავდება ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის სასწავლო მასალები, რომლებიც ხელმისაწვდომი იქნება სამედიცინო დაწესებულებებისათვის. სამედიცინო პერსონალს ჩაუტარდება ტრეინინგები.	2016-18
3.1.13. ინექციების რაციონალური გამოყენების, ანტიმიკრობული რეზისტენტობის და ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის აქტივობების დანერგვის ინტეგრირება ჯანდაცვის ეროვნულ სტრატეგიაში.	2017
3.1.14. ეროვნულ დონეზე უსაფრთხო ინექციების რეპრეზენტატიული შეფასება (ჯანმო-ს	2017

მეთოდოლოგიით).	
3.1.15. უსაფრთხო ინექციების პრაქტიკის გაუმჯობესებისათვის (3.1.14 აქტივობის შედეგების მიხედვით) რეკომენდაციების შემუშავება (მაგალითად, თვითბლოკირებადი შპრიცების ინსტრუქცია).	2017
3.1.16. უსაფრთხო ინექციების ნაციონალური გაიდლაინის შემუშავება და დანერგვა, ჯანმო-ს რეკომენდაციებისა და უსაფრთხო ინექციების შეფასების კრიტერიუმების საფუძველზე, რომლის უზრუნველყოფაც წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის სამუშაოს აღწერილობის ნაწილის.	2017-18
3.1.17. უსაფრთხო ინექციების პრაქტიკისათვის რესურსების შემუშავება (მაგალითად, პოსტერები, ფლაერები, სტიკერები, სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები, ობსერვაციის საკონტროლო სია (ე.წ. „ჩეკლისტები“).	2017-19
3.1.18. სტერილიზაციისა და დეზინფექციის ეროვნული გაიდლაინისა და ობსერვაციის საკონტროლო სიების შემუშავება და დანერგვა	2017
3.1.19. საავადმყოფოებისა და სტომატოლოგიური კლინიკების შესაბამისი პერსონალის განათლება სტერილიზაციისა და დეზინფექციის საკითხებზე, გაიდლაინებისა და სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების მიხედვით; ობსერვაციის საკონტროლო სიების დანერგვა.	2017-19
3.1.20. სამედიცინო დაწესებულებებში ნარჩენების მართვის შესახებ ევროკავშირის რეგულაციების დანერგვა. აღნიშნული საკითხი მოიცავს ქვემოთ ჩამოთვლილ პუნქტებს:	
ა) ნარჩენების მართვის შესახებ ხელმისაწვდომი სტრატეგიების მიმოხილვა/აუცილებლობის შემთხვევაში შესაბამისი სტრატეგიის შემუშავება;	2017
ბ) სამედიცინო დაწესებულებებში ნარჩენების მართვის გაიდლაინისა და სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება, ევროკავშირის რეგულაციების სტანდარტების საფუძველზე;	2017
გ) სამედიცინო ნარჩენების მართვის შესახებ ტრენინგების ჩატარება შესაბამისი პროფილის ყველა სამედიცინო პერსონალისთვის; საავადმყოფოების, პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების და სტომატოლოგიური კლინიკების პერსონალის (ექიმები, ექთნები, სანიტრები, დამლაგებლები და სამრეცხაოს თანამშრომლები) ჩათვლით.	2018-19

4.3.3 C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების გავრცელების პრევენცია საზოგადოებაში - გამოწვევები

C და B ჰეპატიტის კოინფექციის პრევენცია ვაქცინაციის გზით

ვინაიდან B და C ჰეპატიტების კოინფექციამ შეიძლება გააუარესოს ღვიძლის დაავადების გამოსავალი, წინამდებარე სტრატეგია ასევე გამიზნულია B ჰეპატიტის ვაქცინაციის პროგრამების გაფართოების გზით ამ ინფექციის პრევენციის პრაქტიკის გაუმჯობესებაზე

ბოლო წლებში მნიშვნელოვანი წარმატებების მიუხედავად, საქართველოში მაინც შეინიშნება მნიშვნელოვანი გამოწვევები ვაქცინაციის მეშვეობით B ჰეპატიტის პრევენციის მიმართულებით. ქვეყანაში ვაქცინა ფართოდაა ხელმისაწვდომი, თუმცა საქართველომ ჯერ კიდევ ვერ შეძლო ვაქცინაციით მოცვის 95%-იანი სამიზნის მიღწევა. სამედიცინო პერსონალს შორის B ჰეპატიტის ვაქცინისადმი რეზისტენტობა საკმაოდ მაღალია და არასათანადოდაა განვითარებული პრევენციული ჩვევები.

მაღალი რისკის ჯგუფებში, როგორებიც არიან სექს-მუშაკები, HBsAg-ზე სკრინინგი არ ხორციელდება. ნიმ-ების სკრინინგი დაფარულია გლობალური ფონდის პროგრამით, თუმცა, აივ ინფექციის 2016-2018 წლების სტრატეგიული სამოქმედო გეგმის მიხედვით, ამ აქტივობის შესრულების ვალდებულება 2018 წლიდან სახელმწიფოზე გადავა.

C ჰეპატიტის პრევენცია არასამედიცინო დაწესებულებებში

სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის" მიერ 2015 წელს, სილამაზის, ტატუირების, პირსინგის და აკუპუნქტურის სალონების/კაბინეტების მონიტორინგის შედეგების მიხედვით: ინსტრუმენტები, პროცედურების შემდეგ, დაუყოვნებლივ იწმინდება/ირეცხება, უტარდება დეზინფექცია და/ან სტერილიზაცია დაწესებულებების 63%-ში; სალონების მხოლოდ მეხუთედში ერთჯერადი ბასრი ინსტრუმენტები გამოყენებისთანავე იყრება ბასრი იარაღისთვის განკუთვნილ სპეციალურ კონტეინერში; კანზე ან ლორწოვან გარსებზე ინვაზიური პროცედურების ჩასატარებლად გამოყენებული ბასრი ინსტრუმენტები (სკალპელი, ნემსები) ერთჯერადია დაწესებულებების 38%-ში. მონიტორინგმა აჩვენა, რომ C ჰეპატიტის ტრანსმისიის რისკი მაღალია ტატუირების, პირსინგის და აკუპუნქტურის პროცედურების დროს. სილამაზის და კოსმეტიკის სალონებისა და კაბინეტების უმეტესობაში კანონმდებლობით გათვალისწინებული ინფექციების კონტროლის პროცედურები ჯერ კიდევ არ არის დანერგილი.

4.3.4 ინტერვენცია 3.2. C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების გავრცელების პრევენცია საზოგადოებაში

ეს ინტერვენცია მიზნად ისახავს საზოგადოებაში C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების, მათ შორის, B ჰეპატიტის, გავრცელების შემცირებას საზოგადოებაში ინვაზიური პროცედურების (ტატუირება და სხვ.) განმახორციელებელ არასამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციის კონტროლის გაძლიერების გზით.

სამიზნე პოპულაციას წარმოადგენს ზოგადი მოსახლეობა, ისევე როგორც სამედიცინო დაწესებულებათა თანამშრომლები, რომლებიც დაგეგმილი აქტივობებით ყველაზე მეტ სარგებელს მიიღებენ.

4.3.4.1 აქტივობები, შუალედური შედეგები და შესრულების ვადები

საზოგადოებაში C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების (მაგ., B ჰეპატიტი) გავრცელების შესამცირებლად გეგმა ითვალისწინებს ქვემოთ მოცემულ აქტივობებს. B ჰეპატიტის ვაქცინაციის დანერგვა ეკისრება დკსჯეც-ს. რაც შეეხება არასამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციის კონტროლს, წამყვან როლს შეასრულებს სსიპ „სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო". აქტივობათა შეუფერხებლად განხორციელებისთვის მოხდება აქტიური თანამშრომლობა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრებთან.

ესთეტიკური და კოსმეტიკური პროცედურების დროს უსაფრთხო პრაქტიკაზე საზოგადოების მოთხოვნის წახალისების და შექმნის მიზნით განხორციელდება ფართო საინფორმაციო კამპანიები (ამოცანა 1).

ინტერვენცია 3.2. C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების პრევენცია საზოგადოებაში

აქტივობები	შუალედური შედეგები და შესრულების ვადები
C და B ჰეპატიტის კონფექციის პრევენცია ვაქცინაციის გზით	
3.2.1. ვაქცინაციის სრული მოცვის მიღწევა არავაქცინირებულ სამედიცინო პერსონალში და სამედიცინო სასწავლებლების სტუდენტებში, რომლებიც ინფიცირების მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან.	2016-2020

ა) B ჰეპატიტის ვაქცინაციის უზრუნველყოფა ინფიცირების მაღალი რისკის ქვეშ მყოფი არავაქცინირებული სამედიცინო პერსონალისთვის	B ჰეპატიტზე ყოველწლიურად აცრილი სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა
ბ) B ჰეპატიტის ვაქცინაციის უზრუნველყოფა ინფიცირების მაღალი რისკის ქვეშ მყოფი, სამედიცინო სასწავლებლების არავაქცინირებული სტუდენტებისთვის	B ჰეპატიტზე ყოველწლიურად აცრილი სამედიცინო სასწავლებლების სტუდენტების რაოდენობა
გ) B ჰეპატიტის ვაქცინაციის შეთავაზება B ჰეპატიტზე უარყოფითი მაღალი რისკის ჯგუფებისათვის	ნიმ-ების რაოდენობა, რომლებმაც ჩაიტარეს B ჰეპატიტზე ვაქცინაცია
ტრანსმისიის პროფილაქტიკა არასამედიცინო დაწესებულებებში	
3.2.2. ესთეტიკური და კოსმეტიკური პროცედურებისას, ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის კანონმდებლობის შემუშავება და მათი აღსრულების უზრუნველყოფა.	2016-2017
3.2.3. სილამაზის და კოსმეტიკის სალონებისთვის სტერილიზაციის, დეზინფექციის, უსაფრთხო ინექციებისა და ნარჩენების მართვის სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება და დანერგვა. სტანდარტული ოპერაციული პროცედურები მეაფიოდ უნდა აღწერდეს შიდა და გარე ხარისხის კონტროლის პროცედურებს.	2016-2017
3.2.4. ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის მონიტორინგი სილამაზის, ტატუირების, პირსინგისა და აკუპუნქტურის სალონებსა და დაწესებულებებში.	ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის მონიტორინგის მიზნით, ყოველწლიურად 100 ვიზიტი (2016 - 2019)
3.2.5. სილამაზისა და კოსმეტიკის სალონების მომსახურე პერსონალის ტრენინგი ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის საბაზისო საკითხებზე	2018 წლის ბოლომდე სილამაზისა და კოსმეტიკის სალონების 1000 თანამშრომელი გაივლის შესაბამის ტრენინგებს

4.3.4.2 ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა შორის C ჰეპატიტის პრევენცია – გამოწვევები

საქართველოში მოქმედი ზიანის შემცირების პროგრამების მიზანი მდგომარეობს C ჰეპატიტის ელიმინაციის ხელშეწყობის, აივ ინფექციის, ჰეპატიტების, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების ინციდენტობის, პრევალენტობის, ავადობის, სიკვდილობის, სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემცირებაში ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებს შორის.

შპრიცების და ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებისთვის არსებობს მთელი რიგი გამოწვევები, რამაც შესაძლოა გავლენა მოახდინოს ნიმ-ებს შორის C ჰეპატიტის ელიმინაციაზე.

ნარკოტიკების მომხმარებლების სტიგმატიზაცია ართულებს ნიმ-ების დაფარულ პოპულაციაზე წვდომას და მოცვას პრევენციული პროგრამებით. არსებული ნარკოპოლიტიკის შედეგად, შეუძლებელია ქვეყანაში შპრიცების გაცვლის განხორციელება, ხდება მხოლოდ სტერილური მასალის დისტრიბუცია ნიმ-ებს შორის. ეს ერთგვარად ზღუდავს ზიანის შემცირების პროგრამების პოტენციალს, მოახდინოს გამოყენებული შპრიცების გაუვნებელოება, რათა შემცირდეს ნახმარი ინვენტარის ხელახალი ან არამიზნობრივი გამოყენების რისკი, რაც, თავის მხრივ, შეამცირებს სისხლის გზით გადამდები სხვა ინფექციების გავრცელების რისკსაც. ნიმ-ების სტიგმატიზება ამცირებს ქცევის შეცვლაზე ორიენტირებული ღონისძიებების ეფექტურობას.

შპრიცების და ნემსების პროგრამები ფინანსდება მხოლოდ გლობალური ფონდის დახმარებით. რამდენიმე წლის შემდეგ, გლობალური ფონდის ქვეყნიდან გასვლის შემდეგ აუცილებელი იქნება, რომ პრევენციული პროგრამების დაფინანსება მოხდეს სახელმწიფოს მიერ.

C ჰეპატიტის ელიმინაციის მისაღწევად საჭიროა ნიმ-ების მოცვის გაფართოება, მათთვის დარიგებული შპრიცების რაოდენობის გაზრდა, ნიმ-ებისთვის განკუთვნილი პრევენციული პაკეტის სრულყოფა (კოვზი, ფილტრი და სხვა საჭირო აღჭურვილობა), სპეციფიური სერვისების დამატება ახალგაზრდა ნიმ-ებისა და ქალებისთვის და პროგრამაში ჩართვის ბარიერების მინიმინიზაცია.

C ჰეპატიტის სკრინინგის პროცესის სრულყოფის მიზნით არსებობს საჭიროება ნიმ-ებისთვის გაიწეროს C ჰეპატიტზე კონსულტირების და ტესტირების ჩატარების პროტოკოლი. ასევე საჭიროა პროფილაქტიკური მუშაობა ნიმ-ებთან შემდგომში რე-ინფექციის პრევენციის მიზნით. არ არსებობს შპრიცების და ნემსების პროგრამა ციხეებში, სადაც მსჯავრდებულთა შორის C ჰეპატიტის პრევალენტობა შეადგენს 52%-ს.

ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამები ხორციელდება გლობალური ფონდის და სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსების ფარგლებში. სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებულია პაციენტის მიერ თანაგადახდა (თანაგადახდა არ ეხებათ აივ ინფიცირებულებს და სოციალურად დაუცველ პირებს) 110 ლარის ოდენობით ყოველთვიურად. თანაგადახდის არსებობა წარმოადგენს მნიშვნელოვან ბარიერს დაბალი შემოსავლების მქონე ნიმ-ებისთვის.

შპრიცების და ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამების გაფართოების გარეშე, C ჰეპატიტზე მაქსიმალურად ხელმისაწვდომი მკურნალობის შემთხვევაშიც კი, C ჰეპატიტის პრევალენტობის და ახალი შემთხვევების რაოდენობის შემცირება შეუძლებელი იქნება⁹. ამდენად, ზემოთ აღნიშნულ გამოწვევებთან გამკლავება არის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი C ჰეპატიტის ელიმინაციის მისაღწევად როგორც ნიმ-ებს შორის, ასევე ზოგად მოსახლეობაში.

4.3.5 ინტერვენცია 3.3. ნარკოტიკების ინექციურად მომხმარებელთა შორის C ჰეპატიტის ინციდენტობის შემცირება

ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებს შორის C ჰეპატიტის პრევენციისათვის სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია სრულყოფილ ზიანის შემცირების სერვისებზე უწყვეტი ხელმისაწვდომობა. 2020 წლისთვის შპრიცების პროგრამებით მოცვა უნდა შეადგენდეს ნიმ-ების 80%-ს, ხოლო ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში ჩართული იქნება 10,000 მდე-პაციენტი. ასევე დიდი მნიშვნელობა აქვს პატიმრობიდან გათავისუფლებული ნიმ-ების ზიანის შემცირების სერვისებში ჩართვას.

რეგულარულად შეფასდება შპრიცების და ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამების ეფექტურობა და დასახულ იქნება პრობლემების მოგვარების გზები (მაგ. მეტადონის დოზების სახლში გატანა, თანაგადახდის შემცირება, პარაფერნალიის დამატება ნიმ-ების სტერილურ პაკეტში და სხვა).

ჩანაცვლებითი თერაპიის მიწოდების ადგილებზე გამოყენებული იქნება ინტეგრირებული მიდგომა აივ ინფექციის და C ჰეპატიტის ტესტირებაზე ხელმისაწვდომობის გაზრდის მიზნით. ბენეფიციარებისთვის მიწოდებულ პაკეტს სრულყოფის მიზნით დაემატება ვაქცინაცია B ჰეპატიტზე. ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამის ფორმატი გაფართოვდება და დაემატება C ჰეპატიტის მკურნალობის კომპონენტი, სადაც მეტი აქცენტი გაკეთდება საზოგადოების უშუალო ჩართულობაზე ნიმ-ების მკურნალობის დამყოლობის გაუმჯობესების მიზნით (პირდაპირი მეთვალყურეობა, თანასწორთა დახმარება, შეხსენება სატელეფონო მესიჯების საშუალებით).

⁹ G. Mabileau, M. Tsereteli, K. Todadze, N. Chkhartishvili, P. Sabelashvili, T. Kikvidze, V. Saldanha, M. Manova, J.-E. Malkin, Y. Yazdanpanah, Intervention Packages against HIV and HCV Infections for People Who Inject Drugs (PWID) in GEORGIA: A Modeling and Cost-effectiveness Study published at 15th European Aids Conference in October 2015

აღნიშნული ინტეგრირებული მოდელის წარმატებული მუშაობისთვის ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებში ჩართულ და ზიანის შემცირების პროგრამის სერვის ცენტრების შესაბამის თანამშრომლებს გაეწევთ დახმარება ნარკოდამოკიდებული პირების C ჰეპატიტზე ტესტირების, მკურნალობის და მოვლის

საკითხებზე ტექნიკური შესაძლებლობების გაზრდის მიზნით. აღნიშნული სადემონსტრაციო პროექტი განხორციელდება ჩანაცვლებითი თერაპიის შერჩეულ ბაზებზე. მიღებული გამოცდილება გაანალიზდება და გაზიარებულ იქნება ფართო აუდიტორიისთვის ქვეყნის მასშტაბით.

ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში ჩატარდება ჯვარედინ-სექციური კვლევა C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის მიერ ნიმ-ების მოცვის შესაფასებლად.

ელიმინაციის პროგრამის დასაწყისში და განმეორებით 5 წელიწადში ჩატარდება კვლევა ნიმ-ებს შორის ზიანის შემცირების სერვისებით არ სარგებლობის მიზეზების დასადგენად. კვლევის მეთოდად გამოყენებული იქნება RDS (Response driven sampling) „თოვლის გუნდის მეთოდი“.

ასევე, რეკომენდებულია შემუშავდეს სადემონსტრაციო (პილოტური) პროექტი, რომელიც მოახდენს ზიანის შემცირების, ოპიოიდურ ჩანაცვლებით თერაპიის და C ჰეპატიტის ანტივირუსულ მკურნალობის სერვისების გაერთიანებას. 3-5 წლის შემდეგ, პილოტირების წარმატებით განხორციელების შემთხვევაში, მოხდება ქვეყნის დიდ ქალაქებში მისი გავრცელება.

4.3.5.1 აქტივობები, შუალედური შედეგები და შესრულების ვადები

აღნიშნული ინტერვენცია შესრულდება საკანონმდებლო, სამთავრობო, არასამთავრობო სტრუქტურების და საზოგადოების მჭიდრო თანამშრომლობის შედეგად. ცხრილში მოცემული აქტივობების განხორციელებაზე პასუხისმგებელი იქნება: საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო, სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“, როგორც გლობალური ფონდის პროგრამების ძირითადი მიმღები, ზიანის შემცირების საქართველოს ქსელი და სხვადასხვა არასამთავრობო ორგანიზაციები.

ამოცანა 3.3. C ჰეპატიტის ინციდენტობის შემცირება ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში

აქტივობები	შუალედური შედეგები და შესრულების ვადები
3.3.1. C ჰეპატიტის შემთხვევების გამოვლენის გაზრდა ნიმ-ებს შორის	<u>2016</u> ყველა ნიმ-თვის შნპ და
ა) რნმ კონფირმაციული ტესტირების მეთოდოლოგიის დანერგვა შნპ და ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამებში	ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამაში დანერგილია რნმ კონფირმაციული ტესტირება
ბ) C ჰეპატიტზე ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების (ნკტ) და თანასწორგანმანათლებელთა ინტერვენციის ჩატარება ჩანაცვლებითი თერაპიის და შპრიცების პროგრამის სერვის ცენტრებში გასვლითი ღონისძიებების და მობილური ამბულატორიების საშუალებით	<u>2018</u> 25 000 ნიმ-ის სკრინინგი C ჰეპატიტზე
გ) ანტისხეულებისა და რნმ კონფირმაციული ტესტირების უზრუნველყოფა იმ ნიმ-ებისთვის, ვისაც ჩუქარდა სკრინინგი სწრაფი მარტივი ტესტებით და აქვთ დადებითი შედეგი	<u>2020</u> 25 000 ნიმ-ის სკრინინგი C ჰეპატიტზე
დ) რეფერირების ეფექტური მექანიზმების დანერგვა შემთხვევის მართვისა და სოციალური მომსახურების საშუალებით სრული სადიაგნოსტიკო და მკურნალობაში ჩართვის სერვისების მისაღებად	
3.3.2. C ჰეპატიტის პრევენციის ღონისძიებების გაძლიერება ნიმ-ებს შორის	
ა) შპრიცების პროგრამის სრულყოფილი პრევენციული სერვისების გაფართოება „დროფ-ინ“ ცენტრების, მობილური ამბულატორიების და თანასწორთა ჩართულობით (მათ შორის შნპ პროგრამის ფუნქციონირება ციხეებში)	<u>2016</u> ჩანაცვლებითი თერაპიის ცენტრებში უზრუნველყოფილია ქალი ნიმ-ებისთვის მეგობრული გარემო
ბ) ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისების გაფართოება (მოცვის, ფინანსური და გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის გაზრდა, რამდენიმე დღის დოზის სახლში გატანება, ფსიქო-სოციალური	ჩანაცვლებითი თერაპიაში მონაწილეთა 20%-ს შეუძლია

დახმარება, ქალებზე ორიენტირებული სერვისები, ჩანაცვლებითი პროგრამის განხორციელება ციხეებში)	დოზების სახლში წაღება შნპ პროგრამით მოცვა (57%) მათ შორის 5% ქალია 2018 შნპ პროგრამით მოცვა 33 300 (67%) ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამით მოცვა 10000 მათ შორის 5% ქალია <u>2020</u> შნპ პროგრამით მოცვა 39 800 (80%) ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამით მოცვა 10,000 მათ შორის 5% ქალია
გ) საგანმანათლებლო აქტივობების განხორციელება ნიმ-ებს შორის C ჰეპატიტის პრევენციისა და რეინფექციის პრევენციის მიზნით.	
3.3.3. C ჰეპატიტით ინფიცირებული ნიმ-ების მკურნალობა და მოვლა	– ჩანაცვლებითი თერაპიის და შნპ ცენტრებში ინტეგრირებული სამკურნალო პროგრამის დანერგვა
ა) C ჰეპატიტით ინფიცირებული ნიმ-ების მკურნალობა ჩანაცვლებითი თერაპიის და შნპ-ის სადემონსტრაციო ცენტრებში	– თანასწორზე დაფუძნებული მიდგომის ჩამოყალიბება ნიმ-ების მკურნალობაში ჩასართავად <u>2018</u>
ბ) თანასწორზე დაფუძნებული ინდივიდუალური და ჯგუფური კონსულტირება მკურნალობაში დამყოლობის გაზრდის მიზნით (პაციენტთა სკოლები).	– მკურნალობის ინდიკატორი - 75% ნიმ-ებისა, ვისაც დაუდასტურდა დიაგნოზი რნმ კვლევიტ, მათი განკურნების მაჩვენებელი 95% <u>2020</u> – მკურნალობის ინდიკატორი - 95% ნიმ-ებისა, ვისაც დაუდასტურდა დიაგნოზი რნმ კვლევიტ, მათი განკურნების მაჩვენებელი 95%
3.3.4. C ჰეპატიტთან ასოცირებული სტიგმის, დისკრიმინაციის, ადამიანის უფლებათა დარღვევის საწინააღმდეგოდ ხელსაყრელი გარემოს ფორმირება	სშჯსდს-სა და საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს შორის თანამშრომლობა
ა) სშჯსდს-სა და საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს შორის თანამშრომლობა ნარკოტიკების მოხმარებაზე ჯანმრთელობის დაცვაზე ორიენტირებული მიდგომის ფორმირების მიზნით	შეთანხმების მიღწევა ნშპ და ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამების მხარდამჭერი გარემოს შექმნის თაობაზე
ბ) ნიმ-ების უფლებების, ჰუმანიზაციის სამართლებრივი გარემოს და ზიანის შემცირების პროგრამების სპეციალური სერვისების (ქალები, ახალგაზრდები, შშმ პირები) ადვოკატირება	ნიმ-ებს შორის C ჰეპატიტთან დაკავშირებული სტიგმის შემცირება (გაიზომება კვლევის საშუალებით. იხილეთ ამოცანა 1, აქტივობა 1.2.1)
3.3.5. ელიმინაციის პროგრამის დასაწყისში და განმეორებით 5 წელიწადში ჩატარდეს კვლევა ნიმ-ების მიერ ზიანის შემცირების პროგრამებით არ სარგებლობის მიზეზების გამოსავლენად კვლევის მეთოდად გამოყენებული უნდა იყოს RDS (Response driven sampling) „თოელის გუნდის მეთოდი“.	კვლევები ჩატარდება 2016 2020 წლებში

4.4 სტრატეგიული ამოცანა 4: C ჰეპატიტით ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება სკრინინგის, ტესტირების, მოვლისა და მკურნალობის სერვისების გაფართოებით

4.4.1 C ჰეპატიტის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა - გამოწვევები

2015 წლიდან, ქვეყნის მოსახლეობას მიეწოდებათ ელიმინაციის მიზნების მისაღწევად შესაბამისი მომსახურება, თუმცა გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა კვლავ მთავარი გამოწვევაა, სადაც მომსახურების სისტემა ჯერ კიდევ არ არის სრულყოფილი.

ლაბორატორიის ხარისხის კონტროლი შემოიფარგლება საკონტროლო ნიმუშების გამოყენებით (მათ შორის ელიმინაციის პროგრამაში ჩართული ლაბორატორიები). არ არსებობს ხარისხის გარე კონტროლის ერთიანი ეროვნული სისტემა.

არ არის სტანდარტიზებული კვლევის პროცესი და ტესტების ნაკრებები განსხვავდება დროისა და მომწოდებლის ხელმისაწვდომობის მიხედვით. მათი უმეტესობა არ არის საიმედო.

მესამე პირის მხრიდან დისტრიბუციის შემთხვევაში, სადიაგნოსტიკო რეაგენტების მცირე პარტიებით შესყიდვის საკითხი წარმოადგენს პრობლემას, რომელიც ნაკრებების ხარისხთან და ვალიდაციასთან არის დაკავშირებული.

მცირე პარტიებით რეაგენტების დეცენტრალიზებულ შესყიდვაზე მოქმედებს სავალუტო კურსის ცვალებადობაც. ფიქსირებული ანაზღაურების პირობებში, ამ ფაქტმა შესაძლოა არახელსაყრელი პირობები შეუქმნას ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის მომწოდებელს.

არ არსებობს განსაზღვრული, ერთიანი სტანდარტული პროცედურები პროგრამაში მონაწილე ლაბორატორიებისათვის.

ქვეყანაში არ არსებობს კლინიკური ლაბორატორიებისათვის სერტიფიცირების ეროვნული სისტემა.

ლაბორატორიის პერსონალისათვის არ არის ორგანიზებული ბიოუსაფრთხოების სტანდარტებზე სისტემური ტრენინგი.

HCV და HIV-ის ანტისხეულებზე სკრინინგი არ წარმოადგენს C ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამის ნაწილს. C ჰეპატიტის ელიმინაციის ეროვნული პროგრამის წარმატებული განხორციელებისათვის მნიშვნელოვანია იმ პირების იდენტიფიკაცია, რომლებიც ცხოვრობენ C ჰეპატიტის ინფექციით. სკრინინგთან დაკავშირებულ სხვა გამოწვევებს მიეკუთვნება:

ა. ექსპერტთა შეფასებით, C ჰეპატიტით დაავადებულთა მხოლოდ მცირე ნაწილმა იცის, რომ ინფიცირებულია, რაც გარკვეულწილად უკავშირდება HCV სკრინინგის პროგრამათა სიმცირეს.

ბ. არ არსებობს სკრინინგის ეროვნული გაიდლაინი/სახელმძღვანელო

გ. ელიმინაციის პირველ ფაზაში არ ხორციელდებოდა anti-HCV ტესტირების ანაზღაურება და ლაბორატორიისთვის განკუთვნილი რეაგენტების ღირებულება მაღალია.

დ. არ არსებობს დიაგნოსტიკური გამოკვლევების სტანდარტიზებული მეთოდები; ლაბორატორიები სარგებლობენ სხვადასხვა მწარმოებლის სადიაგნოსტიკო მასალებით, რომლებიც არ არის ვალიდირებული.

ე. დასახვეწია ამჟამინდელ განახლებულ საინფორმაციო სისტემა - STOP-C-ში დამატებული სკრინინგის მოდულიც, რომელიც არ შეიცავს მის ამოქმედებამდე ჩატარებული სკრინინგის მონაცემებს. მიზანშეწონილია არსებული საინფორმაციო სისტემის გაფართოება სკრინინგის მონაცემების შეგროვების მიზნით. სისტემაში უნდა იყვნენ ის პირებიც, რომელთა ტესტის პასუხიც უარყოფითი აღმოჩნდა anti-HCV-ზე, anti-HCV სკრინინგზე დადებითი პირების STOP-C-ბაზაში ჩართვის მეშვეობით გაადვილდება ასეთი პაციენტების დაკავშირება მოვლისა და მკურნალობის სისტემასთან და შესაძლებელი გახდება პაციენტის მართვის მთლიანი სისტემის უწყვეტობის სრული შეფასება სკრინინგიდან განკურნებამდე.

4.4.2 ინტერვენცია 4.1. C ჰეპატიტის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის თანამედროვე სისტემის დანერგვა-ტესტირების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით

HCV ლაბორატორიის ხარისხის უზრუნველყოფა ელიმინაციის სტრატეგიის მნიშვნელოვანი ნაწილია. საქართველოს შრომის ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროსა და სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის" ხელშეწყობით დაარსდება ეროვნული რეფერალური ლაბორატორიული ცენტრი და დაინიშნება ხარისხის მენეჯერი (NLQM), რომლის მოვალეობაშიც შევა ვირუსული ჰეპატიტების სადიაგნოსტიკო რეაგენტების ვალიდაცია და QA/QC პროგრამის შემუშავება. აღნიშნული ფუნქციების შემსრულებლად განიხილება დკსჯეც-ის დაქვემდებარებაში არსებული ლუგარის ცენტრი, როგორც ლაბორატორიის ხარისხის მართვის უმაღლესი დონის დაწესებულება.

C ჰეპატიტის ვირუსის სადიაგნოსტიკო სერვისების ხარისხისადმი ხელმისაწვდომობა უზრუნველყოფილი იქნება მიზანმიმართული და კარგად ორგანიზებული სკრინინგული პროგრამებით. სკრინინგის წარმატებით განხორციელება მოითხოვს მულტისექტორულ ჩართულობას, მათ შორის: ჯანდაცვის სექტორის, სამთავრობო უწყებებისა და სამოქალაქო საზოგადოების. ზემოჩამოთვლილთა როლი განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს პაციენტთა იდენტიფიკაციის მხარდაჭერაში და სამედიცინო სერვისებთან მათ დაკავშირებაში. სკრინინგის ეფექტურობის გასაზრდელად განხილულ უნდა იქნას მსგავსი პროგრამების (მაგ., აივ ინფექცია/შიდსი) ინტეგრაცია.

სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის" საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ლაბორატორიულ ქსელი ტერიტორიული პრინციპის დაცვით მოიცავს მთელ ქვეყნას. აქედან გამომდინარე, ლოდინის დროის შემცირების მიზნით, მიზანშეწონილი იქნება სკრინინგის უზრუნველყოფა ამ ლაბორატორიულ ქსელის გამოყენებით. გარდა ამისა, დიაგნოსტიკის სტანდარტიზაცია ხარისხის უზრუნველყოფასთან ერთად, მიღწეული იქნება ტესტის ცენტრალიზებული ვალიდაციის პროცედურით, შემცირებული ღირებულებით, დიაგნოსტიკის მუდმივი ხელმისაწვდომობით და რეაგენტების ცენტრალიზებული შესყიდვით, ფიქსირებული ვალუტის კურსის ანაზღაურების პირობებში.

სკრინინგი მოიცავს HCV-ის გავრცელების მხრივ მაღალი პრევალენტობის ან მაღალი რისკის/სარისკო ქცევის პოპულაციებს. HCV სკრინინგი ინტეგრირებული იქნება ისეთ პროგრამებში, რომლებიც მომსახურებას აწვდიან რისკ-ჯგუფებს:

- ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებლები
- მამაკაცები, რომელთაც აქვთ სქესობრივი კავშირი მამაკაცებთან
- სექს-მუშაკები

სკრინინგი უზრუნველყოფილი იქნება როგორც შესაბამის ობიექტებში (ოპიოიდური ჩანაცვლებითი მკურნალობის პროვაიდერი კლინიკები, შპრიცებისა და ნემსების გავრცელების ობიექტები, მსმ და სექს-მუშაკთა პოპულაციისთვის განკუთვნილი სერვის ცენტრები) ასევე მობილური ერთეულების გამოყენებით გასვლითი ღონისძიებების მეშვეობით და თანასწორებზე დამყარებული ინტერვენციებით. აივ/შიდსის პროგრამებით უკვე დაფარულია ძირითადი პრევენციული ინტერვენციები, რომელთა ფარგლებშიც მოხდება C ჰეპატიტის სკრინინგის განხორციელება.

HCV-ზე გამოკვლევა გაფართოვდება და მოიცავს შემდეგ სპეციფიკურ ჯგუფებს:

- სამართალდამცავი ორგანოების თანამშრომლები: HCV სკრინინგის პროგრამები განხორციელდება შესაბამის სამინისტროებში (საქართველოს თავდაცვის სამინისტრო, საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, საქართველოს სასჯელაღსრულებისა და პრობაციის სამინისტრო, მთავარი პროკურატურა), გამოვლენილი პირები კი ჩაერთვებიან ელიმინაციის პროგრამაში.

- მსჯავრდებულები: საპატიმროებში C ჰეპატიტის ვირუსთან დაკავშირებული პროგრამები ხორციელდება 2014 წლიდან, რაც გულისხმობს HCV ინფექციაზე პატიმრების სკრინინგს; გაგრძელდება ღონისძიებების გატარება, რათა პატიმრებისათვის უზრუნველყოფილ იქნას გამოკვლევებისადმი უნივერსალური ხელმისაწვდომობა.

- სტუდენტები: უმაღლეს სასწავლებლებში სტუდენტთა სკრინინგი უზრუნველყოფილი იქნება მოძრავი/მოძილური სადიაგნოსტიკო ერთეულებით.
- სისხლის დონორები
- ორსულები

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ცენტრალურ დონეზე გამოიყოფა HCV სკრინინგის აქტივობებზე პასუხისმგებელი ერთეული. მოწვეული იქნება ეროვნული ტექნიკური სამუშაო ჯგუფი, რომელიც იმუშავებს საერთაშორისო ექსპერტებთან სტანდარტიზებული სკრინინგის გაიდლაინების შემუშავებაზე, სკრინინგთან დაკავშირებულ სხვადასხვა საკითხებზე, მათ შორის სკრინინგისათვის ახალი სამიზნე ჯგუფების დამატებაზე. შემუშავდება ელექტრონული რეგისტრი C ჰეპატიტზე გამოკვლეული პაციენტების შედეგების აღრიცხვისათვის. სისტემაში აკუმულირდება დემოგრაფიული მონაცემები და ინფორმაცია რისკ-ფაქტორების შესახებ. რეგისტრი თავსებადი იქნება STOP-C ბაზასთან, რაც გაამარტივებს დადებითი პასუხების მქონეთა დაკავშირებას მოვლასა და მკურნალობასთან. სისტემის ამგვარად მოწყობა უზრუნველყოფს პროგრამის ეფექტურ დაგეგმვასა და განხორციელებას, ისევე, როგორც მონიტორინგსა და შეფასებას.

4.4.2.1 აქტივობები, შუალედური შედეგები და შესრულების ვადები ინტერვენცია 4.1. მიიღწევა შემდეგი ღონისძიებების განხორციელებით.

ინტერვენცია 4.1. C ჰეპატიტის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის თანამედროვე სისტემის დანერგვა ტესტირების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით

აქტივობები	შუალედური შედეგები და შესრულების ვადები
4.1.1. C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის ფარგლებში, ლაბ. ტესტირების შედეგების უნიფიცირებული კლინიკური ინტერპრეტაციისათვის დეტალური გაიდლაინების შემუშავება და განხორციელება.	2016 წლის მეორე ნახევარში გაიდლაინის წარდგენა სშჯსდს-თვის 2018 წლის დეკემბრის თვისთვის გაიდლაინის დანერგვა ლაბორატორიების 90%-ში 2020 წლის დეკემბრისთვის გაიდლაინების დანერგვა ყველა ლაბორატორიაში
4.1.2. ახალი მიღწევების გათვალისწინებით, HCV ლაბორატორიულ დიაგნოსტიკაში ალგორითმის განახლება (2017 EASL/AASLD რეკომენდაციები) და გავრცელება ECHO პროექტთან თანამშრომლობის გზით. 2017 წელს საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციისადმი მიძღვნილი კონფერენციის დაგეგმვა, რომლის მუშაობაშიც მონაწილეობას მიიღებენ საერთაშორისო ექსპერტები	დეკემბერი 2017
4.1.3. C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის ფარგლებში ლაბორატორიის ხარისხის უზრუნველყოფის უნიფიცირებული სისტემის დაფუძნება, რაც გულისხმობს:	
ა) C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამაში ჩართული ლაბორატორიების რეგისტრის შექმნა	მარტი 2016
ბ) ეროვნული რეფერალური ცენტრის დაარსება, რომელსაც ექნება ნუკლეინის მჟავისა და სეროლოგიური ტესტების ჩატარების გამოცდილება.	2016 წლის მარტი მინისტრის ბრძანება
ბ) ელიმინაციის პროგრამისათვის სოპ-ის მომზადება, გავრცელება და რეგულარული გადამზადების უზრუნველყოფა ISO-15189 მოთხოვნების გათვალისწინებით. რაც, თავის მხრივ, გულისხმობს შემდეგ პროცედურებსა და პროცესებს:	2016 წლის მეორე ნახევარში გამოიცეს საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ბრძანება "ლაბორატორიული ხარისხის

ა. ნიმუშის აღება, დამუშავება, შენახვა, ტრანსპორტირება; ბ. ინფექციურ მასალებთან მუშაობა, ბიოუსაფრთხოება და ბიოლოგიური ნარჩენების მართვა; გ. ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის ფარგლებში მოწოდებული ლაბორატორიული ტესტები; დ. შედეგების უნიფიცირებული ანგარიშგება;	უზრუნველყოფა C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამისთვის“ 2016 წლის მეორე ნახევრისთვის, პროგრამაში მონაწილე ლაბორატორიებს შორის SOP-ის პაკეტის გავრცელება 2016 წლის დეკემბრისთვის, SOP-ის პაკეტის დანერგვა ლაბორატორიების 90% -ში. 2018 წლის დეკემბრისთვის, ყველა ლაბორატორიაში SOP-ის პაკეტის დანერგვა
დ) გაიდლაინების და ცნობარების შემუშავება ნუკლეინის მჟავის, სეროლოგიური, კლინიკური ჰემატოლოგიისა და ბიოქიმიური ტესტების ვალიდაციისა და სტანდარტიზაციისათვის	2016 წლის ბოლოსთვის გაიდლაინების და ცნობარების (ვერიფიკაციის და PT პანელების) შემუშავება 2016 წლის დეკემბრისთვის, ვერიფიკაციის პროტოკოლების შემუშავება თითოეული რეგულატორი ცენტრისთვის
4.1.4. ლაბორატორიულ მედიცინაში კომპეტენციის შეფასების პროგრამის (CA) შემუშავება.	2016 წლის მეორე ნახევრისთვის, კომპეტენციის შეფასების პროგრამის შემუშავება 2018 წლის დეკემბრისთვის, ლაბორატორიების 90%-ში კომპეტენციის შეფასების პროგრამის განხორციელება 2020 წლის დეკემბრისთვის კომპეტენციის პროგრამის განხორციელება ყველა ლაბორატორიაში
4.1.5. ლაბორატორიის ეროვნული სერტიფიცირების პროგრამის შემუშავება.	2017 წლის დეკემბრისთვის სერტიფიცირების პროგრამის შემუშავება 2018 წლის დეკემბრისთვის სერტიფიცირების პროგრამის განხორციელება ლაბორატორიების 90%-ში 2020 წლის დეკემბრისთვის სერტიფიცირების პროგრამის განხორციელება ყველა ლაბორატორიაში
4.1.6. C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის ფარგლებში კვლევის აქტივობების განხორციელება შემდეგი მიმართულებებით:	

ა) სკრინინგის და მონიტორინგის ტესტების ალგორითმის, მათ შორის HCV-Ag სეროლოგიური ტესტისა და HCV NAT ტესტების განხორციელების შესაძლებლობისა და ხარჯთეფექტურობის შეფასება;	დეკემბერი 2016
ბ) ლაბორატორიული მონიტორინგისა და IFN/RBV-ით მკურნალობის სამომავლო საჭიროების ხარჯთეფექტურობის შეფასება;	დეკემბერი 2016
გ) C ჰეპატიტის ვირუსის, მე-2 გენოტიპის გადრმავეული მოლეკულური კვლევა, რეკომბინანტული 2k/1b შტამების პროპორციის და მკურნალობაზე გავლენის განსასაზღვრად;	დეკემბერი 2017
დ) C ჰეპატიტის მონო, შერეული და რეკომბინანტული ფორმის ინფექციის შემთხვევაში ანტივირუსული მკურნალობის შედეგებზე მოქმედი ფაქტორების მულტივარიაციული ანალიზის ჩატარება.	დეკემბერი 2017

4.4.3 ინტერვენცია 4.2. ქრონიკული ჰეპატიტის გამოვლენის გაძლიერება

ინტერვენცია მიმართულია შემთხვევათა გამოვლენის გაზრდისკენ მაღალი რისკის ჯგუფების სკრინინგის გზით. ჰეპატიტების ეროვნული სეროლოგიური კვლევა ხელს შეუწყობს სამიზნე პოპულაციების ზომის განსაზღვრას, რათა გამოკვლეულ იქნას C ჰეპატიტით ინფიცირებულთა ის რაოდენობა, რომელიც საჭიროა ელიმინაციის მიზნების მისაღწევად. პრიორიტეტი მიენიჭება იმ სამიზნე პოპულაციებს, რომელთა შორის პრევალენტობა ეროვნული სეროკვლევის მიხედვით აჭარბებს საშუალო მაჩვენებელს. სამიზნე პოპულაციები აირჩევა დემოგრაფიული ფაქტორის, გეოგრაფიული მდებარეობის, გადაცემის რისკისა და სხვა მახასიათებლების მიხედვით, რომლებიც ასოცირდება პრევალენტობის გაზრდილ მაჩვენებელთან. განსაკუთრებული ყურადღება დაეთმობა ორსულთა და ნიმ-ების ტესტირებას HCV-ზე. სეროკვლევის ჩატარება მოხდება სტომატოლოგთა შორისაც, რადგან წარმოადგენენ C ჰეპატიტით დაინფიცირების მაღალი რისკის ჯგუფს.

C ჰეპატიტის ინფექციასა და ენდოსკოპიის ან სხვა ინვაზიურ პროცედურებს შორის კავშირის შესაფასებლად ასევე ჩატარდება სპეციალური კვლევა.

საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“, HCV-ზე ტესტირების პროცესის გამარტივებისათვის უზრუნველყოფს ახალი სტრატეგიების და ვალიდირებული ტექნოლოგიების დანერგვას (მაგ., უსაფრთხო ინექციების პროგრამებში ინტეგრირებული სწრაფი მარტივი ტესტირება და კლინიკებში შეგროვებული anti-HCV დადებითი ნიმუშების ვირუსოლოგიური ტესტირება ლაბორატორიებში). გადრმავედება თანამშრომლობა დიაგნოსტიკური ტესტების მომწოდებელ კორპორაციებთან, რათა შემცირდეს HCV ანტისხეულებზე, ვირუსული და გენოტიპის განმსაზღვრელი ტესტირებების ღირებულება. რუტინული anti-HCV ტესტირება ინტეგრირებული იქნება სხვა ლაბორატორიულ სერვისებთან, რომლებიც განსაზღვრულია პირველადი ჯანდაცვის სერვისების მოსარგებლე პირებისთვის. ხელმისაწვდომი იქნება HCV სკრინინგის და C ჰეპატიტის მკურნალობის მონაცემთა ბაზებს შორის კავშირი. საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის“ ლაბორატორიებთან თანამშრომლობით, შეიმუშავებს ლაბორატორიებში HCV-ზე ტესტირების ვერიფიკაციისა და ვალიდაციის პროცედურებს.

C ჰეპატიტის გადაცემის ჯაჭვის შეფასების მიზნით, აშშ-ის დაავადებათა კონტროლის ცენტრების ლაბორატორიასთან თანამშრომლობით დაინერგება მოლეკულური დიაგნოსტიკის უახლესი მეთოდები.

4.4.3.1 აქტივობები, შუალედური შედეგები და შესრულების ვადები

ინტერვენცია 4.2 შესრულდება ქვემოთ მოყვანილი აქტივობების მეშვეობით. განსახორციელებელ ნაბიჯებსა და პროცესებს წარმართავენ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო,

სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის" ლუგარის ლაბორატორია და სპეციალური მაკოორდინირებელი სტრუქტურა.

**ინტერვენცია 4.2. ქრონიკული ჰეპატიტის მქონე პაციენტთა შორის
დიაგნოსტიკულა რიცხვის გაზრდა**

აქტივობები	შუალედური შედეგები და შესრულების ვადები
4.2.1. C ჰეპატიტის სკრინინგის ეროვნული სახელმძღვანელოს შემუშავება და დანერგვა (აქტიური ინფექციის სადიაგნოზო ტესტირების ალგორითმთან ერთად) ა) ცენტრალურ დონეზე მაკოორდინირებელი ორგანიზაციის შერჩევა, რომელიც პასუხისმგებელი იქნება C ჰეპატიტის სკრინინგთან დაკავშირებულ აქტივობებზე; ბ) ეროვნული ტექნიკური სამუშაო ჯგუფის შექმნა, რომელიც იმუშავებს C ჰეპატიტის სკრინინგის საერთაშორისო ექსპერტებთან ერთად, სკრინინგის სტანდარტული სახელმძღვანელოების შექმნის მიზნით; გ) ღირებულებისა და სენსიტიურობა/სპეციფიკურობის გათვალისწინებით აქტიური ინფექციის სასკრინინგო სტანდარტიზებული ტესტების შერჩევა; დ) პროვაიდერებისთვის C ჰეპატიტის აქტიური ინფექციის სადიაგნოსტიკო ტესტირების ალგორითმის შექმნა; ე) სკრინინგის ეროვნული სახელმძღვანელოს დანერგვა; ვ) C ჰეპატიტის სკრინინგის პროგრამის ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით სკრინინგის ყველა ბაზის მონიტორინგი.	2017 წლისთვის შემუშავებული იქნება სკრინინგის სახელმძღვანელოები სტანდარტიზებული იქნება სკრინინგ-ტესტები შემუშავებული იქნება ტესტირების ალგორითმები 2020 წლისთვის ტესტირების ბაზების 100% იხელმძღვანელებს სკრინინგის ალგორითმით
4.2.2. პროვაიდერთა საგანმანათლებლო პროგრამის დანერგვა C ჰეპატიტის სკრინინგის დაფარვის ზონისა და ხარისხის გასაუმჯობესებლად ა) სკრინინგის თემაზე საგანმანათლებლო პროგრამის შემუშავება პროვაიდერთათვის ბ) ელიმინაციის პროგრამაში მონაწილე ყველა პროვაიდერის გადამზადება	2016 წლისთვის შემუშავებული იქნება პროვაიდერთა საგანმანათლებლო პროგრამა სკრინინგის თემაზე და ელიმინაციის პროგრამაში მონაწილე ყველა პროვაიდერი იქნება გადამზადებული 2020 წლისთვის ყველა პროვაიდერს შეეძლება იმუშაოს სკრინინგის შესახებ ცნობიერების ამაღლებაზე და ექნებათ უნარი, აქტიურად მოიზიდონ ტესტირებისთვის სამიზნე პოპულაცია
4.2.3. ტესტირებაზე ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით C ჰეპატიტის სკრინინგის დანერგვა კლინიკურ დაწესებულებებში ა) C ჰეპატიტის სკრინინგის პროგრამის დანერგვა განსაკუთრებულ ჯგუფებში ჯანმოს რეკომენდაციების გათვალისწინებით. სკრინინგისთვის პრიორიტეტულ ჯგუფთა სავარაუდო სია შემდეგნაირია: • აივ/შიდსის მქონე პაციენტები • ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტები • სგდ პაციენტები • ჰემოტრანსფუზიის რეციპიენტები	2016 წლის მეორე ნახევრისთვის სკრინინგი ექნება გავლილი 50,000 ადამიანს ზოგადი პოპულაციიდან 2016 წლის ბოლოსთვის სკრინინგი დანერგილი იქნება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ათივე ლაბორატორიაში მობილური პუნქტები იქნება გახსნილი 2 რეგიონში, სადაც არ არის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის

• ჰემოდიალიზზე მყოფი პაციენტები (რუტინული ზედამხედველობა 6 თვეში ერთხელ) • ამჟამად პატიმრობაში მყოფი ან წარსულში ნასამართლეთ პირები (რუტინული ზედამხედველობა (შესვლის სკრინინგი)) • პირები, რომელთაც გაკეთებული აქვთ ტაქტირება, სხეულის პირსინგი ან სკარიფიკაციის პროცედურა იმ დაწესებულებებში, სადაც არასათანადოდ წარმოებს ინფექციის კონტროლი • C ჰეპატიტით ინფიცირებული დედების ბავშვები ბ) C ჰეპატიტის ტესტირების დანერგვა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სექტორში. ფოკუსირება მოხდება იმ რეგიონებსა და ასაკობრივ ჯგუფებში, რომლებშიც 2015 წლის სეროპრევალენტობის კვლევამ გამოავლინდა C ჰეპატიტის მაღალი გავრცელება გ) C ჰეპატიტის ინტეგრირება იმ საზოგადოებრივ პროგრამებში, რომლებიც ემსახურება მაღალი რისკის მქონე პოპულაციებს: • ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლები • მამაკაცები, რომელთაც აქვთ სქესობრივი კავშირი მამაკაცებთან • სექს-მუშაკები დ) C ჰეპატიტის ტესტირების დანერგვა შემდგომ ჯგუფებში • ჯანდაცვის მუშაკები • სამედიცინო დაწესებულებებში რეფერირებული ყველა პირი • სამართალდამცავები • სტუდენტები • ის პირები, ვინც მიიღო სამედიცინო ან სტომატოლოგიური დახმარება	ლაბორატორია 2017 წლისთვის მაღალი რისკის ჯგუფებზე მომუშავე საზოგადოებრივი პროგრამების 50%-ში დანერგილი იქნება C ჰეპატიტის ტესტირება ყველა იმ პირის ტესტირება, ვინც მიმართავს სამედიცინო კლინიკას, შესრულდება ამ დაწესებულებათა 80%-ში 2020 წლისთვის დიაგნოსტირებული იქნება C ჰეპატიტის შემთხვევათა 90%
4.2.4. სკრინინგის რეესტრის შექმნა და მისი ინტეგრაცია STOP-C-სთან ინფიცირებულ პირებში ზედამხედველობის დაკავშირების ხელშესაწყობად ა) რეესტრის შექმნა ბ) რეესტრის იმპლემენტაცია გ) რეესტრის შენარჩუნება დ) რეესტრის მართვა	<u>2016</u> დაიწყება რეესტრის შემუშავება და მისი დადებითი შემთხვევების ინტეგრაცია STOP-C-ში. რეესტრის პილოტირება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ათივე ლაბორატორიაში. რეესტრის იმპლემენტაცია ყველა იმ ბაზაზე, სადაც სრულდება ტესტირება. <u>2017-2020</u> უწყვეტი წვდომა და იმპლემენტაცია ყველა იმ დამატებით ბაზაზე, სადაც შესრულდება სკრინინგი
4.2.5. C ჰეპატიტის ინფექციასა და ენდოსკოპიის, ან სხვა ინვაზიურ პროცედურებს შორის	<u>2020</u>

კავშირის შესაფასებლად სპეციალური კვლევის ჩატარება	C ჰეპატიტის ინფექციასა და ენდოსკოპიის, ან სხვა ინვაზიურ პროცედურებს შორის კავშირის შესაფასებლად სპეციალური კვლევა ჩატარებულია
---	---

4.4.3.2 მკურნალობისა და მოვლის სფეროში არსებული გამოწვევები

პროგრამის შემდგომი გაფართოებისა და ეფექტურად განხორციელებისათვის საჭიროა რიგი გამოწვევების აღმოფხვრა:

ა) ადამიანური და ტექნიკური სიმძლავრეები

✓ ექიმი-ინფექციონისტების და გასტროენტეროლოგების მხოლოდ მცირე ნაწილს აქვს საჭირო გამოცდილება HCV მკურნალობასა და მოვლაში;

✓ C ჰეპატიტიდ ელიმინაციის პროგრამის I ფაზაში ჩართული სამკურნალო ცენტრებისა და სერვისის მიმწოდებელთა რაოდენობა საკმარისი იყო 5 000 ადამიანის სამკურნალოდ;

✓ საჭიროა ადამიანური და ტექნიკური რესურსების გაძლიერება, რათა შესრულებულ იქნას დასახული სამიზნეები, კერძოდ, წელიწადში სულ მცირე 20000 პირის მკურნალობა დაავადების სტადიის მიუხედავად.

ბ) ჯანდაცვის ელექტრონული სისტემა

✓ არსებული საინფორმაციო სისტემა STOP-C შემუშავებულ იქნა C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის დაწყების საპასუხოდ და დიდად შეუწყო ხელი პირცელი ფაზის წარმატებას

✓ ამავდროულად, STOP-C არ არის ოპტიმიზებული HCV კლინიკურ სერვისებში ჩართულობის ეფექტური მონიტორინგისათვის. ის არ მოიცავს დეტალურ ინფორმაციას ისეთ საკითხებზე, როგორიცაა გვერდითი ეფექტები, მკურნალობის ცვლილება, შეწყვეტა და ა.შ. ასევე პროგრამის ეფექტურობის შესაფასებლად საჭირო შესაძლებლობები შეზღუდულია.

გ) მონაცემთა შეტანა

პროგრამის I ფაზის განხორციელების გამოცდილება მიუთითებს, რომ STOP-C სისტემაში მონაცემთა შეტანა მნიშვნელოვანი გამოწვევაა რიგი მიზეზების გამო:

✓ რთულია ელექტრონულ საინფორმაციო სისტემებზე მუშაობის გამოცდილების არმქონე სამედიცინო პერსონალისათვის

✓ მნიშვნელოვნად ზრდის ექიმის დატვირთვას

✓ გაწეული შრომა არ ანაზღაურდება

დ) ადმინისტრაციული ხარჯები

ადმინისტრაციული ხარჯები მძიმე ტვირთად აწევთ სერვისის მიმწოდებლებს და საჭიროა ამ ხარჯების ანაზღაურების ოპტიმიზაცია, მათ შორის შემდეგი სახის დანახარჯების:

✓ უსაფრთხოება (დაცვა)

✓ მედიკამენტის მარაგების შესანახი ოთახის მომსახურება კლინიკებში

✓ მედიკამენტის გაცემა

✓ სისხლის აღება

✓ პაციენტის რეგისტრაცია

ე) HCV რეკომბინანტული ფორმა 2k/1b

✓ საქართველოში HCV ეპიდემიის მნიშვნელოვანი მახასიათებელია 2k/1b რეკომბინანტული შტამების მაღალი გავრცელება

✓ NS5B და 5'UTR/Core სექვენირების გამოყენებით ვლინდება, რომ სტანდარტული გენოტიპირებით მე-2 გენოტიპად კლასიფიცირებული შემთხვევების ნახევარზე მეტში ადგილი გვაქვს 2k/1b რეკომბინანტული ფორმით ინფექციასთან

✓ გარკვეული კვლევების ანალიზი და ქვეყანაში არსებული კლინიკური გამოცდილება მიუთითებს, რომ 2k/1b რეკომბინანტული ფორმით ინფიცირებულ პაციენტებში გენოტიპ 2-ისთვის განკუთვნილი სამკურნალო რეჟიმების გამოყენება დაბალ შედეგს იძლევა და გენოტიპ 1-სთვის განკუთვნილი სამკურნალო რეჟიმები შეიძლება უფრო ეფექტური იყოს.

წარმოდგენილი ამოცანის ფარგლებში დაგეგმილი ღონისძიებები განხორციელდება ადგილობრივი და საერთაშორისო პარტნიორების მონაწილეობით. დაგეგმილია სამუშაო ჯგუფის შექმნა, რომელიც იმუშავებს პაციენტების HCV კლინიკურ სერვისებში მაღალი ჩართულობის ხელშეწყობი სტრატეგიებისა და პროტოკოლების შედგენაზე. ყურადღება დაეთმობა სამთავრობო და არასამთავრობო სექტორების აქტიურ თანამშრომლობას, რათა გაუმჯობესდეს დაავადების მართვა. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო შეარჩევს ეროვნულ კოორდინატორს, რომელიც უზრუნველყოფს სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო ღონისძიებების ზედამხედველობას.

4.4.4 ინტერვენცია 4.3 HCV მკურნალობასა და მოვლაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა

ელიმინაციის პროგრამის მკურნალობის და მოვლის კომპონენტის ძირითადი მიზანია C ჰეპატიტის მკურნალობაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობისა და განკურნების მაღალი მაჩვენებლების უზრუნველყოფა. ამ მიზნის მიღწევა სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ნაბიჯია საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის გზაზე. ის ეფუძნება კონცეფციას „მკურნალობა პრევენციისათვის“, რომლის მიხედვით მკურნალობა ხელმისაწვდომია ყველა პაციენტისათვის დაავადების სტადიის მიუხედავად. მკურნალობისა და პრევენციის ეფექტური კომბინაცია საშუალებას მისცემს ქვეყანას ნულამდე დაიყვანოს ახალი შემთხვევების მაჩვენებელი. ამ მიზნის მიღწევა საჭიროებს HCV კლინიკურ სერვისებში პაციენტების მაღალ ჩართულობას დაწყებული გამოვლენიდან დამთავრებული მყარი ვირუსული სუპრესიით. აღნიშნული მიზნის ფარგლებში დაგეგმილი ღონისძიებები ითვალისწინებს გადაცემის მაღალი რისკის პოპულაციებში (განსაკუთრებით ნარკოტიკების მომხარებლებში) დამყოლობის ოპტიმიზაციისა და მკურნალობის დასრულების ხელშეწყობას. სამკურნალო მიდგომები დაფუძნებული იქნება არსებულ მტკიცებულებებზე პროგრამის ფინანსური მდგრადობის გათვალისწინებით. შემუშავდება ორსულთა და ჩვილთა გამოვლენისა და მართვისთვის სპეციალური სახელმძღვანელო. მოხდება სამკურნალო გაიდლაინების ოპტიმიზაცია პაციენტთა ჩართულობის გაუმჯობესების, მათი დანახარჯების შემცირებისა და მკურნალობაზე მყოფი პაციენტების მატების მისაღწევად. უპირატესობა მიენიჭება რეჟიმებს ინტერფერონის გარეშე (მხოლოდ პერორული პირდაპირი მოქმედების ანტივირუსული მედიკამენტების კომბინაციები). ეფექტური, მაგრამ ნაკლებ ხარჯიანი სამკურნალო მიდგომებით გაწეული დანაზოგები მოხმარდება ტესტირების პროგრამების გაფართოებას. სკრინინგ ცენტრები უზრუნველყოფენ გამოვლენილი პაციენტების ინფორმირებას მკურნალობისა და სხვა შესაბამისი სამედიცინო სერვისებით სარგებლობის შესახებ.

ჯანმოსთან და აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრებთან თანამშრომლობით შემუშავდება C ჰეპატიტის სკრინინგისა და ტესტირების მტკიცებულებებზე დამყარებული რეკომენდაციები/სახელმძღვანელოები პოპულაციური სეროპრევალენტობის კვლევის მონაცემებზე დაყრდნობით რისკისა (ნიმ, სისხლის რეციპიენტები) და ასაკის გათვალისწინებით. HCV მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობა გაფართოვდება პროგრამაში ჩართული ექიმი - ინფექციონისტებისა და გასტროენტეროლოგების რაოდენობის ზრდით. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო იმუშავებს ECHO პროექტის ხელშეწყობით პროგრამაში პირველადი ჯანდაცვის ინტეგრაციის საკითხზე.

4.4.4.1 აქტივობები, შუალედური შედეგები და შესრულების ვადები

HCV მკურნალობისა და მოვლის სფეროში არსებული გამოწვევების დასაძლევად შემოთავაზებულია შემდეგი აქტივობები და სამიზნეები. განხორციელების კოორდინაციას გასწევს საქართველოს შრომის,

ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან არსებული მულტისექტორული კომისია. ამასთან, სამინისტრო დანიშნავს C ჰეპატიტის მკურნალობისა და მოვლის ეროვნულ კოორდინატორს, რომელიც ხელს შეუწყობს სხვადასხვა პარტნიორებს შორის ეფექტურ თანამშრომლობას და HCV კლინიკური სერვისების ეტაპებს შორის კავშირების განმტკიცებას.

ინტერვენცია 4.3. HCV მკურნალობასა და მოვლაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა

აქტივობა	შუალედური შედეგები და შესრულების ვადები
4.3.1. გამოვლენილი ავადმყოფების კლინიკურ სერვისებში სწრაფი და ეფექტური ჩართვის მექანიზმების შემუშავება და დანერგვა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში შეიქმნება ცენტრალიზებული სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტების ეფექტურ ნავიგაციას რეალურ დროში, რისთვისაც უზრუნველყოფილი იქნება: ა) პაციენტების რეგისტრაციის ონლაინ სისტემის ფუნქციონირება. ბ) STOP-C სისტემაში ინტეგრირებული HCV სკრინინგისა და მკურნალობის სერვისების მიმწოდებელი ცენტრების რეგისტრის ფუნქციონირება გ) პირდაპირი კავშირი სერვისის მიმწოდებელ ორგანიზაციებთან დ) სპეციალური ცხელი ხაზის ფუნქციონირება C ჰეპატიტით ინფიცირებულ პირთა (მათ შორის სოფლის ტიპის დასახლებებში მცხოვრები პირების) მოვლისა და მკურნალობის სერვისებში ჩართვისა და მკურნალობის სერვისის პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში გაფართოების საუკეთესო პრაქტიკის დანერგვის მიზნით განხორციელდეს სადემონსტრაციო პროექტები.	<u>2016</u> პაციენტების კლინიკურ სერვისებში სწრაფი ჩართვის ხელშეწყობის სისტემა 100%-ით დასრულებულია • დიაგნოსტირებული პაციენტების 90% ჩართულია კლინიკურ სერვისებში <u>2018</u> • დიაგნოსტირებული პაციენტების 95% ჩართულია კლინიკურ სერვისებში <u>2020</u> • დიაგნოსტირებული პაციენტების 100% ჩართულია კლინიკურ სერვისებში <u>2020</u> სადემონსტრაციო პროექტი მომზადებულია
4.3.2. მკურნალობის წინა კვლევების მიწოდების უზრუნველყოფა: კლინიკურ სერვისებში ჩართული ყველა ავადმყოფისათვის ხელმისაწვდომი იქნება სადიაგნოსტიკო და კლინიკური სერვისების პაკეტი, რომელიც განსაზღვრავს დაავადების სტატუსს და ხელს შეუწყობს მკურნალობის ოპტიმალური რეჟიმის შერჩევას ✓ ექიმის კონსულტაცია ✓ HCV RNA რაოდენობრივი განსაზღვრა (ვირუსული დატვირთვა) ✓ HCV გენოტიპირება ✓ ღვიძლის ფიბროზის ხარისხის შეფასება ✓ მკურნალობისა და მოვლის პროტოკოლებით განსაზღვრული სხვა სადიაგნოსტიკო და კლინიკური სერვისები (ის. დანართი 3)	2016: 23,000 2017: 25,800 2018: 25,800 2019: 25,800 2020: 25,800 შენიშვნა: მკურნალობის წინა კვლევების რეგიონალური პაციენტების რაოდენობა ეფუძნება დაშვებას, რომ ქრონიკული C ჰეპატიტის მქონე პირების რაოდენობა ქვეყანაში შეადგენს 148 ათასს.
4.3.3. ანტივირუსული მკურნალობით უზრუნველყოფა: C ჰეპატიტის ელიმინაციის ეროვნული პროგრამის ფარგლებში მოვლის სერვისებში ჩართული ყველა პაციენტისთვის ხელმისაწვდომი იქნება უფასო ანტივირუსული მკურნალობა დამტკიცებული პროტოკოლების მიხედვით. მედიკამენტები იქნება უფასო „გილედის“ მხარდაჭერის და სახელმწიფო დაფინანსების ფარგლებში. განსაკუთრებული პოპულაციებისთვის, როგორიცაა, მაგალითად, თირკმლის უკმარისობის მქონე პაციენტები, უზრუნველყოფილი იქნება მკურნალობის შესაბამის რეჟიმებზე წვდომა და მათი გათვალისწინება მოხდება მკურნალობის სახელმძღვანელოებში.	ქრონიკული C ჰეპატიტის მქონე პაციენტების სავარაუდო რიცხვის: <u>2016</u> 18% ნამკურნალებია/17% განკურნებულია (27,000/25,650) <u>2018</u> 52% ნამკურნალებია/49% განკურნებულია (77,000/73,150)

	<u>2020</u> 86% ნამკურნალობა/81% განკურნებულია (126,540/120,200)
4.3.4. მკურნალობის მონიტორინგით უზრუნველყოფა: ანტივირუსულ მკურნალობაზე მყოფი ყველა პაციენტისთვის ხელმისაწვდომი იქნება ეროვნული პროტოკოლით გათვალისწინებული დიაგნოსტიკური და სხვა სამედიცინო მომსახურება, მათ შორის: ✓ მკურნალობის ეფექტურობის მონიტორინგი (ვირუსული დატვირთვა) ✓ გვერდითი ეფექტების მონიტორინგი ✓ მკურნალობაზე დამყოლობისა და გართულებების მონიტორინგი ✓ კლინიკური მართვის შეფასება	შენიშვნა: მკურნალობის წინა კვლევების რეგიონი პაციენტების რაოდენობა ეფუძნება დაშვებას, რომ ქრონიკული C ჰეპატიტის მქონე პირების რაოდენობა ქვეყანაში შეადგენს 148 000, და რომ მათი 90% გამოვლენილი იქნება 2020 წლისათვის.
4.3.5. მკურნალობის წინა შეფასების, მკურნალობის და მისი მონიტორინგის ეროვნული გაიდლაინებისა და პროტოკოლების რეგულარული განახლება	განახლება განხორციელდება 2016 და 2018 წწ.
4.3.6. C ჰეპატიტის მართვისთვის სერვისების მიმწოდებლების რესურსების გაძლიერება ✓ განხორციელდეს სერვისების მიმწოდებლების განათლების პროგრამა LIFER და ECHO პროექტთან თანამშრომლობით ✓ ჩამოყალიბდეს ტექნიკური კლინიკური ექსპერტების ჯგუფი, რომელიც იმუშავებს LIFER და ECHO პროექტთან საგანმანათლებლო პროგრამის დანერგვაზე, მათ შორის საინტერესო შემთხვევების ყოველკვირეული განხილვის პროგრამა. აღნიშნული ჯგუფი შესაძლებელია იყოს გაიდლაინების და პროტოკოლების შემუშავების ჯგუფის შემადგენლობაშიც ✓ საინფორმაციო სისტემის (მაგ., STOP-C) მოხმარებაზე შესაბამისი გადამზადების პროგრამის შემუშავება და დანერგვა: ტრეინინგი უნდა განხორციელდეს ადგილზე, კომპიუტერთან მუშაობის პროცესში, რომლის დროსაც დემონსტრირებული იქნება პროგრამა და შესაძლო პრობლემების დაძლევის გზები	<u>2016</u> • 2016 წლის ბოლოსთვის ფუნქციონირებს 20 სამკურნალო სერვისის ცენტრი • ECHO პროექტი დაწყებულია • სერვისების მიმწოდებლების 100% ჩართულია ECHO პროექტში • STOP-C მოხმარებასთან დაკავშირებული ტრეინინგის კურსი შემუშავებულია და მოხმარებელთა 100% ჩატარებული აქვს ტრეინინგი • გამოვლენილი პაციენტების 90% ჩართულია კლინიკურ სერვისებში • მაქსიმალური დრო გამოვლენიდან კლინიკურ სერვისებში ჩართვამდე არ აღემატება 1 თვეს <u>2018</u> • სამკურნალო სერვისის ცენტრების გაფართოება საჭიროებისამებრ; საგანმანათლებლო პროგრამების, მათ შორის STOP-C ტრეინინგის შენარჩუნება • გამოვლენილი პაციენტების 95% ჩართულია კლინიკურ სერვისებში • მაქსიმალური დრო გამოვლენიდან კლინიკურ სერვისებში ჩართვამდე არ აღემატება 1 თვეს <u>2020</u> • სამკურნალო სერვისის ცენტრების გაფართოება საჭიროებისამებრ; საგანმანათლებლო პროგრამების, მათ შორის STOP-C ტრეინინგის შენარჩუნება • გამოვლენილი პაციენტების 75% ჩართულია კლინიკურ სერვისებში • მაქსიმალური დრო გამოვლენიდან კლინიკურ სერვისებში ჩართვამდე არ აღემატება 1 თვეს
4.3.7. HCV კლინიკურ სერვისებში ჩართულობის ეფექტური მონიტორინგის შესაძლებლობების	<u>2016</u>

განვითარება. უნდა დაინერგოს სრულყოფილი საინფორმაციო სისტემა, რომელიც მოიცავს კლინიკური კასკადის საკვანძო ელემენტებს და უზრუნველყოფს მონაცემთა სისრულესა და ხარისხს (კავშირშია ინტერვენცია 2.1). HCV კლინიკურ მენეჯმენტთან დაკავშირებული მონაცემების შეტანა უნდა განხორციელდეს ადგილზე თითოეული სამკურნალო სერვის ცენტრის მიერ. ამისთვის გამოყოფილ უნდა იქნას სპეციალური შტატი, რომელიც უზრუნველყოფს შეტანილი მონაცემების სისრულესა და ხარისხს. პროგრამული გამოსავლების შეფასების მიზნით, მონაცემთა ანალიზი უნდა ტარდებოდეს რეგულარულად ტექნიკური ჯგუფი ჩამოყალიბდება ცენტრალურ დონეზე მონაცემთა ანალიზის უზრუნველსაყოფად	• “STOP C” სისტემა მოიცავს HCV მენეჯმენტთან დაკავშირებულ სრულყოფილ ინფორმაციას • სერვის ცენტრების 80%-ს რეგულარულად შეჰყავს მონაცემები სისტემაში <u>2018</u> • სერვის ცენტრების 100%-ს რეგულარულად შეჰყავს მონაცემები სისტემაში
4.3.8. HCV მკურნალობისა და მოვლის პროგრამასთან დაკავშირებული მტკიცებულებების მოსაპოვებლად ოპერაციული კვლევების ჩატარება	
ა) ელიმინაციის პროგრამის მკურნალობის და მოვლის კომპონენტის მდგრადობასთან დაკავშირებული ეკონომიკური ანალიზი	კვლევა ჩატარდება 2017 წელს
ბ) HCV კლინიკურ სერვისებში პაციენტების ჩართულობის, მკურნალობის გამოსავლებისა და დაკავშირებული ფაქტორების შეფასება (მათ შორის კლინიკურ სერვისებზე ხელმისაწვდომობის შესაძლო ბარიერებთან, დამყოლობასთან, და სხვა გამოსავლებთან დაკავშირებული საკითხები)	კვლევა ჩატარდება 2016, 2018 და 2020 წწ.
გ) ღვიძლთან დაკავშირებულ ავადობასა და სიკვდილობაზე პროგრამის ზეგავლენის შეფასება	კვლევა ჩატარდება 2019-2020 წწ.
დ) C ჰეპატიტის ტესტირებისთვის, ღვიძლის დაზიანების დონის შეფასებისა და მკურნალობის მონიტორინგისთვის ჯანდაცვის დამატებითი სერვისების გამოყენება (მაგ.: პაციენტთა ნავიგატორები, მრჩეველები, მომვლელები და სხვ.);	კვლევა ჩატარდება 2019 წწ.
ე) კლინიკური ინსტრუმენტების/სამედიცინო რეგისტრაციის სისტემაში შემახსენებელი სიგნალების (reminders) საჭიროების და სარგებლიანობის შეფასება.	კვლევა ჩატარდება 2019 წწ.

5. მონიტორინგისა და შეფასების ჩარჩო

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო და სსიპ „ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“ შექმნიან მონიტორინგისა და შეფასების სისტემას, რათა მოხდეს C ჰეპატიტის ელიმინაციის სტრატეგიის შესრულების პროგრესზე თვალყურის მიდევნება და ქვეყანაში ავადობის ტვირთის შემცირების კუთხით შედეგების გაზომვა. მონიტორინგისა და შეფასების ჩარჩო (დანართი 4) მოიცავს ყველა სტრატეგიულ მიმართულებას, როგორიცაა ზედამხედველობა, პრევენცია, მოვლა და მკურნალობა. დასახულია ყოველწლიური სამიზნე მაჩვენებლები ყველა ძირითადი ინტერვენციისთვის (მაგ., ტესტირება, მკურნალობა, ზიანის შემცირება და ინექციების უსაფრთხოება).

2021 წელს ჩატარდება C ჰეპატიტის სეროპრევალენტობის კვლევა, რათა ხელახლა შეფასდეს C ჰეპატიტის ელიმინაციის სტრატეგიით განსაზღვრული სკრინინგისა და მკურნალობის აქტივობების გაძლიერების (ანუ 2020 წლისთვის 90%-ის ტესტირება და ინფიცირებულთა 95%-ის მკურნალობა) შედეგი. სეროპრევალენტობის კვლევის ჩატარება ასევე მოხდება სტომატოლოგებს შორის.

6. განხორციელების ვადები და პასუხისმგებელი ორგანიზაციები

წინამდებარე სტრატეგიის განხორციელების ვადაა 5 წელი (2016-2020). თითოეული ინტერვენციისა და აქტივობის განსახორციელებლად ასევე შემუშავებულია კონკრეტული ვადები, რომლებიც მოცემულია შესაბამის სექციებში (4.1-4.4) და შეჯამებულია დანართ 6-ში.

C ჰეპატიტის ეფექტური რეაგირების პასუხისმგებლობა განაწილებული იქნება რამდენიმე დაწესებულებასა სააგენტოს შორის. ძირითადი სტრუქტურები, რომლებიც პასუხისმგებელი იქნებიან კოორდინაციაზე და სტრატეგიის განხორციელების კონტროლზე, არიან:

- საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, რომელიც ზედამხედველობას უწევს სამედიცინო სერვისების მიწოდების პროცესებს და პასუხისმგებელია ეროვნული პოლიტიკისა და რეგულაციების შემუშავება-განხორციელებაზე. HCV-ის კომიტეტი გააგრძელებს C ჰეპატიტის პროგრამის კოორდინაციას ქვეყანაში. 2015 წელს დაფუძნებული ტექნიკური მრჩეველთა ჯგუფი, რომელიც შედგება 11-17 საერთაშორისო ექსპერტისაგან, აგრძელებს კონსულტაციას C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის მიზნების, პოლიტიკისა და სტრატეგიის იმპლემენტაციის, ასევე მონიტორინგისა და შეფასების პრაქტიკასთან დაკავშირებულ საკითხებზე. მრჩეველთა ჯგუფის სამომავლო როლი შემდეგია:

- ✓ საქართველოში არსებული C ჰეპატიტის ეპიდემიოლოგიის, ზედამხედველობის, პრევენციის და კონტროლის აქტივობების მიმოხილვა/განხილვა.

- ✓ C ჰეპატიტის, როგორც დაავადების ისე გადაცემის გზების ელიმინაციისათვის განხორციელებადი მიზნების რეკომენდირება.

- ✓ ელიმინაციის გეგმის წარმატებული იმპლემენტაციისათვის, რეკომენდაციის გაწევა პრიორიტეტულ აქტივობებზე და ინტერვენციებზე, მათ ინდიკატორებსა და სამიზნეებზე.

- ✓ პროგრამასთან დაკავშირებულ პრობლემებთან/გამოწვევებთან გამკლავების გზების ჩვენება.

- ✓ პროგრამის მხარდასაჭერად მითითებების უზრუნველყოფა და მექანიზმების შეთავაზება თანამშრომლობისა და რესურსების მობილიზაციისათვის.

- ეფექტური კონტროლისა და დაგეგმილი აქტივობების იმპლემენტაციის პროცესის უზრუნველსაყოფად, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ გამოიყოფა ტექნიკური ერთეული, რომელიც შეითავსებს შემდეგ ფუნქციებს:

- ✓ C ჰეპატიტის პრევენციასთან, სკრინინგთან და მკურნალობასთან დაკავშირებული აქტივობების დაგეგმა და კოორდინაცია.

- ✓ C ჰეპატიტის რეგისტრის მუშაობის უზრუნველყოფა, რომელიც მოიცავს ინფორმაციას სკრინინგის, დადასტურებული შემთხვევებისა და სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი დაწესებულებების შესახებ.

- ✓ მომსახურების მომწოდებლებთან პირდაპირი კონტაქტის შენარჩუნება, გამოწვევებზე სწრაფი რეაგირების უზრუნველსაყოფად.

- ✓ მოსახლეობისა და სამედიცინო მომსახურების მომწოდებლისთვის სპეციალური ცხელი ხაზის მუშაობის უზრუნველყოფა.

- ✓ C ჰეპატიტის სტრატეგიული მიზნებისა და ელიმინაციის მიზნის მიღწევის პროგრესის მონიტორინგი

- ✓ C ჰეპატიტის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობასთან დაკავშირებული სირთულეების მეთვალყურეობა C ჰეპატიტის სფეროში სათანადო ექსპერტიზის მქონე ეროვნული დონის კოორდინატორის მეშვეობით. სპეციფიური მოვალეობები მოიცავს მოვლისა და მკურნალობის სერვისების მიწოდების მონიტორინგს, მათ შორის:

- პროგრამის გამოსავლის შესაფასებლად მონაცემთა უწყვეტი ანალიზი, მათ შორის, პაციენტის უწყვეტ მოვლაში ჩართულობის და მკურნალობის შედეგების ანალიზი.

- მოთხოვნისამებრ, სერვისების მომწოდებლების ადგილზე მონიტორინგი.

- დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, რომელიც წარმოადგენს საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში წამყვან ერთეულს და რომლის უშუალო პასუხისმგებლობას წარმოადგენს C ჰეპატიტზე ეპიდზედამხედველობა

- ინფექციური დაავადებების, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი, რომელიც წარმოადგენს C ჰეპატიტის მკურნალობის მომწოდებელს და კოორდინაციას უწევს ქვეყანაში მოვლისა და დამხმარე სამსახურებს.

- ლაბორატორიები და კლინიკები, რომლებიც უზრუნველყოფენ HCV-ის სერვისების მიწოდებას და ასევე, ხელს შეუწყობენ საკუთარ დაწესებულებებში პრევენციული ღონისძიებების დანერგვას.
- ზიანის შემცირების ქსელი, რომელსაც შეუძლია ეფექტურად უზრუნველყოს ინექციური ნარკოტიკების მომხმარებლების დაკავშირება HCV პრევენციულ და მკურნალობის სერვისებთან.

გეგმის იმპლემენტაციის ძირითად პრინციპებს წარმოადგენს სამთავრობო, არასამთავრობო და კერძო სექტორებს შორის თანამშრომლობა. სამოქალაქო საზოგადოების სექტორი აქტიურ მონაწილეობას მიიღებს პოლიტიკური დიალოგისა და C ჰეპატიტთან დაკავშირებული სტიგმის ადვოკატირებაში. სასწავლო დაწესებულებები ჩართულები იქნებიან იმ სასწავლო პროგრამების შემუშავებასა და განხორციელებაში, რომლებიც მიმართულია თანამედროვე მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მოვლის სტანდარტების დანერგვაზე.

6. C ჰეპატიტზე ეროვნული რეაგირების დაფინანსება

7.1. არსებული ვითარება

C ჰეპატიტი მნიშვნელოვან ფინანსურ და საზოგადოებრივ ტვირთს წარმოადგენს ქვეყნის ჯანდაცვის სისტემისთვის. სწორედ ამიტომ 2014 წელს ამოქმედდა C ჰეპატიტის მკურნალობის პროგრამა, რომელიც სრულიად უსასყიდლოდ უზრუნველყოფდა პაციენტებისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში მყოფი პაციენტების სკრინინგს და გამოკვლევას C ჰეპატიტზე, ვაქცინაციას B ჰეპატიტზე, მკურნალობას პეგილირებული ინტერფერონით და რიბავირინით. ამავე პერიოდში C ჰეპატიტის საწინააღმდეგო მედიკამენტებზე 60%-იანი ფასდაკლება გავრცელდა ქვეყნის მოსახლეობაზე.

2015 წელს, საქართველოს მთავრობის უდიდესი ძალისხმევით, აშშ-ის დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრების და ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მხარდაჭერით და კომპანია „გილეადის“ კეთილი ნებით, დაიწყო მსოფლიოში უპრეცედენტო C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამა (საქართველოს მთავრობის 2015 წლის N169 დადგენილება). პროგრამის დაწყების საფუძველს წარმოადგენდა ქვეყანაში C ჰეპატიტის მაღალი პრევალენტობა (ქვეყნის მოსახლეობის 8-12%) და სამკურნალო მედიკამენტების მაღალი ფასი.

პროგრამის ფარგლებში, C ჰეპატიტის მქონე პაციენტები უზრუნველყოფილნი არიან მკურნალობის წინა სადიაგნოსტიკო და მკურნალობის მონიტორინგისათვის საჭირო კვლევებით და C ჰეპატიტის სამკურნალო უახლესი თაობის ძვირადღირებული მედიკამენტებით (სოფოსბუვირი, ინტერფერონი და რიბავირინი). 2015 წელს პროგრამის ხარჯი შეადგენდა დაახლოებით 2.54 მილიონ აშშ დოლარს (6.1 მლნ. ლარი) და ჩართული იყო 6200-მდე პაციენტი.

2016 წლის აპრილიდან დაიწყო პროგრამის მეორე ეტაპი, სადაც გათვალისწინებულია ყოველწლიურად 20-30 ათასი პაციენტის მკურნალობა და მისი წლიური ბიუჯეტი შეადგენს 9.1 მილიონ აშშ დოლარს (22 მლნ. ლარი). ფარმაცევტული კომპანია „გილეადის“ მიერ კვლავ გაგრძელდება უკანასკნელი თაობის მედიკამენტების, ჰარვონისა და სოფოსბუვირის უსასყიდლოდ მოწოდება.

7.2. ელიმინაციის ღონისძიებების დაფინანსების წყაროები

C ჰეპატიტის ელიმინაციის ღონისძიებების ბიუჯეტის გაანგარიშებები ჩატარდა საჭიროებების შეფასების საფუძველზე, ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის, მოცვის დაგეგმილი მაჩვენებლების და მომსახურების პოტენციალის გათვალისწინებით.

ერთეულის ხარჯები ეფუძნება დღეისათვის არსებულ ფასებს ადგილობრივი ინფლაციის და საერთაშორისო ფასების ტენდენციებიდან გამომდინარე.

2016-2020 წლებში C ჰეპატიტის ელიმინაციაზე ეროვნული პასუხის ღონისძიებების დაფინანსებისათვის საჭირო თანხის საერთო მოცულობა (ფარმაცევტული კომპანია „გილეადის“ მიერ უსასყიდლოდ გადმოცემული მედიკამენტების გარდა) შეადგენს 116 მლნ დოლარს (დანართი 5). სახელმწიფოს მიერ

აღებული ვალდებულებების ხვედრითი წილი ყოველწლიურად იზრდება (44%-54%) და საშუალოდ 49%-ს შეადგენს - 2016 წელს 8 მლნ დოლარიდან - 14 მლნ დოლარამდე 2020 წელს რეალურ ფასებში.

დაფინანსების მეორე მთავარი წყაროა C ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული მკურნალობის წინა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მონიტორინგისათვის საჭირო კვლევების თანაგადახდა და ასევე, სამედიცინო დაწესებულებებისა და უნივერსიტეტების მიერ სტუდენტებისა და სამედიცინო პერსონალისათვის მარტივი ტესტირებისათვის საჭირო თანხები (საშუალოდ 33%). თანაგადახდების დაფინანსება სრულად ან ნაწილობრივ ხორციელდება ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოების მიერ (თბილისის მერია, აჭარის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრი, ბათუმის მერია, შიდა ქართლის, სამეგრელო-ზემო სვანეთის, იმერეთის მუნიციპალიტეტები და სხვ.).

კიდევ ერთხელ უნდა აღინიშნოს, რომ კომპანია „გილედის“ მიერ მოწოდებული მედიკამენტების ღირებულება არ არის გათვალისწინებული აღნიშნულ გათვლებში, რადგან ის წარმოადგენს ქვეყნისთვის საჩუქარს, მიუხედავად იმისა, რომ მათი ფასი საშუალოდ მილიარდ დოლარს აღემატება.

2016-2018 წლებში C ჰეპატიტის ელიმინაციისათვის დონორული დახმარებების წილი 16-18%-მდე მერყეობს და ძირითად წყაროს შიდა მხრიდან, ტუბერკულოზისა და მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის გლობალური ფონდი (დონორული დახმარების 90%) წარმოადგენს, რომლის აქტივობები შეიძლება დასრულდეს 2018 წელს. აღნიშნულის გამო, 2019-2020 წლებში დონორული დახმარებების წილი საგრძნობლად იკლებს (4%).

სტრატეგიული გეგმით გათვალისწინებული ღონისძიებების დასაფინანსებლად საჭირო ფინანსების დეფიციტი - 2016-2020 წლებში სულ 8.6 მლნ აშშ დოლარს შეადგენს, რომელთა მოძიება სახელმწიფოსთვის დიდ სიმძნელს არ უნდა წარმოადგენდეს. ამასთან, მსოფლიოში C ჰეპატიტთან დაკავშირებით მიმდინარე მეცნიერული, ტექნოლოგიური და ფარმაცოლოგიური პროგრესის გათვალისწინებით, უახლოეს მომავალში მოსალოდნელია დიაგნოსტიკური მეთოდების გაიარება და მკურნალობის რეჟიმებში ინტერფერონისა და რიბავირინის მინიმალური გამოყენება. ყოველივე აღნიშნული კი ქვეყანას მნიშვნელოვანი თანხების დაზოგვის საშუალებას მისცემს, რომელთა გამოყენება შესაძლებელი იქნება არსებული დეფიციტის აღმოსაფხვრელად და C ჰეპატიტის პრევენციისათვის საჭირო უფრო მეტი აქტივობების დასაფინანსებლად. ფინანსური რესურსების 99% მიმართული იქნება C ჰეპატიტის პრევენციის, სკრინინგისა და მკურნალობის ინტერვენციებზე. დანარჩენი თანხა კი მოხმარდება მოსახლეობის ცნობიერების დონის ამაღლებასა და ჰეპატიტებზე ჯანდაცვის სექტორის რეაგირების მონიტორინგს.

როგორც ზემოთ აღინიშნა, C ჰეპატიტის ელიმინაციის სტრატეგიის ღონისძიებებისათვის განკუთვნილი ბიუჯეტის დიდი წილი C ჰეპატიტის მკურნალობისა და მოვლის უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფაზე დაიხარჯება (ცხრილი 7.1). მკურნალობის წინა დიაგნოსტიკის, პაციენტების მედიკამენტებით უზრუნველყოფისა და მკურნალობის მონიტორინგისთვის საჭირო დიაგნოსტიკურ კვლევებზე საერთო ხარჯი 2016-2020 წლებში 75 მლნ. დოლარს შეადგენს. აქედან სახელმწიფოს მიერ მოხმარებული იქნება 36 მილიონი აშშ დოლარი, ხოლო დანარჩენი დაიფარება თანაგადახდით ადგილობრივი მუნიციპალიტეტების, ან ზოგიერთ შემთხვევაში პაციენტის მიერ.

მკურნალობაზე მყოფ ერთი პაციენტზე გადაანგარიშებით, C ჰეპატიტის სკრინინგის ღირებულება 3 აშშ დოლარს შეადგენს, წინასადაგნოსტიკო კვლევების ფასი საშუალოდ 203 აშშ დოლარის ტოლია, ხოლო რიბავირინით და ინტერფერონით მკურნალობა კი 72 დოლარს არ გადააჭარბებს. რაც შეეხება მკურნალობის მონიტორინგისათვის კვლევებს, მკურნალობის 12 და 24 კვირიანი რეჟიმებისთვის 287 დოლარიდან 376 დოლარამდე მერყეობს. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ აღნიშნული გათვლები ეყრდნობა C ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის სახელმწიფო პროგრამაში გამოყენებული დიაგნოსტიკური კვლევებისა და მკურნალობის მეთოდოლოგიას და ერთეულის ფასებს.

ვირუსული ჰეპატიტების გადაცემის პრევენციის მნიშვნელობიდან გამომდინარე, ყოველწლიურად იზრდება უსაფრთხო სისხლის უზრუნველყოფის, სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციის კონტროლის გაძლიერების და C ჰეპატიტისადმი მოწყვლადი პოპულაციის შემცირების ღონისძიებებისათვის საჭირო თანხების ოდენობა (ცხრილი 7.1).

უდიდესი ყურადღება მიექცევა მაღალი რისკის ჯგუფებში და მთლიანად მოსახლეობაში ვირუსული ჰეპატიტების შესახებ ცოდნის ამაღლებას და ჰეპატიტთან დაკავშირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემცირებას. 2016-2017 წლებში ცნობიერების ამაღლების ღონისძიებებზე დაიხარჯება 64 ათასი აშშ დოლარი, ხოლო 2018-2020 წლებში 40.4 ათასი აშშ დოლარი.

ცხრილი 2. სტრატეგიული მიზნებისა და ამოცანების დაფინანსება (ათასი აშშ დოლარი)

	2016	2017	2018	2019	2020	2016–2020
1: ვირუსული ჰეპატიტების შესახებ ცნობიერების დონის ამაღლება	64.0	60.4	40.4	40.4	40.4	245.6
1.1: მოსახლეობასა და მაღალი რისკის ჯგუფებში ვირუსული ჰეპატიტების შესახებ ცოდნის ამაღლება	43.6	20.0	20.0	20.0	20.0	123.6
1.2: ჰეპატიტთან დაკავშირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემცირება სამედიცინო დაწესებულებებსა და საზოგადოებაში	20.4	40.4	20.4	20.4	20.4	122.0
2: ჰეპატიტებზე ჯანდაცვის სექტორის რეაგირების მონიტორინგი	123.2	125.0	124.8	111.2	93.2	577.4
2.1: ქრონიკული ჰეპატიტის ეროვნული ტვირთის შეფასება	123.2	125.0	124.8	111.2	93.2	577.4
3: ვირუსული ჰეპატიტების გადაცემის პრევენცია	4,769.0	6,431.3	8,414.2	11,244.4	10,024.4	40,883.2
3.1: C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული გადაცემის პრევენცია	683.5	936.1	863.3	3,183.4	1,923.4	7,589.7
3.1.1: უსაფრთხო სისხლი	663.7	855.2	830.7	3,165.8	1,923.4	7,438.7
3.1.2: ინფექციების კონტროლი სამედიცინო მომსახურების დაწესებულებებში	19.8	80.9	32.6	17.6	–	150.9
3.2: C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების გავრცელების პრევენცია საზოგადოებაში						
3.2.1: C და B ჰეპატიტის კოინფექციის პრევენცია ვაკცინაციის გზით	45.0	67.5	87.5	105.0	122.5	427.5
3.2.2: ტრანსმისიის პროფილაქტიკა არასამედიცინო დაწესებულებებში	10.0	10.8	2.4	–	–	23.2
3.3: ნარკოტიკების ინერციულ მომხმარებელთა შორის C ჰეპატიტის ინციდენტობის შემცირება	4,030.4	5,417.0	7,461.0	7,956.0	7,978.5	32, 842.8
4: სკრინინგისა და მკურნალობის მოცვის გაფართოებით ახალი შემთხვევებისა და ვირუსული ჰეპატიტებით გამოწვეული სიკვდილიანობის შემცირება	13,204.0	15,218.3	15,302.4	15,273.6	15,333.6	74,519.8
4.1: C ჰეპატიტის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის თანამედროვე სისტემის დანერგვა ტესტირების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით	143.8	87.4	26.0	26.0	26.0	309.2
4.2: ქრონიკული ჰეპატიტის გამოვლენის გაძლიერება	1,155.5	1,423.1	1,565.0	1,567.0	1,664.0	7,374.6

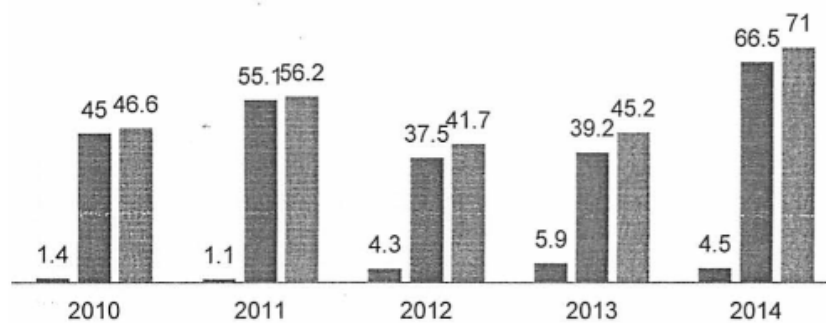
4.3. HCV მკურნალობასა და მოვლაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა	11,904.7	13,707.8	13,711.4	13,740.6	13,774.1	66,836.1
სულ	18,160.1	21,835.1	23,881.8	26,729.6	25,619.5	116,226.1

C ჰეპატიტის ელიმინაციის სტრატეგიული გეგმის დეტალური ბიუჯეტი, მიზნებისა და ამოცანების მიხედვით დაფინანსების წყაროები მოცემულია დანართ 5-ში.

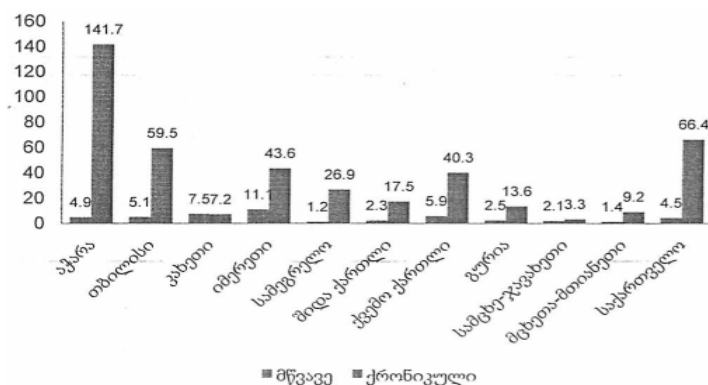
დანართი 1. სურათები

სურათი 5. მწვავე და ქრონიკული C ჰეპატიტის წლის განმავლობაში შეტყობინებული შემთხვევები ყოველ 100,000 მოსახლეზე ქვეყნის მასშტაბით 1996 – 2014

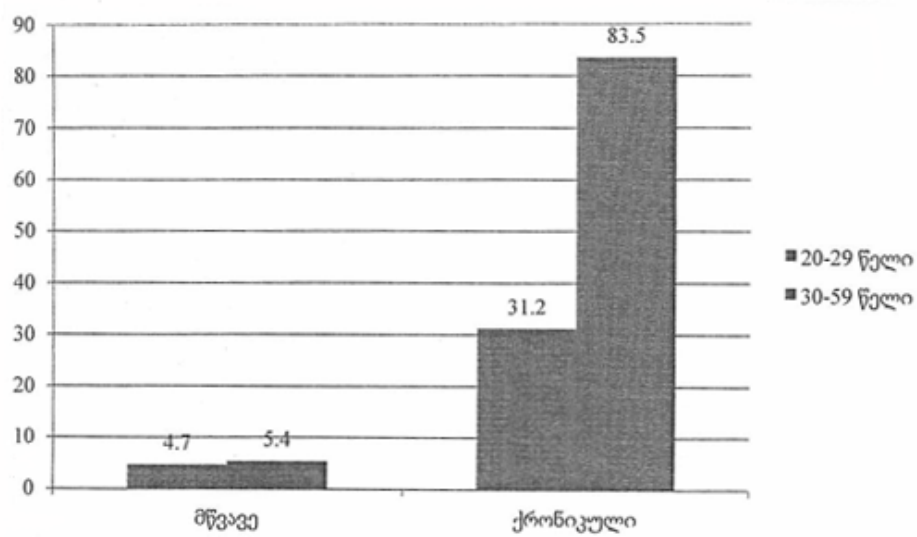
- რეგისტრირებული მწვავე შემთხვევები 100 000 მოსახლეზე
- რეგისტრირებული ქრონიკული შემთხვევები 100 000 მოსახლეზე
- სულ რეგისტრირებული შემთხვევები 100 000 მოსახლეზე



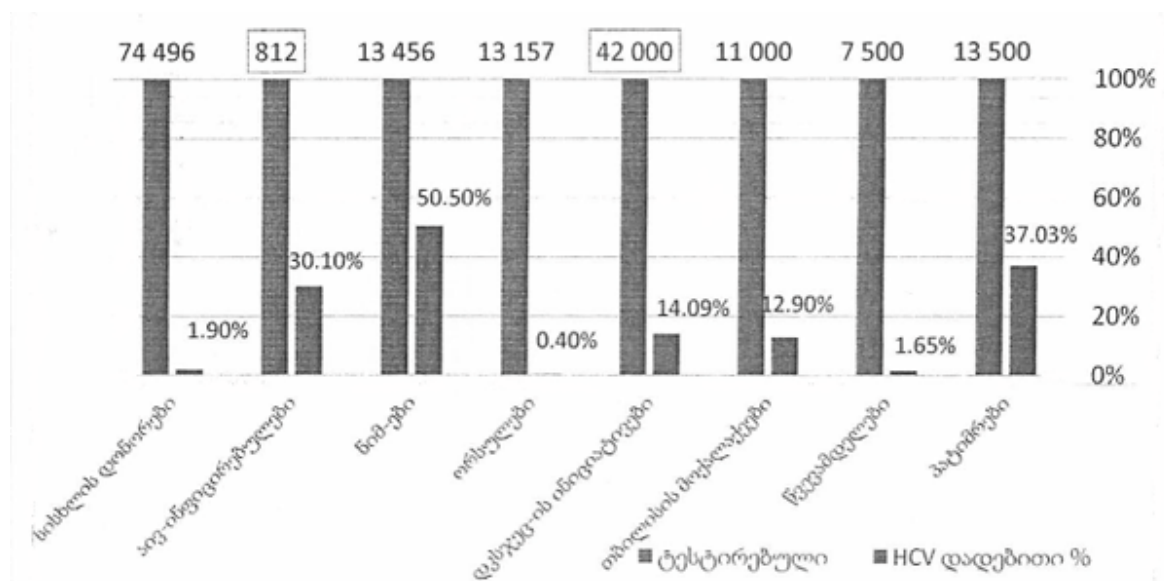
სურათი 6. C ჰეპატიტის შეტყობინებული შემთხვევები ყოველ 100000 მოსახლეზე - რეგიონული განაწილება, 2014



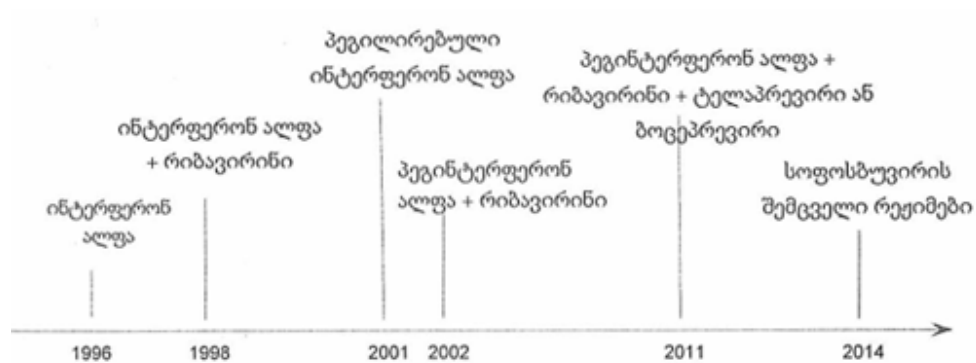
სურათი 7. C ჰეპატიტის შეტყობინებული შემთხვევები ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით, სამი წლის საშუალო მაჩვენებელი, 2012-2014, საქართველო



სურათი 8. C ჰეპატიტის სკრინინგის პროგრამის მიერ გამოვლენილი დადებითი შემთხვევები სხვადასხვა სამიზნე ჯგუფებში

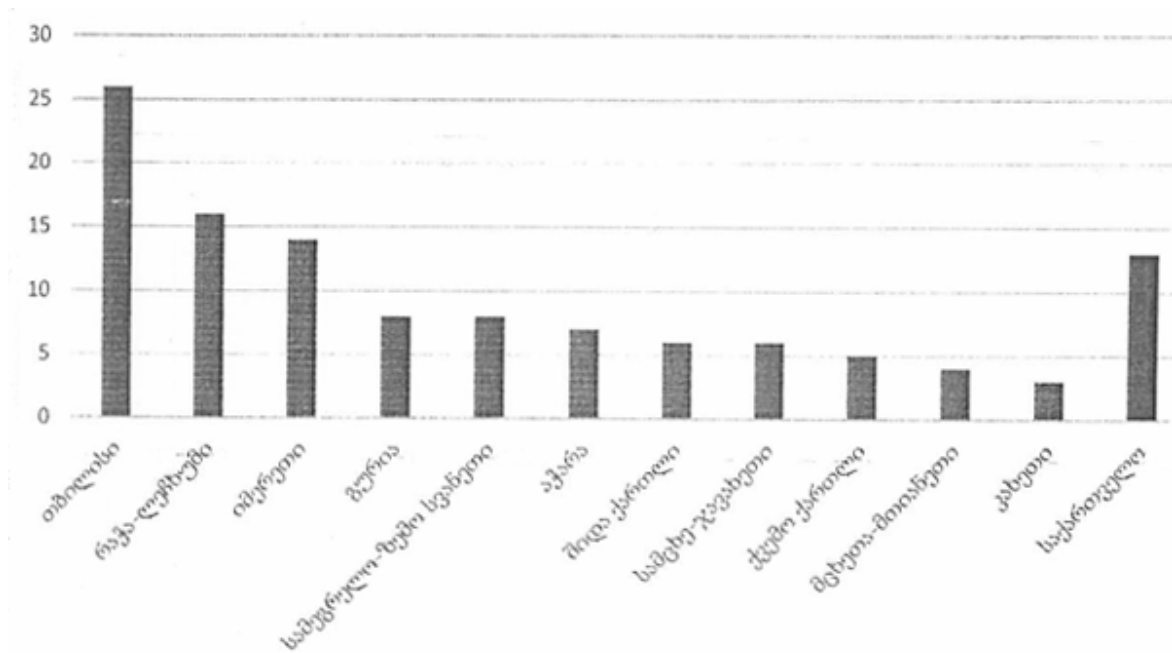


სურათი 9. საქართველოში მკურნალობის სხვადასხვა მიდგომის დანერგვის ვადები



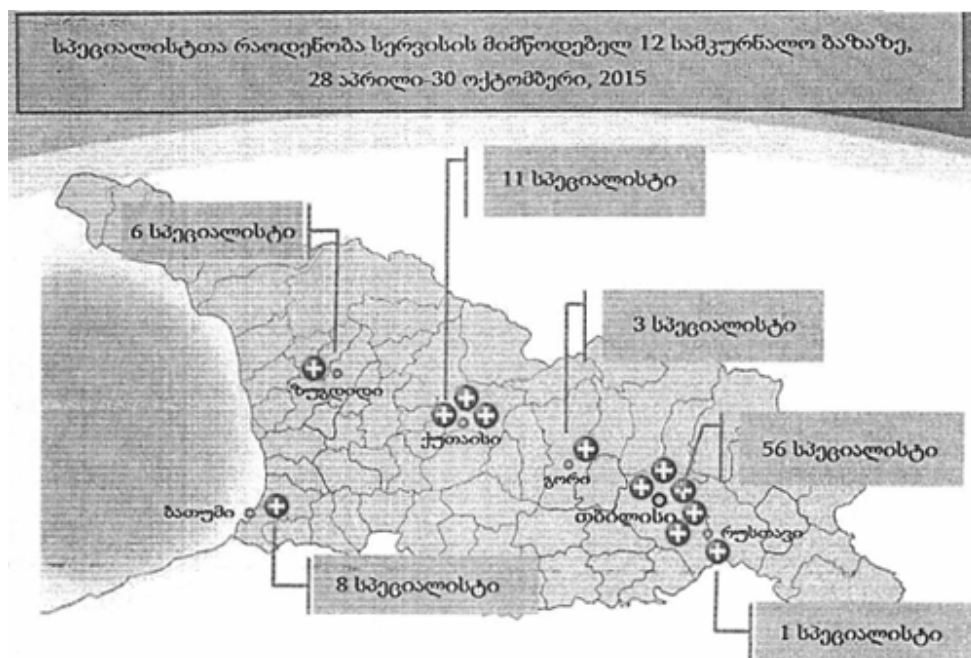
სურათი 10. ინფექციურ სნეულებათა სპეციალისტების გეოგრაფიული განაწილება საქართველოში 100000 მოსახლეზე

ინფექციური დაავადებების სპეციალისტების რაოდენობა 100 000 მოსახლეზე



სურათი 11. სერვისის მიმწოდებელთა რესურსები საქართველოს 12 სამკურნალო დაწესებულებაში,

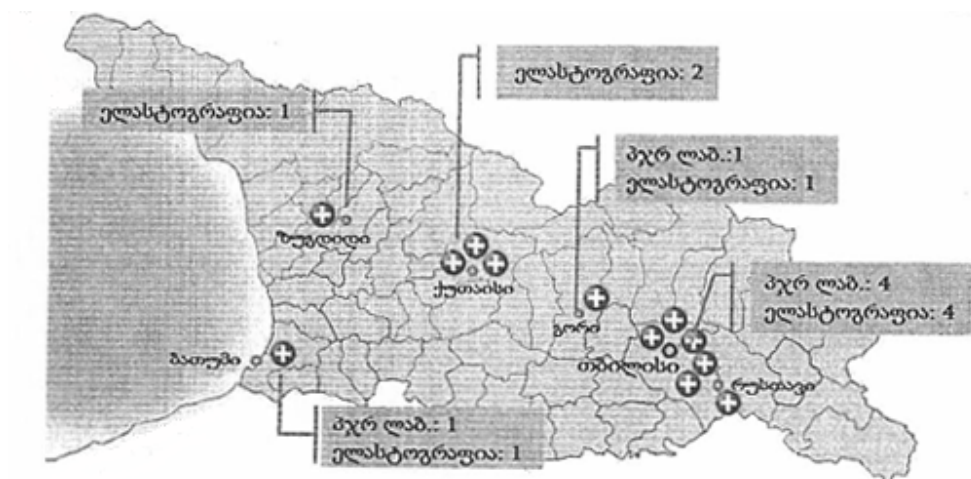
2015 წლის 28 აპრილი - 30 ოქტომბერი



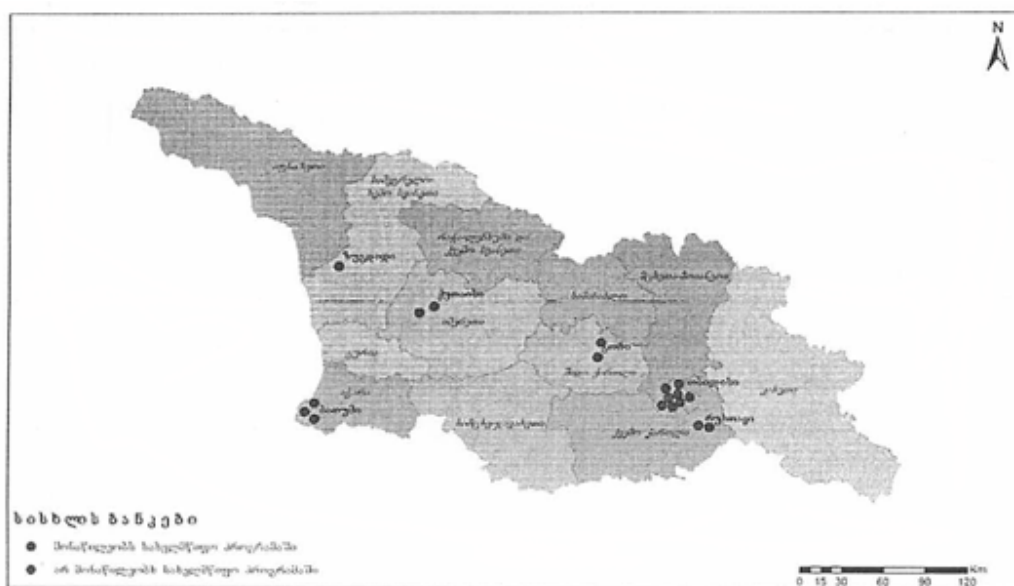
პროგრამის I ფაზის განმავლობაში C ჰეპატიტით ინფიცირებულებს მოვლისა და მკურნალობის სერვისებს 12 ბაზაზე აწვდის 85 გამოცდილი ექიმი

სურათი 12. საქართველოს 12 სამკურნალო დაწესებულებაში C ჰეპატიტის სადიაგნოსტიკო შესაძლებლობები, 2015 წლის 28 აპრილი -30 ოქტომბერი

C ჰეპატიტის 12 სამკურნალო ბაზის დიაგნოსტიკური შესაძლებლობები, 2015 წლის 28 აპრილი -30 ოქტომბერი

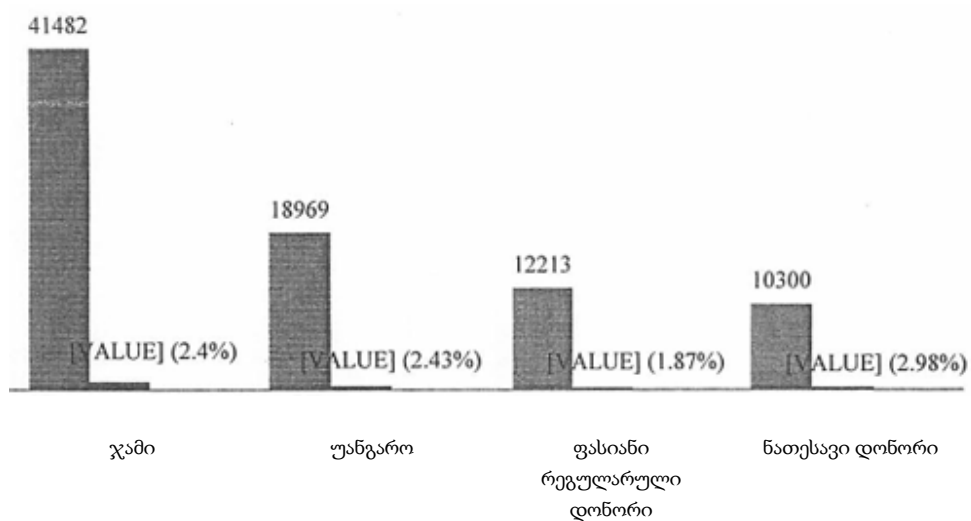


სურათი 13. სისხლის დაწესებულებების რეგიონული განაწილება საქართველოში, 2016 წელი



სურათი 14. სკრინინგით გამოვლენილი C ჰეპატიტის საეჭვო დადებითი შემთხვევების წილი დონორთა ტიპის მიხედვით, 17 სისხლის ბანკი საქართველოში, 2014

■ დონორების რაოდენობა ■ ანტი-HCV რეაქტიული



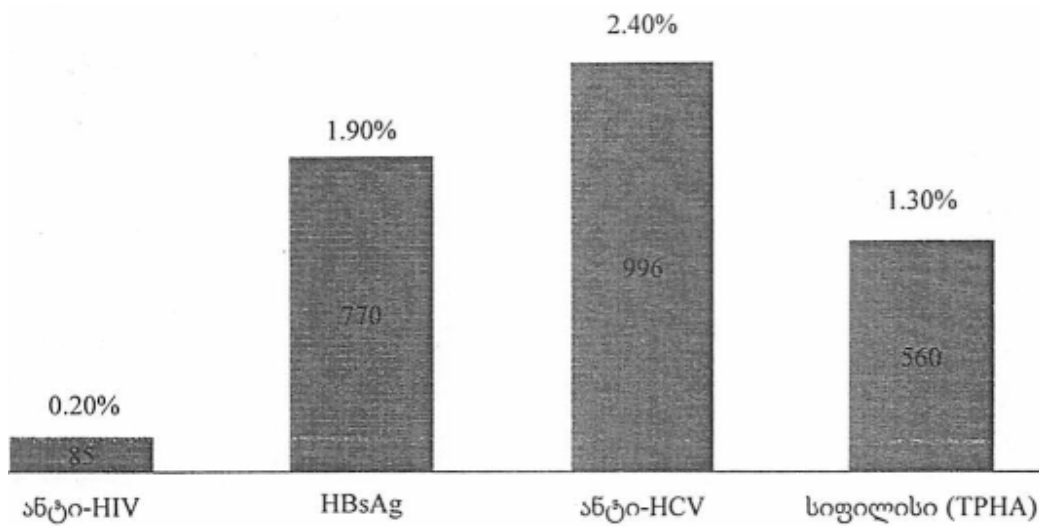
ქალი დონორი – 12546 (დონორების საერთო რაოდენობის 30 %)

მამაკაცი დონორი – 28936 (დონორების საერთო რაოდენობის 70 %)

პირველადი დონორი – 18487 (დონორების საერთო რაოდენობის 45 %)

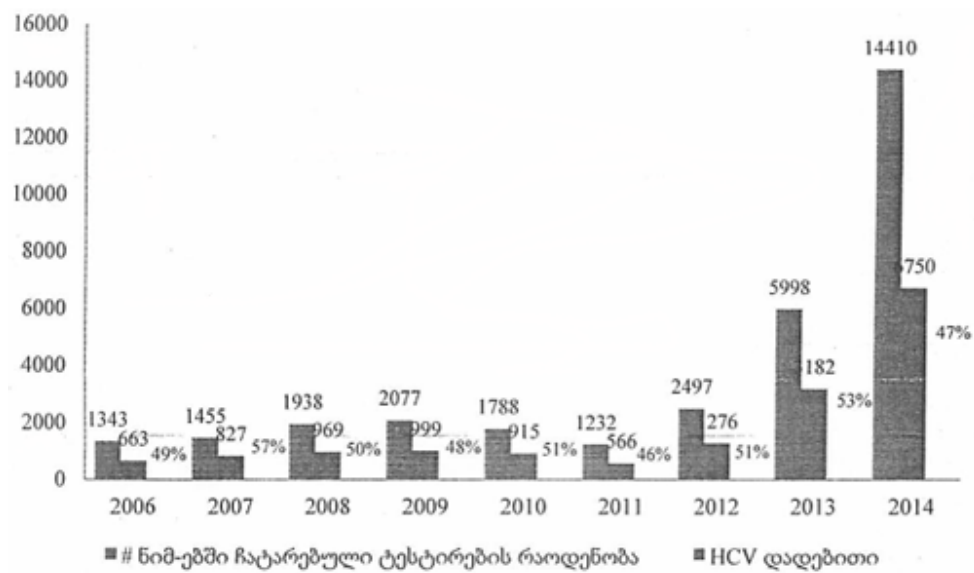
სურათი 15. სისხლის დონორებს შორის ტრანსფუზიით გადამდები ინფექციების გამოვლენის სიხშირე, 2014 წელი

- ტგი-ს სიხშირე (დონორების საერთო რაოდენობის %)
- ტგი-ს მქონე პირების რაოდენობა

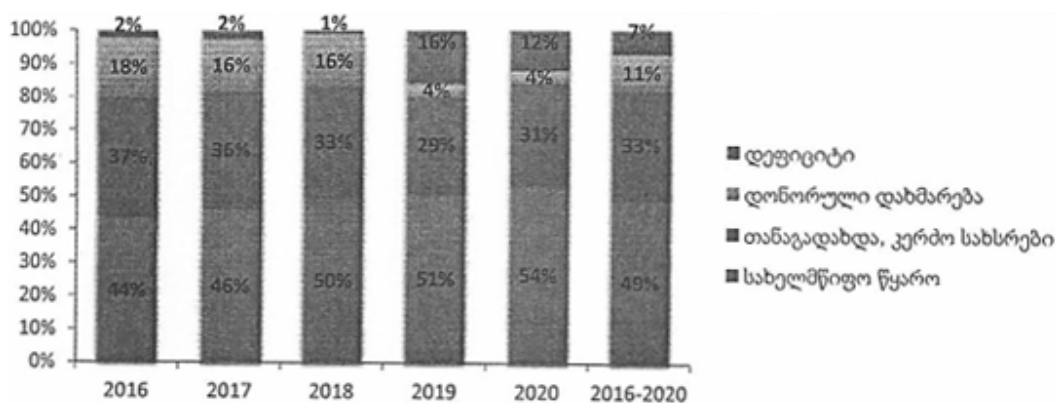


*დონორების საერთო რაოდენობა - 41 482

სურათი 16. ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის C ჰეპატიტზე ტესტირებულთა რაოდენობა

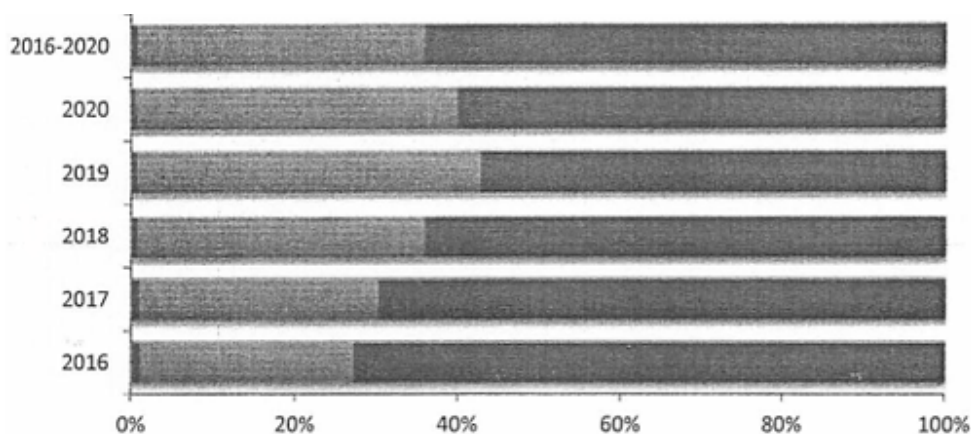


სურათი 17. C ჰეპატიტზე დანახარჯები დაფინანსების წყაროს მიხედვით



სურათი 18. ფინანსური რესურსების განაწილება სტრატეგიულ მიზნებს შორის

- ცნობიერების დონის ამაღლება
- ჯანდაცვის სექტორის რეაგირების მონიტორინგი
- ჰეპატიტის გადაცემის პრევენცია
- ჰეპატიტის სკრინინგი და მკურნალობა



დანართი 2. საქართველოში C ჰეპატიტის ლაბორატორიული ტესტირება

C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამაში ამჟამად ჩართული პაციენტებისთვის ხელმისაწვდომია C ჰეპატიტის ინფექციის დიაგნოსტიკისთვის საჭირო ყველა სახის ლაბორატორიული ტესტირება, ღვიძლის დაზიანების სტადიის შეფასება და ანტივირუსული მკურნალობის მონიტორინგი. თუმცა, საქართველოს არ გააჩნია ლაბორატორიული ხარისხის სტანდარტების ეროვნული პოლიტიკა, ლაბორატორიული ხარისხის მართვის ეროვნული ორგანიზაცია და მართვა.

ლაბორატორიული ტესტირება ტარდება სამ ეტაპად (ცხრილი A1).

1-ლი ეტაპი

- პაციენტებს, რომელთაც არ გააჩნიათ C ჰეპატიტის დოკუმენტირებული სეროლოგიური სტატუსი, თავდაპირველად უტარდებათ anti-HCV ანტისხეულების განსაზღვრა სწრაფი ტესტის საშუალებით ან

ლაბორატორიული ტესტირების რომელიმე მეთოდით (ELISA ან CIA); • C ჰეპატიტის დოკუმენტირებული სეროლოგიური სტატუსისა და სწრაფი ან ლაბორატორიული (ELISA or CIA) ტესტირებით დადგენილი anti-HCV-ანტისხეულების დადებითი შედეგის მქონე პაციენტებს უტარდებათ რაოდენობრივი HCV ნუკლეინის მჟავის ტესტი (Nucleic Acid Test - NAT) აქტიური HCV ინფექციის გამოსავლენად; • იმ შემთხვევაში, თუკი სისხლში HCV RNA არ გამოვლინდება, პაციენტი არ საჭიროებს მკურნალობას.
მე-2 ეტაპი • HCV RNA-დადებით პაციენტებს უტარდებათ შემდეგი ლაბორატორიული ტესტები: სისხლში ალტ და ასტანსაზღვრა და სისხლის საერთო ანალიზი. • პაციენტის ასაკის, სისხლში ალტ და ასტ დონის და თრომბოციტების რაოდენობის (დგინდება სისხლის საერთო ანალიზით) გათვალისწინებით ითვლება FIB-4 ინდექსი. • 1,45-ზე ნაკლები FIB-4 ინდექსი შეესაბამება ღვიძლის ფიბროზის ადრეულ სტადიას; ასეთი პაციენტები მკურნალობას დაიწყებენ ელიმინაციის პროგრამის შემდეგ ფაზაში. • 3.25-ზე მეტი FIB-4 ინდექსი შეესაბამება მაღალი ხარისხის ღვიძლის ფიბროზს, ასეთ პაციენტებს ჩაუტარდებათ მე-3 სტადიის ლაბორატორიული ტესტირება. • შუალედური FIB-4 ინდექსის შემთხვევაში (1.45 - 3.25) ღვიძლის ფიბროზის ხარისხის საბოლოო განსაზღვრისთვის ტარდება ღვიძლის ელასტოგრაფია.
მე-3 ეტაპი • F3 და უფრო მაღალი ხარისხის ღვიძლის ფიბროზის მქონე პაციენტებს უტარდებათ მე-3 სტადიის ლაბორატორიული ტესტები (ცხრილი A1). • F3-ზე დაბალი ხარისხის ღვიძლის ფიბროზის მქონე პაციენტები დაიწყებენ მკურნალობას ელიმინაციის პროგრამის შემდეგ ფაზაში. • ლაბორატორიული ტესტები თანადაფინანსებადია ბენეფიციარების მიერ. A1 ცხრილში მოცემულია სრული სტანდარტული ღირებულებები, ისევე როგორც ფასები 30% და 70%-იანი სახელმწიფო დაფინანსების გათვალისწინებით; anti-HCV სკრინინგის ღირებულება არ არის ანაზღაურებადი. • მკურნალობის პერიოდში პაციენტის მდგომარეობის მონიტორინგი ხორციელდება ყოველ 4 კვირაში ერთხელ შემდეგი გამოკვლევებით: სისხლის საერთო ანალიზი, ალტ, ასტ, ბილირუბინი და კრეატინინი; HCV RNA მონიტორინგის გეგმა მოცემულია A2a და A2b ცხრილებში.

ცხრილის A1. C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის ფარგლებში გამოყენებული ლაბორატორიული ტესტების სია და მათი ღირებულება სახელმწიფო პროგრამის თანადაფინანსების გათვალისწინებით.

	ეტაპი	ლაბორატორიული ტესტი	ღირებულება (GEL)		
			სრული	– 30 %	– 70 %
1	HCV RNA გამოვლენა	რაოდენობრივი HCV NAT	110.00	77.00	33.00
2	ღვიძლის	სისხლის საერთო ანალიზი	9.00	6.30	2.70
	ფიბროზის	ალტ	5.00	3.50	1.50
	სტადიის	ასტ	5.00	3.50	1.50
	განსაზღვრა	FIB-4		–	–
3	F3-F4 და F4 სტადიის მქონე პაციენტთა შემდგომი კვლევა	HCV გენოტიპირება	140.00	98.00	42.00
		HbsAg	8.00	5.60	2.40
		Anti-HBs	9.00	6.30	2.70
		ბილირუბინი (საერთო და პირდაპირი)	5.00	3.50	1.50
		G-GT	5.00	3.50	1.50
		ტუტე-ფოსფატაზა	5.00	3.50	1.50
		კრეატინინი	5.00	3.50	1.50
		გლუკოზა	5.00	3.50-	1.50
		ალბუმინი	5.00	3.50	1.50
		INR	8.00	5.60	2.40
		ANA	12.00	8.40	3.60
		TSH	9.00	6.30	2.70

ცხრილი A2A. მკურნალობის მონიტორინგისას შესრულებული ლაბორატორიული ტესტები

ტესტები	მკურნალობის პერიოდი (კვირები)							მკურნალობის შემდეგ
	2	4	8	12	16	20	24	
სისხლის საერთო ანალიზი	X	X	X	X	X	X	X	X
ალტ, ასტ, ბილირუბინი (საერთო, პირდაპირი),		X	X	X	X	X	X	X

კრეტინინი									
რაოდენობრივი HCV NAT		X		X**		X**	X**		X
TSH				X*					

* ინტერფერონის შემცველი მკურნალობის რეჟიმის შემთხვევაში

** HCV RNA განსაზღვრა ხდება მკურნალობის ბოლოს – მე-12, მე-20 ან 24-ე კვირაზე.

ცხრილი A2B. დეკომპენსირებული ციროზის მქონე პაციენტების მკურნალობის მონიტორინგისას შესრულებული ლაბორატორიული ტესტები

ტესტები	მკურნალობის პერიოდი (კვირები)													მკურნალობის შემდეგ
	2	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48	
სისხლის საერთო ანალიზი	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ალტ, ასტ, ბილირუბინი (საერთო, პირდაპირი), კრეტინინი		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
რაოდენობრივი HCV RNA პჯრ		X											X	X

ხარისხის მართვის მინიმალური მოთხოვნები, რომელთაც უნდა აკმაყოფილებდნენ ლაბორატორიული პროვაიდერები:

- ლაბორატორიის ხარისხის შიდა კონტროლის არსებობა;
- თითოეული ლაბორატორიული ტესტისთვის დამტკიცებული სტანდარტული ოპერაციული პროცედურა;
- აუცილებელი ლაბორატორიული ტესტების ჩატარებისთვის საჭირო ტექნიკური რესურსების არსებობა;
- მიმდინარე კანონმდებლობით დადგენილი წესების მიხედვით სერტიფიცირებული პერსონალი;
- ტესტირების პასუხის გაცემის შესაძლებლობა ნიმუშის აღებიდან 5 სამუშაო დღის ვადაში;
- პაციენტის მონაცემებისა და ტესტირების შედეგების შენახვა მინიმუმ 2 წლის განმავლობაში;
- პროგრამით განსაზღვრული ყველა ტესტის შესრულების შესაძლებლობა და გამოცდილება.

სავალდებულო ლაბორატორიული ტესტები, რომლებიც უნდა შესრულდეს ლაბორატორიული სერვისის მომწოდებელთა მიერ

- Anti-HCV გამოვლენა სწრაფი ტესტით ან ლაბორატორიული ტესტირების მეთოდებით, როგორებიცაა ELISA ან CIA;
- რაოდენობრივი HCV NAT;
- HCV გენოტიპირება ხაზობრივი ჰიბრიდიზაციით და/ან RT პჯრ-ით;
- ჰემატოლოგიური, ბიოქიმიური და სეროლოგიური ტესტები მოცემულია A1 ცხრილში.

დანართი 3. 2016 – 2020 წლებში მკურნალობის წინა შეფასებისა და მკურნალობის მონიტორინგის ალგორითმები და ხარჯები 2016 2020 წლისათვის

ცხრილი A3. შეფასება მკურნალობის დაწყებამდე

		ღირებულება (GEL)
1-ელი სტადია	ექიმის კონსულტაცია	30.0
	რაოდენობრივი HCV RNA	110.0
მე-2 სტადია	ექიმის კონსულტაცია	30.0
	ალტ	9.0
	ასტ	5.0
	სისხლის საერთო ანალიზი	5.0
	ღვიძლის ელასტოგრაფია	80.0
მე-3 სტადია	ექიმის კონსულტაცია	30.0
	HCV გენოტიპირება	140.0
	HBs Ag	8.0
	Anti-HBs	9.0
	G-GT	5.0
	ALP (alkaline)	5.0
	პირდაპირი ბილირუბინი	5.0
	საერთო ბილირუბინი	5.0
	კრეატინინი	5.0

კონსულტაცია)									
სისხლის საერთო ანალიზი	9	9	9	9	9	9	9	9	72
ალტ, ასტ, ბილირუბინი (პირდაპირი, საერთო), კრეატინინი		25	25	25	25	25	25	25	175
რაოდენობრივი HCV RNA		110					110	110	330
პაციენტის მომსახურების სტანდარტი	80								80
სრული ღირებულება (GEL)	119.0	174.0	64.0	64.0	64.0	64.0	174.0	174.0	897.0

დანართი 4. საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის გეგმის მონიტორინგისა და შეფასების ჩარჩო 2016–2020

გავლენის ინდიკატორი

ინდიკატორების სია	არსებული მონაცემები	ანგარიშების ფორმა	პასუხისმგებელი ორგანო	2016	2017	2018	2019	2020	კომენტარი
აქტიური HCV ინფექციის მოსახლეობის პროცენტული წილი	5 % (2015)	ეროვნული პოპულაციური კვლევის ანგარიში	დკსჯეც			2 %		0.5 %	კვლევა ტარდება 5 წელიწადში ერთხელ
HCV ინფექციის მქონე ნიშნების პროცენტული წილი	66.2 % (2014)	IBBSS კვლევის ანგარიში	დკსჯეც	50 %	40 %	25 %	10 %	2 %	
HCV ინფექციის მქონე მსმ-ების პროცენტული წილი	7.1 % პროცენტი, თბილისი 18.9 % პროცენტი, ბათუმი	IBBSS კვლევის ანგარიში	დკსჯეც	10 %	8 %	5 %	3 %	1 %	
HCV-ის პრევენტობა პაციენტებს შორის	42 %	IBBSS კვლევის ანგარიში	სასჯელაღსრუ ლების სისტემის სამედიცინო სერვისი, დკსჯეც	35 %	25 %	15 %	5 %	2 %	
HCV-ის პრევენტობა ორსულებს შორის	TBD	დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამის ანგარიში	დკსჯეც						
Anti- HCV რეტეიული პირების პროცენტული წილი სისხლის დონორებს შორის	2.4 % (2014)	უსაფრთხო სისხლის სახელმწიფო პროგრამის ანგარიში	დკსჯეც	2.2 %	2.0 %	1.5 %	1.0 %	0.5 %	
HCV-თან დაკავშირებული სიკვდილიანობა 100,000 მოსახლეზე	არ შეესაბამება	HMIS მონაცემები	დკსჯეც	TBD	< 25%	< 35%	< 50%	< 65%	

HCV-ის ინციდენტობა სამიზნე პოპულაციებში (პემდიალიზის პაციენტები, მაღალი რისკის პოპულაციები)	არ შეესაბამება	კვლევის მონაცემები	დკსჯეც, სმჯსდს, სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტო“	X	X	X	X	X	
HCV ინფექციის მეორე სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა და პროცენტული წილი	5 %	კვლევის მონაცემები	დკსჯეც			2 %		0.2 %	კვლევა ტარდება 35 წელიწადში ერთხელ

გამოსავლის ინდიკატორები

ინდიკატორები პრევენციის პროგრამებისათვის	არსებული მონაცემები	ანგარიშგების ფორმა	პასუხისმგებელი ორგანო	2016	2017	2018	2019	2020	კომენტარი
მამაკაცთა პროცენტული წილი, რომლებმაც გამოიყენეს კონდომი პარტნიორ მამაკაცთან უკანასკნელი ანალური სქესობრივი კავშირის დროს	64 % (2015)	IBBSS ანგარიში	დკსჯეც	70 %	73 %	77 %	80 %	85 %	
ქალ-სექს-მუშაკთა პროცენტული წილი, რომლებმაც გამოიყენეს კონდომი უკანასკნელ კლიენტთან	91 % (2012)	IBBSS ანგარიში	დკსჯეც	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %	
ნომ-ების პროცენტული წილი, რომლებმაც სტერილური საინექციო მასალა უკანასკნელი ინექციისას	74.2 % (2014)	IBBSS ანგარიში მონაცემები NSP სერვისიდან	დკსჯეც	80 %	85 %	90 %	92 %	95 %	
პატიმართა პროცენტული წილი, რომლებმაც გამოიყენეს კონდომი უკანასკნელი სქესობრივი კონტაქტისას	60 % (2015)	IBBSS ანგარიში	დკსჯეც	65 %	70 %	75 %	80 %	90 %	
სამედიცინო დაწესებულებათა პროცენტული წილი, რომელთაც გააჩნიათ ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის სისტემა (IPC)	არ შეესაბამება	შეფასების ანგარიში	MARA, დკსჯეც	15 %	30 %	50 %	70 %	90 %	

მაღალი რისკის პოპულაციებში ამ პირთა პროცენტული წილი, რომლებმაც იცან HCV ინფექციის გადაცემის შესაძლო გზები	არ შეესაბამება	კვლევის მონაცემები (ტარდება წელიწადში 2-ჯერ)	დსკჯც	20 %		60 %		80 %	
---	----------------	--	-------	------	--	------	--	------	--

სამკურნალო პროგრამი ინდიკატორი	არსებული მონაცემები	ანგარიშგების ფორმა	პასუხისმგებელი ორგანო	2016	2017	2018	2019	2020	კომენტარი
HCV პაციენტთა პროპორციული მაჩვენებელი, რომლებიც აღწევნ მყარ ვირუსულ პასუხს ანტივირუსული თერაპიის შედეგად	0.6 %	HMIS	წამყვანი ტექნიკური ერთეული	17 % (25,650)		49 % (73,150)		81 % (120,200)	HCV ინფექციის მქონე 48,000 პირის კუმულა ციური მონაცემი
გასტროენტეროლოგიურ, ჰეპატოლოგიურ და ონკოლოგიურ კლინიკებში HCV ინფიცირებულ პაციენტებს შორის დიდი საავადმყოფოში HMIS მონაცემები	არ შეესაბამება	სენტინელური ზედამხედველობა 5 დიდი საავადმყოფოში HMIS მონაცემები	წამყვანი ტექნიკური ერთეული						

მოცვისა და შუალედური შედეგების ინდიკატორები

1. ვირუსული ჰეპატიტის შესახებ ცნობიერების დონის ამაღლება

ამოცანა 1.1. ვირუსული ჰეპატიტის შესახებ ცნობიერების დონის ამაღლება მოსახლეობასა და მაღალი რისკის ჯგუფებში

ინდიკატორები	არსებული მონაცემები	ანგარიშგების ფორმა	პასუხისმგებელი ორგანო	2016	2017	2018	2019	2020	კომენტარი
C ჰეპატიტის პრევენციასთან, დიაგნოსტიკასთან და მკურნალობასთან დაკავშირებული ცნობიერების დონე ზოგად მოსახლეობაში	არ შეესაბამება	ზოგად მოსახლეობაში ყოველ 2 წელიწადში ჩატარებული KAP	დსკჯც (განმრთელობის ხელშეწყობის სამმართველო, საზოგადოებრივი ურთიერთობის ჯგუფი)	TBD		> 40 %		> 40 %	
C ჰეპატიტის პრევენციასთან, დიაგნოსტიკასთან და მკურნალობასთან დაკავშირებული ცნობიერების დონე მაღალი რისკის პოპულაციებში (ნიმ, მსმ, ქალი სმ)	არ შეესაბამება	ზოგად მოსახლეობაში ყოველ 2 წელიწადში ჩატარებული KAP	დსკჯც (განმრთელობის ხელშეწყობის სამმართველო, საზოგადოებრივი ურთიერთობის ჯგუფი)	TBD		> 50 %		> 80 %	

ზოგად მოსახლეობაში ცნობიერების ასამაღლებლად STOP C-ის ფარგლებში ჩატარებული მედია კამპანიების რიცხვი	(2015)	წლიური	დკსჯევ (ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სამმართველო, საზოგადოებრივ ურთიერთობის ჯგუფი)	2	2	2	2	2	
მაღალი რისკის ჯგუფებსა და სამიზნე პოპულაციებში გავრცელებული საინფორმაციო, საგანმანათლებლო და საკომუნიკაციო მასალების რაოდენობა	20,000	გლობალური ფონდის პროგრამის ანგარიშები	დკსჯევ	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	
ზოგად მოსახლეობასა და სამედიცინო პერსონალს შორის გავრცელებული საინფორმაციო, საგანმანათლებლო და საკომუნიკაციო მასალების რაოდენობა	15, 000	STOP C პროგრამის ანგარიშები	დკსჯევ (ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სამმართველო, საზოგადოებრივ ურთიერთობის ჯგუფი)	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	

ამოცანა 1.2. ჰეპატიტან დაკავშირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემცირება საზოგადოებაში

ინდიკატორები	არსებული მონაცემები	ანგარიშების ფორმა	პასუხისმგებელი ორგანო	2016	2017	2018	2019	2020	კომენტარი
იმ HCV პაციენტების რაოდენობა და პროცენტული წილი, რომლებიც აღნიშნავენ C ჰეპატიტან დაკავშირებულ დისკრიმინაციის შემთხვევებს	არ შეესაბამება	HCV პაციენტებში C ჰეპატიტან დაკავშირე ბული სტიგმისა და დისკრიმი ნაციის შემაფასებელი კვლევა ტარდება ყოველ 2 წელიწადში	დკსჯევ (ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სამმართველო, საზოგადოებრივ ურთიერთობის ჯგუფი)	X		X		X	
სამედიცინო პერსონალს შორის C ჰეპატიტან დაკავშირებული დისკრიმინაციის შემთხვევების რაოდენობა და პროცენტული წილი	არ შეესაბამება	HCV პაციენტებში C ჰეპატიტან დაკავშირე ბული სტიგმისა და დისკრიმი ნაციის შემაფასებელი კვლევა ტარდება ყოველ 2 წელიწადში	დკსჯევ (ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სამმართველო, საზოგადოებრივ ურთიერთობის ჯგუფი)	X		X		X	
ზოგად მოსახლეობაში C ჰეპატიტან დაკავშირებული დისკრიმინაციის შემთხვევების რაოდენობა და	არ შეესაბამება	HCV პაციენტებში C ჰეპატიტან დაკავშირე ბული სტიგმისა და დისკრიმი ნაციის	დკსჯევ (ჯანმრთელობის ხელშეწყობის სამმართველო, საზოგადოებრივ ურთიერთობის ჯგუფი)	X		X		X	

პროცენტული წილი		შემაჯავებელი კვლევა ტარდება ყოველ 2 წელიწადში	ჯგუფი)						
--------------------	--	---	--------	--	--	--	--	--	--

2. ჰეპატიტებზე ჯანდაცვის სექტორის რეაგირების მონიტორინგი

ამოცანა 2.1. ქვეყანაში ქრონიკული ჰეპატიტის ტვირთის შეფასება

ინდიკატორები	არსებული მონაცემები	ანგარიშების ფორმა	პასუხისმგებელი ორგანო	2016	2017	2018	2019	2020	კომენტარი
HCV ეპიდემიოქეზის კვლევის შესახებ გადამზადებული სამედიცინო კადრების რაოდენობა	არ შეესაბამება	პროგრამის ანგარიშები	დსპჯეც	60	60				
HCV-ის შემთხვევაზე დაფუძნებული ანგარიშებისა და განახლებული შემთხვევის განსაზღვრების შესახებ გადამზადებული სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა	არ შეესაბამება	პროგრამის ანგარიშები	დსპჯეც	20	80				
ეპიდკვლევით დადასტურებული HCV ეპიდემიოქეზის რაოდენობა და პროცენტული წილი	არ შეესაბამება	ეპიდემიოქეზის კვლევის ანგარიში	დსპჯეც	65 %	75 %	85 %	90 %	95 %	
პოპულაციური HCV კვლევა ზოგად მოსახლეობაში	2015	კვლევის ანგარიში	დსპჯეც			X		X	35 წელიწადში ერთხელ
IBBS ნიმ-ებს შორის	2014	კვლევის ანგარიში (ყოველ 2 წელიწადში)	დსპჯეც		X		X		
IBBS კალ სექს- მუშაკთა შორის	2014	კვლევის ანგარიში (ყოველ 2 წელიწადში)	დსპჯეც	X		X		X	
IBBS მსმ-ებს შორის	2015	კვლევის ანგარიში (ყოველ 2 წელიწადში)	დსპჯეც		X		X		
IBBS პატიმრებში	2015	კვლევის ანგარიში (ყოველ 2 წელიწადში)	დსპჯეც		X		X		
HCV ინციდენტობის	არ შეესაბამება	წლიური	წამყვანი ტექნიკური	X	X	X	X	X	

კვლევა სამიზნე პოპულაციებში (ნიმ, ჰემოდიალიზის პაციენტები, ონკოპემა ტოლოგიური პაციენტები და სხვა)			ერთეული დკსჯევ						
საქართველოში ჰეპატოცელულური კარცინომისა და ღებლის ციროზის მქონე პაციენტების დიაგნოსტიკის, რეფერალისა და მოვლის არსებული პრაქტიკის სწრაფი სიტუაციური შეფასება	არ შეესაბამება	შეფასების ანგარიში	წამყვანი ტექნიკური ერთეული დკსჯევ	X					

ამოცანა 2.2. ქრონიკული ჰეპატიტის ტენდენციების მონიტორინგი

ინდიკატორები	არსებული მონაცემები	ანგარიშების ფორმა	პასუხისმგებელი ორგანო	2016	2017	2018	2019	2020	კომენტარი
C ჰეპატიტის ელიმინაციის ეროვნული პროგრამის წლიური ანგარიშგება	2015	პროგრამის ანგარიშები	წამყვანი ტექნიკური ერთეული	X	X	X	X	X	

3. ვირუსული ჰეპატიტით გამოწვეული ახალი შემთხვევების რაოდენობის შემცირება

ამოცანა 3.1. C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების სამედიცინო მომსახურეობასთან დაკავშირებული გადაცემის პრევენცია

ინდიკატორები	არსებული მონაცემები	ანგარიშების ფორმა	პასუხისმგებელი ორგანო	2016	2017	2018	2019	2020	კომენტარი
სისხლის გადასხმის იმ ცენტრების პროცენტული წილი, რომლებიც ემორჩილებიან განახლებულ რეგულაციებს	არ შეესაბამება	შეფასების ანგარიშები	წამყვანი სააგენტო RAMA, დკსჯევ				სისხლის სადგურების 100 %	სისხლის სადგურების 100 %	
სისხლის ბანკების პროცენტული წილი, რომლებიც ფლობენ სისხლის შეგროვების მობილურ სადგურებს	არ შეესაბამება	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	წამყვანი სააგენტო დკსჯევ	–	–	თითოეულ სისხლის ბანკში მინიმუმ ერთი მობილური სადგური	თითოეულ სისხლის ბანკში მინიმუმ ერთი მობილური სადგური	თითოეულ სისხლის ბანკში მინიმუმ 2 მობილური სადგური	
მობილურ სადგურებში განხორციელებული სისხლის დონაციის პროცენტული	არ შეესაბამება	სისხლის ეროვნული რეგისტრი	წამყვანი სააგენტო	–	–	ყველა დონაციის 40 %	ყველა დონაციის 50 %	ყველა დონაციის 70 %	

წილი									
სისხლის მოხალისე უანგარო დონორთა პროცენტული წილი ყველა დონორს შორის	არ შეესაბამება	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები სისხლის ეროვნული რეგისტრი	წამყვანი სააგენტო დკსჯეც	სისხლის დონაციის 35 %	სისხლის დონაციის 40 %	სისხლის დონაციის 50 %	სისხლის დონაციის 80 %	სისხლის დონაციის 100 %	
სისხლის დონაციებში ნუკლეინის მჟავის დასან ხევა მგრძნობიარე ტესტებით ჩატარებული HCV ტესტირებათა პროცენტული წილი ტრანსფუზიით გადამდები ინფექციების ცენტრალიზებულ ლაბორატორიებში	არ შეესაბამება	კვლევის მონაცემები	წამყვანი სააგენტო დკსჯეც	–	–	X	–	–	
იმ სისხლის ბანკების პროცენტული წილი, რომელთაც გააჩნიათ GMP დასან ISO სერთიფიკატები	არ შეესაბამება	შეფასების ანგარიშები	წამყვანი სააგენტო	–	–	მინიმუმ 40 %	მინიმუმ 50 %	მინიმუმ 70 %	
იმ სისხლის დაწესებულებების პროცენტული წილი, სადაც დონორთა სელექციისთვის იყენებენ საერთო სტანდარტს	არ შეესაბამება	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	წამყვანი სააგენტო დკსჯეც	–	–	100 %	100 %	100 %	
HCV სეროკონვერციის ინციდენტობა სისხლის დონორებში	არ შეესაბამება	აქტიური ეპიდემიკური ხედილობის მონაცემები სისხლის ეროვნული რეგისტრი	წამყვანი სააგენტო დკსჯეც	–	X	X	X	X	
იმ სისხლის ბანკების პროცენტული წილი, რომლებიც იყენებენ სისხლის ეროვნულ რეგისტრს	16	სისხლის ეროვნული რეგისტრი	წამყვანი სააგენტო დკსჯეც	88 %	100 %	100 %	100 %	100 %	
იმ შესაბამისი საავადყოფოების* პროცენტული წილი, რომლებიც იყენებენ სისხლის ეროვნულ რეგისტრს	არ შეესაბამება	სისხლის ეროვნული რეგისტრი	წამყვანი სააგენტო დკსჯეც		50 %	100 %	100 %	100 %	*საავადყოფოები, სადაც ტარდება სისხლის ტრანსფუზია
იმ სამედიცინო დაწესებულებათა	არ შეესაბამება	რუტინული მონიტორინგის	დკსჯეც	50	100				

რაოდენობა, რომელთათვისაც ცნობილია IPC კურიკულები და ნარჩენების მართვა		მონაცემები							
იმ სამედიცინო დაწესებულებათა რაოდენობა, რომელთაც გააჩნიათ IPC კურიკულებისა და ნარჩენების მართვის მასალები	არ შეესაბამება	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	დკსჯეც	50	100				
საავადმყოფოებსა და სტომატოლოგიურ კლინიკებში იმ კადრების რაოდენობა, რომლებიც გადამზადებულნი არიან სტერილიზაციის და დეზინფექციის გაიდლაინებისა და სოპ-ების მიხედვით	არ შეესაბამება	გადამზადების პროგრამის ანგარიში	წამყვანი ტექნიკური ერთეული MARA, დკსჯეც		100	100	100	100	
ნარჩენების მართვის საკითხებზე გადამზადებული კადრების რაოდენობა	არ შეესაბამება	გადამზადების პროგრამის ანგარიში	წამყვანი ტექნიკური ერთეული დკსჯეც		300	300	300	300	

ამოცანა 3.2. C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების გავრცელების პრევენცია საზოგადოებაში

ინდიკატორები	არსებული მონაცემები	ანგარიშების ფორმა	პასუხისმგებელი ორგანო	2016	2017	2018	2019	2020	კომენტარი
HBV – ზე ვაქცინირებული სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა და პროცენტული წილი	არ შეესაბამება	(TBD)	წამყვანი ტექნიკური ერთეული სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტო“ დკსჯეც		300	400	450	500	
HBV – ზე ვაქცინირებული სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტების რაოდენობა და პროცენტული წილი	არ შეესაბამება	(TBD)	სშსსდს MoED დკსჯეც		7500	10000	12500	15000	
ნიმ-ები, რომლებიც იტარებენ HBV ვაქცინაციას	არ შეესაბამება	გლობალური ფონდის პროგრამის ანგარიში	დკსჯეც	2000	3000	3500	4000	4500	
აივ-ინფიცირებული პირები, რომლებიც იტარებენ HBV	არ შეესაბამება	გლობალური ფონდის პროგრამის ანგარიში	დკსჯეც შიდსის ცენტრი	700	700	700	700	700	

ვაქცინაციას									
HBs სეროკველევა ვაქცინირებულ ბავშვებში	არ შეესაბამება	იმუნიზაციის პროგრამა	დკსჯეც		+				
HBV ვაქცინირებული ახალშობილების რაოდენობა და პროცენტული წილი	41 9197 89% 2015	სახელმწიფო იმუნიზაციის პროგრამის ანგარიში	სსიპ „სოციალური მომსახურების სააგენტო“ დკსჯეც	Hbs-ag-ს დადებითი დედების ახალშობი ლთა 100%	Hbs-ag-ს დადებითი დედების ახალშობი ლთა 100%	Hbs-ag-ს დადებითი დედების ახალშობი ლთა 100%	Hbs-ag-ს დადებითი დედების ახალშობი ლთა 100%	Hbs-ag-ს დადებითი დედების ახალშობი ლთა 100%	

ამოცანა 3.3. ნიმ–ებს შორის C ჰეპატიტის ინციდენტობის შემცირება

ინდიკატორები	არსებული მონაცემები	ანგარიშგების ფორმა	პასუხისმგებელი ორგანო	2016	2017	2018	2019	2020	კომენტარი
იმ ნიმ–ების %, რომლებიც ჩართულნი არიან პრევენციულ პროგრამებში სერვისის საბაზისო კომბინაციით	26 % (2014)	NSP და OST სერვისების მონაცემები	დკსჯეც	57 %	62 %	67 %	70 %	80 %	მოსახ–ლეობის შეფასე–ბული ზომის %
იმ ნიმ–ების %, რომლებიც ჩართულნი არიან OST პროგრამებში	6 % (2014)	OST სერვისების მონაცემები	დკსჯეც	14 %	25 %	45 %	65 %	75 %	ოაიოდ–დამოკი–დებული მოსახ–ლეობის შეფასე–ბული ზომის % (22000)
იმ ნიმ–ების რაოდენობა და პროცენტული წილი, რომელთაც ჩაუტარდათ HCV ტესტირება NSP და OST სერვის ცენტრებში ან მობილურ ამბულატორიებში	53 % (2014)	NSP და OST სერვისების მონაცემები არსებობს უნიკალური იდენტიფი–კატორი	დკსჯეც	21000	23000	25000	25000	25000	მოსახ–ლეობის შეფასე–ბული ზომის % (2014 წლის მონაცემი–49700)
სწრაფი ტესტით დადებითი იმ ნიმ–ების რაოდენობა და პროცენტული წილი, რომელთაც ჩაუტარდათ რწმ ტესტირება		NSP და OST სერვისების მონაცემები არსებობს უნიკალური იდენტიფი–კატორი	წამყვანი ტექნიკური ერთეული	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %	
იმ ნიმ–ების რაოდენობა და პროცენტული წილი, რომელთაც გამოუვლინდათ HCV RNA ტესტის დადებითი შედეგი და ჩაერთვნენ HCV მოვლისა და მკურნალობის		NSP/OST სერვისების ფარგლებში ტესტირების დადებითი შედეგის გამოვლენის შემდეგ გადამისა–მართება. მკურნალობის	წამყვანი ტექნიკური ერთეული	7000	10000	4000	3000	1000	

პროგრამაში		სერვისებზე უნიკალური იდენტიფი- კატორის გამოყენებით							
იმ ნიმ-ების რაოდენობა და პროცენტული წილი, რომლებიც განიკურნენ HCV კურნალობის შედეგად (SVR12)		NSP/OST სერვისების ფარგლებში ტესტირების დადებითი შედეგის გამოვლენის შემდეგ გადამისა- მართება. მკურნალობის სერვისებზე უნიკალური იდენტიფი- კატორის გამოყენებით	წამყვანი ტექნიკური ერთეული			იმ ნიმ-ების რაოდენობა და პროცენ- ტული წილი, რომლებიც განიკურნენ HCV მკურნალობის შედეგად (SVR12)		NSP/OST სერვისების ფარგლებში ტესტირების დადებითი შედეგის გამოვლენის შემდეგ გადამისა- მართება. მკურნა- ლობის სერვისებზე უნიკალური იდენტიფი- კატორის გამოყენებით	
განკურნებული ნიმ-ების წილი, რომლებსაც უტარდებათ რეგულარული ტესტირება რეინფექციის დასადგენად	არ შეესაბამება	NSP/OST სერვისების მონაცემები		95 %	95 %	95 %	95 %	95 %	

...

დანართი 5. 2016–2020 წლების C ჰეპატიტის ელიმინაციის სტრატეგიული გეგმის ბიუჯეტი (აშშ დოლარი)

	მიზნები	2016				2017				2018			
		სახელ- მწიფო ბიუჯ.	თანაგა- დახდა, კერძო სახსრ.	დონო- რული დახმა- რება	დაფი- ნანსების დეფი- ციტი	სახელ- მწიფო ბიუჯ.	თანაგა- დახდა, კერძო სახსრ.	დონო- რული დახმა- რება	დაფი- ნანსების დეფი- ციტი	სახელ- მწიფო ბიუჯ.	თანაგა- დახდა, კერძო სახსრ.	დონო- რული დახმა- რება	დაფი- ნანსების დეფი- ციტი
1	ვირუსული ჰეპატიტების შესახებ ცნობიერების დონის ამაღლება	40,000	-	-	24,000	20,000	-	-	40,400	20,000	-	-	20,400
2	ჰეპატიტებზე ჯანდაცვის სექტორის რეაგირების მონიტორინგი	44,800	-	31,200	47,200	54,400	-	42,000	28,640	68,800	-	24,000	32,000
3	ვირუსული ჰეპატიტების გადაცემის პრევენცია	1,560,252	35,000	3,020,366	153,300	2,768,986	52,500	3,270,294	339,550	4,368,703	70,000	3,736,597	238,890
4	C ჰეპატიტით ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება სკრინინგის, ტესტირების, მოვლისა და მკურნალობის სერვისების გაფართოვებით	6,305,954	6,586,504	156,100	155,400	7,273,869	7,699,779	129,300	115,400	7,405,869	7,699,779	132,000	64,800
	სულ	7,951,005	6,621,504	3,207,666	379,900	10,117,255	7,752,379	3,441,594	523,990	11,863,372	7,769,779	3,892,597	356,090

	ამოცანები												
1.1	მოსახლეობასა და მაღალი რისკის ჯგუფებში ვიუსული ჰეპატიტების შესახებ ცოდნის აძლევა	40,000	-	-	3,600	20,000	-	-	-	20,000	-	-	-
1.2	ჰეპატიტთან დაკავშირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემცირება სამედიცინო დაწესებულებებსა და საზოგადოებაში	-	-	-	20,400	-	-	-	40,400	-	-	-	20,400
2.1	ქრონიკული ჰეპატიტის ეროვნული ტვირთის შეფასება	44,800	-	31,200	47,200	54,400	-	42,000	28,640	68,800	-	24,400	32,000
3.1	C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული გადაცემის პრევენცია												
	უსაფრთხო სისხლი	619,978	-	-	43,700	642,320	-	-	212,830	664,320	-	-	166,390
	ინფექციების კონტროლი სამედიცინო მომსახურების დაწესებულებებში	-	-	-	19,800	-	-	-	80,920	-	-	-	32,600
3.2	C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების გავრცელების პრევენცია საზოგადოებაში												
	C და B ჰეპატიტის კოინფექციის პრევენცია ვაქცინაციის გზით	-	35,500	-	10,000	-	52,500	-	15,000	-	70,000	-	17,500
	ტრანზისიის პროფილაქტიკა არასამედიცინო დაწესებულებებში	-	-	-	10,000	-	-	-	10,800	-	-	-	2,400
3.3	ნიმ-ებს შორის C ჰეპატიტის ინციდენტობის შემცირება	940,274	-	3,020,366	69,800	2,126,666	-	3,270,294	20,000	3,704,383	-	3,736,597	20,000
4.1	C ჰეპატიტის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის თანამედროვე სისტემების დანერგვა ტესტირების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით	-	-	27,200	116,600	-	-	-	87,400	-	-	-	26,000
4.2	ქრონიკული ჰეპატიტის გამოვლენის გაძლიერება	882,600	150,000	114,900	8,000	1,146,600	150,000	118,500	8,000	1,285,800	150,000	121,200	8,000
4.3	HCV მკურნალობასა და მოვლაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა	5,423,354	6,436,504	14,000	30,800	6,127,269	7,549,779	10,800	20,000	6,120,069	7,549,779	10,800	30,800

[illegible]

	გავრცელების პრევენცია საზოგადოებაში												
	C და B ჰეპატიტის კოინფექციის პრევენცია ვაქცინაციის გზით	–	85,000	–	20,000	–	100,000	–	22,500	–	342,500	–	95,500
	ტრანზისიის პროფილაქტიკა არასამედიცინო დაწესებულებებში	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	23,200
3.3	ნიმ-ებს შორის C ჰეპატიტის ინციდენტობის შემცირება	5,300,000	–	935,980	1,720,000	5,450,000	–	928,480	1,600,000	17,521,323	–	11,891,717	3,429,800
4.1	C ჰეპატიტის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის თანამედროვე სისტემების დანერგვა ტესტირების ხარისხის გაუმჯობესების მიზნით	–	–	–	26,000	–	–	–	26,000	–	–	27,200	282,000
4.2	ქრონიკული ჰეპატიტის გამოვლენის გაძლიერება	1,392,800	150,000	16,200	8,000	1,389,900	150,000	15,200	108,000	6,097,600	750,000	387,000	140,000
4.3	HCV მკურნალობასა და მოვლაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა	6,120,069	7,549,779	10,800	60,000	6,120,069	7,549,779	10,800	90,800	29,910,830	36,635,620	57,200	232,400

დანართი 6. საქართველოში C ჰეპატიტის ელიმინაციის 2016–2020 წლების ეროვნული სტრატეგიის
განხორციელების გეგმა

სტრატეგიული ამოცანა	ინტერვენცია	მოსალოდნელი შედეგი	პასუხისმგებელი უწყება	პარტნიორი ორგანიზაცია	ვადა	საპროგნოზო ბიუჯეტი	დაფინანსების წყარო
1. ვირუსული ჰეპატიტის შესახებ ცნობიერების დონის ამაღლება	1.1. ვირუსული ჰეპატიტის შესახებ ცნობიერების დონის ამაღლება მოსახლეობასა და მაღალი რისკის ჯგუფებში	ზოგად მოსახლეობაში და მაღალი რისკის ჯგუფებში გაიზარდება C ჰეპატიტის პრევენციასთან. მკურნალობასა და დიაგნოსტიკასთან დაკავშირებული ცოდნის დონე	სმჯსდს, დკსჯეც	საერთაშორისო ორგანიზაციები (CDC, ჯანმო)	2020	123,600	სასელმწიფო ბიუჯეტი, დეფიციტი
	1.2. ჰეპატიტთან დაკავშირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემცირება სამედიცინო დაწესებულებებში და საზოგადოებაში	შემცირდება C ჰეპატიტთან დაკავშირებული სტიგმისა და დისკრიმინაციის შემთხვევები.	სმჯსდს, დკსჯეც	საერთაშორისო ორგანიზაციები (CDC, ჯანმო) არასამთავრობო, სათემო ორგანიზაციები	2020	122,000	დეფიციტი
2. ჰეპატიტებზე ჯანდაცვის სექტორის რეაგირების მონიტორინგი	2.1. ქვეყანაში ქრონიკული ჰეპატიტის ტვირთის შეფასება	შეფასდება C ჰეპატიტის ელიმინაციის პროგრამის გავლენა დაავადების ტვირთზე, ავადობასა და	დკსჯეც	საერთაშორისო ორგანიზაციები (CDC, ჯანმო)	2020	577,440	სახელმწიფო ბიუჯეტი, დონორული დაფინანსება,

		სიკვდილობაზე					დეფიციტი
3. ვირუსული ჰეპატიტის გადამდები პრევენცია საზოგადოებაში და სამედიცინო დაწესებულებებში	3.1. C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული გადაცემის პრევენცია	მინიმუმამდე შემცირდება C ჰეპატიტის გადაცემის რისკი სამედიცინო დაწესებულებებში	სშჯსდს, დკსჯც	საერთაშორისო ორგანიზაციები (CDC, ჯანმო) სისხლის ბანკები. სამედიცინო დაწესებულებები	2020	7,589,666	სახელმწიფო ბიუჯეტი, დეფიციტი
	3.2. C ჰეპატიტისა და სისხლით გადაცემადი სხვა ინფექციების გავრცელების პრევენცია საზოგადოებაში	მინიმუმამდე შემცირდება საზოგადოებაში C ჰეპატიტის გადაცემის რისკი	სშჯსდს, დკსჯც	საერთაშორისო ორგანიზაციები (CDC, ჯანმო)	2020	450,700	პაციენტის თანაგადახდა, დეფიციტი
	3.3. ნიმ-ებს შორის C ჰეპატიტის ინციდენტობის შემცირება	მინიმუმამდე დაეცა C ჰეპატიტის გადაცემის შემთხვევები ნიმ-ებში	სშჯსდს, დკსჯც, გლობალური ფონდის პროგრამების განმახორციელებელი ორგანიზაციები (ზიანის შემცირების ქსელი და სხვა)	საერთაშორისო ორგანიზაციები (CDC, ჯანმო). სხვა არასამთავრობო ორგანიზაციები	2020	32,842,840	სახელმწიფო ბიუჯეტი, დონორული დაფინანსება, დეფიციტი
4. C ჰეპატიტით ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება სკრინინგის, ტესტირების, მოვლისა და მკურნალობის სერვისების გაფართოებით	4.1. C ჰეპატიტის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის თანამედროვე სისტემის დანერგვა C ჰეპატიტზე ტესტირების ხარისხის გასაუმჯობესებლად	გაზრდილია იმ აკრედიტებული ლაბორატორიების რაოდენობა, რომელთაც გააჩნიათ C ჰეპატიტის სრული დიაგნოსტიკის შესაძლებლობა	სშჯსდს, დკსჯც	CDC, სამედიცინო დაწესებულებები	2020	309,200	დონორული დაფინანსება, დეფიციტი
	4.2. ქრონიკული ჰეპატიტის მქონე პაციენტთა შორის დიაგნოსტირებულია წილის გაზრდა	დიაგნოსტირებულია C ჰეპატიტით ინფიცირებულია 90 %.	დკსჯც	სამედიცინო დაწესებულებები	2020	7,374,600	სახელმწიფო ბიუჯეტი, დონორული დაფინანსება, პაციენტის თანაგადახდა, დეფიციტი
	4.3. HCV მკურნალობისა და მოვლაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა	ნამკურნალებია დიაგნოსტირებულია 95% და მათგან განკურნებულია 95%	სშჯსდს	ელიმინაციის პროგრამის სერვისის მიწოდებული დაწესებულებები	2020	66,836,050	სახელმწიფო ბიუჯეტი, დონორული დაფინანსება, პაციენტის თანაგადახდა, დეფიციტი

ლიტერატურა

1. Stvilia K, Tsertsvadze T, Sharvadze L, Aladashvili M, del Rio C, KunihoIm MH and Nelson KE. Prevalence of Hepatitis C, HIV, and Risk Behaviors for Blood-Borne Infections: A Population-Based Survey of the Adult Population of Tbilisi, Republic of Georgia. J Urban Health. 2006 Mar; 83(2):289-298.
2. NCDC surveillance data, unpublished.

3. M. Lomidze, I. Rtskhiladze, D. Metreveli, I. Tschokhanelidze et. Tschokhanelidze et. al. Med. Center “Mrcheveli”, Tbilisi, Georgia; “European Limbach Diagnostic Group”, Heidelberg, Germany; Urology National Center, Tbilisi, Georgia
4. BSS Report - Characteristics, high-risk behaviors and knowledge of STI/HIV, and hepatitis among injecting drug users in Batumi, Tbilisi and Kutaisi, Georgia STI/HIV Prevention project
5. Chkhartishvili N, Sharvadze L, Chokoshvili O, Bolokadze N, Rukhadze N, Ken DeHovitz JA, Del Rio C, Tsertsvadze T. Mortality and Causes of Death Among HIV Country of Georgia: 1989-2012. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2014 Jun;30(6):560-6
6. Chkhartishvili N, Sharvadze L, Chokoshvili O, Bolokadze N, Rukhadze N, Kerapker RR, Gamkrelidze A, DeHovitz JA, Del Rio C, Tsertsvadze T. Mortality and Causes of Death Among HIV Infected Individuals in the Country of Georgia: 1989-2012. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2014 Jun;30(6):560-6.
7. Bio-behavioral surveillance survey among men who have sex with men in Tbilisi, Georgia 2010. Study Report. Curatio International Foundation, Tanadgoma Center for Information and Counseling on Reproductive Health.
8. Butsashvili M, Kamkamidze G, Kajaia M, Morse DL, Triner W, Dehovitz J, McNutt to body fluids among health care workers in Georgia. *Occup Med (Lond)*. 2012 Dec;62(8),620–6
9. Bouscaillou J, Champagnat J, Luhmann N, Avril E, Inaridze I, Miollany V, Labartkava K, Kirtadze I, Butsashvili M, Kamkamidze G, Pataut D. Hepatitis C among people who inject drugs in Tbilisi, Georgia: An urgent need for prevention and treatment. *Int J Drug Policy* 2014 Sep; 25(5):871-8.
10. Karchava M, Sharvadze L, Gatserelia L, Badridze N, Tsertsvadze T. Prevailing HGV genotypes and subtypes among hiv infected patients in Georgia. *Georgian Med News*. 2009 Dec;(177):51-5.
11. Karchava M, Waldenstrom J, Parker M, Hallack R, Sharvadze L, Gatserelia L, Chkhartishvili N, Dvali N, Dzigua L, Dolmazashvili E, Norder H, Tsertsvadze. High incidence of the hepatitis C virus recombinant 2k/Ib in Georgia: Recommendations for testing and treatment. *T. Hepatol Res*. 2015 Feb 16. doi: 10.1111/hcpr. 12505
12. Ministry of Labor, Health and Social Affairs, Universal Health Program Implementation Report, 2013, Tbilisi, Georaja