

ვებგვერდი, 14/07/2016  
სარეგისტრაციო კოდი  
480510000.10.003.019391

საქართველოს მთავრობის  
დადგენილება №326  
2016 წლის 11 ივლისი ქ. თბილისი

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

**მუხლი 1**

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

**მუხლი 2**

დადგენილება ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე.

პრემიერ-მინისტრი

*გიორგი კვირიკაშვილი*

*დანართი*

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

*დანართი*

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

**სარჩევი**

შესავალი

- 1.1 საკანონმდებლო ჩარჩოს ანალიზი
- 1.2 მთავარი გამოწვევები/პრობლემები
2. აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის ამოცანები  
ამოცანა 1: აივ/შიდსის პრევენცია და გამოვლენა  
ამოცანა 2: აივინფიცირებული პირების მოვლა და შიდსით დაავადებულთა მკურნალობა  
ამოცანა 3: ხელმძღვანელობა და პოლიტიკის შემუშავება
3. განხორციელების ვადები და პასუხისმგებელი ინსტიტუტები
4. ეროვნული პასუხის დაფინანსება
- 4.1. ფინანსური დეფიციტის ანალიზი

5. სტრატეგიის განხორციელების პროცესში და მის შედეგად წარმოქმნილი შესაძლო რისკები

6. მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმები

დანართი 1. მონაცემები

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

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

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

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

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

გრაფიკები და ცხრილები:

გრაფიკი 1.1. საქართველოში აივინფიცირებულთა მოვლის სერვისების უწყვეტ ჯაჭვში ჩართულობა

ცხრილი 2.1 ანტირეტროვირუსული თერაპიით მოცვა საქართველოში, 2011-2014

გრაფიკი 4.1. დაფინანსება ეროვნული სტრატეგიული გეგმის პრიორიტეტული მიმართულებების მიხედვით

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

გრაფიკი 4.2. დანახარჯები აივ/შიდსზე დაფინანსების წყაროს მიხედვით

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

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

გრაფიკი A.1. ნარკოტიკის ინიექციური მომხმარებლების აივ ტესტირება საქართველოში გლობალური ფონდის აივ/შიდსის პროგრამის ფარგლებში 46

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

გრაფიკი A.3. აივ/შიდსის პრევალენტობა სექსმუშაკებს შორის თბილისში (2002 - 2014) და ბათუმში (2004 - 2014)

გრაფიკი A.4. ანტირეტროვირუსული თერაპიის დაწყების რეკომენდაციების გაცემა და ანტირეტროვირუსული თერაპიის მიმღებ პაციენტთა რაოდენობა 47

გრაფიკი A.5. სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საქართველოში აივ/შიდსით ინფიცირებულ პაციენტებს შორის

გრაფიკი A.6. გადარჩენის მაჩვენებლები ნარკოტიკის ინიექციური მოხმარების ისტორიის მიხედვით

## აბრევიატურები

აივ ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი  
არვ ანტირეტროვირუსული  
გაერო გაერთიანებული ერების ორგანიზაცია  
დკსჯეც დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

იდშკისპც ინფექციური დაავადებების, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო კვლევითი ცენტრი

ინმ ინიექციური ნარკოტიკის მომხმარებლები

მსმ მამაკაცები, რომელთაც აქვთ სქესობრივი კავშირი მამაკაცებთან

ნკტ ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება

სგგი სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციები

შჯსდს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო

შიდსი შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი

ჯანმო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

## ინგლისურენოვანი აბრევიატურები

BBS ქცევაზე ზედამხედველობის კვლევა ბიომარკერის კომპონენტით  
GAVI ალიანსი GAVI  
GHPP აშშ-ის საერთაშორისო განვითარების სააგენტო-საქართველოში აივპრევენციის პროექტი  
HBV ვირუსული B ჰეპატიტი  
HCV ვირუსული C ჰეპატიტი  
IBBSS ბიობიჰევიორისტული ინტეგრირებული კვლევა  
UNAIDS გაეროს შიდსის პროგრამა

## შესავალი

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

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

---

<sup>1</sup>საქართველოში აივ ინფექციის/შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის წინააღმდეგ მიმართულ ღონისძიებათა ქვეყნის ერთიანი საკოორდინაციო საბჭოს დებულება დამტკიცებულია 2012 წლის 18 ივნისს, საქართველოს მთავრობის №220 დადგენილებით

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

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

## **1. არსებული სიტუაციის ანალიზი**

### **1.1.საკანონმდებლო ჩარჩოს ანალიზი**

აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის მარეგულირებელი საკანონმდებლო აქტები, რომელთა ფარგლებშიც რეგულირდება მოქალაქის უფლება, მიიღოს ხარისხიანი

სამედიცინო მომსახურება დისკრიმინაციისაგან თავისუფალ გარემოში, სადაც დაცული იქნება ადამიანის საყოველთაოდ აღიარებული უფლებები, თავისუფლებები და გარანტიები, შემდეგია:

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

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

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

„სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ“ საქართველოს კანონით ყოველწლიურად განისაზღვრება დაფინანსების მოცულობა აივ/შიდსის სახელმწიფო პროგრამისთვის, რომელიც უზრუნველყოფს აუცილებელი სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო მომსახურებას მაღალი რისკის ჯგუფებისა და აივინფიცირებული/შიდსით დაავადებული პირებისთვის. ევროკავშირთან ასოცირების პროცესში განსაკუთრებით აქტუალური ხდება გადამდებ დაავადებებზე და მათ შორის აივინფექცია/შიდსზე კონტროლის გამკაცრება და ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სისტემის გაძლიერება. აივინფექცია/შიდსის გადაცემის პრევენციისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ადამიანის სისხლისა და სისხლის კომპონენტების შეგროვების, ტესტირების, დამუშავების, შენახვისა და განაწილების ხარისხისა და უსაფრთხოების სტანდარტების დაცვასთან დაკავშირებული ვალდებულებების შესრულებას ევროკომისიის დირექტივების შესაბამისად.

## 1.2. მთავარი გამოწვევები/პრობლემები

აივ/შიდსის ეპიდემია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება საქართველოში. 1989 წელს აივინფექციის პირველი შემთხვევის რეგისტრირების შემდეგ, ქვეყანაში ინფექციის ახლად გამოვლენილი შემთხვევების რაოდენობა მუდმივად იზრდებოდა და 2013 წელს 100,000 ადამიანზე 10.9-ს მიაღწია<sup>1</sup>. უკანასკნელი გამოთვლებით, საქართველოში აივინფიცირებულთა სავარაუდო რაოდენობა 6,800-ს შეადგენ<sup>2</sup>; მათგან 45%-მა თავისი ინფიცირების სტატუსის შესახებ არაფერი იცის. 2014 წლის ბოლოსთვის 4,695 აივინფიცირებული იყო რეგისტრირებული. ინფიცირებულთა

უმრავლესობა მამაკაცია (რეგისტრირებულ შემთხვევათა 69%), თუმცა 2014 წელს ინფიცირებულ ქალთა წილი 25%-დან 31%-მდე გაიზარდა.

უკანასკნელი ხელმისაწვდომი მონაცემების თანახმად, საქართველოში აივინფექცია უმეტესად კონცენტრირებულია მაღალი რისკის ჯგუფებში: მამაკაცებში, რომელთაც აქვთ სქესობრივი კავშირი მამაკაცებთან (მსმ), ინიექციური ნარკოტიკების მომხმარებლებში (ინმ) და სექსმუშაკ ქალებში.

(ა) მზარდი შემოთების საგანს წარმოადგენს მსმ-ებს შორის აივ პრევალენტობის მაჩვენებლის მატება - 7%-დან 13%-მდე 2010-2012 წლებში<sup>3</sup>. ინფიცირების ახლად გამოვლენილი შემთხვევების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი მსმ-ში აღინიშნება<sup>4</sup>. აივ პრევალენტობის ბოლოდროინდელი მატება მსმ-ში, ასევე, ისეთი სარისკო პრაქტიკის გაგრძელება, როგორცაა ორივე სქესის პარტნიორების ხშირი ცვლა, კონდომის ფრაგმენტული გამოყენება და ჯგუფური სექსუალური ურთიერთობები, ამ მაღალი რისკის ჯგუფებისთვის საჭირო ინტერვენციების მნიშვნელოვანი გაძლიერების აუცილებლობაზე მეტყველებს.<sup>2</sup> საშიშროებას ქმნის მსმ-ის ქალ პარტნიორებთან სექსუალური ურთიერთობების მაღალი მაჩვენებელი (ბისექსუალიზმი), ვინაიდან ასეთი მამაკაცები ხელს უწყობენ ინფექციის გავრცელებას ზოგად მოსახლეობაში. მსმ-ის 51.4%-მა აღნიშნა ქალი პარტნიორის ყოლა ბოლო 12 თვის განმავლობაში. ეს მონაცემი 2010 წელს უფრო მაღალი იყო - 62.2%.

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

---

<sup>2</sup>ბოლო 12 თვის განმავლობაში, მსმ-ს შორის ნარკოტიკის მომხმარებელი 17.9%-ა (2012 წლის მონაცემებით), რომელთაგან 2.8% ნარკოტიკს ინექციური გზით მოიხმარს.

(გ) სექსმუშაკ მამაკაცებს შორის აივინფექციის პრობლემის სიდიდის შესახებ მონაცემები მწირია. ეს ჯგუფი მსმ-ების ჯგუფშია შეყვანილი. სექსმუშაკ ქალებს შორის კი აივ პრევალენტობის მაჩვენებელი 0.8%-დან 1.3%-მდე მერყეობს. თუმცა, ბიობიჰევიორისტული ზედამხედველობის ინტეგრირებული კვლევის (IBBSS) შედეგებით, კონდომების გამოყენების შესახებ მონაცემების ცვალებადობა აღინიშნება, რაც სათანადო

ინფორმაციისა და პრევენციული სერვისების მიწოდების გაგრძელების საჭიროებაზე მიუთითებს.

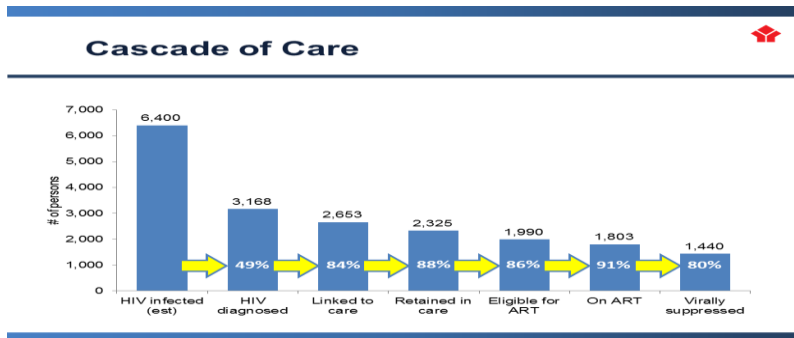
(დ) აივ პრევალენტობის მნიშვნელოვანი კლება აღინიშნა პენიტენციურ დაწესებულებებში - 1.4%-დან 0.35%-მდე 2008-2012 წლებში. ეს საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში მაღალი რისკის ქცევაზე შიდა კონტროლის მნიშვნელოვანი გამკაცრებით აიხსნება.

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

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

ინფიცირების გვიანი გამოვლენა და, შესაბამისად, დაავადების გვიან სტადიებზე მკურნალობის დაწყება კვლავ წარმოადგენს აივ/შიდსზე ეროვნული პასუხის სერიოზულ გამოწვევას საქართველოში. ეს უარყოფითად აისახება გადარჩენის მაჩვენებელზე, რამაც შესაძლოა მოკლე ვადაში სიკვდილიანობის რისკის თითქმის 90%-იანი ზრდა გამოიწვიოს. საქართველოში აივინფიცირებულების მოვლის სერვისების უწყვეტ ჯაჭვში ჩართულობის ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ძირითადი ხარვეზი აივ ტესტირების/დიაგნოსტიკის ეტაპზე ჩნდება (გრაფიკი 1.1.).

**გრაფიკი 1.1. საქართველოში აივ ინფიცირებულების მოვლის სერვისების უწყვეტ ჯაჭვში ჩართულობა**



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

## 2. აივ/შიდსის პრევენციისა და კონტროლის ეროვნული სტრატეგიის ამოცანები

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

ზემოაღნიშნულის განხორციელებას ხელს უწყობს აუცილებელი სერვისების (მათ შორის, ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპია) ხელმისაწვდომობისა და ხარისხის გაუმჯობესება, მკურნალობის ოპტიმალური რეჟიმები, გაძლიერებული ეპიდზედამხედველობა და მონიტორინგი, ზოგიერთი საკანონმდებლო და მარეგულირებელი ბარიერების გაუქმება, რომლებიც მომსახურების ეფექტიან მიწოდებას აფერხებს, ადამიანის უფლებების დაცვა და სტიგმის შემცირებისაკენ მიმართული ღონისძიებები. აივ ინტერვენციებზე პასუხისმგებელი სამთავრობო სტრუქტურების უფრო მჭიდრო თანამშრომლობა სამოქალაქო საზოგადოებასთან, მათ შორის, აივინფიცირებულებსა და მაღალი რისკის ჯგუფებთან, გაფართოებული ეროვნული პასუხის მნიშვნელოვანი მონაპოვარია, რომელიც მიზნად ისახავს ეპიდემიის შეჩერებას. შემთხვევების მართვის განახლებული მიდგომა, რომელიც მოვლის არამარტო კლინიკურ, არამედ სოციალურ ასპექტებსაც მოიცავს და სხვადასხვა სექტორის სერვისის მიმწოდებლების თანამშრომლობას ითვალისწინებს, გამოყენებული იქნება უწყვეტი მომსახურების მიწოდების ხელშესაწყობად იმ პირთათვის, ვინც ამას საჭიროებს.

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

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

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

1. აივპრევენცია და გამოვლენა: მოცვისა და პრევენციის ეფექტიანობის გაუმჯობესება, აივინფიცირების შემთხვევების დროული გამოვლენა და ინფიცირებულებისთვის შესაბამისი სერვისების მიწოდება;



2. აივინფიცირებულების მკურნალობა და მოვლა: აივ/შიდსის გამოსავლის გაუმჯობესება მკურნალობის, მოვლის და მხარდაჭერის ხარისხიან სერვისებზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფის გზით;

3. ლიდერობა და პოლიტიკის შემუშავება: ეპიდემიაზე მძლავრი პასუხის მდგრადობის უზრუნველყოფა მთავრობის ვალდებულების გაზრდის, საკანონმდებლო და ოპერაციული გარემოს უზრუნველყოფის და სამოქალაქო საზოგადოების ფართო ჩართულობის გზით.

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

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

### **ამოცანა 1: აივ/შიდსის პრევენცია და გამოვლენა მიღწევები და გამოწვევები: აივ/შიდსის პრევენცია და გამოვლენა**

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

ბ. ოპიოდ-ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისები უფრო ხელმისაწვდომი გახდა როგორც სამოქალაქო სექტორში (20 ცენტრი), ასევე პენიტენციურ სისტემაში (2 ცენტრი). 2014 წლის მიწურულს, ჩანაცვლებითი თერაპიის ბენეფიციარი თითქმის 2,600 პაციენტი იყო, რაც ეროვნული სტრატეგიული გეგმით 2014 წლისთვის განსაზღვრულ მიზანზე (4,000) ბევრად ნაკლებია;

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

<sup>3</sup> აივ პრევალენტობის მონაცემები დაიყოფა ასაკის (25 წლამდე და მეტი ასაკის) და ნარკოტიკის მოხმარების ხანგრძლივობის (3 წლამდე და მეტი) მიხედვით, რათა მიღებულ იქნეს შემთხვევების სავარაუდო მაჩვენებელი.

დ. დაინერგა პროგრამები სექსმუშაკებისთვის, რომლებიც სექს-ინდუსტრიაში ჩართული ქალი სექსმუშაკებისა და ტრანსგენდერებისთვის არის გამიზნული.<sup>4</sup> სექსმუშაკი მამაკაცების მოცვა მსმ-ებისთვის გამიზნული პრევენციული ინტერვენციების გზით ხდება.

სექსმუშაკი ქალების სავარაუდო რაოდენობა 6,525-ს შეადგენს.<sup>9</sup> სექსმუშაკებზე ფოკუსირებული აივპრევენციის ინტერვენციების შედეგად, კომერციულ კლიენტებთან კონდომების გამოყენების (85-98%) და აივ ტესტირების მაჩვენებლების მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება აღინიშნა ბოლო 12 თვის განმავლობაში (40.6% - თბილისში და 66.7% - ბათუმში). საველე გასვლების გარდა, სექსმუშაკებს აივ ტესტირების და სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების დიაგნოსტირების და მკურნალობის სერვისებს ხუთი სპეციალიზებული კლინიკა (ჯანმრთელობის კაბინეტები) სთავაზობს თბილისში, ქუთაისში, ბათუმში, ზუგდიდსა და თელავში. 2014 წლის ბიობიჰევიორისტული ზედამხედველობის ინტეგრირებული კვლევის მონაცემების თანახმად, სექსმუშაკების პრევენციული ინტერვენციებით მოცვის მაჩვენებელი 64.3%-ს შეადგენს;

ე. აივ/შიდსის ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისები ხელმისაწვდომია საქართველოს ყველა პენიტენციურ დაწესებულებაში.<sup>10</sup> ამის მიუხედავად, პრევენციულმა პროგრამამ პატიმართა მხოლოდ 18.3% მოიცვა.<sup>5</sup> პატიმრებს შორის პრევენციული ინტერვენციების აშკარად სუსტ მხარეს წარმოადგენს პრევენციული პროგრამებით დაბალი მოცვა და პატიმრებისთვის ტესტირების შედეგების შეტყობინების დაბალი მაჩვენებელი. გასულ წელს აივ ტესტირება პატიმართა 31.2%-ს ჩაუტარდა ციხეში ყოფნის პერიოდში, ხოლო 21.3%-ს ჩატარებულ აივ ტესტირებასთან ერთად ეცნობა შედეგები;

ვ. ჩამოთვლილი მიღწევების მიუხედავად, პრევენციულ ინტერვენციებს შედეგად ჯერჯერობით არ მოჰყოლია მნიშვნელოვანი წინსვლა ინფექციის გავრცელების თავიდან აცილების თვალსაზრისით იმ ჯგუფებში, რომლებშიც ყველაზე მეტად არის აივინფექცია კონცენტრირებული, მათ შორის მსმ-ების, ინმ-ების და სექსმუშაკების ჯგუფებში. მსმ-ებსა<sup>11</sup> და ინმ-ებს შორის აივინფექციის მზარდი პრევალენტობა,<sup>6</sup> ასევე, აივინფექციის გავრცელების გზებისა და სარისკო ქცევის შესახებ ცოდნის ნაკლებობა იმაზე მიუთითებს, რომ საჭიროა ინტერვენციებით მოცვის გაფართოება და მათი ხარისხის გაუმჯობესება, რათა მოხდეს ეპიდემიის სრულად გაკონტროლება;

<sup>4</sup> საველე აქტივობებზე დაკვირვებების მიხედვით, ტრანსგენდერი ქალი სექსმუშაკების რაოდენობა მცირეა, თუმცა ინფორმაცია ტრანსგენდერი ქალების ზუსტი რაოდენობის შესახებ არ არის ხელმისაწვდომი.

<sup>5</sup> ანუ პატიმრები, რომლებმაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში მიიღეს ინფორმაცია პრევენციული მეთოდების შესახებ და რომლებსაც შესთავაზეს კონფიდენციალური ტესტირება აივ ინფექციაზე.

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

ზ. სექსმუშაკებს შორის აივ ეპიდემიის სტაბილურობის მიუხედავად,<sup>7</sup> აივინფექციის გადაცემის გზების შესახებ ცოდნის ნაკლებობა ამ ჯგუფში პრევენციული ღონისძიებების გაძლიერების საჭიროებას აჩვენებს;

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

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

კ. უმნიშვნელოვანესმა პრევენციულმა ღონისძიებებმა, რომლებიც დონორთა სისხლის უსაფრთხოების უზრუნველყოფაზე, დედიდან შვილზე აივინფექციის გადაცემის პრევენციაზე და ჯანდაცვის მუშაკებს შორის ექსპოზიციის შემდგომ აივ პროფილაქტიკაზე იყო ფოკუსირებული, ამ ჯგუფებში აივინფექციის გავრცელების კონტროლი შესაძლებელი გახდა. ამ პრევენციული პრაქტიკის გაგრძელების და ინტერვენციების ხარისხის გასაუმჯობესებლად უზრუნველყოფილი იქნება უწყვეტი მხარდაჭერა, რათა შენარჩუნდეს მოცვა და მაქსიმალურად გაიზარდოს პოტენციური სარგებელი;

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

---

<sup>7</sup>დანართი 1. გრაფიკი A.3 აივ პრევალენტობა სექსმუშაკებს შორის თბილისში (2002-2014) და ბათუმში (2004-2014).

მ. მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლების შეზღუდული როლი აივპრევენციული სერვისების უზრუნველყოფაში, ეს აფერხებს ჯანდაცვის სისტემის შესაძლებლობას, დროულად გამოავლინოს ის ადამიანები, რომელთა აივ დიაგნოსტიკის სერვისებისკენ მიმართვა არის საჭირო. ჯანდაცვის სისტემის

დაწესებულებებში აივინფექციასთან დაკავშირებული სტიგმა ძალიან ძლიერია. ეს კი ხელს უშლის პირველადი ჯანდაცვის ექიმებსა და ექთნებს, შესაბამისი სერვისები შესთავაზონ პაციენტებს და მოიპოვონ ნდობა აივინფიცირებულთა, ან ინფიცირების მაღალი რისკის მქონე ადამიანებს შორის. საჭიროა პირველადი ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებლების უფრო აქტიურად ჩართვა აღნიშნულ პროცესებში, რათა დროულად მოხდეს რეფერალი აივ-ის დიაგნოსტიკისთვის და უზრუნველყოფილი იქნეს აივ-ის არაგადამდები კომორბიდული მდგომარეობების ადეკვატური მართვა (ჯანდაცვის მუშაკებს შორის სტიგმის შემცირებაზე ორიენტირებული ინტერვენციებისთვის იხილეთ მე-3 ამოცანა).

**სტრატეგიის 1-ლი ამოცანა მიზნად ისახავს სერვისებით მოვლისა და პრევენციის ეფექტიანობის გაუმჯობესებას და, ასევე, აივინფექციის დროულად გამოვლენას და ინფიცირებულის მკურნალობისა და მოვლის სერვისებში ჩართვას.**

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

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

---

**8** შემუშავებულია საქართველოს სპორტის და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტროს მიერ დაამტკიცებულია საქართველოს მთავრობის №553 ბრძანებით 2014 წლის 2 აპრილს.

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

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

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

- ინმ-ები და მათი სქესობრივი პარტნიორები. ამ კატეგორიაში შედიან არა მხოლოდ ინიექციური ნარკოტიკის მომხმარებლები, არამედ ის ადამიანებიც, რომლებიც პოტენციური ინიექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები არიან;
- მსმ-ები და მათი ქალი სქესობრივი პარტნიორები;
- სექსმუშაკები (სექსმუშაკი ქალები, მათ შორის ტრანსგენდერები), მათი კლიენტები და რეგულარული სქესობრივი პარტნიორები;
- პატიმრები

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

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

ადეკვატური პრევენციური სერვისების მიწოდების უზრუნველსაყოფად შემდეგი ნაბიჯებია გათვალისწინებული:

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

- ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების სერვისების მიწოდება და მაღალი რისკის ჯგუფებს შორის აივ ტესტირების ზრდა. მომსახურების პაკეტი შემუშავდება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის სტრატეგიებისა და რეკომენდაციების შესაბამისად.
- i) ოპიოდ-ჩანაცვლებითი თერაპიის გაფართოება ინმ-ებისთვის. აივპრევენციის იმ სარგებლის უკეთესად გამოყენებისთვის, რომელსაც ჩანაცვლებითი თერაპია და მკურნალობის და რეაბილიტაციის სხვა სქემები გვთავაზობს, განხორციელდება: მომსახურების მიწოდების სისტემის შესაძლებლობის ეტაპობრივი გაძლიერება; მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება (მათ შორის, დოზირების და სხვა არსებული რეგულაციების გადახედვა); ოპიოდ-ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისების მიზნობრივი პოპულარიზაცია; ჩანაცვლებით თერაპიაზე მყოფი პაციენტების ფსიქოსოციალური დახმარების გაძლიერება; ქალთა საჭიროებების გათვალისწინება; პენიტენციურ დაწესებულებებში გრძელვადიანი ჩანაცვლებითი თერაპიის დანერგვა.
- ii) შპრიცების გაცვლის პროგრამების და ზიანის შემცირების სხვა სერვისების განხორციელება და პრევენციული საშუალებების ხელმისაწვდომობის გაზრდა

თანასწორობის პრინციპებზე დაფუძნებული ინტერვენციებისა და მობილური სერვისების გაფართოების გზით.

iii) ქვევის შეცვლის კომუნიკაციის ეფექტიანი სტრატეგიების შემუშავება და მათი განხორციელება კომუნიკაციის მრავალფეროვანი არხების გამოყენებით. ამ აქტივობების განხორციელებასთან ერთად ჩატარდება ტრენინგები ოპოიდ-ჩანაცვლებითი თერაპიის, ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების და სხვა შესაბამისი სამსახურების პერსონალის პროფესიული კვალიფიკაციის ასამაღლებლად. ქვევის შეცვლის კომუნიკაციის სტრატეგიის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტი, რომელიც მსმ-ებზეა ორიენტირებული, გულისხმობს ანტირეტროვირუსულ მკურნალობაზე დაფუძნებული პრევენციული სტრატეგიების, კერძოდ, ექსპოზიციამდე პროფილაქტიკის შესახებ ცოდნის გაფართოებას და მის მიმღებლობას.<sup>9</sup> მისი საბოლოო მიზანია, შესწავლილ იქნეს მომავალში ექსპოზიციამდე პროფილაქტიკის, როგორც აივპრევენციის დამატებითი არჩევანის, გამოყენების შესაძლებლობა კონდომის გამოყენების ინტესიურ პროგრამასთან კომბინაციაში.

---

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

#### **ბ. პრევენციული ინტერვენციების ხარისხის გაუმჯობესება შემდეგი ღონისძიებებით:**

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

#### **სტრატეგიული ინტერვენცია 1.2. აივინფექციის პრევენცია და გამოვლენა ჯანდაცვის დაწესებულებებში.**

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

ადამიანის ძირითადი უფლებები, კონფიდენციალობის პრინციპები და შემოთავაზებულ სერვისებზე ინფორმირებული თანხმობა დაცული იქნება ყველა სამედიცინო

დაწესებულებაში. პაციენტებს, რომლებსაც დაუდგინდებათ აივინფექცია, შესთავაზებენ დახმარებას, რათა უზრუნველყოფილი იყოს მოვლის და მკურნალობის დროულად დაწყება.

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

## **ბ. დონორის სისხლის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა**

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

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

მოსალოდნელია უანგარო დონორობის წილის ზრდა.

## **გ. ექსპოზიციის შემდგომი აივინფექციის პროფილაქტიკა**

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

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

## **სტრატეგიული ინტერვენცია 1.3. დედიდან შვილზე აივინფექციის გადაცემის პრევენცია**

ა. დედიდან შვილზე აივინფექციის გადაცემის შემცირებისთვის გაგრძელება: i) ყველა ორსულის აივინფექციაზე სკრინინგის საყოველთაო უზრუნველყოფა; ii). ყველა აივინფიცირებული ორსულისთვის არც პრევენციული მკურნალობის უზრუნველყოფა; და iii) ყველა ახალშობილის არც პრევენციული მკურნალობით და სოციალური ზრუნვით უზრუნველყოფა.

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

პრევენციული ღონისძიებების განხორციელების მოსალოდნელი შედეგები:  
ii) 2018 წლის დასასრულისთვის ინმ-ებს, სექსმუშაკებსა და პატიმრებს შორის აივ პრევალენტობის მაჩვენებლის 5%-ის ფარგლებში მოქცევა;<sup>10</sup>  
• 2018 წლის დასასრულისთვის მსმ-ებს შორის აივ პრევალენტობის მაჩვენებლის 15%-ის ფარგლებში მოქცევა;  
• 2018 წლისთვის აივინფექციის გვიანი გამოვლენის წილის შემცირება 62%-დან 30%-მდე;

**ამოცანა 2: აივ ინფიცირებული პირების მოვლა და შიდსით დაავადებულთა მკურნალობა**

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

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

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

გ. გაეროს შიდსის პროგრამის მონაცემების მიხედვით, აღმოსავლეთ ევროპის და ცენტრალური აზიის რეგიონში არც მკურნალობის მაჩვენებელი ყველაზე მაღალია საქართველოში. არც თერაპიაზე მყოფი პაციენტების რიცხვი ყოველწლიურად იზრდება და 2011-2016 წლების აივ/შიდსის ეროვნულ სტრატეგიულ გეგმაში განსაზღვრულ სამიზნეებს გადააჭარბა, რაც, ძირითადად, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ბოლო, 2013 წლის გაიდლაინების განხორციელების შედეგია, რომელთა მიხედვითაც მკურნალობის დაწყება რეკომენდებულია იმ სტადიაზე, როდესაც CD4 უჯრედების დონე 1 მლ სისხლში არის <500 (დანართი 1. გრაფიკი A4). უკანასკნელი მონაცემების თანახმად, 2014 წლის ბოლოსთვის, არც თერაპია იმ დიაგნოსტირებულ პაციენტთა 95%-ს უტარდებოდა, რომლებსაც მკურნალობა ესაჭიროებოდათ (ცხრილი 2.1.). აღსანიშნავია, რომ საქართველო



არგ თერაპიის სტანდარტული რეჟიმების უზრუნველყოფის საქმეში უკვე ხელმძღვანელობს ჯანმო-ს 2013 წლის გაიდლაინებით.

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

**ცხრილი 2.1 არგ თერაპიის მოცვა საქართველოში, 2011-2014**

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

\*არგ თერაპიაზე მყოფ პაციენტთა წილი აივინფიცირებულთა მთლიან სავარაუდო რაოდენობაში.

დ. არგ თერაპიის უნივერსალურმა ხელმისაწვდომობამ აივინფიცირებულთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის მნიშვნელოვანი კლება გამოიწვია საქართველოში (დანართი 1. გრაფიკი A5). მკურნალობის დაწყებიდან 12 თვის შემდეგ გადარჩენის მაჩვენებელი მნიშვნელოვნად გაიზარდა 2011 წლის 79%-დან 86%-მდე 2012 წელს ( $p=0.01$ ) და სტაბილურად შენარჩუნდა 2014 წელს, რის შედეგადაც ეროვნული სტრატეგიული გეგმის 85%-იანი სამიზნე შესრულებულ იქნა. მკურნალობის დაწყებიდან 24 თვის შემდეგ გადარჩენის მაჩვენებლის 80%-იანი სამიზნე, რომელიც 2013 წლისთვის განისაზღვრა, იმავე წელს იქნა მიღწეული ანტირეტროვირუსულ თერაპიაზე მყოფ პაციენტთა 82%-ში, თუმცა ეს მაჩვენებელი 2014 წელს ოდნავ შემცირდა - 79%-მდე. მკურნალობის დაწყებიდან 36 თვის შემდეგ გადარჩენის ინდიკატორმა მნიშვნელოვანი მერყეობა აჩვენა - 2012 წელს მან 76%-ს მიაღწია, შემდეგ, 2013-ში, 69%-მდე შემცირდა, 2014 წელს კი ისევ 77%-მდე გაიზარდა. აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტრალური აზიის რეგიონის მონაცემებთან შედარება აჩვენებს, რომ მკურნალობის დაწყებიდან 12 თვის შემდეგ გადარჩენის/შენარჩუნების მაჩვენებელი საქართველოს უკეთესი აქვს რეგიონის საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით. რაც შეეხება მკურნალობის დაწყებიდან 24 თვის შემდეგ გადარჩენის ინდიკატორს რეგიონში, მხოლოდ 4 ქვეყნის მონაცემია ხელმისაწვდომი და მათი საშუალო მაჩვენებელი 67%-ს შეადგენს (მერყეობა: 60% - 79%). არგ თერაპიის პროგრამის ბოლოდროინდელი მონაცემები ადასტურებს, რომ არგ თერაპიის დაწყებიდან 12 და 24 თვის შემდეგ გამოთიშვის რისკი უფრო მაღალია ინმ-ებს შორის (დანართი 1. გრაფიკი A6). ინმ-ებს შორის ასევე მაღალია მოვლის სერვისებში ნაკლებად ჩართვის ალბათობა. ეს მონაცემები ხაზს უსვამს აივინფიცირებული ინმ-ებისკენ დამატებითი ძალისხმევის მიმართვის საჭიროებას.

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

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

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

აივინფიცირებულებისთვის C ჰეპატიტის ვირუსზე ტესტირების და აივ/სივ C ჰეპატიტით კონფიცირებულებისთვის C ჰეპატიტის მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობა.

თ. მოვლისა და მხარდაჭერის სერვისების უზრუნველყოფა აივინფიცირებულებზე მოვლის ყოვლისმომცველი პაკეტის უმთავრეს კომპონენტებად რჩება. 2004 წლიდან თბილისში ფუნქციონირებს აივინფიცირებულთა დამოუკიდებელი ცენტრები, რომლებიც ფსიქო-სოციალურ დახმარებას თანასწორთა ჯგუფების, ასევე მომზადებული ფსიქოლოგების და სატელეფონო ცხელი ხაზის სერვისების მეშვეობით უწევს. 2014 წელს ამ ქსელმა აივინფიცირებულ პირებს მთლიანობაში 5,000-ზე მეტი კონსულტაცია გაუწია ცხელი ხაზით, ინტერნეტით და პირისპირ. აივინფიცირებულთა პალიატიური მოვლის სამსახური საქართველოში 2008 წელს შეიქმნა და მას შემდეგ ამ მომსახურების გაწევას პალიატიური მზრუნველობის საქართველოს ეროვნული ასოციაცია უზრუნველყოფს. პროგრამა ითვალისწინებს ბინაზე მომსახურებას პალიატიური მზრუნველობის მობილური ჯგუფების მიერ თბილისს, ქუთაისს, ბათუმსა და ზუგდიდში. მიწოდებული სერვისები მოიცავს სამედიცინო, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და მორალურ მხარდაჭერას ქრონიკულად დაავადებული პაციენტებისთვის, რომელსაც სამედიცინო პერსონალი და სხვა ტიპის მზრუნველები, მათ შორის, აივინფიცირებულები ახორციელებენ. ბოლო სამი წლის განმავლობაში, პროგრამით მომსახურება მიწოდებოდა ყოველთვიურად 40 პაციენტს. ბინაზე ვიზიტების რაოდენობა წელიწადში 1461-დან 1689-მდე მერყეობს.

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

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

2016-2018 წლებში გაგრძელდება მოვლისა და მკურნალობის სერვისების საყოველთაო ხელმისაწვდომობაში მიღწეული პროგრესი და დაიძლევა დარჩენილი გამოწვევები. მოვლის ყველა საფეხურზე ზომები იქნება მიღებული პაციენტების მიერ სერვისების მიღების შეწყვეტის შესამცირებლად, მათ შორის, გაუმჯობესდება რეგისტრირების და მკურნალობის გაგრძელების კომპონენტები. აღნიშნულის მისაღწევად მიღებული იქნება შემდეგი ზომები: აუცილებელი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა; შემთხვევების მართვის გაუმჯობესება; ფსიქოსოციალური მოვლისა და მხარდაჭერის საქმეში აივინფიცირებულთა ორგანიზაციების უფრო აქტიური ჩართულობა;

ასევე, სპეციფიკური სამიზნეების და აქტივობების განსაზღვრა, რომლებიც მიზნად ისახავს მკურნალობის დაწყების, მისი რეჟიმის დაცვისა და ეფექტიანობის გაუმჯობესებას ინმ-ებს ან ყოფილ მომხმარებლებს შორის; გაღრმავდება კავშირები ტუბერკულოზის, ვირუსული C ჰეპატიტის და ოპიოიდ-ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისებთან; გაძლიერდება და შესაბამისი რეგულაციებით და ტექნიკური დავალებებით იქნება ფორმალიზებული სამოქალაქო ორგანიზაციების, მათ შორის, აივინფიცირებულთა მხარდაჭერის ჯგუფების როლი აივინფიცირებულთა მკურნალობის დაწყებასა და უზრუნველყოფაში. ხელისუფლება გააგრძელებს ოკუპირებულ ტერიტორიებზე მოვლისა და მკურნალობის აუცილებელი სერვისების ხელმისაწვდომობის მხარდაჭერას იქ მომუშავე არასამთავრობო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობის მეშვეობით. მოსალოდნელია, რომ 2018 წლის ბოლოსთვის 4800 პაციენტი იქნება არც თერაპიის მიმღები. ეს სამიზნე ეფუძნება ზოგადად საზოგადოებაში და სამედიცინო დაწესებულებებში გამოვლენილ აივინფიცირებულთა რაოდენობის პროგნოზულ ზრდას. ამჟამად იწყება მზადება აივინფიცირებულთა მოვლის სისტემის შესაქმნელად ინფიცირებულთა გაზრდილი ნაკადის შემოდინებისთვის, რაც რისკის ჯგუფებში აივ გამოვლენის გაუმჯობესებას და პროვაიდერის მიერ ინიცირებული ტესტირების გაძლიერებას უკავშირდება. კერძოდ, ეს ზომები ითვალისწინებს მკურნალობის რეჟიმების რაციონალიზაციას და გამარტივებას და მოვლის უკეთ ორგანიზებას, რაც შესაძლებელს გახდის, მნიშვნელოვნად შემცირდეს ასოცირებული ხარჯები და დატვირთვა ისე, რომ არ გაუარესდეს მოვლის ხარისხი. გაგრძელდება აივ მკურნალობის ოპტიმიზაცია, რის შედეგადაც მნიშვნელოვნად შემცირდება პირველი, მეორე და მესამე რიგის შესაძლო სამკურნალო რეჟიმების რაოდენობები.

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

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

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

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

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

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

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

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

- iii) ტუბერკულოზით დაავადებული ყველა პაციენტის აივინფექციაზე ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება;
  - i) აივინფიცირებულთა შორის ტუბერკულოზის შემთხვევების ინტენსიური გამოვლენა;
  - ii) ტუბერკულოზის და აივინფექციის მკურნალობის უზრუნველყოფა კონფიცირებული პაციენტებისთვის, ასევე აივინფიცირებულთა ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პრევენციული მკურნალობა იზონიაზიდით.
- ბ) ყველა აივინფიცირებულისთვის ვირუსული ჰეპატიტის მკურნალობის და მოვლის სერვისების შეუზღუდავი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა აივ/შიდსის და C ჰეპატიტის ეროვნული პროგრამების მეშვეობით, რაც მოიცავს:
  - iii) უნივერსალურ სკრინინგს ვირუსულ ჰეპატიტზე;
    - i) C ჰეპატიტის მკურნალობის უზრუნველყოფა ეროვნული პროტოკოლის მიხედვით;
    - ii) ტენოფოვირის შემცველი არც თერაპიის უზრუნველყოფა ვირუსული B ჰეპატიტით ქრონიკულად დაავადებული პაციენტებისთვის;
    - iii) B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია შესაბამისი პაციენტებისთვის.
  - გ) ეროვნული სტრატეგიული გეგმა ითვალისწინებს რიგ ღონისძიებებს, რათა შემცირდეს ნარკოტიკების ინიექციური გზით მოხმარების ნეგატიური ზეგავლენა მკურნალობის პერსპექტივაზე. ამ ღონისძიებებში შედის:
    - iv) ოპიოიდ-ჩანაცვლებითი თერაპიის და ნარკოტიკულ საშუალებებზე დამოკიდებულების სამკურნალო სერვისებთან მჭიდრო თანამშრომლობა;

- i) მკურნალობის დამყოლობის დამატებითი მხარდაჭერა აივინფიცირებულთათვის, რომლებიც ინიექციურ ნარკოტიკულ საშუალებებს მოიხმარდნენ წარსულში;
- ii) შესაბამის არასამთავრობო ორგანიზაციებთან თანამშრომლობა ინმ-თან კავშირებსა და შემთხვევების მართვის საკითხებზე. მონიტორინგის ჩარჩოში მკურნალობის მნიშვნელოვანი სამიზნეები დეზაგრეგირებული იქნება ანამნეზში ინიექციური ნარკოტიკების მოხმარების მიხედვით.

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

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

- iii) ფსიქოსოციალური დახმარების აღმოჩენა; თანასწორთა მხარდაჭერის უზრუნველყოფა მკურნალობის დამყოლობის გასაძლიერებლად; რჩევის მიცემა აივინფიცირებულების წინაშე არსებული რთული პრობლემების დასაძლევად; აივინფიცირებულთა ნათესავების ჩართვა მოვლისა და მხარდაჭერის და სტიგმის აღმოფხვრის საქმეში; ორმხრივი მხარდაჭერის და ცნობიერების ამაღლების აქტივობები აივინფიცირებულთათვის; სატელეფონო ცხელი ხაზი აივინფიცირებულებისთვის, მათი ნათესავებისა და მაღალი რისკის ჯგუფების წარმომადგენლებისთვის.

- i) პალიატიური ზრუნვის უზრუნველყოფა ქრონიკულად დაავადებული პაციენტებისათვის

შიდსის ცენტრები და სხვა შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულებები მჭიდროდ ითანამშრომლებენ არასამთავრობო ორგანიზაციებთან, რათა უზრუნველყოფილი იქნეს სრული ხელმისაწვდომობა აივინფიცირებულთათვის აივ და სხვა სამედიცინო მოვლის და მხარდაჭერის სერვისებში.

**ამოცანა 2: აივ ინფიცირებულების მოვლა და შიდსით დაავადებულთა მკურნალობა**  
 ეფექტიანი განხორციელების მოსალოდნელი შედეგებია:

- ii) 2018 წლის ბოლოსთვის აივინფიცირებულ მოზრდილთა და ბავშვთა პროცენტული წილი, რომლებიც ცნობილია, რომ არც თერაპიის დაწყებიდან 12 თვის შემდეგ მკურნალობას გადიან, 90%-ს უდრის;
- 2018 წლის ბოლოსთვის ახლად დიაგნოსტირებული პირების პროცენტული წილი, რომლებიც დარეგისტრირდნენ მოვლის სერვისების მისაღებად >90%-ს შეადგენს;
- 2018 წლის ბოლოსთვის არც თერაპიაზე მყოფი პირების პროცენტული წილი, რომლებმაც 12 თვის თერაპიის შემდეგ ტესტირება ჩაიტარეს ვირუსულ დატვირთვაზე და რომელთა ვირუსული დატვირთვის დონე არის  $\leq 1000$  ერთეული/მლ, 85%-ს უდრის.
- მოზრდილთა და ბავშვთა რაოდენობა, რომლებიც ამჟამად არიან არც თერაპიაზე ეროვნული სამკურნალო პროტოკოლის შესაბამისად, საანგარიშო პერიოდის ბოლოს 4800 უდრის.
- 2018 წლის ბოლოსთვის აივინფიცირებულ პირთა სავარაუდო რაოდენობის მინიმუმ 50% არც თერაპიაზე იქნება ეროვნული სამკურნალო პროტოკოლების შესაბამისად<sup>11</sup>.

– აივინფიცირებულებისთვის ხელმისაწვდომი იქნება საბაზისო გარე მხარდაჭერა (მათ შორის, სამედიცინო, ფსიქოლოგიური ან ემოციური და სხვა სოციალური დახმარება).

### ამოცანა 3: ხელმძღვანელობა და პოლიტიკის შემუშავება

#### მიღწევები და დარჩენილი გამოწვევები

ა. საქართველომ გაეროს შიდსის პროგრამის მიერ მოწოდებული “Three Ones”-ის პრინციპით გათვალისწინებულ სამივე მიზანს მიაღწია. აივინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლაში მონაწილე ყველა დაინტერესებული მხარე მოქმედებს დამტკიცებული აივ ეროვნული სტრატეგიების ფარგლებში, რომელთა რევიზია და განახლება რეგულარულად ხდება. ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭო წარმოადგენს აივინფექციასთან დაკავშირებულ საკითხებზე ქვეყანაში გადაწყვეტილების მიმღებ მთავარ ორგანოს. ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოს ქოლგის ქვეშ გაერთიანებულია ყველა შესაბამისი სამინისტროს, სამთავრობო უწყების, არასამთავრობო ორგანიზაციის, ორმხრივი და მრავალმხრივი სააგენტოს წარმომადგენლობები და ასევე, ორგანიზაციები, რომლებიც წარმოადგენენ აივინფიცირებულებს და მაღალი რისკის ჯგუფებს. ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოს მიერ 2012 წელს დამტკიცებული მონიტორინგისა და შეფასების ეროვნული ჩარჩო მტკიცებულებაზე დამყარებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესს ემსახურება.

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

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

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

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

ხელისუფლებას ვალდებულება აქვს, უზრუნველყოს აივპრევენციის და მოვლის აუცილებელი სერვისები, რომლებიც ადრე გარე წყაროებიდან, მათ შორის გლობალური

ფონდის მიერ ფინანსდებოდა. სახელმწიფო ბიუჯეტის ასიგნებები თანდათან გაიზრდება, რათა ყველა აუცილებელი ინტერვენცია სათანადოდ იქნეს დაფინანსებული.

სპეციფიკური ზომები იქნება გატარებული საკანონმდებლო ცვლილებების მისაღებად და მარეგულირებელი და სამოქმედო პოლიტიკის შესამუშავებლად, რომლებიც საჭიროა აივპრევენციის და მოვლის აუცილებელი სერვისების შეუფერხებელი მიწოდებისთვის, განსაკუთრებული ფოკუსით მაღალი რისკის ჯგუფებზე. მომსახურების მიმწოდებელი სახელმწიფო, კერძო და არასამთავრობო ორგანიზაციების გაუმჯობესებული თანამშრომლობა სამართალდამცავ უწყებებთან და სხვა შესაბამის დაინტერესებულ მხარეებთან უზრუნველყოფს შემუშავებული რეგულაციების და პოლიტიკის ყველაზე ეფექტიან გამოყენებას პრაქტიკაში.

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

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

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

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

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობაში უთანაბრობის აღმოფხვრის პოლიტიკური ნება გამოხატულია საქართველოს 2014-2020 წლების ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფციაში.<sup>20</sup> ჯანდაცვის კონცეფციაში პრიორიტეტებად არის განსაზღვრული გადამდები დაავადებების პრევენციის და მართვის გაუმჯობესება, მათ შორის აივინფექციის გვიანი გამოვლენის შემცირება, და აივ/ტუბერკულოზის კოინფექციის ტვირთის შემცირება. მნიშვნელოვანია, რომ ხელისუფლება იწყებს პრიორიტეტული პროგრამების (მათ შორის, აივ/შიდსის და ტუბერკულოზის) გარე წყაროებით დაფინანსებიდან სახელმწიფო დაფინანსებაზე ეტაპობრივ გადასვლას. ეს მიღწეული იქნება ფინანსური მდგრადობის გეგმების შემუშავების, ფინანსური ვალდებულებების დეტალური განაწილების და ამ ვალდებულებების მთავრობის ფინანსურ ვალდებულებებში ასახვის გზით. სახელმწიფო უზრუნველყოფს საჭირო მედიკამენტების შეუფერხებელ მიწოდებას და დიაგნოსტიკური, ამბულატორიული და ჰოსპიტალური სერვისების შეუზღუდავ ხელმისაწვდომობას.



აუცილებელი სერვისების მიწოდების შენარჩუნებისა და გაფართოებისთვის საჭირო თანხები აისახება 2016-2019 წლების საშუალოვადიანი დანახარჯების ჩარჩოში.<sup>21</sup> გარდა ამისა, საქართველოს მთავრობის 2014 წლის 17 ივნისის №400 დადგენილებაში ხაზგასმულია სახელმწიფო დაფინანსების ეფექტიანობის გაუმჯობესების საჭიროება და ამ მიზნით შემოთავაზებულია დაავადებასთან დაკავშირებული ჯგუფების შემოღება და ზოგიერთი ვერტიკალური სახელმწიფო პროგრამის შეძლებისდაგვარად საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამაში ინტეგრაცია.

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

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

აივ ეროვნული პასუხის ადეკვატური ბიუჯეტის დასაგეგმად შემდეგი ნაბიჯები იქნება გადადგმული:

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

**სტრატეგიული ინტერვენცია 3.2. პოლიტიკური გარემოს და დაინტერესებულ მხარეთა კოორდინაციის გაუმჯობესება**

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

- ii) რეგულარულად განხორციელდება მარეგულირებელი გარემოს რევიზია და ანალიზი, რათა აივ და ნარკომანიასთან დაკავშირებული კანონმდებლობა შესაბამისობაში იქნეს მოყვანილი აივ პასუხის პრაქტიკულ ამოცანებთან, ადამიანის უფლებების უმნიშვნელოვანეს მოთხოვნებთან და ევროკავშირში გაწევრიანების რეგულაციებთან. შედეგები გამოყენებული იქნება იმ სამოქმედო პოლიტიკის, რეგულაციების და გაიდლაინების შემუშავებისა და დამტკიცებისთვის, რომლებიც გავლენას ახდენს აივ სერვისების ხელმისაწვდომობაზე. გაუმჯობესება, შესაძლოა, შეეხოს სერვისის მიწოდებლების, მათ შორის არასამთავრობო და ჯანდაცვის დაწესებულებების ფუნქციონირებას, ასევე სამართალდამცავი უწყებებისა და სხვა დაინტერესებული მხარეების აქტივობებს, რომლებსაც შეუძლიათ აივინფიცირებასთან დაკავშირებულ სერვისებზე გავლენის მოხდენა.
- i) გადაიდგმება კონკრეტული ნაბიჯები აივ სერვისების განვითარებასა და მიწოდებაში აივინფიცირებულთა და მაღალი რისკის ჯგუფების, ასევე არასამთავრობო ორგანიზაციების და მათი ქსელების ჩართულობის გასაძლიერებლად. ამ უწყებების როლი ითვალისწინებს მოცვის და აივინფექციის დიაგნოსტიკის ზრდას, მოვლისა და მკურნალობის დროული დაწყების ხელშეწყობას, სამკურნალო რეჟიმის დაცვის უზრუნველყოფას და სხვა საჭირო მხარდაჭერას, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს მკურნალობის და მოვლის ეფექტიანობა, ხარისხის მონიტორინგსა და უზრუნველყოფაში მონაწილეობა და აივ სტიგმის და დისკრიმინაციის აღმოფხვრა.
- ii) აივინფიცირებულთა და მაღალი რისკის ჯგუფების ქსელები და ასოციაციები ჩაერთვებიან აივ ეროვნული პასუხის ზედამხედველობაში, განსაკუთრებული ფოკუსით ყველა კრიტიკულ სფეროზე, როგორებიცაა აივინფიცირებულთა და მაღალი რისკის ჯგუფების წარმომადგენლების მიერ კონტროლის განხორციელება შესყიდვების და მიწოდების იმ რეგულაციების შემუშავებასა და გამოყენებაზე, რომლებიც აივპრევენციას და მკურნალობაში გამოყენებულ აუცილებელ მედიკამენტებს და სხვა სამედიცინო პროდუქტებს ეხება.
- iii) აივინფიცირებულთა ორგანიზაციები გააგრძელებენ მთელი რიგი მნიშვნელოვანი ფუნქციების შესრულებას, რომლებიც ინფიცირებულებზე მოვლის და მათი მკურნალობის ხარისხის უზრუნველყოფას ეხება, მათ შორის, პაციენტებისა და მათი ნათესავებისთვის აუცილებელი ფსიქოსოციალური მხარდაჭერის აღმოჩენას, სტატუსის გამჟღავნებასთან დაკავშირებულ რთულ საკითხებსა და ინფიცირებული ბავშვებისა და მოზარდების წინაშე მდგარი გამოწვევების თაობაზე რჩევის მიცემას და ქვეყნის დაშორებულ რაიონებში მცხოვრები პაციენტებისთვის არც მედიკამენტების მიწოდებაში მონაწილეობას. აივინფიცირებულთა ორგანიზაციები უფრო აქტიურად ჩაერთვებიან აივინფიცირებულთათვის მხარდაჭერის და კლინიკური მოვლის სერვისების დროულად მიწოდების ხელშეწყობაში. მოხდება მომსახურების განვითარებასა და მიწოდებაში, ხარისხის უზრუნველყოფაში და პაციენტების მონიტორინგში არასამთავრობო ორგანიზაციების როლის ფორმალიზება, ხოლო სოციალური მხარდაჭერის და სხვა აუცილებელი სერვისების მიწოდება შეტანილი იქნება მკურნალობის განახლებულ ოფიციალურ პროტოკოლებში.

- iv) მოსახლეობაში, ჯანდაცვის მუშაკებს, სამართალდამცავი სტრუქტურების თანამშრომლებსა და სხვა ჯგუფებს შორის სტიგმისა და დისკრიმინაციის აღმოფხვრა მოხდება შემდეგი გზით: აივინფიცირებულთა მხარდამჭერი ჯგუფების მეტად ჩართულობა ისეთ აქტივობებში, რომლებიც მიზნად ისახავს სამედიცინო პერსონალსა (განსაკუთრებული ფოკუსით პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებლებზე) და მოსახლეობის სხვა ჯგუფებში სტიგმის აღმოფხვრას; აივინფიცირებულთა და მაღალი რისკის ჯგუფების თანამშრომლობა ადვოკატთა პროფესიულ ასოციაციებსა და ადამიანის უფლებების დამცველ ორგანიზაციებთან დისკრიმინაციის შემთხვევების აღმოსაფხვრელად; მასმედიის გამოყენება სტიგმისა და დისკრიმინაციის წინააღმდეგ სოციალური რეკლამების განსათავსებლად; ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების პოპულარიზაცია; ცნობიერების ზოგადი დონის ამაღლება.
- v) ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოს როლი აივ ეროვნული პასუხის კოორდინირებასა და მხარდამჭერაში კიდევ უფრო გაძლიერდება ძირითადი დაინტერესებული მხარეებისა და ტექნიკური ექსპერტების ჩართვის მეშვეობით. საკოორდინაციო საბჭოს მანდატი, ნორმატიული აქტები და შემადგენლობა გადაისინჯება, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს მისი ეფექტიანი ფუნქციონირება გლობალური ფონდის მიერ დაფინანსებული პროგრამების დასრულების შემდეგ.
- vi) შესაბამისი სამთავრობო სტრუქტურები, მათ შორის, საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო, საქართველოს სპორტის და ახალგაზრდობის საქმეთა სამინისტრო და საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტრო, გააგრძელებენ მაღალი რისკის მქონე ჯგუფების, მათ შორის, ქუჩის ბავშვებისა და ახალგაზრდების, ასევე, შრომითი მიგრანტებისა და სხვა მოწყვლადი ჯგუფების მონიტორინგს. გამოვლენილი საჭიროებების მიხედვით შემუშავდება და განხორციელდება შესაბამისი ინტერვენციები.
- vii) ხელისუფლება მხარს დაუჭერს პოლიტიკის შემუშავების სპეციფიკურ ღონისძიებებს და საინფორმაციო ინიციატივებს, რომლებსაც რისკის ჯგუფების ქსელები და მათი ინტერესების დამცველი პროფესიული არასამთავრობო ორგანიზაციები განხორციელებენ. ამის მაგალითები მოიცავს ზიანის შემცირების სერვისის მიმწოდებლების და სხვა დაინტერესებული მხარეების ჩართვას ნარკომანიასთან დაკავშირებული კანონმდებლობის ანალიზსა და მოძველებული პირობების გადასინჯვაში, რომლებიც უარყოფითად მოქმედებს პრევენციის და მოვლის აუცილებელი სერვისების ხელმისაწვდომობაზე.

**სტრატეგიული ინტერვენცია 3.3. ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესისთვის მტკიცებულებების მოგროვება**

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

- viii) ზედამხედველობის და პროგრამის მონიტორინგისა და შეფასების სისტემების შემდგომი გაძლიერება. ეს გულისხმობს უნიკალური საიდენტიფიკაციო კოდის

გამოყენების გაუმჯობესებას; მონიტორინგის და შეფასების დეფინიციების გადასინჯვას და შესწორებას; მონაცემთა ხელმისაწვდომი წყაროების, მათ შორის პროგრამის მონიტორინგის და პერიოდული ზედამხედველობის მონაცემების უკეთეს ტრიანგულაციას; პროგრამის მონიტორინგის მონაცემების დეზაგრეგირებას მაღალი რისკის ჯგუფების ეპიდემიოლოგიურად ყველაზე მნიშვნელოვანი სეგმენტების მიხედვით. რეგიონული დონის მონაცემების შეგროვება და ანალიზი რეგიონულ/მუნიციპალურ დონეზე შესაბამისი სამიზნეების უკეთ განსაზღვრას გახდის შესაძლებელს. ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული მდგომარეობის და სხვა მნიშვნელოვანი კონტექსტუალური მაჩვენებლების ხარისხიანი შეფასება შესაძლებელს გახდის, უკეთ გავიგოთ ცვლილებები, რომლებიც რისკის ჯგუფებზე და აივ გადაცემის რისკზე მოქმედებს და დროულად მოხდეს ინტერვენციების შესწორება.

i) ოპერაციული კვლევების და ზედამხედველობის აქტივობების ჩატარება აივინფიცირებასთან დაკავშირებულ საკითხებზე გადაწყვეტილების მიღების პროცესს შეუწყობს ხელს. ეროვნული სტრატეგიული გეგმის შესაბამისად, უმეტესწილად, დონორული დაფინანსების ფარგლებში, 2016-2018 წლებში ჩატარდება შემდეგი ზედამხედველობის აქტივობები და კვლევები:

ii) დეტალური ეპიდემიოლოგიური ანალიზი რუტინული ზედამხედველობის მონაცემებსა და მონაცემთა დამატებით წყაროებზე (მაგ., უსაფრთხო სისხლის მონაცემთა ბაზაზე და სხვ.) დაყრდნობით, რათა მიღებულ იქნეს შემაჯამებელი მონაცემები აივ ეპიდემიასა და მის ხელშემწყობ ფაქტორებზე. სადაც შესაძლებელია, აივ ზედამხედველობა დაკავშირებული იქნება C ჰეპატიტის, ტუბერკულოზის და სხვა ზედამხედველობის ღონისძიებებთან;

- ბიობიჰევიორისტული ზედამხედველობის ინტეგრირებული კვლევების გაგრძელება მაღალი რისკის ჯგუფებს შორის ეროვნული ზედამხედველობის გეგმის გრაფიკის შესაბამისად. ბიობიჰევიორისტული ზედამხედველობის ინტეგრირებული კვლევები მოიცავს ქვეყნის ყველა მხარეს, სადაც რისკის ჯგუფების მაღალი კონცენტრაციაა, ასახავს ასეთი ჯგუფების სავარაუდო ზომებს და ჩატარდება ინმ-ებს, სექსმუშაკ ქალებს, მსმ-ებს და პატიმრებს შორის;
- ხარისხობრივი კვლევები ისეთი ინტერვენციების შემუშავების ხელშესაწყობად, რომლებიც ინმ-ების სქესობრივ პარტნიორებზე, მსმ-ების ქალ სქესობრივ პარტნიორებზე და სექსმუშაკების კლიენტებსა და რეგულარულ პარტნიორებზე იქნება ფოკუსირებული;
- ხარისხობრივი კვლევები კონტექსტუალური ცვლილებების იდენტიფიცირებისთვის, რომლებიც გავლენას ახდენს რისკის ჯგუფებზე და აივ გადაცემის რისკზე;
- აივინფექციის ინციდენტობის კვლევები ინფექციის ტესტირების მიმდინარე ალგორითმით (RITA);
- ოპერაციული კვლევა, რათა შეფასდეს პაციენტების მიერ აივ მოვლის სერვისებით სარგებლობა და ამ სერვისებიდან გამოთიშვის შემთხვევაში - შესაბამისი ფაქტორები;
- ოპერაციული კვლევა დედიდან შვილზე აივინფექციის გადაცემის პრევენციის პროგრამის განხორციელების შესაფასებლად;

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

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

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

### ამოცანა 3: ხელმძღვანელობა და პოლიტიკის შემუშავება

ამ ამოცანის ეფექტიანი განხორციელების მოსალოდნელი შედეგებია:

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

### 3. განხორციელების ვადები და პასუხისმგებელი ინსტიტუტები

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

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

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

ეროვნული სტრატეგიული გეგმის ერთ-ერთი მთავარი პრინციპია მჭიდრო

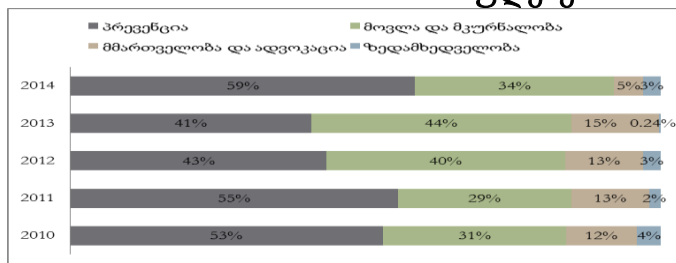
თანამშრომლობა სახელმწიფო, საერთაშორისო, არასამთავრობო და კერძო სექტორებს შორის. ის როლი, რომელსაც სამოქალაქო საზოგადოება აქამდე ასრულებდა აივინფიცირებულ პირთათვის და მოწყვლადი ჯგუფებისთვის დახმარებისა და მომსახურების მიწოდებაში, შესაბამის პოლიტიკურ დიალოგსა და ადვოკატირებაში კიდევ უფრო გაღრმავდება. საქართველოს მთავრობა აღიარებს, რომ სამოქალაქო საზოგადოების ქმედითი ჩართულობის და მისი როლის გაფართოების გარეშე სახელმწიფო რეაგირება ეპიდემიაზე არ იქნება ადეკვატური.

#### 4.ეროვნული პასუხის დაფინანსება

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

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

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



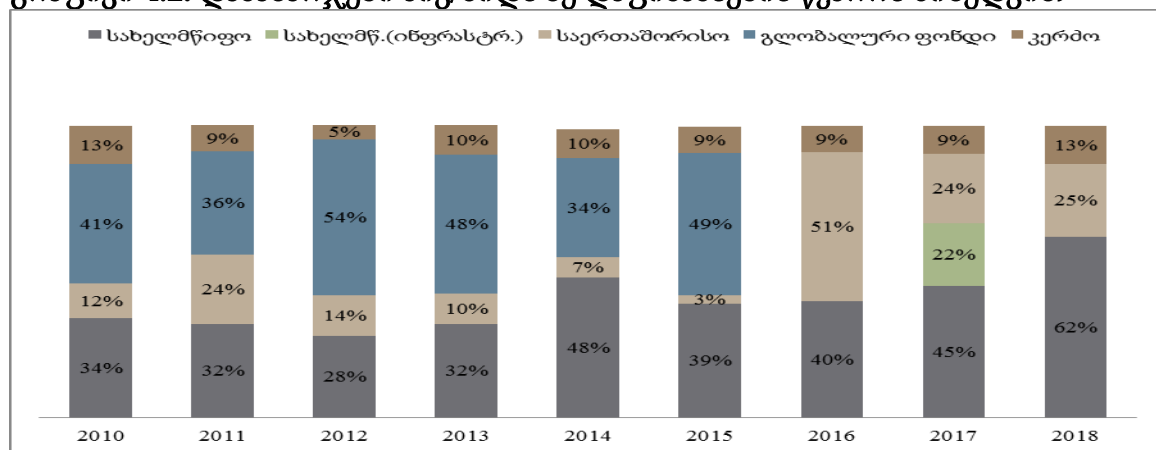
ეროვნული სტრატეგიული გეგმის დანახარჯების დინამიკა მომავალი სამი წლისათვის განისაზღვრება საერთაშორისო დაფინანსების წილის კლებით და აივ/შიდსის ეპიდემიაზე მდგრადი პასუხის უზრუნველსაყოფად აუცილებელი სახელმწიფო დაფინანსების წილის მატებით. კერძოდ, 2016-2018 წლებში მთავრობა სრულად დააფინანსებს პირველი რიგის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

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

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

წყარო		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1.1. აივ/შიდსის სახელმწიფო პროგრამა	მლნ \$	4.36	4.56	4.55	4.95	8.17	7.99	6.11	10.50	12.45
	%	34%	32%	28%	32%	48%	39%	40%	45%	62%
1.2. სახელმწიფოს მიერ ინფრასტრუქტურაში განხორციელებული ინვესტიცია	მლნ\$	-	-	-	-	-	-		5	-
	%								21%	
2. სულ საერთაშორისო	მლნ\$	6.83	8.52	11.06	9.14	7.02	10.54	7.73	5.59	4.98
	%	53%	59%	68%	58%	41%	52%	51%	24%	25%
გლობალური ფონდი	მლნ\$	5.3	5.1	8.8	7.5	5.78	9.95			
	%	41%	36%	54%	48%	34%	49%			
კერძო ფონდები (კერძო წყაროები)	მლნ\$	1.61	1.26	0.78	1.60	1.77	1.77	1.38	2.20	2.55
	%	13%	9%	5%	10%	10%	9%	9%	9%	13%
სულ		12.80	14.34	16.39	15.69	16.96	20.30	15.22	23.29	19.99

**გრაფიკი 4.2. დანახარჯები აივ/შიდსზე დაფინანსების წყაროს მიხედვით**



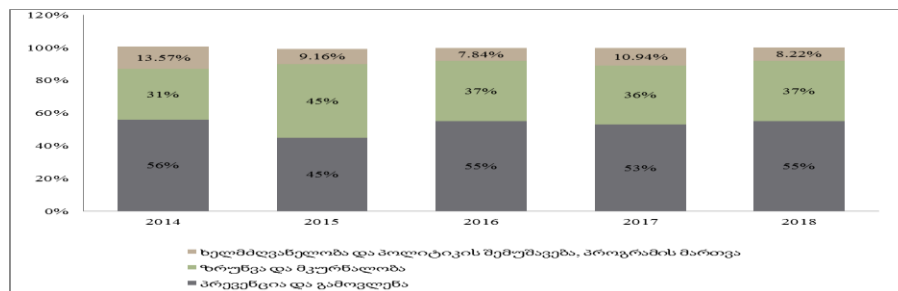
**ცხრილი 4.2. აივ/შიდსზე ეროვნული პასუხის დაფინანსება ინტერვენციის სფეროების მიხედვით (მილიონ აშშ დოლარებში)**



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

**გრაფიკი 4.3. რესურსების განაწილება აივ/შიდსის ეროვნული სტრატეგიული გეგმის სტრატეგიულ მიმართულებებს შორის<sup>12</sup>**

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



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

**4.1. ფინანსური დეფიციტის ანალიზი**

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

წელს მიაღწია - ის აივ/შიდსისთვის უზრუნველყოფილი მთლიანი დაფინანსების 54%-ს შეადგენდა, 2016 წელს 39%-მდე შემცირდა.

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

---

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

სახელმწიფო დაფინანსება გაიზარდა და მოიცავს არც თერაპიისა და მოვლის საჭიროებებს (შეფასებული საჭიროების 27%-დან 2016 წელს 90%-ზე მეტად 2018 წელს), მათ შორის არც დანახარჯების 31%-ს 2016 წელს და 95%-ს 2018 წელს, ოპიოდ-ჩანაცვლებითი თერაპიის საჭიროებებს (49%-დან 2016 წელს 57%-მდე 2018 წელს), და პროგრამის ადმინისტრირებასთან დაკავშირებული ხარჯების მნიშვნელოვან ნაწილს. დაფინანსებაში ყველაზე დიდი დეფიციტია მოსალოდნელი აივ/შიდსის პრევენციის, პოლიტიკის შემუშავების, ადვოკატირებისა და ოპერაციული კვლევის სფეროებში. საქართველო კვლავ აკმაყოფილებს გლობალური ფონდის დაფინანსების მიღების ახალი მოდელის კრიტერიუმებს და შესაძლოა მიიღოს დამატებითი დაფინანსება არსებული დეფიციტის შესავსებად. საჭირო იქნება ინტენსიური ადვოკატირება, რათა მოხდეს დამატებითი რესურსების მობილიზება სხვა დონორებისგან ყველა დაგეგმილი საქმიანობის სრულყოფილი განხორციელების უზრუნველყოფის მიზნით.

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

## 1. სტრატეგიის განხორციელების პროცესში და მის შედეგად წარმოქმნილი შესაძლო რისკები

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

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

სტრატეგიის განხორციელების ფინანსური რისკი განპირობებულია აივ/შიდსის სფეროში დონორული დაფინანსების მოსალოდნელი შემცირებით, რაც სახელმწიფო დაფინანსების ეტაპობრივ, მაგრამ არსებით ზრდას მოითხოვს სტრატეგიით განსაზღვრული ფინანსური საჭიროებების სრულად დასაფარად. საბიუჯეტო სახსრების ან ალტერნატიული დონორული დაფინანსების მოძიების გარეშე შესაძლოა საფრთხე შეექმნას ბაზისური პრევენციული სერვისებით მაღალი რისკის ჯგუფების მოცვას, რაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის თვალსაზრისით სერიოზული რისკის მატარებელია.

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

## 1. მონიტორინგისა და შეფასების მექანიზმები

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

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

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

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

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

ცენტრის გლობალური ფონდის პროგრამების განხორციელების ჯგუფი პასუხისმგებელია მაღალი რისკის პოპულაციებში (ნიმ-ები, კსმ ქალები და მსმ-ები) აივინფექცია/შიდსის პრევენციული ღონისძიებებისა და შიდსის მკურნალობის ინდიკატორების შესახებ

ინფორმაციის მოგროვებაზე, ვალიდაციაზე, ანალიზსა და ანგარიშგებაზე, როგორც ადგილობრივად ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოსა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს წინაშე, ისე უშუალო დონორის - შიდსთან, ტუბერკულოზსა და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის წინაშე.

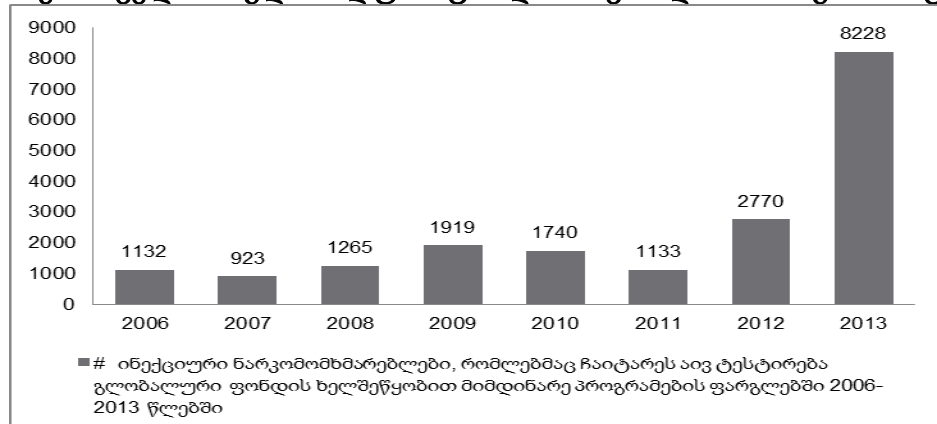
რუტინული მონიტორინგის გარდა, ეპიდემიის გავრცელების ტენდენციების შესწავლის მიზნით, დადგენილი პერიოდულობით მოხდება ბიობიჰევიორისტული ინტეგრირებული კვლევები მაღალი რისკის ჯგუფებს შორის პოპულაციების სავარაუდო ზომის ასახვით: ინმ-ები, ქალი სექსმუშაკები, მსმ-ები, პატიმრები, ქუჩის ბავშვები და სარისკო ქცევის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

აღნიშნული კვლევების საფუძველზე გენერირებული იქნება სტრატეგიული გეგმის გამოსავლისა და ზემოქმედების ინდიკატორების მონაცემები შესაბამისი პერიოდულობით. ეპიდემიის გავრცელების მახასიათებლებისა და მომსახურების ხარისხის შეფასებისთვის ასევე დაგეგმილია ოპერაციული კვლევების განხორციელება (სამოქმედო გეგმის შესაბამისად).

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

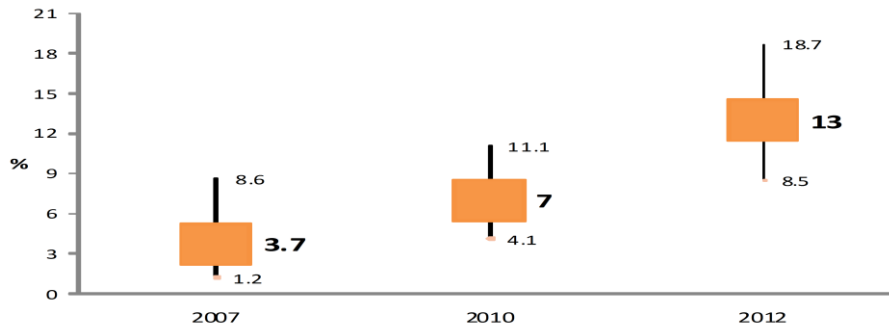
### დანართი 1. მონაცემები

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



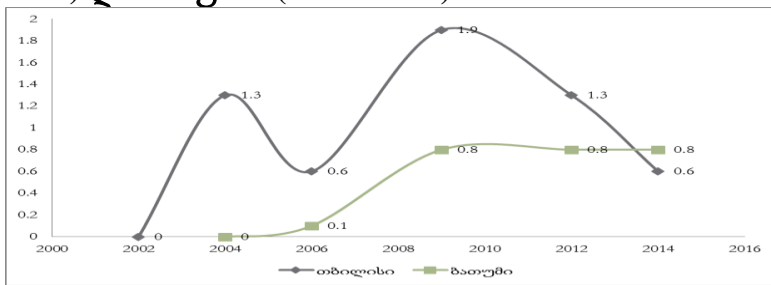
გლობალური ფონდის შიდსის პროგრამის მონიტორინგის ანგარიშები

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



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

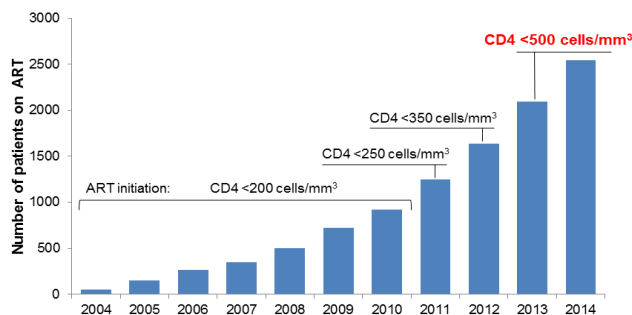
**გრაფიკი A.3. აივინფექციის პრევალენტობა სექსმუშაკ ქალთა შორის თბილისში (2002 - 2014) და ბათუმში (2004 - 2014)**



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

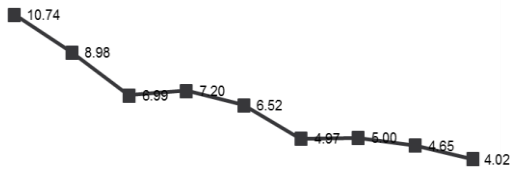
**გრაფიკი A.4. ანტირეტროვირუსული თერაპიის დაწყების რეკომენდაციების განვითარება და ანტირეტროვირუსული თერაპიის მიმღებ პაციენტთა რაოდენობა**

**Evolution of ART Guidelines**



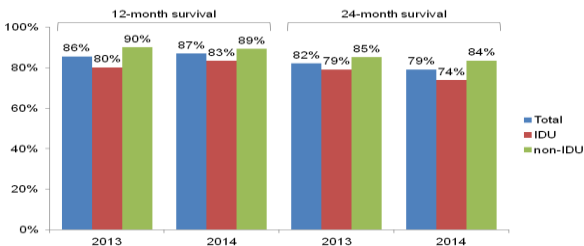
The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The Gap Report. Geneva: UNAIDS; 2014

**გრაფიკი A.5. ლეტალობა საქართველოში აივინფიცირებულ პაციენტებს შორის (გამოსახული %-ში)**



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

**გრაფიკი A.6. გადარჩენის მაჩვენებლები ნარკოტიკული საშუალებების ინიექციური მოხმარების ანამნეზის მიხედვით**



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

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

**ინიექციური ნარკოტიკების მომხმარებლები (ინმ)**

- საინიექციო ინსტრუმენტებით და სხვა საშუალებებით (სპირტიანი ტამპონები, საინიექციო წყალი, ლიმონის მჟავა და მომჭერები) მომარაგება;
- ქცევის შეცვლის კომუნიკაცია და კონსულტაცია;
- აივინფექციაზე ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების სერვისები;
- აივინფიცირებულთა მიერ მოვლისა და მკურნალობის სერვისებით სარგებლობის ხელშეწყობა;
- ვირუსულ C და B ჰეპატიტზე ტესტირება და ვაქცინაციასა და მკურნალობაზე მიმართვა, ვირუსული C/B ჰეპატიტის მკურნალობის/ვაქცინაციის ჩართვა შემთხვევის მართვის სქემაში;
- ზედოზირების პრევენციის და მართვის სერვისები (მათ შორის, ნალოქსონის დისტრიბუცია);
- კონდომების და საინფორმაციო მასალების დისტრიბუცია;
- სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები (სიფილისზე ტესტირება და

მკურნალობაზე მიმართვა, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების სამკურნალო სერვისების ჩართვა შემთხვევის მართვის სქემაში);  
ტუბერკულოზის სკრინინგი კითხვარის მეშვეობით და ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე მიმართვა;  
ოპიოიდ-ჩანაცვლებითი თერაპია (როგორც შემთხვევის მართვის სქემის შემადგენელ ნაწილს, მოიცავს ჩანაცვლებითი თერაპიის მიწოდებას და ასევე, ჩანაცვლებით თერაპიაზე და მკურნალობისა და რეაბილიტაციის სხვა ფორმებზე მიმართვას); ამაში შედის ინმ-ებისთვის სოციალური მეწარმეობის პროგრამასთან თანამშრომლობა, რომელსაც მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაცია აფინანსებს;  
იურიდიული დახმარება;  
ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა, მათ შორის კონსულტირება, არტ-თერაპია და სხვა.  
ინმ-ებზე ორიენტირებული ინტერვენციები შემუშავებული იქნება ინმ ქალებისათვის, აგრეთვე სხვადასხვა ნივთიერებების, მათ შორის ახალი ფსიქოაქტიური ნარკოტიკების მომხმარებლების, ყოფილი ინმ-ების და პოტენციური ინმ-ების მოსაზიდად და შესანარჩუნებლად.

#### მამაკაცები, რომელთაც აქვთ სქესობრივი კავშირი მამაკაცთან (მსმ)

კონდომების და ლუბრიკანტების დისტრიბუცია;  
ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის და კონსულტაციის სერვისები (მათ შორის, საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების გამოყენებით);  
აივინფექციაზე ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების სერვისები, მათ შორის ნერწყვის ტესტირების დანერგვა;  
აივინფიცირებულთა მიერ მოვლისა და მკურნალობის სერვისებით სარგებლობის ხელშეწყობა;  
სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები (სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების ტესტირების და მკურნალობის ჩართვა აივინფექციის შემთხვევის მართვის სქემაში);  
ვირუსულ C და B ჰეპატიტზე ტესტირება და ვაქცინაციასა და მკურნალობაზე მიმართვა, ვირუსული C/B ჰეპატიტის მკურნალობის/ვაქცინაციის ჩართვა აივინფექციის შემთხვევის მართვის სქემაში;  
ტუბერკულოზის სკრინინგი კითხვარის მეშვეობით და ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე მიმართვა;  
იურიდიული დახმარება;  
ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა.

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

გარდა ამისა, სტრატეგიის განხორციელების დროს მოხდება ექსპოზიციამდე პროფილაქტიკის შესაძლებლობის, როგორც აივპრევენციის დამატებითი

არჩევანის შესწავლა, რაც მიზნად ისახავს არც პრევენციული სტრატეგიების შესახებ ცოდნის გაფართოებას და ექსპოზიციამდე პროფილაქტიკის განხორციელების შესაძლებლობის დემონსტრირებას მსმ-ების მცირე ჯგუფზე, რომლებიც შერჩეული იქნება მაღალი რისკის სექსუალური პრაქტიკის კრიტერიუმების საფუძველზე.

#### სექსმუშაკი ქალები, მათ შორის ტრანსგენდერები

კონდომების და ლუბრიკანტების დისტრიბუცია;  
ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის და კონსულტაციის სერვისები (მათ შორის, საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიების გამოყენებით);  
აივინფექციაზე ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების სერვისები;  
აივინფიცირებულთა მიერ მოვლისა და მკურნალობის სერვისებით სარგებლობის ხელშეწყობა;  
გენდერული ძალადობის საკითხებზე კონსულტირება;  
სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები (სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების ტესტირების და მკურნალობის ჩართვა აივინფექციის შემთხვევების მართვის სქემაში);  
ვირუსულ C ჰეპატიტზე ტესტირება და მკურნალობაზე მიმართვა, ვირუსული C ჰეპატიტის მკურნალობის ჩართვა აივინფექციის შემთხვევის მართვის სქემაში;  
ტუბერკულოზის სკრინინგი კითხვარის მეშვეობით და ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაზე მიმართვა.  
სერვისები ყურადღებით იქნება შემუშავებული, რათა მორგებულ იქნეს სექსმუშაკთა პოპულაციის სხვადასხვა სეგმენტის, განსაკუთრებით დაბალშემოსავლიანი და მაღალშემოსავლიანი სექსმუშაკების, განსხვავებული საჭიროებების მოგვარებაზე. მეორე კატეგორიას შესთავაზებენ სერვისების შედარებით მარტივ კომბინაციას, რაც უმეტესწილად ქცევის შეცვლის კომუნიკაციას დაემყარება, რომელშიც პრიორიტეტი ახალ საინფორმაციო და საკომუნიკაციო ტექნოლოგიებს მიენიჭება.

#### პატიმრები

კონდომების და ლუბრიკანტების ხელმისაწვდომობა;  
ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის და კონსულტაციის სერვისები, მათ შორის, თვითდახმარების ჯგუფის კონსულტაცია;  
აივინფექციაზე ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების სერვისები;  
აივინფიცირებულთა მიერ მოვლისა და მკურნალობის სერვისებით სარგებლობის ხელშეწყობა;  
ოპიოიდ- ჩანაცვლებითი თერაპიის გაგრძელება.

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



სგ. №		საბაზისო			ვადეები და სამიზნეები			
		სიდიდე	წელი	მონაცემთა წყარო	2016	2017	2018	მონაცემთა წყარო
<b>ზემოქმედების ინდიკატორები</b>								
I1	შიდსით გამოწვეული სიკვდილიანობა 100,000 მოსახლეზე	2.40	2013	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	≤2.2	≤2.1	≤2.0	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
I3	აივინფივირებული მსმ-ების პროცენტი	13%	2012	IBBSS		<15%		IBBSS
I4	აივინფივირებული სექსუალური კავშირების პროცენტი	0.7%	2014	IBBSS	<5%		<5%	IBBSS
I5	აივინფივირებული ინმ-ების პროცენტი	3%	2012	IBBSS		<5%		IBBSS
<b>გამოსავლის ინდიკატორები</b>								
O1	მამაკაცთა პროცენტული წილი, რომლებმაც მამაკაც პარტნიორთან ბოლო ანალური სექსის დროს კონდომი გამოიყენეს	73.2%	2012	IBBSS		80%		IBBSS
O2	სექსუალური კავშირების პროცენტული წილი, რომლებმაც ბოლო კლიენტთან კონდომი გამოიყენეს	91%	2012	IBBSS	95%		95%	IBBSS
O3	ინმ-ების წილი, რომლებმაც ნარკოტიკის ბოლო ინექციის დროს სტერილური საინექციო ინსტრუმენტი გამოიყენეს	83.5%	2012	IBBSS		87%		IBBSS
O4	პაციენტთა პროცენტული წილი, რომლებმაც ბოლო სქესობრივი აქტის დროს კონდომი გამოიყენეს.	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის		76%		IBBSS
O5	აივინფივირებულ ზრდასრულთა და ბავშვთა პროცენტული წილი, რომლებიც არც თერაპიის დაწყებიდან 12 თვის შემდეგ აგრძელებენ მკურნალობას, იმ პაციენტთა შორის, რომლებსაც დაწყებული აქვთ ეს თერაპია.	87%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	88%	89%	90%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
O6	წარსულში ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებელი აივინფივირებულების პროცენტული წილი, რომლებიც არც თერაპიის დაწყებიდან 12 თვის შემდეგ მკურნალობას აგრძელებენ, იმ პაციენტთა შორის, რომლებსაც დაწყებული აქვთ ეს თერაპია.	83%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	84%	85%	86%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
<b>მოვლის/გამოსავლის ინდიკატორები</b>								
1 [აივინფივირების და გამოვლენა]								
1.1	აივინფივირების გადაცემის პრევენცია, აივინფივირების გამოვლენა და მოვლისა და მკურნალობის სერვისების დროული უზრუნველყოფა მაღალი რისკის ჯგუფებს შორის							
1.1.1	აივინფივირების პრევენცია და გამოვლენა ინმ-ებს შორის							
C1	ინმ-ების პროცენტული წილი, რომელიც მოცული იქნა აივინფივირების პროგრამებით - საბაზისო სერვისების კომბინაცია	26%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	57%	62%	67%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C2	ინმ-ების პროცენტული წილი, რომლებსაც საანგარიშო პერიოდში ჩატარდა აივინფივირების და ეცნობა მისი შედეგები	43%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	51%	56%	60%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C3	ნემსის და შპრის პროგრამების ფარგლებში დარეგულირებული ნემსებისა და შპრის რაოდენობა ნარკოტიკის ერთ ინექციურ მომხმარებელზე ერთ წელიწადში	45.3	2013	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	57	78	101	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.1.2	ოპიოდ-ჩანაცვლებითი თერაპია და მკურნალობის და რეაბილიტაციის სხვა							

	ფორმები							
C4	ოპიოდ-ჩანაცვლებით თერაპიაზე მყოფი ინდივიდების რაოდენობა	2850	2014	სახელმწიფოსა და გლობალური ფონდის ოპიოდ ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამის ანგარიშები	4800	5500	6000	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C5	ოპიოდ-ჩანაცვლებით თერაპიაზე მყოფი ინდივიდების პროცენტული წილი, რომლებიც ამ მკურნალობას სულ ცოტა 6 თვე იღებდნენ	განსასაზღვრია	განსასაზღვრია	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	60%	65%	70%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.1.3	აივნფექციის პრევენცია და გამოვლენა მსმებს შორის							
C6	მსმების პროცენტული წილი, რომელიც აივპრევენციის პროგრამებით იქნა მოცული	10%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	25%	35%	50%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C7	მსმების პროცენტული წილი, რომლებსაც საანგარიშო პერიოდში ჩაუტარდა აივტესტი და ეცნობა ტესტის შედეგები	8%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	18%	25%	40%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.1.4	აივნფექციის პრევენცია და გამოვლენა სექსუალურ კავშირებს შორის							
C7	სექსუალური კავშირების პროცენტული წილი, რომელიც აივპრევენციის პროგრამებით იქნა მოცული	26%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	40%	50%	60%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C9	სექსუალური კავშირების პროცენტული წილი, რომლებსაც საანგარიშო პერიოდში აივტესტირება ჩაუტარდა და ეცნობა შედეგები	20%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	30%	40%	50%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.1.5	აივნფექციის პრევენცია და გამოვლენა პატიმრებს შორის							
C10	პატიმრების პროცენტული წილი, რომლებსაც საანგარიშო პერიოდში ჩაუტარდა აივტესტირება და ეცნობა შედეგები	50%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	55%	60%	65%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.2	აივნფექციის პრევენცია და გამოვლენა ჯანდაცვის დაწესებულებებში							
1.2.1	აივნფექციაზე პროვაიდერის მიერ ინიცირებული ტესტირების გაფართოება							
C11	ადამიანების რაოდენობა, რომლებსაც ჩაუტარდა აივნფექციაზე პროვაიდერის მიერ ინიცირებული ტესტირება და ეცნობა შედეგები	განსასაზღვრია	განსასაზღვრია	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	23000	25000	28000	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.2.2	დონორის სისხლის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა							
C12	სისხლის ერთეულების რაოდენობა, რომელთა აივნფექციაზე ხარისხიანი სკრინინგი განხორციელდა	56456	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	56500	56500	56500	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C13	მოხალისე დონორების პროცენტული წილი	30.00%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	35%	40%	45%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.2.3	აივნფექციის ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა							
C14	ჯანდაცვის მუშაკთა პროცენტული რაოდენობა, რომელსაც ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა მკურნალობასთან ერთად	100%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	100%	100%	100%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
1.2.4	აივნფექციის დედიდან შეილზე გადაცემის პრევენცია							
C15	ორსული ქალების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჩაუტარდა აივ ტესტირება და ეცნობა შედეგები.	88%	2014	GARP 2014	100%	100%	100%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C16	აივნფექციის შემთხვევების ორსული ქალების პროცენტული წილი, რომლებსაც ჩაუტარდა არც თერაპია დედიდან შეილზე ინფექციის გადაცემის რისკის შესამცირებლად	100%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	100%	100%	100%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები

C17	აივინფიცირებული ქალების ახალშობილთა პროცენტული წილი, რომლებსაც აივინფექციაზე ვირუსოლოგიური ტესტი ჩაუტარდა დაბადებიდან 2 თვის განმავლობაში	100%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	100%	100%	100%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
<b>2 [ავივინფექცია და მკურნალობა]</b>								
2.1	მკურნალობისა და მოვლის ხარისხიანი სერვისების შეუფერხებელი მიწოდება							
2.1.1	კლინიკური მოვლის აუცილებელი სერვისების მიწოდება ყველა აივინფიცირებულისათვის							
C18	ახლად დიაგნოსტირებული პირების პროცენტული წილი, რომლებიც დარეგისტრირებული არიან მოვლის სერვისების მისაღებად	91%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	>90%	>90%	>90%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C19	პაციენტების რაოდენობა, რომლებიც ამბულატორიულ სერვისებს იღებენ	2790	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	3450	3900	4300	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
2.1.2	არც თერაპიის მიწოდება არსებული გაიდლაინების შესაბამისად ყველა იმ აივინფიცირებული პირისთვის, ვისაც ეს თერაპია ესაჭიროება, მათ შორის აფხაზეთის რეგიონში.							
C20	ეროვნული სამკურნალო პროტოკოლის შესაბამისად არც თერაპიაზე მყოფი მოზრდილებისა და ბავშვების რაოდენობა საანგარიშო პერიოდის ბოლოს	2541	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	3800	4300	4800	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C21	ეროვნული სამკურნალო პროტოკოლის შესაბამისად არც თერაპიაზე მყოფი მოზრდილებისა და ბავშვების რაოდენობა საანგარიშო პერიოდის ბოლოს, საქართველოს კონფლიქტური რეგიონის გამოკლებით.	2228	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	3300	3700	4100	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C22	ეროვნული სამკურნალო პროტოკოლის შესაბამისად არც თერაპიაზე მყოფი მოზრდილებისა და ბავშვების რაოდენობა საანგარიშო პერიოდის ბოლოს საქართველოს კონფლიქტურ რეგიონში.	313	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	500	600	700	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C23	პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც კლინიკაში იღებენ სამკურნალო რეჟიმის დაცვის მონიტორინგს და მხარდაჭერის სერვისებს	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	3100	3500	3900	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C24	მობილური ჯგუფების მიერ განხორციელებული სამკურნალო რეჟიმის დაცვის მონიტორინგის და მხარდაჭერის ვიზიტების რაოდენობა	4228	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	4200	4400	4600	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
2.1.3	პროგრამის ეფექტიანი ადმინისტრირება და მომსახურების მიწოდების ხარისხი							
C25	არც თერაპიაზე მყოფი ადამიანების პროცენტული წილი, რომლებმაც 12 თვის თერაპიის შემდეგ ტესტირება ჩაიტარეს ვირუსულ დატვირთვაზე და რომელთა ვირუსული დატვირთვის დონე არის $\leq 1000$ ერთეული/მლ	82%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	83%	84%	85%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C26	ნარკოტიკების ინიექციური მოხმარების ანაშნების მქონე არც თერაპიაზე მყოფი პირების პროცენტული წილი, რომლებმაც 12 თვის თერაპიის შემდეგ ტესტირება ჩაიტარეს ვირუსულ დატვირთვაზე და რომელთა ვირუსული დატვირთვის დონე არის $\leq 1000$ ერთეული/მლ	71%	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	73%	75%	77%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C27	აივინფექციასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა	504	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	522	540	556	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C28	სამედიცინო დაწესებულებების პროცენტული რაოდენობა, რომლებშიც არც მედიკამენტების წყვეტას ადგილი არ ჰქონია	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	100%	100%	100%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
2.2	ტუბერკულოზთან და ვირუსულ C ჰეპატიტთან კოინფექციის და ნარკოტიკების ინიექციური მოხმარების მიზეზით							

	გამოწვეული ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირება								
2.2.1	აივ/ტუბერკულოზის ერთობლივი აქტივობების გამოღერება								
C29	აივინფიცირებულთა შორის ტუბერკულოზით დაავადებულთა პროცენტული წილი, ვისაც ორივე დაავადებაზე - ტუბერკულოზსა და აივ ინფექციაზე ჩაუტარდა მკურნალობა	88%	2013	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	>90%	>90%	>90%	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	
C30	აივ მოვლის სერვისების მისაღებად ახლადრეგისტრირებული მოზრდილების და ბავშვების რაოდენობა, რომლებიც ასევე იწყებენ იზონიაზიდით პრევენციულ მკურნალობას საანგარიშო პერიოდში	92	2013	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	150	200	250	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	
2.2.2	ყველა აივინფიცირებულსთვის ვირუსული ჰეპატიტის მკურნალობის (დაფინანსებული ვირუსული C ჰეპატიტის პროგრამით) უზრუნველყოფა								
C31	აივინფიცირებული პაციენტების რაოდენობა, რომლებიც C ჰეპატიტის მკურნალობას გადიან	136	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	150	150	150	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	
2.3	მოვლისა და მხარდაჭერის სერვისების მიწოდების უზრუნველყოფა აივინფიცირებულსთვის								
2.3.1	თანასწორი ურთიერთდახმარების პრინციპებზე დაფუძნებული სერვისების ფუნქციონირების უზრუნველყოფა								
C32	აივინფიცირებულების რაოდენობა, რომლებიც მოცული იქნა მხარდაჭერის სერვისებით	848	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	1018	1222	1466	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	
2.3.2	ქრონიკულად დაავადებული პაციენტებისთვის პალიატიური მზრუნველობის გაწევა								
C33	პალიატიური ზრუნვის მობილური ჯგუფების მიერ განხორციელებული ვიზიტების რაოდენობა	1461	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	1500	1500	1500	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	
3	[ხელმძღვანელობა და პოლიტიკის შემუშავება]								
3.1	აივპრევენციისა და მკურნალობისთვის სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ადეკვატური ასიგნებების უზრუნველყოფა ეროვნული პასუხის გაგრძელებისა და გაფართოების მიზნით								
3.1.2	ეროვნული გარდამავალი გეგმის (გარე დაფინანსებიდან სახელმწიფო დაფინანსებაზე გადასვლა) შემუშავება მთავარი დაინტერესებული მხარეების, მათ შორის, მაღალი რისკის ჯგუფების წარმომადგენლების მონაწილეობით								
C34	აივპროგრამის დონორის დაფინანსებიდან ადელოზორიკ დაფინანსებაზე გადასვლის გარდამავალი გეგმა	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის		1		შემუშავებული დოკუმენტი დამტკიცების რეგისტრაცია	
3.2	გაუმჯობესებული პოლიტიკური გარემო და დაინტერესებულ მხარეთა კოორდინაცია								
3.2.1	აივ-თან დაკავშირებული კანონმდებლობის რეგულარული რევიზია და ანალიზი								
C35	გადასინჯული კანონმდებლობის ანგარიშების რაოდენობა	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	შემუშავებული დოკუმენტი დამტკიცების რეგისტრაცია	1		1	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	
3.2.2	სამოქმედო პოლიტიკის, რეგულაციების და გაიდლაინების შემუშავება და განახლებული კანონმდებლობის მიღება აივსერვისების ხელმისაწვდომობის გაუმჯობესების მიზნით								
C36	შემუშავებული სამოქმედო პოლიტიკის, რეგულაციების და გაიდლაინების რაოდენობა	განსასაზღვრია	განსასაზღვრია	განსასაზღვრია	განსასაზღვრია	განსასაზღვრია	განსასაზღვრია	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	
3.2.4	მედიის უფრო აქტიურად გამოყენება სტიგმის აღმოფხვრის, ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების და სხვა სერვისების პოპულარიზების და ზოგადი ცნობიერების ამაღლების მიზნით (მედია გამპანიები CBO/CSO/NSA-ის მიერ)								

C37	სტიგმის აღმოფხვრაზე, ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების და სხვა სერვისების პოპულარიზაციაზე და ცნობიერების ამაღლებაზე ფოკუსირებული მედია-კამპანიების რაოდენობა	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	1	1	1	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
3.2.5	სტიგმის შემცირებისაკენ მიმართული აქტივობების შემუშავება და განხორციელება აივინფიცირებულთა ორგანიზაციებისა და მაღალი რისკის ჯგუფების ქსელების მიერ							
C38	15-49 წლის ასაკის ქალებისა და მამაკაცების პროცენტული წილი, რომლებიც მისაღებ მიდგომებს გამოხატავენ	განსასაზღვრია	განსასაზღვრია	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	განსასაზღვრია	განსასაზღვრია	განსასაზღვრია	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C39	სტიგმის დონე ჯანდაცვის მუშაკებს შორის	განსასაზღვრია	განსასაზღვრია	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	განსასაზღვრია	განსასაზღვრია	განსასაზღვრია	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
3.3	ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესისთვის მტკიცებულებების მფარვეობა							
3.3.1	ეპიდემიოლოგიური ანალიზი რუტინული ზედამხედველობის მონაცემებსა და მონაცემთა დამატებით წყაროებზე დაყრდნობით, აივ/შიდსზე მოვლისა და მხარდაჭერის სერვისების შეფასება, პროგრამის მონიტორინგის სისტემის შეფასება და რევიზია							
C40	ეპიდემიოლოგიური ანალიზი რუტინული ზედამხედველობის მონაცემებსა და მონაცემთა დამატებით წყაროებზე (მაგ., უსაფრთხო სისხლის მონაცემთა ბაზაზე) დაყრდნობით	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	1	1	1	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C41	აივ/შიდსის მოვლისა და მკურნალობის სერვისების შეფასება	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	1	1	1	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C42	პროგრამის მონიტორინგის სისტემის შეფასება და რევიზია	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	1	1	1	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C43	მონაცემთა ბაზებს შორის კავშირების დამყარება მოვლის სერვისებით სარგებლობის მხარდასაჭერად	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	1	1	1	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C44	მონაწილეობითი ხარისხობრივი შეფასება მაღალი რისკის ჯგუფებში (ყოველწლიურად)	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	1	1	1	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
3.3.2	ბიომედიკალინური ინტეგრირებული კვლევები მაღალი რისკის ჯგუფებს შორის პოპულაციების სავარაუდო ზომის ასახვით: ინმ-ები, ქალი სქესმუშაკები, მსმ-ები, პატიმრები, ქუჩის ბავშვები და სარისკო ქცევის მქონე ახალგაზრდები; აივ მოწყვლადობის საბაზისო კვლევა შრომით მიგრანტებს შორის							
C45	ჩატარებული კვლევების რაოდენობა (ინმ-ებს შორის)	1	2012	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები		1		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C46	ჩატარებული კვლევების რაოდენობა (ქალი სქესმუშაკებს შორის)	1	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	1		1	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C47	ჩატარებული კვლევების რაოდენობა (მსმ-ებს შორის)	1	2014	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები		1		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
C48	ჩატარებული კვლევების რაოდენობა (პატიმრებს შორის)	1	2012	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები		1		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
3.3.3	აივ-ის ინციდენტობის შეფასების კვლევები ინფექციის ტესტირების მიმდინარე ალგორითმით (RITA)							
C46	ჩატარებული კვლევების რაოდენობა (აივ-ის ინციდენტობის შეფასების კვლევები RITA-ს გამოყენებით)	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	1	1	1	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
3.3.4	ოპერაციული კვლევები პაციენტების მიერ აივ მოვლის სერვისებით სარგებლობის შესაფასებლად, ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისების (ინმ-ებისთვის, მსმ-ებისთვის) და ოპიოდ-ჩანაცვლებითი თერაპიის (ინმ-ებისთვის) ხელმისაწვდომობაში ბარიერების გამოსავლენად და სამედიცინო დაწესებულებებში სტიგმასთან დაკავშირებული ძირითადი ფაქტორების გამოსავლენად; რეკომენდაციების შემუშავება მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ინტერვენციებისთვის; სამედიცინო სერვისების უტილიზაციის და პაციენტთა კმაყოფილების შეფასება აივ/შიდსით ინფიცირებულთა შორის							
C47	ჩატარებული საოპერაციო კვლევების რაოდენობა	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები	5	2	1	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები
3.3.5	ცალკეული პრევენციული და სამკურნალო ინტერვენციების ეკონომიკური შეფასება და (ქვეყნის შევლის კომუნიკაციის) ინტერვენციების ეფექტიანობის შეფასება							
C48	ჩატარებული კვლევების რაოდენობა	მონაცემი არ არის	მონაცემი არ არის	რუტინული მონიტორინგის მონაცემები		2		რუტინული მონიტორინგის მონაცემები

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

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

№	სტრატეგიული პრიორიტეტი/განხორციელების სფერო	სულ აშშ დოლარი				მთავრობა				სხვა			
		2016	2017	2018	სულ	2016	2017	2018	სულ	2016	2017	2018	სულ აშშ დ
<b>1</b>	<b>[აივ/შიდსის პრევენცია და გამოვლენა]</b>												
<b>1.1</b>	<b>აივინფექციის გადაცემის პრევენცია, აივინფექციის გამოვლენა და მოვლისა და მკურნალობის სერვისების დროული უზრუნველყოფა მაღალი რისკის ჯგუფებს შორის</b>	<b>7,197,121</b>	<b>8,530,010</b>	<b>9,734,163</b>	<b>25,461,295</b>	<b>2,190,958</b>	<b>3,238,611</b>	<b>3,833,859</b>	<b>9,263,428</b>	<b>5,006,163</b>	<b>5,291,400</b>	<b>5,900,304</b>	<b>16,197,867</b>
1.1.1	აივინფექციის პრევენცია და გამოვლენა ინმ-ებში	1,787,056	1,842,815	1,982,072	5,611,944	0	0	56,585	56,585	1,787,056	1,842,815	1,925,487	5,555,359
1.1.2	ოპიოდ- ჩანაცვლებითი თერაპია და მკურნალობისა და რეაბილიტაციის სხვა ფორმები	4,450,684	5,604,043	6,558,939	16,613,667	2,190,958	3,230,709	3,763,323	9,184,990	2,259,726	2,373,334	2,795,617	7,428,677
1.1.3	აივინფექციის პრევენცია და გამოვლენა მსმ-ებში	513,837	653,025	748,216	1,915,077	0	0	5,783	5,783	513,837	653,025	742,433	1,909,294
1.1.4	აივინფექციის პრევენცია და გამოვლენა სექსუალურ კავშირებში	256,486	278,127	304,850	839,463	0	0	8,169	8,169	256,486	278,127	296,681	831,294
1.1.5	აივინფექციის პრევენცია და გამოვლენა პატიმრებში	85,269	98,320	89,864	273,453	0	7,902	0	7,902	85,269	90,418	89,864	265,551
1.1.6	სერვისების ხარისხის გაუმჯობესება	103,789	53,680	50,222	207,691	0	0	0	0	103,789	53,680	50,222	207,691
<b>1.2</b>	<b>აივინფექციის პრევენცია და გამოვლენა უანდაცვის დაწესებულებებში</b>	<b>1,582,077</b>	<b>1,671,907</b>	<b>1,796,945</b>	<b>5,050,930</b>	<b>1,524,317</b>	<b>1,660,462</b>	<b>1,785,042</b>	<b>4,969,820</b>	<b>57,760</b>	<b>11,446</b>	<b>11,904</b>	<b>81,109</b>
1.2.1	პროვაიდერის მიერ ინიცირებული აივინფექციის გაპოპულარიზაცია	370,328	414,317	473,433	1,258,078	349,435	402,871	461,530	1,213,835	20,893	11,446	11,904	44,242
1.2.2	დონორის სისხლის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა	467,271	490,634	510,260	1,468,165	467,271	490,634	510,260	1,468,165	0	0	0	0
1.2.3	აივინფექციის ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა	1,753	1,841	1,914	5,509	1,753	1,841	1,914	5,509	0	0	0	0
1.2.4	აივინფექციის დედიდან შვილზე გადაცემის პრევენცია	150,416	169,860	189,054	509,330	113,549	169,860	189,054	472,463	36,867	0	0	36,867
1.2.5	აივ/შიდსის ეროვნული პროგრამის კომპონენტის - „აივ/შიდსის ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება რისკის ჯგუფებისთვის“ - სახელმწიფო კოორდინაცია	592,309	595,256	622,284	1,809,849	592,309	595,256	622,284	1,809,849	0	0	0	0
<b>2</b>	<b>[აივ ინფიცირებულ პირებზე მოვლა და შიდსით დაავადებულთა მკურნალობა]</b>												
<b>2.1</b>	<b>მკურნალობისა და მოვლის ხარისხიანი სერვისების შეუფერხებელი მიწოდების უზრუნველყოფა</b>	<b>5,483,516</b>	<b>10,857,863</b>	<b>7,513,974</b>	<b>23,855,354</b>	<b>2,751,613</b>	<b>9,747,640</b>	<b>7,008,657</b>	<b>19,507,908</b>	<b>2,731,904</b>	<b>1,110,224</b>	<b>505,317</b>	<b>4,347,446</b>
2.1.1	ყველა აივინფიცირებულისათვის აუცილებელი კლინიკური სერვისების მიწოდება	3,204,906	3,710,230	4,278,715	11,193,851	2,129,280	3,415,866	4,278,715	9,823,860	1,075,626	294,364	0	1,369,990
2.1.2	ყველა აივინფიცირებულისათვის არე მკურნალობის უზრუნველყოფა არსებული გაიდლაინების შესაბამისად, მათ შორის აფხაზეთის	1,876,546	2,183,496	2,503,248	6,563,291	572,371	1,737,344	2,382,427	4,692,141	1,304,176	446,152	120,821	1,871,149

	რეგიონში												
2.1.3	პროგრამის ეფექტური ადმინისტრირება და სერვისების მიწოდების ხარისხი	402,064	422,167	439,054	1,263,286	49,962	52,460	54,558	156,980	352,103	369,708	384,496	1,106,306
2.1.4	ინფრასტრუქტურისათვის საჭირო ინვესტიციები	0	4,541,970	292,957	4,834,927	0	4,541,970	292,957	4,834,927	0	0	0	0
<b>2.2</b>	<b>ტურერკულოზთან და ვირუსულ C ჰეპატიტთან კოინფექციის და ნარკოტიკების ინექციური გამოყენების მიზნით ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირება</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
2.2.1	აივ და ტურერკულოზის ერთობლივი აქტივობების გაძლიერება (დაფინანსებული ტურერკულოზის პროგრამის მიერ)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.2.2	ყველა აივინფიცირებული პირისათვის ვირუსული C ჰეპატიტის მკურნალობისა და მოვლის ხელმისაწვდომობა (დაფინანსებული C ჰეპატიტის პროგრამის მიერ)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>2.3</b>	<b>მოვლისა და მხარდაჭერის სერვისების მიწოდების უზრუნველყოფა აივ ინფიცირებულებისათვის</b>	<b>221,855</b>	<b>227,511</b>	<b>241,032</b>	<b>690,397</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>221,855</b>	<b>227,511</b>	<b>241,032</b>	<b>690,397</b>
2.3.1	თანასწორ-მხარდაჭერი სერვისების მუშაობის უზრუნველყოფა	149,767	149,959	158,685	458,410	0	0	0	0	149,767	149,959	158,685	458,410
2.3.2	ქრონიკული პაციენტებისთვის პალიატიური მოვლის უზრუნველყოფა	69,874	73,367	76,302	219,543	0	0	0	0	69,874	73,367	76,302	219,543
2.3.3	აივინფიცირებული პირების აივ და სხვა სამედიცინო და მხარდაჭერი სერვისებით ეფექტური უზრუნველყოფა	2,214	4,185	6,045	12,444	0	0	0	0	2,214	4,185	6,045	12,444
<b>3</b>	<b>[ხელმძღვანელობა და პოლიტიკის შემუშავება]</b>									<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
<b>3.1</b>	<b>აივ პრევენციისა და მკურნალობისთვის ადეკვატური ასიგნებების უზრუნველყოფა სახელმწიფო ხიუჯტიდან ეროვნული ბასუბის გაგრძელებისა და გაფართოების მიზნით</b>	<b>37,662</b>	<b>43,106</b>	<b>28,231</b>	<b>108,999</b>	<b>25,399</b>	<b>26,669</b>	<b>27,735</b>	<b>79,803</b>	<b>12,263</b>	<b>16,437</b>	<b>496</b>	<b>29,196</b>
3.1.1	აივ-თან დაკავშირებული დანახარჯების მუდმივი მონიტორინგი ჯანდაცვის ეროვნული ანაგარიშების ანალოზის გზით	25,399	26,669	27,735	79,803	25,399	26,669	27,735	79,803	0	0	0	0
3.1.2	ეროვნული გარდამავალი გემის განვითარება (გარე დაფინანსებიდან სახელმწიფო დაფინანსებაზე გადასვლა) ძირითადი დაინტერესებული მხარეების, მათ შორის რისკ-ჯგუფების წარმომადგენლების მონაწილეობით	12,263	16,437	496	29,196	0	0	0	0	12,263	16,437	496	29,196
<b>3.2</b>	<b>პოლიტიკური გარემოს და დაინტერესებულ მხარეთა კოორდინაციის გაუმჯობესება</b>	<b>268,796</b>	<b>290,820</b>	<b>299,973</b>	<b>859,589</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>268,796</b>	<b>290,820</b>	<b>299,973</b>	<b>859,589</b>
3.2.1	აივ-თან დაკავშირებული კანონმდებლობის რეგულარული რევიზია და ანალიზი	9,084	9,538	9,920	28,542	0	0	0	0	9,084	9,538	9,920	28,542
3.2.2	საოპერაციო პოლიტიკის, რეგულაციების და გაილაინების შემუშავება შესწორებული კანონმდებლობის განხორციელების ხელშეწყობად, რათა მოგვარდეს საკითხები, რომლებიც აივ სერვისების ხელმისაწვდომობაზე მოქმედებს	4,542	4,769	4,960	14,271	0	0	0	0	4,542	4,769	4,960	14,271
3.2.3	სამოქალაქო სექტორისა და ადვოკატებისა და ადამიანის უფლებათა დამცავი ორგანიზაციების მჭიდრო	454	477	496	1,427	0	0	0	0	454	477	496	1,427

	თანამშრომლობა დისკრიმინაციის საკითხთან დაკავშირებით: ერთობლივი გეგმების განვითარება												
3.2.4	მედის უფრო აქტიურად გამოყენება სტიგმის აღმოფხვრის, ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების და სხვა სერვისების პოპულარიზების და ზოგადი ცნობიერების ამაღლების მიზნით (მედია კამპანიები CBO/CSO/NSA-ის მიერ)	27,638	45,712	47,540	120,889	0	0	0	0	27,638	45,712	47,540	120,889
3.2.5	სტიგმის შემცირებისაკენ მიმართული აქტივობების შემუშავება და განხორციელება ავიციფიციტურულთა ორგანიზაციებისა და მაღალი რისკის ჯგუფების ქსელების მიერ	58,144	64,628	67,214	189,986	0	0	0	0	58,144	64,628	67,214	189,986
3.2.6	ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოს როლის შემდგომი გაძლიერება და ეროვნული პასუხის მხარდაჭერა	68,961	72,409	75,305	216,675	0	0	0	0	68,961	72,409	75,305	216,675
3.2.7	რისკ-ჯგუფების ეროვნული ქსელების მიერ თემატური პოლიტიკის განვითარების და ადვოკატირების აქტივობების მხარდაჭერა (ნარკოპოლიტიკა, ლაბტ უფლებები და სხვ.)	95,431	90,902	94,539	280,872	0	0	0	0	95,431	90,902	94,539	280,872
3.2.8	შიდსის ეროვნული კონფერენცია	4,542	2,385	0	6,927	0	0	0	0	4,542	2,385	0	6,927
<b>3.3</b>	<b>ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესისთვის მტკიცებულებების მოგროვება</b>	<b>435,146</b>	<b>448,221</b>	<b>297,406</b>	<b>1,180,774</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>91,613</b>	<b>91,613</b>	<b>435,146</b>	<b>448,221</b>	<b>205,793</b>	<b>1,089,161</b>
3.3.1	ეპიდემიოლოგიური ანალიზი რუტინული ზედამხედველობის მონაცემებსა და მონაცემთა დამატებით წყაროებზე დაყრდნობით, აივ/შიდსზე ზრუნვისა და მხარდაჭერის სერვისების შეფასება, პროგრამის მონიტორინგის სისტემის შეფასება და რევიზია	89,259	103,641	56,998	249,899	0	0	0	0	89,259	103,641	56,998	249,899
3.3.2	ბიომიპევიორისტული ინტერვიუებული კვლევები მაღალი რისკის ჯგუფებს შორის პოპულაციების სავარაუდო ზომის სახეობით: ინმ-ები, ქალი სექსუალური კავშირები, მსმ-ები, პატიმრები, ქუჩის ბავშვები და სარისკო ქცევის მქონე ახალგაზრდები; აივ მოწყვლადობის საბაზისო კვლევა მრთობითი მონაცემების შორის	265,949	293,937	190,810	750,696	0	0	91,613	91,613	265,949	293,937	99,197	659,082
3.3.3	აივ-ის ინციდენტობის შეფასების კვლევები ინფექციის ტესტირების მიმდინარე ალგორითმით (RITA)	22,710	0	24,799	47,509	0	0	0	0	22,710	0	24,799	47,509
3.3.4	ოპერაციული კვლევები: პაციენტების მიერ აივ ზრუნვის სერვისებით სარგებლობის შესაფასებლად; ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების სერვისების (ინმ., მსმ) და ოპოიდ-ჩანაცვლებითი თერაპიის (ინმ) ხელმისაწვდომობაში ბარიერების გამოსავლენად; სამედიცინო დაწესებულებებში სტიგმასთან დაკავშირებული ძირითადი ფაქტორების გამოსავლენად; რეკომენდაციების შემუშავება მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ინტერვენციებისთვის; სამედიცინო სერვისების უტილიზაციის და პაციენტთა კმაყოფილების შეფასება აივ/შიდსით ინფიცირებულთა შორის	57,229	14,307	24,799	96,335	0	0	0	0	57,229	14,307	24,799	96,335
3.3.5	ვალკუული პრევენციული და სამკურნალო ინტერვენციების ეკონომიკური შეფასება და ინტერვენციების ეფექტიანობის (ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის) შეფასება	0	36,336	0	36,336	0	0	0	0	0	36,336	0	36,336



4	დაფინანსების საერთაშორისო მექანიზმის მეშვეობით მიღებული დაფინანსების მართვა									0	0	0	
4.1	დაფინანსების საერთაშორისო მექანიზმის მეშვეობით მიღებული დაფინანსების მართვა	316,713	335,930	369,207	1,021,851	0	0	0	0	316,713	335,930	369,207	1,021,851
	სულ	15,542,886	22405368	20,280,931	58,229,189	6,492,287	14,673,382	12,746,903	33,912,572	9,050,601	7,731,989	7,534,026	24,316,616

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

##### შემოკლებების განმარტება:

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო-შჯსდ სამინისტრო

სსიპ „დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი“-დკეც

სს ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრი-იპშვიც არასამთავრობო ორგანიზაციების ქსელი-აო ქსელი

ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი-ტფდე ცენტრი

პროგრამის განმახორციელებელი ორგანიზაციები-პგო

სამედიცინო მომსახურების მომწოდებელი დაწესებულებები-სმმდ

	ამოცანები და ღონისძიებები	ინდიკატორი	საბაზისო მონ.	მოსალოდნელი შედეგი			პასუხისმგებელი უწყება	პარტნიორი ორგანიზაცია	საპროგნოზო ბიუჯეტი (აშშ დოლარი)			დაფინანსების წყარო
			2013-2014	2016	2017	2018			2016	2017	2018	
1	ამოცანა 1: აივ/შიდსის პრევენცია და გამოვლენა											
1.1	აივინფექციის გადაცემის პრევენცია, აივინფექციის გამოვლენა და მოვლისა და მკურნალობის სერვისების დროული უზრუნველყოფა მაღალი რისკის ჯგუფებს შორის								7,197,121	8,530,010	9,734,163	
1.1.1	აივინფექციის პრევენცია და გამოვლენა ინმ-ებში	ინმ-ების პროცენტული წილი, რომელიც მოცული იქნა აივპრევენციის პროგრამებით - საბაზისო სერვისების კომბინაცია	26%	57%	62%	67%	შჯსდ სამინისტრო-დკეც	აო სქელი	1,787,056	1,842,815	1,982,072	მთავრობა, გლობალური ფონდი
	ინმ-ების პროცენტული წილი, რომლებსაც საანგარიშო პერიოდში ჩაუტარდა აივ ტესტირება და ეცნობა მისი შედეგები	43%	51%	56%	60%							
	ნემსის და შპრიცის პროგრამების ფარგლებში დარიგებული ნემსებისა და შპრიცების რაოდენობა ნარკოტიკის ერთ ინიექციურ მომხმარებელზე ერთ წელიწადში	45.3	57	78	101							
1.1.2	ოპოიდ-ჩანაცვლებითი თერაპია და მკურნალობისა და რეაბილიტაციის სხვა ფორმები	ოპოიდ-ჩანაცვლებითი თერაპიაზე მყოფი ინდივიდების რაოდენობა	2,850	4,800	5,500	6,000	შჯსდ სამ-დკეც	შპს ფსიქიკური ჯანმრთ. და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი	4,450,684	5,604,043	6,558,939	მთავრობა, გლობალური ფონდი
	ოპოიდ-ჩანაცვლებითი თერაპიაზე მყოფი ინდივიდების პროცენტული წილი, რომლებიც ამ მკურნალობას სულ ცოტა 6 თვე იღებდნენ	-	60%	65%	70%							

1.1.3	აივინფექციის პრევენცია და გამოვლენა მსმ-ებში	მსმ-ების პროცენტული წილი, რომელიც აივპრევენციის პროგრამებით იქნა მოცული	10%	25%	35%	50%	დკვე	აო ქსელი	513,837	653,025	748,216	მთავრობა, გლობალური ფონდი	
		მსმ-ების პროცენტული წილი, რომელსაც საანგარიშო პერიოდში ჩაუტარდა აივ ტესტი და ეცნობა ტესტის შედეგები	8%	18%	25%	40%							
1.1.4	აივინფექციის პრევენცია და გამოვლენა სექსუალური ქალებში	სექსუალური პროცენტული წილი, რომელიც აივპრევენციის პროგრამებით იქნა მოცული	26%	40%	50%	60%	დკვე	აო ქსელი	256,486	278,127	304,850	მთავრობა, გლობალური ფონდი	
		სექსუალური პროცენტული წილი, რომელსაც საანგარიშო პერიოდში აივ ტესტირება ჩაუტარდა და ეცნობა შედეგები	20%	30%	40%	50%							
1.1.5	აივინფექციის პრევენცია და გამოვლენა პატიმრებში	პატიმრების პროცენტული წილი, რომელსაც საანგარიშო პერიოდში ჩაუტარდა აივ ტესტირება და ეცნობა შედეგები	50%	55%	60%	65%	საქართველოს სასჯელაღსრულების და პრობაციის სამინისტრო- დკვე	აო ქსელი	85,269	98,320	89,864	მთავრობა, გლობალური ფონდი	
1.1.6	სერვისების ხარისხის გაუმჯობესება	შპრებისა და ნემსების გაცვლის, მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის პროგრამების მომსახურების პროტოკოლების გადახედვა,											
		ნიმ-ების სქესობრივი პარტნიორების პროგრამაში მოზიდვის სტრატეგიის შემუშავება											
		შემთხვევათა მართვის პროტოკოლის შემუშავება											
		კსმ და მსმ და მათი პარტნიორების პროგრამაში მოზიდვის სტრატეგიის შემუშავება და ეფექტიანობის შეფასება;											
		ქალი ბენეფიციარებისათვის მომსახურების კონფორტული და მხადამჭერი გარემოს შექმნა (ცალკე შესასვლელის და ტუალეტების მოწყობა)						გარემო ადაპტირებულია ქალი ბენეფიციარებისათვის					
		ნიმ-ების მხრიდან აივ კონსულტირების და ტესტირების მომსახურების მიღების ინტერესის გაზრდის სტრატეგიის შემუშავება											
1.2	აივინფექციის პრევენცია და გამოვლენა ჯანდაცვის დაწესებულებებში								1,582,077	1,671,907	1,796,945		
1.2.1	პროვაიდერის მიერ ინიცირებული აივ ტესტირების გაძლიერება	ადამიანების რაოდენობა, რომელსაც ჩაუტარდა აივინფექციაზე პროვაიდერის მიერ ინიცირებული ტესტირება და ეცნობა შედეგები	განსასაზღვრია	23000	25000	28000	დკვე; იპსიკ	სმმდ	370,328	414,317	473,433	მთავრობა, გლობალური ფონდი	
1.2.2	დონორის სისხლის უსაფრთხოების უზრუნველყოფა	სისხლის ერთეულების რაოდენობა, რომელთა აივინფექციაზე ხარისხიანი სკრინინგი განხორციელდა	56456	56500	56500	56500	დკვე	სისხლის და მისი პროდუქტების დამზადების სადგურები	467,271	490,634	510,260	მთავრობა	
1.2.3	აივინფექციის ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა	ჯანდაცვის მუშაკთა %, რომელსაც ესაჭიროება ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა მკურნალობასთან ერთად	100%	100%	100%	100%	დკვე; იპსიკ	სმმდ	1,753	1,841	1,914	მთავრობა	
1.2.4	აივინფექციის დედიდან შვილზე გადაცემის პრევენცია	ოსული ქალების % რომელსაც ჩაუტარდა აივ ტესტირება და ეცნობა შედეგები.	88%	100%	100%	100%	შესდ სამინისტრო; დკვე; იპსიკ	სმმდ	150,416	169,860	189,054	მთავრობა, გლობალური ფონდი	

		აივინფიცირებული ორსული ქალების %, რომლებსაც ჩაუტარდა არც თერაპია დედიდან შვილზე ინფექციის გადაცემის რისკის შესამცირებლად	100%	100%	100%	100%						
		აივინფიცირებული ქალების ახალშობილთა %, რომლებსაც აივინფექციაზე ვირუსოლოგიური ტესტი ჩაუტარდა დაბადებიდან 2 თვის განმავლობაში	100%	100%	100%	100%						
1.2.5	აივ/შიდსის ეროვნული პროგრამის კომპონენტის - „აივ/შიდსის ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება რისკის ჯგუფებისთვის“ - სახელმწიფო კოორდინაცია	სახელმწიფო და დონორული პროგრამებით დაფინანსებული „აივ/შიდსის ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება რისკის ჯგუფებისთვის“ პროექტების კოორდინირებული დაგეგმვის და განხორციელების უზრუნველყოფა	-	-	-	-	დკვი;	იპშვიც; მორგანიზაციების ქსელი		595,256	622,284	მთავრობა
2	[აივ ინფიცირებულ პირებზე მოვლა და შიდსით დაავადებულთა მკურნალობა]											
2.1	მკურნალობის და მოვლის ხარისხიანი სერვისების შეუფერხებელი მიწოდების უზრუნველყოფა								5,483,517	10,857,863	7,513,974	
2.1.1	ყველა აივინფიცირებულისათვის აუცილებელი კლინიკური სერვისების მიწოდება	ახლად დიაგნოსტირებული პირების პროცენტული წილი, რომლებიც დარეგისტრირებული არიან მოვლის სერვისების მისაღებად  პაციენტების რაოდენობა, რომლებიც ამბულატორიულ სერვისებს იღებენ	91%	>90%	>90%	>90%	დკვი; იპშვიც	აო ქსელი	3,204,906	3,710,230	4,278,715	მთავრობა, გლობალური ფონდი
2.1.2	ყველა აივინფიცირებულისათვის არც მკურნალობის უზრუნველყოფა არსებული გაიდლაინების შესაბამისად, მათ შორის აფხაზეთის რეგიონში	ეროვნული სამკურნალო პროტოკოლის შესაბამისად არც თერაპიაზე მყოფი მოზრდილებისა და ბავშვების რაოდენობა საანგარიშო პერიოდის ბოლოს	2541	3800	4300	4800	შჯსდ სამ. იპშვიც	დკვი;	1,876,547	2,183,496	2,503,248	მთავრობა, გლობალური ფონდი
		ეროვნული სამკურნალო პროტოკოლის შესაბამისად არც თერაპიაზე მყოფი მოზრდილებისა და ბავშვების რაოდენობა საანგარიშო პერიოდის ბოლოს, საქართველოს კონფლიქტური რეგიონის გამოკლებით.	2228	3300	3700	4100						მთავრობა, გლობალური ფონდი
		ეროვნული სამკურნალო პროტოკოლის შესაბამისად არც თერაპიაზე მყოფი მოზრდილებისა და ბავშვების რაოდენობა საანგარიშო პერიოდის ბოლოს საქართველოს კონფლიქტური რეგიონში.	313	500	600	700						მთავრობა, გლობალური ფონდი
		პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც კლინიკაში იღებენ სამკურნალო რეჟიმის დაცვის მონიტორინგის და მხარდაჭერის სერვისებს	მონაცემი არ არის	3100	3500	3900						მთავრობა, გლობალური ფონდი
		მობილური ჯგუფების მიერ განხორციელებული სამკურნალო რეჟიმის დაცვის მონიტორინგის და მხარდაჭერის ვიზიტების რაოდენობა	4228	4200	4400	4600						

2.1.3	პროგრამის ეფექტური ადმინისტრირება და სერვისების მიწოდების ხარისხი	არც თერაპიაზე მყოფი ადამიანების პროცენტული წილი, რომლებმაც 12 თვის თერაპიის შემდეგ ტესტირება ჩაიტარეს ვირუსულ დატვირთვაზე და რომელთა ვირუსული დატვირთვის დონე არის ≤1000 ერთეული/მლ	82%	83%	84%	85%	შესდ სამინისტრო იპშვიც	დეკ	402,065	422,167	439,054	მთავრობა, გლობალური ფონდი	
		ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების ანამნეზის მქონე არც თერაპიაზე მყოფი პირების პროცენტული წილი, რომლებმაც 12 თვის თერაპიის შემდეგ ტესტირება ჩაიტარეს ვირუსულ დატვირთვაზე და რომელთა ვირუსული დატვირთვის დონე არის ≤1000 ერთეული/მლ	71%	73%	75%	77%						მთავრობა, გლობალური ფონდი	
		აივინფექციასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაციის რაოდენობა	504	522	540	556						მთავრობა, გლობალური ფონდი	
		სამედიცინო დაწესებულებების პროცენტული რაოდენობა, რომლებშიც არც მედიკამენტების წყვეტას ადგილი არ ჰქონია	მონაცემი არ არის	100%	100%	100%							
2.1.4	ინფრასტრუქტურისათვის საჭირო ინვესტიციები	ქ. თბილისში შიდასადავოსტიკო და სამკურნალო ცენტრის ინფრასტრუქტურის შექმნა					შესდ სამინისტრო		-	4,541,970	292,957	მთავრობა	
2.2	ტუბერკულოზთან და ვირუსულ C ჰეპატიტთან კონფექციის და ნარკოტიკების ინექციური გამოყენების მიზნით ავადობის და სიკვდილიანობის შემცირება												
2.2.1	აივ და ტუბერკულოზის ერთობლივი აქტივობების გაძლიერება (დაფინანსებული ტუბერკულოზის პროგრამის მიერ)	აივინფიცირებულთა შორის ტუბერკულოზით დაავადებულთა პროცენტული წილი, ვისაც ორივე დაავადებაზე - ტუბერკულოზსა და აივინფექციაზე ჩატარდა მკურნალობა	88%	>90%	>90%	>90%	დეკ; იპშვიც; ტფდე ცენტრი	ტუბერკულოზის და დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის დაწესებულებები რეგიონებში					მთავრობა ტუბერკულოზის მართვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში
		აივ მოვლის სერვისების მისაღებად ახლადრეგისტრირებული მიზრდილების და ბავშვების რაოდენობა, რომლებიც ასევე იწყებენ ოზონიაზიდით პრევენციულ მკურნალობას სანგარიშო პერიოდში	92	150	200	250							მთავრობა ტუბერკულოზის მართვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში
2.2.2	ყველა აივინფიცირებული პირისათვის ვირუსული C ჰეპატიტის მკურნალობისა და მოვლის ხელმისაწვდომობა (დაფინანსებული C ჰეპატიტის პროგრამის მიერ)	აივინფიცირებული პაციენტების რაოდენობა, რომლებიც C ჰეპატიტის მკურნალობას გადიან	136	150	150	150		სოციალური დაცვის სააგენტო					მთავრობა C ჰეპატიტის პროგრამის ფარგლებში
2.3	მოვლისა და მხარდაჭერის სერვისების მიწოდების უზრუნველყოფა აივინფიცირებულებისათვის										227,511	241,032	
2.3.1	თანასწორ-მხარდაჭერის სერვისების მუშაობის უზრუნველყოფა	აივინფიცირებულების რაოდენობა, რომლებიც მოცული იქნა მხარდაჭერის სერვისებით	848	1018	1222	1466	დეკ	შიდსით დაავადებულთა თვითდახმარების ცენტრები, აო	149,767	149,959	158,685	მთავრობა, გლობალური ფონდი	
2.3.2	ქრონიკული პაციენტებისთვის პალიატიური მოვლის უზრუნველყოფა	პალიატიური ზრუნვის მობილური ჯგუფების მიერ განხორციელებული ვიზიტების რაოდენობა	1461	1500	1500	1500		შიდსით დაავადებულთა თვითდახმარების ცენტრები, აო	69,874	73,367	76,302	მთავრობა, გლობალური ფონდი	
2.3.3	აივინფიცირებული პირების აივ და სხვა სამედიცინო და მხარდაჭერის სერვისებით ეფექტური უზრუნველყოფა	აივინფიცირებული პირების თვითდახმარების ცენტრების ფუნქციონირება, სემინარი აივ დადებითი სტრატეჯიის შეტყობინების მეთოდების შესახებ	4 ცენტრი	4 ცენტრი; 1 სემინარი	4 ცენტრი	4 ცენტრი		შიდსით დაავადებულთა თვითდახმარების ცენტრები, აო	2,214	4,185	6,045	მთავრობა, გლობალური ფონდი	

								ლთა თვითდახმარების ცენტრები, აო				ი ფონდი
3	<b>ხელმძღვანელობა და პოლიტიკის შემუშავება</b>											
3.1	<b>აივ პრევენციისა და მკურნალობისთვის ადეკვატური ასიგნებების უზრუნველყოფა სახელმწიფო ბიუჯეტიდან ეროვნული პასუხის გაგრძელებისა და გაფართოების მიზნით</b>							37,662	43,106	28,231		
3.1.1	აივ-თან დაკავშირებული დანახარჯების მუდმივი მონიტორინგი ჯანდაცვის ეროვნული ანაგარიშების ანალიზის გზით	ჯანდაცვის ეროვნული ანგარიშები მომზადებულია		დაიხ	დაიხ	დაიხ	შესდ სამინისტრო - დკვე	აო ქსელი	26,669	27,735	მთავრობა	
3.1.2	ეროვნული გარდამავალი გეგმის განვითარება (გარე დაფინანსებიდან სახელმწიფო დაფინანსებაზე გადასვლა) ძირითადი დაინტერესებული მხარეების, მათ შორის რისკ-ჯგუფების წარმომადგენლების მონაწილეობით	აივ პროგრამის დონორის დაფინანსებიდან ადგილობრივ დაფინანსებაზე გადასვლის გარდამავალი გეგმა	გეგმა მომზადებული არ არის		დაიხ		ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭო, შესდ სამინისტრო - დკვე	დარგობრივი სამინისტროები, აო	12,263	16,437	496	გლობალური ფონდი
3.2	<b>პოლიტიკური გარემოს და დაინტერესებულ მხარეთა კოორდინაციის გაუმჯობესება</b>							268,796	290,820	299,973		
3.2.1	აივ-თან დაკავშირებული კანონმდებლობის რეგულარული რევიზია და ანალიზი	გადასინჯული საკანონმდებლო აქტების რაოდენობა	-	განსასაზღვრია--			შესდ სამინისტრო - დკვე, ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭო	აო სქელი	9,084	9,538	9,920	გლობალური ფონდი
3.2.2	საოპერაციო პოლიტიკის, რეგულაციების და გაიდლაინების შემუშავება შესწორებული კანონმდებლობის განხორციელების ხელშეწყობად, რათა მოგვარდეს საკითხები, რომლებიც აივ სერვისების ხელმისაწვდომობაზე მოქმედებს	შემუშავებული სამოქმედო პოლიტიკის, რეგულაციების და გაიდლაინების რაოდენობა	-	განსაზღვრულია	-	-	შესდ სამინისტრო - დკვე, ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭო	აო სქელი	4,542	4,769	4,960	გლობალური ფონდი
3.2.3	სამოქალაქო სექტორისა და ადვოკატებისა და ადამიანის უფლებათა დამცავი ორგანიზაციების მჭიდრო თანამშრომლობა დისკრიმინაციის საკითხთან დაკავშირებით: ერთობლივი გეგმების განვითარება	მომზადებული გეგმების რაოდენობა	-	განსასაზღვრია	-	-	შესდ სამინისტრო - დკვე, ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭო	აო სქელი	454	477	496	გლობალური ფონდი
3.2.4	მედიის უფრო აქტიურად გამოყენება სტიგმის აღმოფხვრის, ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების და სხვა სერვისების პოპულარიზების და ზოგადი ცნობიერების ამაღლების მიზნით (მედია კამპანიები CBO/CSO/NSA-ის მიერ)	სტიგმის აღმოფხვრაზე, ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების და სხვა სერვისების პოპულარიზაციაზე და ცნობიერების ამაღლებაზე ფოკუსირებული მედია-კამპანიების რაოდენობა	-	1	1	1	შესდ სამინისტრო - დკვე, ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭო	აო ქსელი	27,638	45,712	47,540	გლობალური ფონდი, სხვა დონორები (უნდა განისაზღვროს)
3.2.5	სტიგმის შემცირებისაკენ მიმართული აქტივობების შემუშავება და განხორციელება აივინფიცირებულთა ორგანიზაციებისა და მაღალი რისკის ჯგუფების ქსელების მიერ	15-49 წლის ასაკის ქალებისა და მამაკაცების პროცენტული წილი, რომლებიც მისაღებ მიდგომებს გამოხატავენ	-	განსასაზღვრია	-	-	დკვე	აო ქსელი	58,144	64,628	67,214	გლობალური ფონდი, სხვა დონორები (უნდა განისაზღვროს)
		სტიგმის დონე ჯანდაცვის მუშაკებს შორის	-	განსასაზღვრია	-	-	დკვე	აო ქსელი				

3.2.6	ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭოს როლის შემდგომი გაძლიერება და ეროვნული პასუხის მხარდაჭერა	ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭო აკმაყოფილებს გლობალური ფონდის მოთხოვნებს	მინიმალური მოთხოვნები მიღწეულია	დაიხ	დაიხ	დაიხ	შჯღ სამინისტრო დკვე	აო ქსელი	68,961	72,409	75,305	გლობალური ფონდი, სხვა დონორები (უნდა განისაზღვროს)
3.2.7	რისკ-ჯგუფების ეროვნული ქსელების მიერ თემატური პოლიტიკის განვითარების და ადვოკატირების აქტივობების მხარდაჭერა (ნარკოპოლიტიკა, ლგბტ უფლებები, სხვ)	პოლიტიკისა და ადვოკაციის სამუშაო ჯგუფის შეხვედრები	ჯგუფი ჩამოყალიბებულია საკოორდინაციო საბჭოსთან	8	8	8	დკვე	აო ქსელი	95,431	90,902	94,539	გლობალური ფონდი, სხვა დონორები (უნდა განისაზღვროს)
3.2.8	შიდსის ეროვნული კონფერენცია	კონფერენცია ჩატარებულია		1	1		დკვე	აო ქსელი, საერთაშორისო ორგანიზაციები	4,542	2,385	-	გლობალური ფონდი, სხვა დონორები (უნდა განისაზღვროს)
<b>3.3</b>	<b>ინფორმირებული გადაწყვეტილების მიღების პროცესისთვის მტკიცებულებების მოგროვება</b>								435,146	448,221	297,406	
3.3.1	ეპიდემიოლოგიური ანალიზი რუტინული ზედამხედველობის მონაცემებსა და მონაცემთა დამატებით წყაროებზე (მაგ., უსაფრთხო სისხლის მონაცემთა ბაზაზე) დაყრდნობით	ეპიდემიოლოგიური ანალიზი რუტინული ზედამხედველობის მონაცემებსა და მონაცემთა დამატებით წყაროებზე დაყრდნობით, აივ/შიდსზე ზრუნვისა და მხარდაჭერის სერვისების შეფასება, პროგრამის მონიტორინგის სისტემის შეფასება და რევიზია	-	1	1	1	დკვე	პროგრამის განმახორციელებელი ორგანიზ.	89,259	103,641	56,998	გლობალური ფონდი
		აივ/შიდსის მოვლისა და მკურნალობის სერვისების შეფასება	-	1	1	1		იშპიკ, აო				გლობალური ფონდი
		პროგრამის მონიტორინგის სისტემის შეფასება და რევიზია	-	1	1	1		პგო				გლობალური ფონდი
		მონაცემთა ბაზებს შორის კავშირების დამყარება მოვლის სერვისებით სარგებლობის მხარდასაჭერად	-	1	1	1		პგო				გლობალური ფონდი
		მონაწილეობითი ხარისხობრივი შეფასება მაღალი რისკის ჯგუფებში (ყოველწლიურად)	-	1	1	1		აო ქსელი				გლობალური ფონდი
3.3.2	ბიობიპეიორისტული ინტეგრირებული კვლევები მაღალი რისკის ჯგუფების შორის პოპულაციების სავარაუდო ზომის ასახვით; აივ მოწყვლადობის საბაზისო კვლევა შრომით მიგრანტებს შორის	ჩატარებული კვლევების რაოდენობა (ინმ-ებს შორის)	1		1		დკვე;	აო ქსელი	265,949	293,937	190,810	მთავრობა, გლობალური ფონდი
		ჩატარებული კვლევების რაოდენობა (ქალ სექსმუშაკებს შორის)	1	1	1							
		ჩატარებული კვლევების რაოდენობა (მსმ-ებს შორის)	1		1							
		ჩატარებული კვლევების რაოდენობა (პატიმრებს შორის)	1		1							
3.3.3	აივ-ის ინციდენტობის შეფასების კვლევები ინფექციის ტესტირების მიმდინარე ალგორითმით (RITA)	ჩატარებული კვლევების რაოდენობა (აივ-ის ინციდენტობის შეფასების კვლევები RITA-ას გამოყენებით)	-	1	1	1	დკვე; სს იშპიკ ცენტრი	აო ქსელი	22,710	-	24,799	გლობალური ფონდი
3.3.4	ოპერაციული კვლევები	ჩატარებული საოპერაციო კვლევების რაოდენობა	-	5	2	1	დკვე;	აო ქსელი	57,229	14,307	24,799	გლობალური ფონდი, სხვა დონორები (უნდა განისაზღვროს)
3.3.5	ცალკეული პრევენციული და სამკურნალო ინტერვენციების ეკონომიკური შეფასება და ინტერვენციების ეფექტიანობის (ქცევის შეცვლის კომუნიკაციის) შეფასება	ჩატარებული კვლევების რაოდენობა	-		2		დკვე;	პგო	-	36,336	-	გლობალური ფონდი

4	დაფინანსების საერთაშორისო მექანიზმის მეშვეობით მიღებული დაფინანსების მართვა												
4.1	დაფინანსების საერთაშორისო მექანიზმის მეშვეობით მიღებული დაფინანსების მართვა	გლობალური ფონდის დაფინანსების ძირითადი მიმღები ფუნქციონირებს ევექტურად	ძირითადი მიმღების საქმიანობა შეფასებულია გლობალური ფონდის კრიტერიუმებით A(-)ით	ძირითადი მიმღების ინარჩუნებას მაღალ შეფასებას				დკმ:	პგო	316,713	335,930	369,207	გლობალური ფონდი
	სულ									15,542,888	22,405,368	20,280,931	

## გამოყენებული ლიტერატურა

1. Georgia. Country progress report, January 2012 - December 2013. Global AIDS Response Progress Report. National Centre for Disease Control and Public Health. Tbilisi; 2014
2. Spectrum EPP 2014, version 5.03
3. The Integrated Bio-behavioural Surveillance Studies (IBBSS) in Tbilisi, 2012
4. Tsertsvadze T, Chkhartishvili N, Dvali N, Karchava M, Chokoshvili O, Tavadze L, et al. Estimating HIV incidence in eastern European country of Georgia: 2010-2012. *Int J STD AIDS* 2014;25:913-920.
5. 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
6. Chkhartishvili N, Sharavdze L, Chokoshvili O, DeHovitz JA, del Rio C, Tsertsvadze T. The cascade of care in the Eastern European country of Georgia. *HIV Med* 2015;16:62-66.
7. საქართველო. აივ/შიდსის გავრცელებაზე გლობალური პასუხისპროგრესის ეროვნული ანგარიში.
8. Population Size Estimation of Men Who Have Sex with Men in Georgia, 2014. Curatio International Foundation, Tanadgoma. August, 2014. <http://www.curatiofoundation.org/uploads/other/0/255.pdf>.
9. HIV risk and prevention behaviors among Female Sex Workers in two cities of Georgia Bio-behavioral surveillance survey in Tbilisi and Batumi. Curatio International Foundation, Tanadgoma. August, 2014. <http://www.curatiofoundation.org/uploads/other/0/292.pdf>
10. HIV risk and prevention behaviours among Prison Inmates in Georgia Bio-behavioural surveillance survey in 2012. Curatio International Foundation, Tanadgoma. February, 2013. <http://new.tanadgomaweb.ge/upfiles/dflitcontent/3/124.pdf>.
11. HIV risk and prevention behavior among Men who have Sex with Men in Tbilisi, Georgia. Bio-behavioral surveillance survey in 2012. Curatio International Foundation, Tanadgoma. February, 2013. <http://new.tanadgomaweb.ge/upfiles/dflitcontent/3/123.pdf>.
12. მონაცემები მიუთითებს, რომ აივ ინფიცირებულთა ნახევარზე მეტი დაინფიცირდა საქართველოს ფარგლებს გარეთ (პოლიტიკის კვლევა; აივ ინფექცია და მიგრაცია საქართველოში. World Vision, საქართველო, 2011 წლის სექტემბერი).
13. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The Gap Report. Geneva: UNAIDS; 2014.
14. Chkhartishvili N, Chokoshvili O, Sharvadze L, DeHovitz JA, del Rio C, Tsertsvadze T. Trends in Cascade of Care in the Eastern European Country of Georgia: 2008-2012. [Paper #997]. Paper presented at: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI 2014), 2014; Boston.
15. World Health Organization. *Global tuberculosis report 2014*. Geneva: World Health Organization; 2014.
16. Chkhartishvili N, Sharvadze L, Chokoshvili O, et al. Mortality and causes of death among HIV-infected individuals in the country of Georgia: 1989-2012. *AIDS Res Hum Retroviruses*. Jun 2014;30(6):560-566.
17. Badridze N, Chkhartishvili N, Abutidze A, Gatsrelia L, Sharvadze L. Prevalence of hepatitis B and C among HIV positive patients in Georgia and its associated risk factors. *Georgian Med News*. Dec 2008(165):54-60..
18. Chkhartishvili N, Sharvadze L, Chokoshvili O, et al. Mortality and causes of death among HIV-infected individuals in the country of Georgia: 1989-2012. *AIDS Res Hum Retroviruses*. Jun 2014;30(6):560-566
19. Ministry of Labor, Health and Social Affairs, Universal Health Program Implementation Report, 2013, Tbilisi, Georgia

20. საქართველოს 2014-2020 წლების ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის სახელმწიფო კონცეფცია „საყოველთაო ჯანდაცვა და ხარისხის მართვა პაციენტთა უფლებების დასაცავად“, დამტკიცებული 2014 წლის 26 დეკემბერს.

21. The Georgian Healthcare System State Concept 2014 – 2020 “Universal Healthcare and Quality Management for Protection of Patients’ Rights”, Government of Georgia Ordinance No 724, December 26, 2014. Accessed 29/12/2014 at <https://matsne.gov.ge/ka/document/download/2657250/0/ge/pdf>.

22. Government of Georgia Ordinance No 400, June 17, 2014. Accessed 29/12/2014 at [http://www.government.gov.ge/files/382\\_42948\\_789793\\_400170614.pdf](http://www.government.gov.ge/files/382_42948_789793_400170614.pdf).