



ეჭვქვეშ აქვთ ჩადებული ანგარიშები

სახელმწიფო აუდიტის სამსახური



სახელმწიფო აუდიტის სამსახური

„ვამტკიცებ“

ეფექტიანობის აუდიტის დეპარტამენტის უფროსი
გიორგი კაპანაძე

31 დეკემბერი 2020 წელი

N 48/36

ეგზ. N2

ტუბერკულოზის პრევენცია და
მკურნალობა

საჩივრი

გამოყენებული ტერმინები და შემოკლებები	4
შემაჯამებელი მიმოხილვა და რეკომენდაციები	5
1. შესავალი	9
1.1 აუდიტის მოტივაცია.....	9
1.2 აუდიტის მიზანი და ძირითადი კითხვები	11
1.3 შეფასების კრიტერიუმები	12
1.4 აუდიტის მასშტაბი და მეთოდოლოგია	14
2. აუდიტის სფეროს ზოგადი დახასიათება	16
2.1 დაავადების აღწერა.....	16
2.2 საქართველოს მდგომარეობის აღწერა	17
აუდიტის მიგნებები	24
3. ტუბერკულოზის პრევენცია	24
3.1 ეპიდემიოლოგიის მექანიზმები.....	24
3.1.1 ეპიდემიოლოგიის სისტემის კონტროლის მექანიზმები	25
3.1.2 გამოკვლეული კონტაქტების რაოდენობა	26
3.1.3 ეპიდემიოლოგიის პროდუქტიულობა.....	27
3.2 ლატენტური ტუბერკულოზის პრევენციული მკურნალობა.....	28
3.3 უცხოელ ვიზიტორებთან, მიგრანტებთან დაკავშირებული ტუბერკულოზის პრევენცია	30
4. მკურნალობის დამხმარე მექანიზმები.....	34
4.1 შეწყვეტილი მკურნალობის ფინანსური გავლენის შეფასება.....	34
4.2 პაციენტის მკურნალობაზე დამყოლობის მექანიზმები.....	37
4.3 არანებაყოფლობითი იზოლაციის მექანიზმი	39
ბიბლიოგრაფია.....	43

გამოყენებული ტერმინები და შემოკლება

სამინისტრო – საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

სააგენტო – სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტო.

ცენტრი – სსიპ – დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრი – სს „ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი“.

სჯდ – მუნიციპალური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახური.

ჯანმო – ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია.

ეპიდემიოლოგი – მუნიციპალური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრის სპეციალისტი, რომელიც ჩართულია ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთან კონტაქტში მყოფი პირების გამოვლენაში.

ფთიზიატრი – ფილტვის ტუბერკულოზის მკურნალი ექიმი.

ეპიდკვლევა – ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთან კონტაქტში მყოფი პირების მოძიება მათი შეფასებისა და შემდგომი გამოკვლევისთვის.

ინდექს-პაციენტი – პირველადად გამოვლენილი ახალი ან წარსულში ნამკურნალები, ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტი, რომელთანაც ოჯახური ან მსგავსი თანაარსებობის პირობებში, არსებობს სხვა პირების კონტაქტის რისკი.

კონტაქტი – ნებისმიერი ადამიანი, რომელიც ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებულთან კონტაქტშია.

მკურნალობაზე დამყოლობა – პაციენტის მხრიდან მისთვის განსაზღვრული მკურნალობის რეჟიმის დაცვა.

მეთვალყურეობიდან დაკარგული პაციენტი – ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტი, რომელმაც ტუბსანინაალმდეგო მკურნალობა შეწყვიტა თანმიმდევრული ორი ან მეტი თვის განმავლობაში.

არანებაყოფლობითი იზოლაცია – ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის ნების გარეშე საზოგადოებისგან იზოლაცია, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისათვის მოსალოდნელი საფრთხის თავიდან აცილების მიზნით.

ინციდენტობა – დაავადების ახალი შემთხვევების რაოდენობა მოსახლეობის და დროის განსაზღვრულ მონაკვეთში.

პრევალენტობა – დაავადების შემთხვევების რაოდენობა მოსახლეობის და დროის განსაზღვრულ მონაკვეთში.

M/XDR ტუბერკულოზი – წამლის მიმართ რეზისტენტული ტუბერკულოზის ფორმები.



შემაჯავებელი მიმოხილვა და ჩაქოვნება

მსოფლიოს მასშტაბით, ტუბერკულოზი ინფექციურ დაავადებებს შორის ერთ – ერთი ყველაზე უფრო სახიფათო და გავრცელებული დაავადებაა.¹ ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლა კაცობრიობისთვის გამოწვევაა² – დაავადება ყველაზე მეტად აზარალებს დაბალი შემოსავლის მქონე მონაცვლად ჯგუფებს და ზრდის საზოგადოებაში უთანასწორობას. საქართველომ მნიშვნელოვან წარმატებას მიაღწია ტუბერკულოზის კონტროლის მექანიზმების იმპლემენტაციაში, რაც შესაბამისად აისახა კიდევ: ბოლო 10 წლის განმავლობაში დაავადების გავრცელება 2-ჯერ შემცირდა.³

ტუბერკულოზის პრევენციის შემცირებასთან ერთად უფრო აქტუალური ხდება ეპიდემიკური დაავადებების მექანიზმის გამართული ფუნქციონირება, ლატენტური ტუბერკულოზის პრევენციული მკურნალობა, მიგრაციული ნაკადებისგან მომდინარე რისკების შემცირება და მკურნალობის დროს პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომები.

საქართველოში ხორციელდება ტუბერკულოზის მართვის სახელმწიფო პროგრამა, რომელიც მოიცავს დაავადების გამოვლენას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობასა და მკურნალობის დამხმარე მექანიზმების ფუნქციონირებას.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა განახორციელა ქვეყანაში ტუბერკულოზის წინააღმდეგ გატარებული ღონისძიებების ეფექტიანობის აუდიტი, რომელიც მოიცავს 2016-დან 2019 წლის ჩათვლით პერიოდს.

აუდიტის ობიექტებია:

- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო;
- სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი;
- სს „ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი“.

სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა აუდიტის ფარგლებში შეისწავლა, რამდენად გამართულად ფუნქციონირებს ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის პრევენციული მექანიზმები და რამდენად ეფექტიანია მოქმედი დამხმარე მექანიზმები ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის მკურნალობისათვის. ამასთანავე, შესწავლის შედეგად გამოვლინდა შემდეგი სახის ნაკლოვანებები:

1 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

2 SDG 3.3 – შიდსის ეპიდემიის, ტუბერკულოზის, მალარიის, აღმოცენებადი ტროპიკული დაავადებების აღმოფხვრა და პეპატიტთან, წყლით გადამდებ და სხვა ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლა.

3 2009 წელს ტუბერკულოზის პრევენციის (100 000 ადამიანიზე) იყო 136, ხოლო 2019 წელს – 66.



პაციენტის მკურნალობა

ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებთან კონტაქტში მყოფი პირების ადრეული აღმოჩენა და მკურნალობაში ჩართვა დაავადების გავრცელების რისკის შემცირების აუცილებელი წინაპირობაა. ეს სისტემური პროცესია და გულისხმობს რეკომენდებულ დროში კონტაქტების გამოვლენას, კლინიკური კვლევისთვის ექიმთან გადამისამართებას და, საჭიროების შემთხვევაში, მკურნალობის პროცესში ჩართვას. მკურნალობის პროცესი შეიძლება იყოს როგორც აქტიური ფორმის, ასევე რისკგუფებში – ლატენტური ფორმის ტუბერკულოზისათვის.

საქართველოში ეპიდემიამხედველობის მექანიზმის აღსრულება გამართულად არ ფუნქციონირებს. ჩატარებული ეპიდკვლევების დიდი ნაწილი⁴ დაგვიანებით ხორციელდება. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს არ აქვს სათანადო კონტროლის მექანიზმები, რომლის საშუალებითაც განხორციელდება: ეპიდკვლევის ჩატარების დროულობის კონტროლი და ეპიდკვლევის ჩატარების შემდეგ, გამოკვლეული კონტაქტის ექიმთან მისვლის/არმისვლის შესახებ ინფორმაციის შეგროვება და ანალიზი.

დაავადების ადრეული აღმოჩენისათვის, ეპიდკვლევის დროულობასთან ერთად აუცილებელია ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის კონტაქტების სათანადო მოცვა, რაც ერთ ინდექს-პაციენტზე ჩატარებული ეპიდკვლევის გარკვეულ რაოდენობას გულისხმობს. ქვეყნის მასშტაბით ერთ ინდექს-პაციენტზე გამოკვლეული კონტაქტების რაოდენობა ვერ უზრუნველყოფს ინფიცირების შემთხვევების ოპტიმალური რაოდენობის გამოვლენას.

ასევე განსხვავებულია ეპიდემიოლოგების პროდუქტიულობა რეგიონების მიხედვით, რაც დამატებითი ხელშეშლელი ფაქტორია ეპიდემიამხედველობის მექანიზმის გამართული ფუნქციონირებისთვის.

ტუბერკულოზის პრევენციის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მექანიზმი შესაბამის რისკგუფებში ლატენტური ტუბერკულოზის მკურნალობაა, განსაკუთრებით მას შემდეგ, რაც ქვეყანაში ტუბერკულოზის გავრცელების მაჩვენებელი 100,000 მოსახლეზე 100-ს ჩამოცდება. მიუხედავად იმისა, რომ საქართველომ ამ ნიშნულს 7 წლის წინ მიაღწია, 5-წლამდე ბავშვების ლატენტურ ტუბერკულოზზე მკურნალობის სათანადო მოცვა უზრუნველყოფილი არ არის.

ტუბერკულოზის გავრცელების ერთ-ერთი ხელშეშლელი ფაქტორი ადამიანების მობილობაა. დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებში ტუბერკულოზის შემთხვევების დიდი წილი მიგრანტებში ფიქსირდება. ვინაიდან საქართველოში ინფექციის გავრცელების კლებადი ტენდენციაა, მნიშვნელოვანია, ქვეყანას ჰქონდეს უცხოელი ვიზიტორების მხრიდან მომავალი ტუბერკულოზის ინფექციის გავრცელების რისკების შეფასებისა და შემცირების მექანიზმი.

4 2016-2019 წლებში 42-49% შემთხვევა.



პაციენტის მკურნალობაზე დამოკიდებული ფაქტორები

ტუბერკულოზის მკურნალობის ხანგრძლივი პერიოდისა და მკურნალობისთვის დამახასიათებელი გვერდითი მოვლენების გამო, პაციენტების დიდი ნაწილი (2019 წელს რეგისტრებული⁵ ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების 19.4%, ხოლო სენსიტიურის⁶ – 6.2%)⁷ წყვეტს მკურნალობას, რაც განკურნების პროცესის მნიშვნელოვანი შემაფერხებელი ფაქტორია. ზემოაღნიშნული პრობლემის აღმოსაფხვრელად, აუცილებელია პაციენტის საჭიროებებზე ორიენტირებული მკურნალობის დამხმარე დამოკიდებულების მექანიზმების არსებობა.

საქართველოში ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებს მკურნალობის ხანგრძლივი და რთული პერიოდის დაძლევაში დამოკიდებულების კონსულტანტები, ასევე ფსიქოლოგები და სოციალური მუშაკები ეხმარებიან. აღნიშნული სპეციალისტები არათანაბრად არიან გადანაწილებული ქვეყნის მასშტაბით და სრული სერვისის მიღება მხოლოდ თბილისშია შესაძლებელი.

ქვეყნის მასშტაბით არ არსებობს დამოკიდებულების სამსახურის ერთიანი სისტემა. თბილისის დამოკიდებულების სამსახური და რეგიონალური დამოკიდებულების კონსულტანტები ერთმანეთისგან დამოუკიდებელი სუბიექტები არიან, რაც მუშაობის სხვადასხვა, არაკოორდინირებულ მიდგომას განაპირობებს.

ხარვეზებია დამოკიდებულების კონსულტაციების ადმინისტრირებაში. არ არსებობს ჩატარებული დამოკიდებულების კონსულტაციების ერთიანი მონაცემები. მხოლოდ თბილისში, 2019 წლიდან დაიწყო ჩატარებული დამოკიდებულების კონსულტაციების ერთიანი ბაზის წარმოება. მიუხედავად წინ გადადგმული ნაბიჯისა, ბაზის სტრუქტურა არ იძლევა პაციენტის შესახებ ყველა საჭირო ინფორმაციის აღრიცხვის საშუალებას (გვერდითი ეფექტების შესახებ ინფორმაცია ან სხვა ფაქტორები, რამაც შესაძლოა გავლენა მოახდინოს მკურნალობის რეჟიმის დაუცველობაზე). ასევე სახელმწიფო დონეზე არ არსებობს დამოკიდებულების კონსულტაციების განხორციელების უნიფიცირებული სახელმძღვანელო. მიუხედავად იმისა, რომ დამოკიდებულების კონსულტაციები ინდივიდუალურად, პაციენტების საჭიროებიდან გამომდინარე უნდა იყოს ორგანიზებული, მნიშვნელოვანია არსებობდეს ერთიანი, წინასწარ გაწერილი მიდგომა, რომელიც საერთო იქნება ქვეყნის მასშტაბით დამოკიდებულების კონსულტანტებისთვის.

მკურნალობის დროს გამოყენებული დამხმარე მექანიზმების არასათანადო ფუნქციონირება ხელს უწყობს მკურნალობაშენეწყვეტილი პაციენტების რაოდენობის ზრდას, რაც, თავის მხრივ, საფრთხეს უქმნის ადამიანის ჯანმრთელობას და სიცოცხლეს. პაციენტებს, რომლებიც მკურნალობის რეჟიმს არ იცავენ, დამატებითი მაღალი ფინანსური გავლენა აქვთ. შესწავლილ 31 შემთხვევაში, როდესაც პაციენტებმა შეწყვეტეს მკურნალობა და რეგისტრებული ფორმის ტუბერკულოზი განუვითარდათ, სახელმწიფომ მათ მკურნალობაზე 371,405 ლარით მეტი ხარჯი გასწია. ზემოაღნიშნული მნიშვნელოვანი ფინანსური რესურსია ტუბერკულოზის მკურნალობის დროს გამოყენებული დამხმარე მექანიზმების გასაძლიერებლად.

5 რეგისტრებული ტუბერკულოზი – აქტიური ტუბერკულოზის ფორმა, რომლის დროსაც სამკურნალო საშუალება ტუბერკულოზის გამომწვევ ბაქტერიაზე აღარ მოქმედებს (დეტალურად იხ. შესაბამისი თავი).

6 სენსიტიური ტუბერკულოზი – აქტიური ტუბერკულოზის ფორმა, რომელიც ექვემდებარება პირველი რიგის მედიკამენტებით მკურნალობას და დაავადების გამომწვევ ბაქტერიას არ აქვს გამომუშავებული წამლის მიმართ რეზისტენტობა.

7 2016-2019 წლებში რეგისტრირებულ პაციენტებში შეწყვეტილი მკურნალობის წილი – იხ. 4.1 ქვეთავში.



ანანბაყოფლობითი იზოლაცია

საქართველოს კანონი „ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ“ განსაზღვრავს არანებაყოფლობითი იზოლაციის მექანიზმს, როგორც უკიდურეს ზომას.⁸ მიუხედავად იმისა, რომ აუდიტის პერიოდში კანონით დაშვებული მეთოდის გამოყენების საჭიროება 33 შემთხვევაში დადგა, მისი აღსრულების არც ერთი პრეცედენტი არ დამდგარა, აღსრულების შესაბამისი მექანიზმის არარსებობის გამო.

ზემოაღნიშნულ ნაკლოვანებებთან დაკავშირებით, სახელმწიფო აუდიტის სამსახურმა გასცა შემდეგი რეკომენდაციები:

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა:

- ეპიდემიოლოგიური კვლევების პროტოკოლით გათვალისწინებულ დროში ჩატარებისა და გამოკვლეული კონტაქტების მიდევნებისთვის, ფთიზიატრთან მისვლის/არმისვლის შესახებ ინფორმაციის შეგროვებისა და ანალიზისთვის უზრუნველყოს ერთიანი სათანადო ბაზის წარმოება და საჭირო კონტროლის მექანიზმების შემუშავება, რომელიც წინასწარ განსაზღვრული პერიოდულობით შეამოწმებს ეპიდკვლევების მიმდინარეობას და, საჭიროების შემთხვევაში, მიიღებს სათანადო ზომებს;
- ერთ ინდექს-პაციენტზე ჩატარებული ეპიდკვლევების საქართველოსთვის ოპტიმალურ მაჩვენებელთან მიახლოების მიზნით, გაითვალისწინოს ეპიდემიოლოგების პროდუქტიულობის მაჩვენებლები რეგიონალურ ტრილში და საჭიროებისამებრ შესაბამის მუნიციპალურ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურებთან ერთად განიხილოს მოცვის გაზრდის შესაძლებლობები.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა და საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ:

- ჩართულ მხარეებთან ერთად უზრუნველყოს შესაბამის რისკჯგუფებში ლატენტური ტუბერკულოზის პრევენციული მკურნალობის მოცვის გაზრდისთვის საჭირო მექანიზმების შემუშავება.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრთან ერთად:

- ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტებისთვის ჩატარებული დამყოლობის კონსულტაციების პროცესის ადმინისტრირების გაუმჯობესებისთვის შეიმუშაოს დამყოლობის კონსულტაციების ჩატარების ერთიანი უნიფიცირებული სახელმძღვანელო და ჩატარებული დამყოლობის კონსულტაციების აღრიცხვის ერთიანი ბაზა, რომლის სტრუქტურაც უზრუნველყოფს პაციენტის შესახებ ყველა საჭირო ინფორმაციის შეგროვებას.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ:

- შეიმუშაოს უცხოელი ვიზიტორების მხრიდან მომავალი ტუბერკულოზის ინფექციის გავრცელების რისკების შეფასებისა და შემცირებისთვის საჭირო პრევენციული მექანიზმი;
- ჩართულ მხარეებთან ერთად შეიმუშაოს არანებაყოფლობითი იზოლაციის, როგორც საფრთხიდან თავის არიდების უკანასკნელი მეთოდის აღსრულების მექანიზმი.

8 იმ შემთხვევაში, როდესაც ამოწურულია ტუბერკულოზის გადამდები ფორმით დაავადებული პაციენტის მიერ ტუბერკულოზის სავალდებულო გამოკვლევის ჩატარების, მისი ნებაყოფლობითი მკურნალობის პროცესში ჩართვის, შემდგომში მკურნალობის გაგრძელების ან ინფექციის გავრცელების თავიდან აცილების ყველა საშუალება.



1. შესავალი

1.1 აუდიტის მოტივაცია

მსოფლიოს მასშტაბით, ტუბერკულოზი ინფექციურ დაავადებებს შორის ერთ-ერთი ყველაზე სახიფათო და გავრცელებული დაავადებაა.⁹ 2018 წლის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (შემდგომ – ჯანმო) მონაცემების მიხედვით, მსოფლიოში დაახლოებით 10 მილიონი ადამიანი იყო დაავადებული ტუბერკულოზით, რომელთაგან 1.5 მილიონი გარდაიცვალა.

საერთაშორისო კომპანია KPMG-ის მიერ ჩატარებული ეკონომიკური ანალიზის¹⁰ თანახმად, მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყნის ეკონომიკა, ტუბერკულოზის გავრცელების შედეგად გამოწვეული ზიანით, წელიწადში საშუალოდ მთლიანი შიდა პროდუქტის 0-დან 2%-მდე კარგავს. მაგალითად, დასავლეთ ევროპის ქვეყნებში, სადაც ტუბერკულოზის გავრცელება ყოველ 100,000 კაცზე 10-ზე ნაკლებია, ეკონომიკური ეფექტი უმნიშვნელოა, ხოლო აფრიკის ქვეყნებში, სადაც გავრცელება საშუალოდ 200-ზე მეტია, დანაკარგი 2%-მდე აღწევს.¹¹

ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლა კაცობრიობისთვის გამოწვევაა. აღნიშნული დაავადება ყველაზე მეტად აზარალებს დაბალი შემოსავლის მქონე მოწყვლად ჯგუფებს და ზრდის საზოგადოებაში უთანასწორობას. აქედან გამომდინარე, ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლა მდგრადი განვითარების მიზნების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია. საქართველო, გაეროს სხვა ქვეყნებთან ერთად, იზიარებს SDG-ის მიზნებს, მათ შორის, 2030 წლისათვის ტუბერკულოზის დაავადების აღმოფხვრას.¹²

ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლას აქვს კონკრეტული The End TB¹³ (ტუბერკულოზის დასასრული) სტრატეგია, რომელიც ჯანმოს მიერ არის მიღებული და ყველა ქვეყანა იზიარებს, მათ შორის, საქართველოც. ზემოაღნიშნული მიზნის მიღწევა გამოწვევაა ნებისმიერი განვითარებადი ქვეყნისათვის და მოითხოვს სათანადო პრევენციული და მკურნალობის მექანიზმების არსებობას.

9 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

10 KPMG, Global Economic Impact of Tuberculosis.

11 ზემოაღნიშნული გათვლები ეფუძნება მაკროეკონომიკურ მოდელს, რომელიც ითვალისწინებს ორ ძირითად ფაქტორს: სიკვდილით გამოწვეული მუშა-ხელის დაკარგვას და ზოგადი კაპიტალის შემცირებას.

12 SDG 3.3 – შიდსის ეპიდემიის, ტუბერკულოზის, მალარიის, აღმოცენებადი ტროპიკული დაავადებების აღმოფხვრა და ჰეპატიტთან, წყლით გადამდებ და სხვა ინფექციურ დაავადებებთან ბრძოლა.

13 https://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1

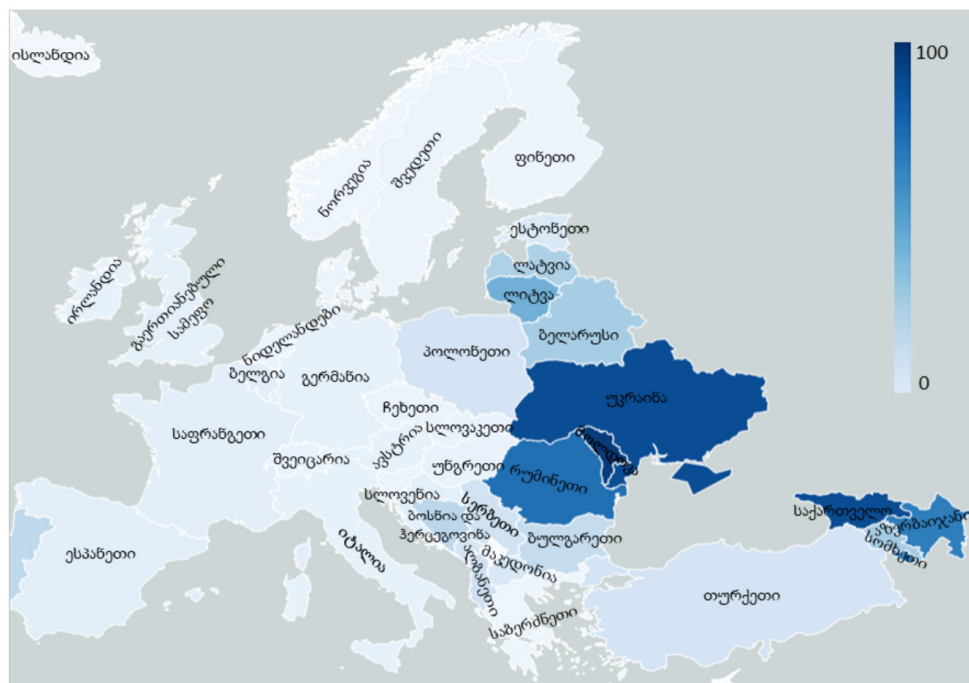


გრაფიკი N1. The End TB სტრატეგიის ძირითადი მიზანი

ხედვა	ტუბერკულოზისგან თავისუფალი სამყარო - ნული სიკვდილიანობა, ავადობა და ტანჯვა ტბ-ისგან.			
მიზანი	გლობალური ტბ-ის ეპიდემიის დასრულება			
	ეტაპები		მიზანი	
ინდიკატორები	2020	2025	SDG 2030	ტბ-ის დასრულება 2035
ტბ-ით დაავადებულთა სიკვდილიანობის აბსოლუტური რაოდენობის პროცენტული შემცირება. (2015 წლის საბაზისო მონაცემებთან შედარებით)	35%	75%	90%	95%
ტბ-ის ინციდენტობის პროცენტული შემცირება. (2015 წლის საბაზისო მონაცემებთან შედარებით)	20%	50%	80%	90%
პროცენტული მაჩვენებელი ტბ-ით დაავადებული იმ ოჯახებისა, რომლებსაც ტბ-ს გამო უწევთ კატასტროფული ხარჯების გაღება. (უცნობია 2015 წლის ტენდენცია)	0%	0%	0%	0%

საქართველომ გასული 10 წლის განმავლობაში მნიშვნელოვან წარმატებას მიაღწია ტუბერკულოზის კონტროლის მექანიზმების იმპლემენტაციაში, რაც აისახა გავრცელების 2-ჯერ შემცირებაში. მიუხედავად ამისა, ტუბერკულოზის პრევალენტობა საქართველოში მაინც მაღალია ევროპის ბევრ ქვეყანასთან შედარებით, შესაბამისად, ჯერ კიდევ არსებობს გაუმჯობესების მნიშვნელოვანი პოტენციალი.

გრაფიკი N2. ტუბერკულოზის პრევალენტობა 100,000 მოსახლეზე ევროპის ქვეყნებში¹⁴



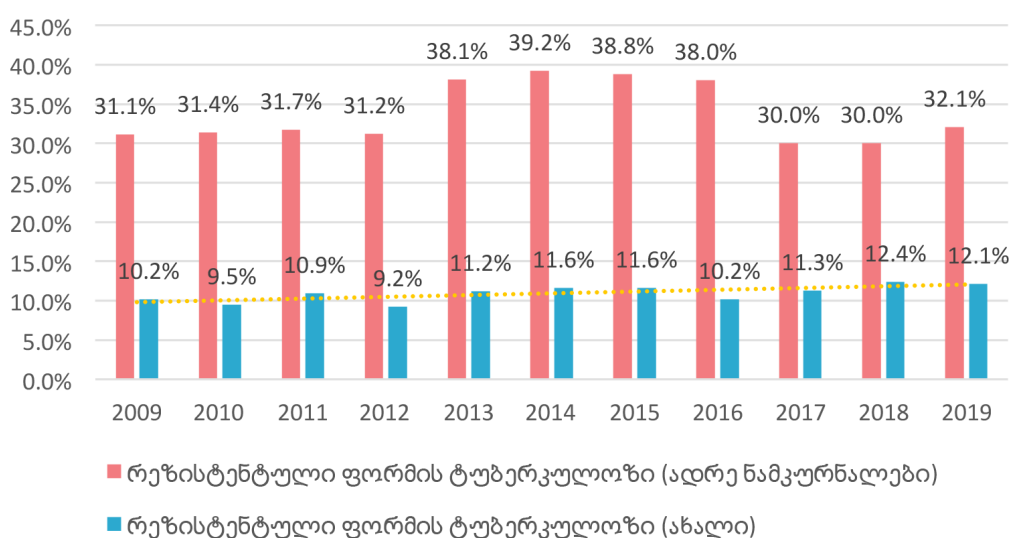
14 https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/



წამლის მიმართ რეზისტენტული¹⁵ ტუბერკულოზი დიდ პრობლემას წარმოადგენს როგორც გლობალურ, ასევე რეგიონალურ და ქვეყნის დონეზე. ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პრეპარატების მიმართ რეზისტენტობა საქართველოში ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი შემაფერხებელი ფაქტორია.¹⁶

მიუხედავად ტუბერკულოზის პრევალენტობის, მათ შორის, რეზისტენტული ფორმის მქონე პაციენტების აბსოლუტური რაოდენობის შემცირებისა, რეზისტენტული ფორმის შემთხვევების წილი მთლიან რაოდენობაში უცვლელია. 2016-2019 წლების ახალ შემთხვევებში რეზისტენტული ტუბერკულოზის წილი 10.2 %-დან 12.4%-მდე მერყეობს.

გრაფიკი N3. რეზისტენტული ფორმის ტუბერკულოზის წილი ახალ და ადრე ნამკურნალებ შემთხვევებს შორის¹⁷



ქვეყნისთვის გამოწვევად რჩება მეთვალყურეობიდან დაკარგული რეზისტენტული ტუბერკულოზის მქონე პაციენტები. საქართველოში არსებული კვლევითი და არასამთავრობო ორგანიზაციები რეზისტენტული ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების მეთვალყურეობიდან დაკარგვის მიზეზად ხშირად ასახელებენ მკურნალობის გვერდითი მოვლენების არადამაკმაყოფილებელ მართვას.¹⁸

1.2 აუდიტის მიზანი და ძირითადი კითხვები

აუდიტის მიზანია შეაფასოს ქვეყანაში ტუბერკულოზის მიმართულებით არსებული პრევენციული და მკურნალობის დროს გამოყენებული დამხმარე მექანიზმების ეფექტიანობა. აუდიტის ჯგუფმა გამოიყენა პრობლემასა და სისტემაზე ორიენტირებული მიდგომის კომბინაცია, რაც

15 იხ. დაავადების აღწერის შესაბამისი ქვეთავი.

16 ტუბერკულოზის კონტროლის 2016-2020 წლების ეროვნული სტრატეგია, ტუბერკულოზის ტვირთი საქართველოსთვის.

17 RR/MDR ფილტვის ტუბერკულოზის გავრცელების წილები; 2016-2019 წლებში 300-დან 400-მდე პაციენტი.

18 საერთაშორისო ფონდი „კურაციო“, კვლევა – „რეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებში მკურნალობაზე დამყოლობის ბარიერები და ხელშემწყობი ფაქტორები საქართველოში“, 2017.

გულისხმობს ნაკლოვანებების გამომწვევი მიზეზების ანალიზსა და მენეჯმენტის სისტემის გამართული ფუნქციონირების შეფასებას.

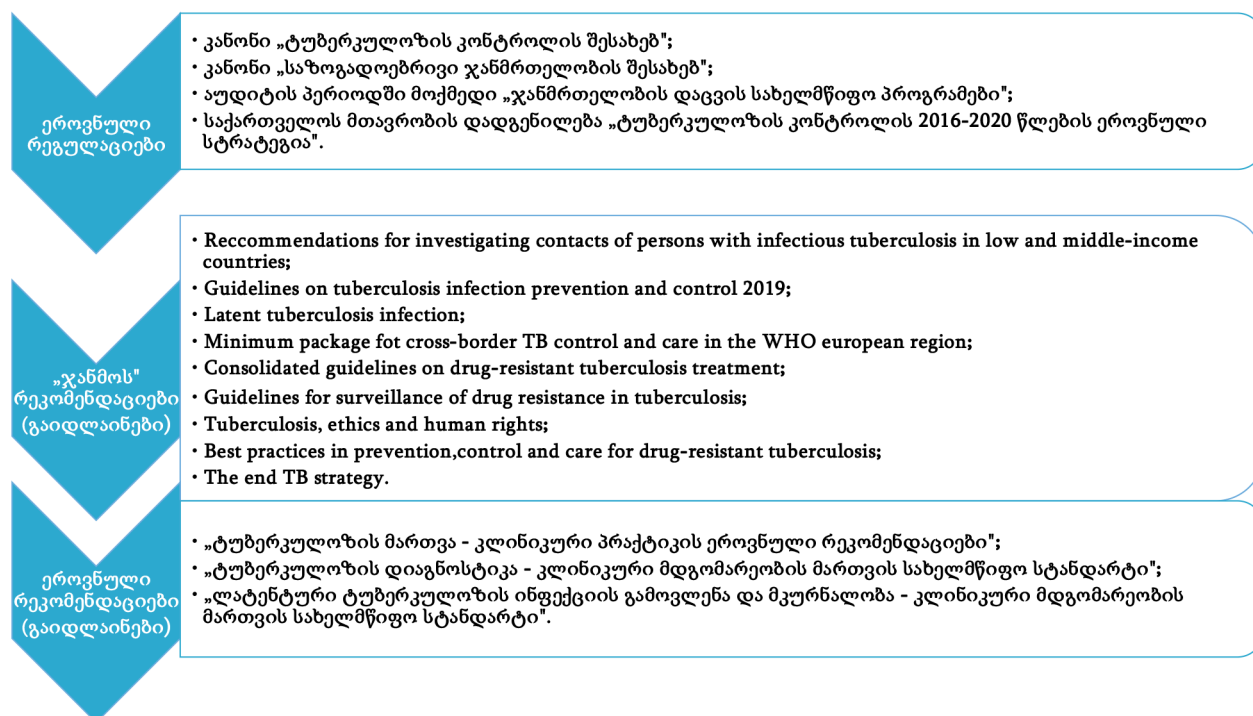
აუდიტმა უპასუხა შემდეგ კითხვებს:

1. რამდენად გამართულად მუშაობს ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის პრევენციული მექანიზმები?
2. რამდენად ეფექტიანია დამხმარე მექანიზმები ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის მკურნალობისათვის?

1.3 შუქსახის კრიტერიუმები

აუდიტის კრიტერიუმად განისაზღვრა ეროვნული რეგულაციები, ჯანმოს რეკომენდაციები, ტუბერკულოზის მართვის ეროვნული გაიდლაინები და ასევე სხვადასხვა ქვეყნის საუკეთესო პრაქტიკა.

გრაფიკი N4. აუდიტის ძირითადი კრიტერიუმების ჩამონათვალი



საქართველოში მოქმედი ეროვნული რეგულაციები განსაზღვრავს იმ ძირითად პრინციპებს, რომლებიც მნიშვნელოვანია დაიცვას ტუბერკულოზის მართვის პროცესში ჩართულმა ყველა მხარემ. კანონი „ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ“ აწესრიგებს საქართველოში ტუბერკულოზის კონტროლის ღონისძიებების ორგანიზების ძირითად სამართლებრივ, ორგანიზაციულ და ფინანსურ პრინციპებს, აწესრიგებს ტუბერკულოზის კონტროლთან და ტუბერკულოზით დაავადებული პირის უფლებებთან და მოვალეობებთან დაკავშირებულ საკითხებს.



გემოაღნიშნული კრიტერიუმებიდან გამომდინარე, გამოიკვეთა შემდეგი ძირითადი პრინციპები, რომელთა დაცვაც მნიშვნელოვანია ტუბერკულოზის პრევენციული და მკურნალობის დამხმარე მექანიზმების გამართული ფუნქციონირებისთვის:

პიკაპენსია

კონტაქტების კვლევა

ტუბერკულოზის დროული დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისთვის მნიშვნელოვანია ადრეულ ეტაპზე ჩატარდეს ინფიცირებული პაციენტის კონტაქტების კვლევა. ჯანმოს მიერ აღიარებულია, რომ დაავადებულ პაციენტს ერთი წლის განმავლობაში ახლო კონტაქტით 10-15 ადამიანის დაინფიცირება შეუძლია.¹⁹ შესაბამისად, დროული და სათანადო რაოდენობის კონტაქტების კვლევა დაავადების აღმოჩენის მნიშვნელოვანი წინაპირობაა.

ლატენტური ტუბერკულოზის მკურნალობა

კონტაქტების კვლევა მნიშვნელოვანი წინაპირობაა ლატენტური ტუბერკულოზის პრევენციული მკურნალობისთვის. ლატენტური ტუბერკულოზის მკურნალობა განსაზღვრულია ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით მაღალი რისკის კონტაქტირებულ ჯგუფებში: 5 წლამდე ასაკის ბავშვებსა და აივ ინფიცირებულებში. 2020 წლიდან გემოაღნიშნული რისკჯგუფი გაფართოვდა ჯანმოს მიერ მოწოდებული გაიდლაინების შესაბამისად და მოიცავს შემდეგ რისკჯგუფებს:

1. აივ-ით მცხოვრები ადამიანები.
2. ფილტვის ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების კონტაქტები – როგორც ბავშვები, ისე მოზრდილები.
3. პენიტენციურ სისტემაში დაკავებული პირები (პატიმრები).
4. პაციენტები შემდეგი დაავადებებით ან სამკურნალო რეჟიმით: სილიკოზი, თირკმლის დიალიზი, მკურნალობა სიმსივნის სანინაალმდეგო ნეკროზის ფაქტორის (TNF) ინჰიბიტორებით და ორგანოების ან ჰემატოლოგიური ტრანსპლანტაციისთვის მზადება.
5. საინექციო ნარკოტიკების მომხმარებლები.
6. ჯანდაცვის მუშაკები.
7. იმიგრანტები ტუბერკულოზის მაღალი რისკის მქონე ქვეყნებიდან.

მიგრაციული ნაკადების შეფასება

მიგრაციული ნაკადები (განსაკუთრებით მაღალი რისკის მატარებელი ქვეყნებიდან) ტუბერკულოზის გავრცელების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი წყაროა. აუცილებელია ქვეყნის დონეზე ხორციელდებოდეს მოსალოდნელი რისკების ანალიზი, რათა საჭიროების შემთხვევაში გადაიდგას მიზანმიმართული ნაბიჯები.

19 <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/tuberculosis#:~:text=People%20ill%20with%20TB%20can,through%20effective%20diagnosis%20and%20treatment.>



დამყოლობის გაძლიერება

მკურნალობაშენწყვეტილი პაციენტები რეზისტენტული ფორმის ტუბერკულოზის განვითარების მაღალ რისკგუფში ხვდებიან, ამიტომ მნიშვნელოვანია მინიმუმამდე იქნეს დაყვანილი ასეთი პაციენტების რიცხვი. ტუბერკულოზის end TB strategy-ის ერთ-ერთი მთავარი მიმართულებაა პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობისა და მკურნალობის დროს საჭირო დამხმარე მექანიზმების უზრუნველყოფა.

ჯანმოს მიერ ჩატარებული კვლევებით გამოიკვეთა, რომ ის პაციენტები, რომლებსაც აქვთ საშუალება ისარგებლონ მკურნალობის დროს საჭირო დამხმარე მექანიზმებით, იშვიათად წყვეტენ მკურნალობას და განკურნების უფრო მაღალი მაჩვენებელი აქვთ. ჯანმოს მიერ რეკომენდებულია მკურნალობისადმი დამყოლობის სხვადასხვა სახის ინტერვენცია, როგორებიცაა:²⁰ პაციენტის განათლება, მომსახურე პერსონალის განათლება, მატერიალური მხარდაჭერა, ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა, მეთვალყურეობა, მედიკამენტების ციფრული მონიტორინგი. მნიშვნელოვანია, რომ ინტერვენციის/ინტერვენციების შერჩევა განხორციელდეს ინდივიდუალურად, თითოეული პაციენტის საჭიროებებიდან გამომდინარე.

არანებაყოფლობითი იზოლაციის მექანიზმი

საქართველოს კანონი „ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ“ და ჯანმო უკიდურესობით გამოწვეულ მექანიზმად აღიარებს არანებაყოფლობით იზოლაციას მას შემდეგ, რაც ამოწურულია ტუბერკულოზის გადამდები ფორმით დაავადებული პაციენტის მიერ ტუბერკულოზის სავალდებულო გამოკვლევის ჩატარების და მისი ნებაყოფლობითი მკურნალობის პროცესში ჩართვის ყველა საშუალება და ზემოაღნიშნული მექანიზმის გარეშე ინფექციის გავრცელების თავიდან აცილება შეუძლებელია.

1.4 აუდიტის მასშტაბი და მეთოდოლოგია

აუდიტის მასშტაბი მოიცავს 2016-2019 წლებს. აუდიტის ობიექტებად განისაზღვრა:

- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო;
- სსიპ – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი;
- სს „ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი“.

აუდიტის პროცესში გამოყენებულია შემდეგი მეთოდები:

- საერთაშორისო პრაქტიკის გაცნობა და ანალიზი;
- სამართლებრივი ბაზისა და მარეგულირებელი ნორმების ანალიზი;
- ჩართული მხარეების ფუნქციონირებისა და მართვის პროცედურების შესწავლა;
- მონაცემთა ბაზების ანალიზი;

20 WHO consolidated guidelines on drug-resistant tuberculosis treatment, treatment adherence interventions.



- დოკუმენტური ინფორმაციის ანალიზი;
- სტატისტიკური ინფორმაციის ანალიზი;
- ინტერვიუები აუდიტის ობიექტებთან და დაინტერესებულ მხარეებთან.

აუდიტის კითხვებთან მიმართებაში გამოყენებულია შემდეგი მეთოდოლოგია:

1. რამდენად გამართულად მუშაობს ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის პრევენციული მექანიზმები?

აღნიშნულ მიმართულებაში გაანალიზდა ეპიდემიოლოგების მიერ ჩატარებული ეპიდკვლევები; ცენტრის მიერ მონოდებულ ბაზაზე დაყრდნობით შეფასდა ეპიდემიოლოგების პროდუქტიულობა რეგიონების მიხედვით, ასევე ამ პროცესში კანონით განსაზღვრული კონტროლის მექანიზმების აღსრულება. პროცესში არსებული ხარვეზების იდენტიფიცირებისათვის ჩატარდა ეპიდემიოლოგების გამოკითხვა.

აუდიტის ჯგუფმა ასევე შეისწავლა ლატენტური ტუბერკულოზის მკურნალობის, როგორც პრევენციის ერთ-ერთი მეთოდის გამოყენების ინტენსივობა და ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრის მიერ მონოდებული ინფორმაცია უცხო ქვეყნის მოქალაქე პაციენტების შესახებ, როგორც მიგრაციული ნაკადებიდან მომდინარე რისკის ერთ-ერთი განმსაზღვრელი ფაქტორი.

2. რამდენად ეფექტიანია დამხმარე მექანიზმები ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის მკურნალობისათვის?

აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა სენსიტიური ფორმის ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების მეთვალყურეობიდან დაკარგვის შემთხვევები, რომლებსაც განუვითარდათ რეზისტენტობა და, შესაბამისად, გახდნენ მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური გავლენის მატარებლები. კვლევამ ასევე მოიცვა დამყოლობის სამსახურის მუშაობა ქვეყნის მასშტაბით და იმ გარემოებების არსებობა, რომელთა დროს კანონი არანებაყოფლობითი იზოლაციის გამოყენების შესაძლებლობას უშვებს.

დელიმიტაცია: აუდიტის შესწავლის ფარგლებში არ შედის სამკურნალო მედიკამენტებისა და სამედიცინო პერსონალის მუშაობის ხარისხის შეფასება.



2. აუდიტის სწრაფი ზოგადი დახასიათება

2.1 დაავადების აღწერა

ტუბერკულოზი არის ინფექციური დაავადება, რომელსაც იწვევს ტუბერკულოზის მიკობაქტერია. შემთხვევების 90% ფიქსირდება დაბალი და საშუალო შემოსავლების მქონე ქვეყნებში, რომელთაც აქვთ არამდგრადი ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურა და შეზღუდული რესურსები. შესაბამისად, მათთვის რთულია გადამდები დაავადების მართვა.²¹

ტუბერკულოზი გადადის დაავადებული პაციენტის მიერ ჰაერში ბაქტერიის გავრცელების შედეგად. მსოფლიოს მოსახლეობის დაახლოებით ერთი მესამედი ატარებს აღნიშნულ ბაქტერიას (ლატენტური ტუბერკულოზი), რომელთა დაახლოებით 10%-ში ვითარდება აქტიური, გადამდები დაავადების ფორმა. აქტიური ფორმის განვითარების რისკი მაღალია ისეთ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ დაქვეითებული იმუნური სისტემა, აივ ინფექცია/შიდსი, დიაბეტი, იკვებებიან ცუდად და მოიხმარენ თამბაქოს.

აქტიური ტუბერკულოზის ნიშნები შედარებით მსუბუქია დაინფიცირებიდან მრავალი თვის განმავლობაში. შესაბამისად, პაციენტები იშვიათად აკითხავენ სამედიცინო დაწესებულებებს შემდგომი დიაგნოსტიკისათვის. აღნიშნული კი, ხშირ შემთხვევაში განაპირობებს დაგვიანებულ მკურნალობას და სხვა ადამიანის დაინფიცირების საფრთხეს.

ჯანმოს მონაცემებით, 2000 წლის შემდეგ 53 მილიონი ადამიანი გადარჩა დაავადების ეფექტიანი დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შედეგად. აქტიური, წამალსენსიტიური²² ფორმით დაინფიცირებულ პაციენტებს სტანდარტულად მკურნალობენ 4 სხვადასხვა ანტიმიკრობული სამკურნალო საშუალებით. მკურნალობა მიმდინარეობს სამედიცინო პერსონალისა და სხვადასხვა სფეროს გადამზადებული კონსულტანტების ზედამხედველობით, რომელიც წამლის მიწოდებასთან ერთად გულისხმობს პაციენტის თანადგომასა და მათი ცნობიერების ამაღლებას. უმეტეს შემთხვევაში, ტუბერკულოზი განკურნებადია, როდესაც მკურნალობა მიმდინარეობს სათანადო რეჟიმითა და სამკურნალო საშუალებით.²³

ტუბერკულოზის გამომწვევმა ბაქტერიამ შეიძლება გამოიწვიოს წამლის მიმართ წინააღმდეგობა. აღნიშნულ ფორმას ეწოდება რეზისტენტული ტუბერკულოზი, რომლის დროსაც სამკურნალო საშუალება ტუბერკულოზის საწინააღმდეგოდ აღარ არის ეფექტიანი. შესაბამისად, მსგავსი ფორმის ტუბერკულოზის გავრცელება საფრთხის ქვეშ აყენებს ტუბერკულოზის მკურნალობასა და კონტროლს. განასხვავებენ სამი ტიპის რეზისტენტულობას:

1. რიფამპიცილის მიმართ რეზისტენტული ტუბერკულოზის ფორმა.
2. მულტირეზისტენტული ფორმა, რომელიც რეზისტენტულია სულ მცირე იზონიაზიდისა და რიფამპიცილის²⁴ მიმართ.

21 <https://www.who.int/immunization/diseases/tuberculosis/en/>

22 ტუბერკულოზის ფორმა, რომელიც ექვემდებარება ანტიმიკრობულ მკურნალობას და ბაქტერიას არ აქვს გამომუშავებული წამლის მიმართ წინააღმდეგობა.

23 <https://www.who.int/features/qa/08/en/>

24 რიფამპიცილი, იზონიაზიდი, ფტორქინოლონის ჯგუფი – ტუბერკულოზის სამკურნალო ძირითადი მედიკამენტები, რომელთა მიმართ რეზისტენტულობა განსაზღვრავს ტუბერკულოზის ტიპს.

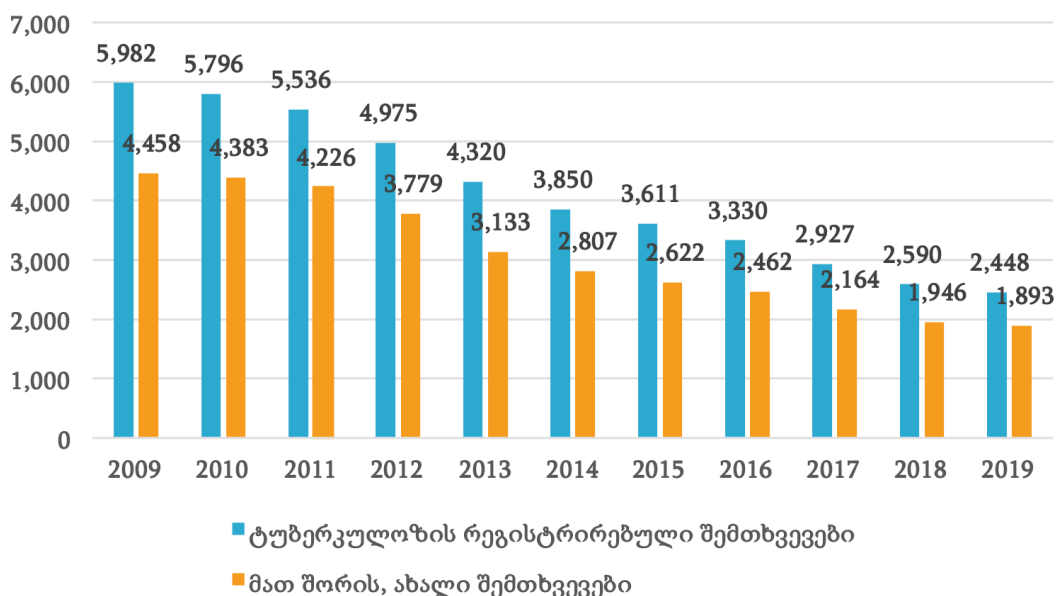


- ექსტენსიური ფორმა, რომელიც რეგისტრებულია: იზონიაზიდის, რიფამპიციინის და ნებისმიერი ფტორქინოლონის და ასევე, სულ მცირე, ერთი მე-2 რიგის საინექციო ფორმის ტუბერკულოზის სანიანაღმდეგო სამკურნალო საშუალების მიმართ.²⁵

2.2 საქართველოს მდგომარეობის აღწერა

საქართველო ევროკავშირის ქვეყნებთან შედარებით გამოირჩევა ტუბერკულოზის მაღალი გავრცელებით. 2019 წელს 2,448 ტუბერკულოზით დაავადებული რეგისტრირებული შემთხვევა დაფიქსირდა, რაც 100,000 მოსახლეზე 66 შემთხვევას გულისხმობს. მიუხედავად ამისა, ქვეყნისთვის მნიშვნელოვანი მიღწევაა დაავადების დაღმავალი ტენდენცია, როგორც გავრცელების, ისე ახალი შემთხვევების რაოდენობით.

გრაფიკი N5. ტუბერკულოზის გავრცელება საქართველოში



ტუბერკულოზის გავრცელების შემცირებისთვის საქართველოში შემუშავებულია ტუბერკულოზის კონტროლის 2016-2020 წლების ეროვნული სტრატეგია, რომელში განვლილი ღონისძიებებიც გაერთიანებულია სამი ძირითადი ამოცანის გარშემო:

- ადრეულ და ხარისხიან დიაგნოსტიკაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ყველა ფორმის, მათ შორის, M/XDR ტუბერკულოზისთვის.
- ხარისხიან მკურნალობაზე საყოველთაო ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა ყველა ფორმის, მათ შორის, M/XDR ტუბერკულოზისთვის პაციენტის სათანადო მხარდაჭერით.
- მხარდამჭერი გარემოს და სისტემების შექმნა ტუბერკულოზის ეფექტიანი კონტროლის მიზნით.

ეროვნული სტრატეგიული გეგმის მიზნების და სამიზნე მაჩვენებლების შესრულების უზრუნველსაყოფად შემუშავებულია 2016-2018 წლებისთვის ხანგრძლივი და საშუალო

25 <https://www.cdc.gov/tb/topic/drtb/default.htm>

შედეგების შვიდი ინდიკატორი.²⁶ ცხრილში N1 წარმოდგენილია დაგეგმილი და მიღებული შედეგები. ქვეყანაში ტუბერკულოზის დაავადების გავრცელების დაღმავალი მიმართულება ინდიკატორების შესრულების შედეგებზეც აისახება. როგორც ცხრილიდან ჩანს, დასახული მიზნების უმეტესი ნაწილი უკვე მიღწეულია სამიზნე პერიოდის დაწყებამდე, მაგალითად: ტუბერკულოზის რეგისტრირებული შემთხვევები 100,000 მოსახლეზე 2015 წელს 97.1-ია, მაშინ როდესაც 2018 წლის მოსალოდნელი შედეგი არის 100.1. ექვსი ხანგრძლივი და საშუალოვადიანი სამიზნე შედეგების შესრულება 110%-დან 160%-მდე აჭარბებს დაგეგმილ მაჩვენებლებს.

ცხრილი N1. ეროვნული სტრატეგიის დაგეგმილი შეფასების ინდიკატორები და მიღწეული შედეგები

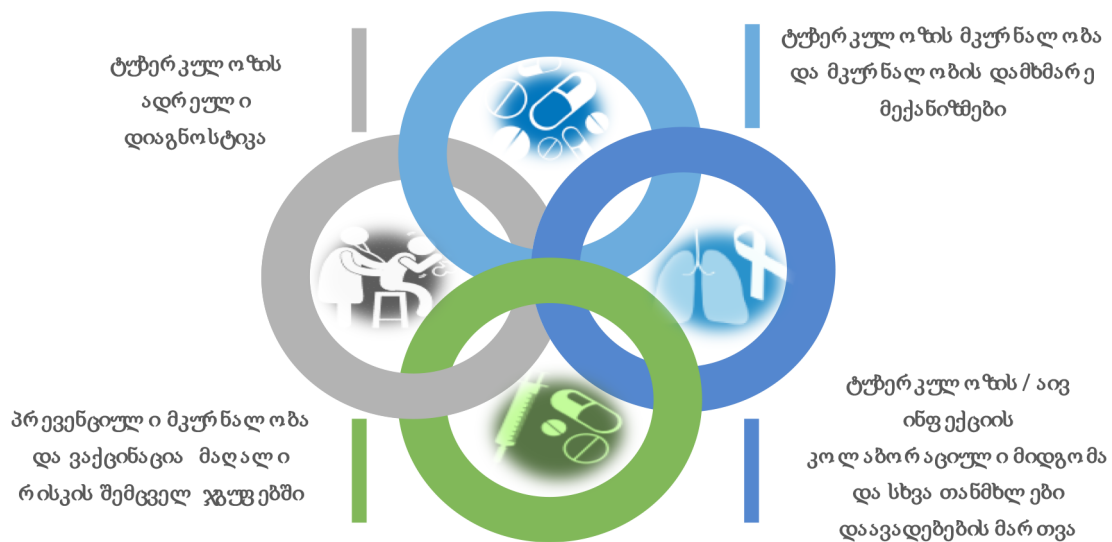
ინდიკატორი N	ხანგრძლივი და საშუალოვადიანი შედეგების ინდიკატორები	საბაზისო მონაცემი (2014)	2015	მოსალოდნელი შედეგები (სამიზნეები)		
				2016	2017	2018
1	ტბ-ის რეგისტრირებულ შემთხვევათა მაჩვენებელი: ყველა შემთხვევა 100,000 მოსახლეზე	103.3		102	101	100.1
	მიღწეული შედეგი	103.3	97.1	89.5	78.5	69.5
2	ტბ-ის რეგისტრირებულ შემთხვევათა მაჩვენებელი: ახალი და განმეორებითი შემთხვევები 100,000 მოსახლეზე	82.9		82.3	81.7	81.2
	მიღწეული შედეგი	82.9		66	58	50
3	მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის პრევალენტობა ახალ შემთხვევებს შორის	11.6%		<15%	<15%	<15%
	მიღწეული შედეგი	11.6%	11.6%	10.2%	11.3%	12.4%
4	მულტირეზისტენტული ტბ-ის პრევალენტობა ადრე ნამკურნალებ შემთხვევათა შორის	39.2%		<40%	<40%	<40%
	მიღწეული შედეგი	39.2%	38.8%	38%	30%	30%
5	ტბ-ით სიკვდილიანობის მაჩვენებელი (ტბ/აივ კოინფექციის გარეშე), 100,000 მოსახლეზე	6.8		6.5	6.2	6
	მიღწეული შედეგი			3.9	2.6	2.8
6	წარმატებული მკურნალობის მაჩვენებელი, ახალი, მგბ+ შემთხვევები	81%		83%	84.5%	86%
	მიღწეული შედეგი			81.6%	81.5%	79.1%
7	წარმატებული მკურნალობის მაჩვენებელი, ლაბორატორიულად დადასტურებული მულტირეზისტენტული ტბ-ის შემთხვევები	47.5%		53%	60%	65%
	მიღწეული შედეგი			66%	66%	N/A

26 აივ ინფექციის/შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის წინააღმდეგ მიმართულ ღონისძიებათა ქვეყნის ერთიანი საკოორდინაციო საბჭოს გვერდზე (www.georgia-ccm.ge) ხელმისაწვდომია ტუბერკულოზის კონტროლის 2019-2022 წლების ეროვნული სტრატეგიის საბოლოო ვერსია.



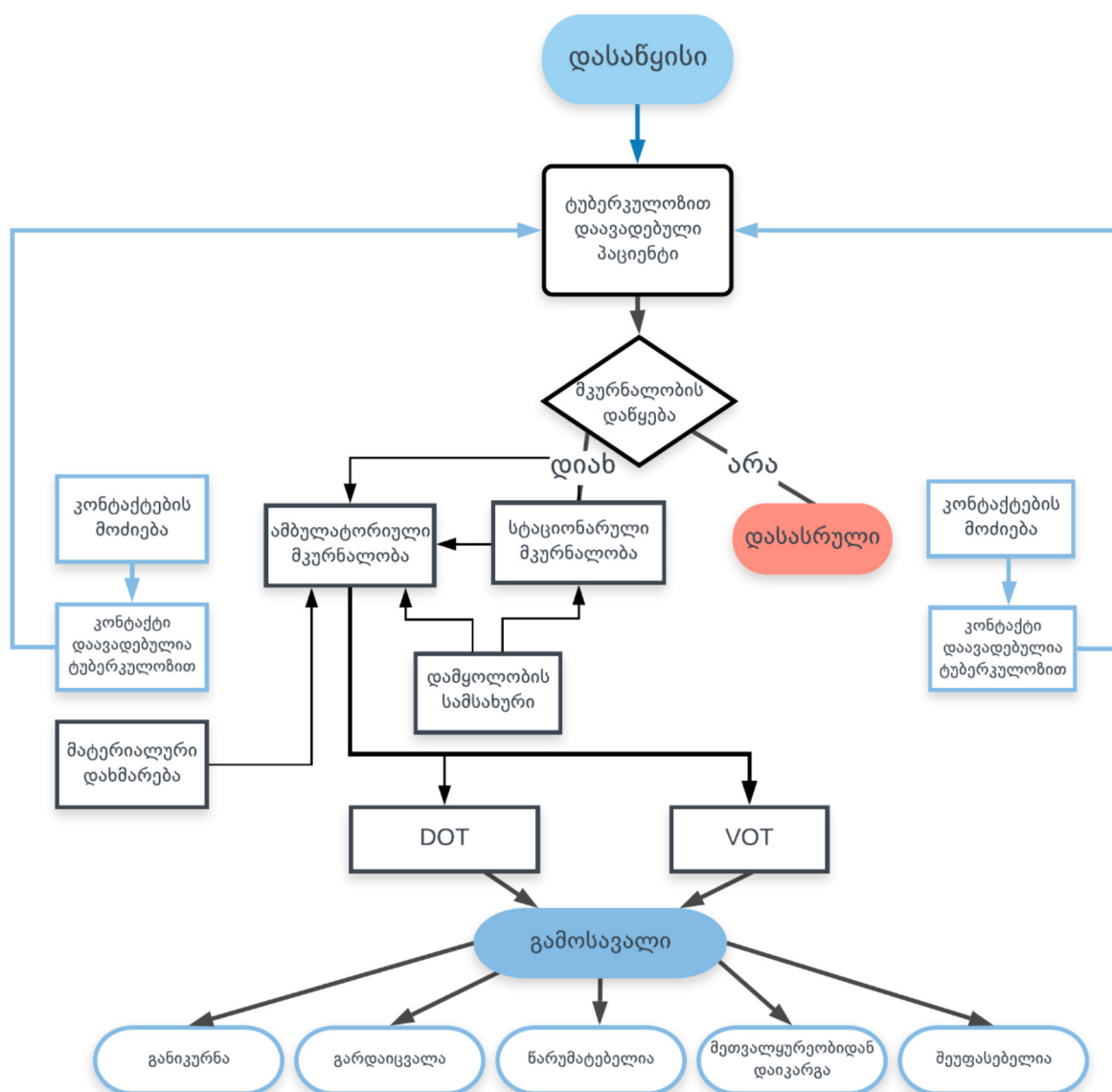
საქართველოში ხორციელდება ტუბერკულოზის მართვის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის მიზანია ტუბერკულოზის ავადობის, სიკვდილიანობის და საზოგადოებაში ინფექციის გავრცელების შემცირება, ტუბსანინაამდეგო მედიკამენტების მიმართ რეზისტენტობის განვითარების პრევენცია. პროგრამა ითვალისწინებს დაავადების გამოვლენას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობასა და მკურნალობის დამხმარე მექანიზმების უზრუნველყოფას.

გრაფიკი N6. ჯანმოს მიერ რეკომენდებული პაციენტზე ორიენტირებული მკურნალობისა და პრევენციის მექანიზმები²⁷



საქართველოს ტუბერკულოზის მართვის სახელმწიფო პროგრამა და ტუბერკულოზის კონტროლის ეროვნული სტრატეგია ითვალისწინებს ჯანმოს მიერ აღიარებულ ტუბერკულოზის მკურნალობისა და პრევენციის პაციენტზე ორიენტირებულ მიდგომას, რომელიც ქვეყნისთვის მნიშვნელოვანი მექანიზმია ტუბერკულოზის ელიმინაციის გზაზე. მკურნალობაში ჩართვის შემდეგ პაციენტი გადის გრაფიკზე წარმოდგენილ ეტაპებს.

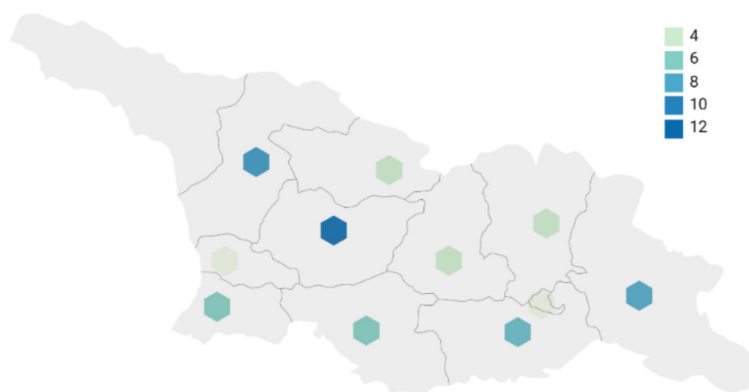
27 Implementing the end TB strategy: essentials.



ეპიდემიის კონტროლის განსახორციელებლად დაავადების ყველა ფორმის პრევენციაზე, დიაგნოსტიკაზე და მკურნალობაზე მნიშვნელოვანია საყოველთაო, თანაბარი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა. ყველა პოტენციური ბენეფიციარისთვის მომსახურების მიწოდების მიზნით არსებობენ ამბულატორიული, სტაციონარული და ლაბორატორიული სერვისების მიმწოდებლები.

მუნიციპალურ და რეგიონულ დონეზე ხორციელდება ტუბერკულოზის, როგორც ამბულატორიული, ისე სტაციონარული მომსახურება. ამბულატორიული სერვისის მიწოდება ხორციელდება მთელი ქვეყნის მასშტაბით, რომელსაც უზრუნველყოფს 67 მიმწოდებელი. ქვემოთ მოცემულია რეგიონების მიხედვით ამბულატორიული სერვისების მიმწოდებელთა გადანაწილება

გრაფიკი N8. საქართველოს მასშტაბით ტუბერკულოზის სამკურნალოდ ამბულატორიული სერვისების მიმწოდებელთა გეოგრაფიული გადანაწილება



სტაციონარული მომსახურების საჭიროების შემთხვევაში, პაციენტისათვის ხელმისაწვდომია ტუბერკულოზის 4 სპეციალიზებული დაწესებულება: თბილისში, ქუთაისში, ბათუმსა და ზუგდიდში.

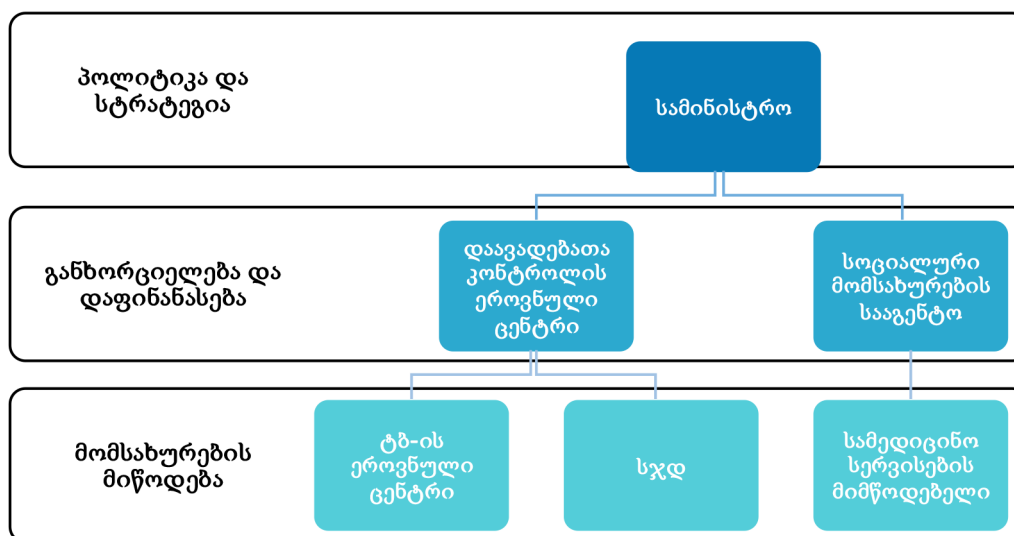
გემოთ აღნიშნული სერვისების გარდა, ტუბერკულოზთან ბრძოლის საერთაშორისო STOP TB სტრატეგიის მიხედვით, დანერგილია პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომა, რომელიც გულისხმობს უშუალო ზედამხედველობის ქვეშ მკურნალობის განხორციელებას (DOT) სპეციფიკური ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტებით და VOT – ვიდეომეთვალყურეობით თერაპიას. DOT-ის შემთხვევაში, ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტი ექთნის²⁸ ზედამხედველობის ქვეშ იღებს მისთვის განსაზღვრულ მედიკამენტს, VOT მიდგომის გამოყენებისას კი, ვიდეოჩართვის გზით ხორციელდება პაციენტის მიერ მედიკამენტების მიღების დადასტურება.

ტუბერკულოზის დროული დიაგნოსტიკისათვის მნიშვნელოვანია ქვეყანაში გამართული ლაბორატორიული ქსელის არსებობა. საქართველოში ლაბორატორიები ქვეყნის მასშტაბით გადანაწილებულია სიმძლავრეების მიხედვით საანალიზე მასალის შემგროვებელი პუნქტები და შესაბამისი ტიპის ლაბორატორიები.

სტრატეგიის და ტუბერკულოზის მართვის პროგრამის წარმატებით განხორციელების პროცესში ჩართული არიან: საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტრო (სამინისტრო), დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (ცენტრი), სოციალური მომსახურების სააგენტო (სააგენტო) და ტუბერკულოზის და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი (ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრი).

28 სოფლად მცხოვრებ პაციენტებს სოფლის ექთანი, „სოფლის ექიმის სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში უწევს აღნიშნულ მომსახურებას.

გრაფიკი N9. ტუბერკულოზის კონტროლის პროცესში ჩართული მხარეები



სამინისტრო პასუხისმგებელია ტუბერკულოზის კონტროლთან დაკავშირებული პოლიტიკის შემუშავებასა და დანერგვაზე, ბიუჯეტის დაგეგმვასთან დაკავშირებულ პროცესებზე, ასევე სხვა ჩართული მხარეების კოორდინაციაზე, ტუბერკულოზის კონტროლის სტრატეგიის ფარგლებში.

ქვეყნის მიზნის მიღწევისთვის, როგორიც არის ტუბერკულოზის ელიმინაცია, ცენტრის უფლება-მოვალეობებია:²⁹

- ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრების დახმარება ეპიდემიოლოგიური კვლევების განხორციელებაში;
- საგანმანათლებლო პროგრამების უზრუნველყოფა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის მუშაკებისთვის;
- ეპიდემიოდამხედველობის ელექტრონული პროგრამის მართვა და დაავადებათა შესახებ მონაცემების შეგროვება;
- ტუბერკულოზის პრევენციისა და მკურნალობასთან დაკავშირებული გაიდლაინების და რეკომენდაციების შემუშავება და დანერგვა;
- სამედიცინო მუშაკებთან თანამშრომლობა;
- ქვეყნის ტუბერკულოზის მართვის პროცესების შეფასება და შესაბამისი ანგარიშგება;
- საქართველოს მოსახლეობაში ტუბერკულოზის შესახებ ცნობიერების ამაღლება;
- სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა ლაბორატორიული სერვისებით დახმარება;
- მალარიის, ტუბერკულოზისა და აივ ინფექციის/შიდსის წინააღმდეგ ბრძოლის გლობალურ ფონდთან თანამშრომლობა.

სააგენტო ახორციელებს სახელმწიფო პროგრამას, აფინანსებს პროგრამით გათვალისწინებულ ამბულატორიულ და სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებებს ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტებისა და მათი კონტაქტებისთვის. სამედიცინო სერვისებთან დაკავშირებული ხარჯი

29 ცენტრის გენერალური დირექტორის 2014 წლის 2 ივლისის N06-126/ო ბრძანება, გადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტის დებულების მიხედვით.



პროგრამის მომსახურების მიმწოდებელს უნაზღაურდება სააგენტოს მიერ ყოველთვიურად, შესაბამისი ფორმების საფუძველზე.

ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრი არის სახელმწიფო ორგანიზაცია, რომელიც ტუბერკულოზთან დაკავშირებული ამბულატორიული, ლაბორატორიული და სტაციონარული სერვისების ძირითადი მიმწოდებელია (ამბულატორიების – 35% და სტაციონარული სერვისების – 77%-ის მიმწოდებელი).³⁰ ამასთანავე, ის ახორციელებს კერძო სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელთა რეგიონალურ მონიტორინგსა და ქვეყნის დონეზე ტუბერკულოზის შემთხვევების აღრიცხვას. მუნიციპალური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრები არიან რეგიონალური ორგანიზაციები, რომლებიც ახორციელებენ ეპიდემიოლოგიურ ზედამხედველობას. მათი მოვალეობაა ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების კონტაქტების მოძიება.

სახელმწიფო ბიუჯეტი ტუბერკულოზის მართვის დასაფინანსებლად ყოველწლიურად იზრდება და ფარავს ყველა სამედიცინო მომსახურების ხარჯს, მათ შორის, ნაწილობრივ, მედიკამენტების საფასურს. მედიკამენტების ნაწილის შესყიდვაში ქვეყანას გლობალური ფონდი³¹ ეხმარება.

ცხრილი N2. ტუბერკულოზის მართვის პროგრამის ბიუჯეტი (მილიონი ლარი)

წელი	გეგმა	შესრულება	გლობალური ფონდი	სულ:
2016	14.0	95%	5.3	18.6
2017	15.4	82%	6.0	18.9
2018	15.6	85%	6.7	20.0
2019	15.7	83%	14.7	27.7

30 სახელმწიფო პროგრამით ანაზღაურებული თანხების მიხედვით.

31 შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდი (prncdc.ge), რომელიც გრანტების სახით ეხმარება საქართველოს.



აუდიტის მიზნობა

3. ტუბერკულოზის პრევენცია

3.1 ეპიდემიოლოგიური მონიტორინგის მექანიზმები

ტუბერკულოზის გავრცელების შეზღუდვაში მნიშვნელოვან ადგილს ეპიდემიოლოგიური კვლევა იკავებს. ეპიდემიოლოგიური კვლევა გულისხმობს ფილტვის ტუბერკულოზით³² დაავადებული, პაციენტთან შემხებლობაში მყოფი ადამიანების გამოკვლევას და მათ ფთიზიატრთან გადამისამართებას. როგორც გრაფიკი N10-დან ჩანს, შესაძლო კონტაქტების სხვადასხვა წყარო არსებობს.

გრაფიკი N10. ინდექს-პაციენტის პოტენციური კონტაქტები



ეპიდემიოლოგიური კვლევის პროცესი დეტალურად განერილია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული რეკომენდაციით – „ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებთან კონტაქტში მყოფი პირების ეპიდკვლევა“. თუ ფთიზიატრიული პროფილის სამედიცინო დაწესებულებაში დაისვა ახალი ან წარსულში ნამკურნალები ფილტვის ფორმის ტუბერკულოზის დიაგნოზი, ადამიანი უნდა შეფასდეს, როგორც ინდექს-პაციენტი და განხორციელდეს შემდეგი ღონისძიებები:

- ფთიზიატრის მიერ მუნიციპალური საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურის ეპიდემიოლოგთან და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში 24 საათში იგზავნება სწრაფი შეტყობინების ფორმა;
- ეპიდემიოლოგი შეტყობინების მიღებიდან 72 საათის განმავლობაში ინდექს-პაციენტისაგან იღებს ინფორმაციას მისი ოჯახური და ახლო კონტაქტების შესახებ, ახორციელებს მათთან ბინაზე ვიზიტს და ატარებს ეპიდკვლევას;

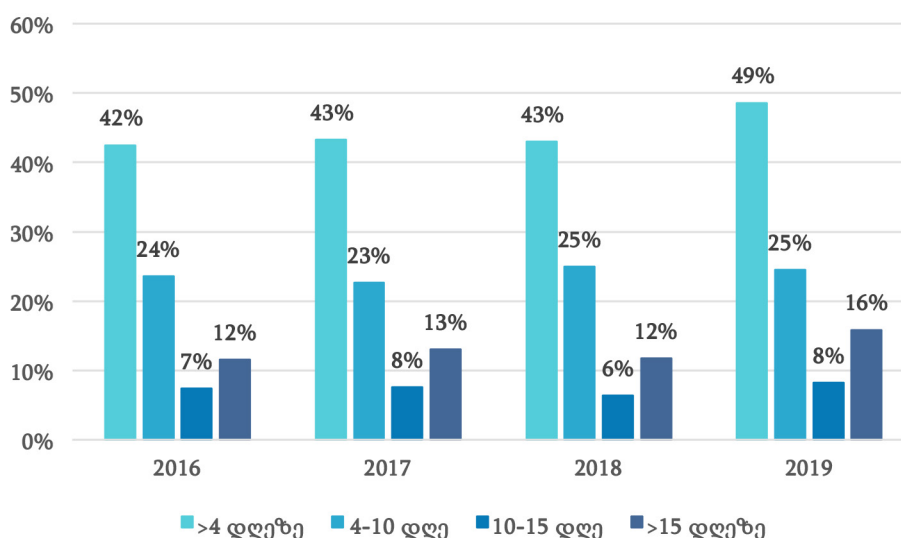
³² ფილტვგარეშე ტუბერკულოზი გადადების თვალსაზრისით არ არის საშიში.

- ბინაზე ვიზიტისას ეპიდემიოლოგი თითოეულ კონტაქტირებულს უტარებს ინტერვიუს სპეციალურად შემუშავებული კითხვარით. მიღებული ინფორმაციით, ეპიდემიოლოგი განსაზღვრავს კონტაქტების პრიორიტეტულ ჯგუფებს, რომლებიც დაუყოვნებლივ საჭიროებენ შემდგომ დიაგნოსტიკურ კვლევებს;
- ინტერვიუს პარალელურად ეპიდემიოლოგი ყველა კონტაქტირებულს აწვდის ინფორმაციას ტუბერკულოზის გადაცემის გზების, პრევენციის, საჭიროების შემთხვევაში, ფთიზიატრთან ვიზიტის აუცილებლობის და დაავადებულის უწყვეტი სტანდარტული მკურნალობის მნიშვნელობის შესახებ;
- კონტაქტების გადამისამართება ფთიზიატრთან ხორციელდება ეპიდემიოლოგის მიერ გაფორმებული სპეციალური მიმართვის საშუალებით, რომელიც ფთიზიატრთან წარსადგენად ხელზე უნდა იქონიოს კონტაქტირებულმა;
- ფთიზიატრი კონტაქტებს უტარებს აუცილებელ გამოკვლევებს, რის შემდეგ:
 - აქტიური ტუბერკულოზის დადასტურების შემთხვევაში, ინიშნება სტანდარტული ტუბსანინალმდგომ მკურნალობა;
 - აქტიური ტუბერკულოზის გამორიცხვის შემთხვევაში, თუ კონტაქტი აივ ინფიცირებული ან 5 წლამდე ასაკის ბავშვია, ინიშნება ლატენტური ტუბერკულოზური ინფექციის მკურნალობა.

3.1.1 ეპიდემიოლოგიის სისტემის კონსტრუქციის შედეგები

აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა 2016-2019 წლებში ჩატარებული ეპიდკვლევები და მათი განხორციელების ვადები, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრის მიერ მოწოდებულ ინფორმაციაზე დაყრდნობით. როგორც აღმოჩნდა, 42-49% შემთხვევაში ეპიდკვლევა ჩატარდა რეკომენდებულზე უფრო მეტ დროში.

გრაფიკი N11. რეკომენდებულზე უფრო მეტ დროში ჩატარებული ეპიდკვლევების ჩაშლა წლების მიხედვით



გემოაღნიშნულს სხვადასხვა მიზეზი განაპირობებს, მათ შორის, როგორც ფთიზიატრების მხრიდან შეტყობინების გაგზავნის დაგვიანება, ისე ეპიდემიოლოგების მიერ დაგვიანებით შესრულებული ეპიდკვლევები. ასევე ჩატარებული ეპიდკვლევის ეფექტიანობისთვის მნიშვნელოვანია



იდენტიფიცირებული ინდექს-პაციენტის კონტაქტი, ეპიდემიოლოგის რეკომენდაციის შემდეგ მივიდეს ფთიზიატრთან და ჩაიტაროს ტუბერკულოზის კლინიკური გამოკვლევა. ამ პროცესის გამართული ფუნქციონირებისთვის მნიშვნელოვანია დეტალურად იყოს განერილი ინფორმაცია თითოეულ კონტაქტზე – კონტაქტის გამოკვლევიდან მის კლინიკურ კვლევამდე. ასევე აუცილებელია სათანადოდ ხორციელდებოდეს პაციენტის მიდევნება, მისი ფთიზიატრთან მისვლის/არმისვლის შესახებ ინფორმაციის შეგროვება და ანალიზი.

დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს არ აქვს კონტროლის მექანიზმი, რომლის საშუალებითაც განხორციელდება ჩატარებული ეპიდკვლევის დროულობის კონტროლი. ასევე ჩატარებული ეპიდკვლევების ერთიანი ბაზა არ არის სათანადო კონტაქტების პროაქტიული მიდევნებისთვის/კონტროლისათვის.

3.1.2 გამოკვლეული კონტაქტების რაოდენობა

სადიაგნოსტიკო ღონისძიებებით რისკჯგუფების სათანადო დაფარვა მნიშვნელოვანი წინაპირობაა დაავადების ადრეული აღმოჩენისთვის. სადიაგნოსტიკო მექანიზმის შეფასების ინდიკატორი ერთ ინდექს-პაციენტზე, გამოკვლეული კონტაქტების რაოდენობაა. საქართველოში, საშუალოდ, 2016-2019 წლებში ერთ ინდექს-პაციენტზე 3.1 კონტაქტის გამოკვლევა ჩატარდა.

გრაფიკი N12. 2016-2019 წლებში ინდექს-პაციენტები და ჩატარებული ეპიდკვლევები³³



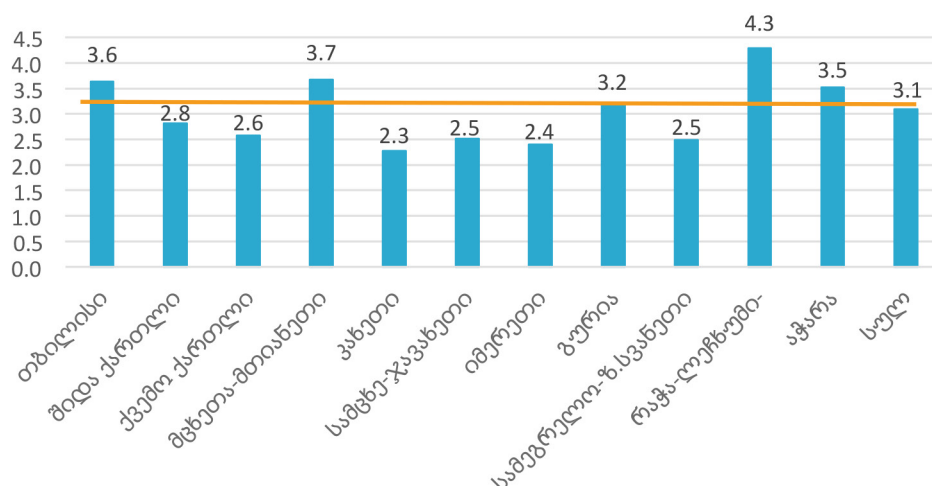
	2016	2017	2018	2019
ინდექს -პაციენტი	798	1,603	1,384	1,313
გამოკვლეული კონტაქტების რაოდენობა	2,126	5,219	4,471	3,933
თანაფარდობა	2.7	3.3	3.2	3

გამოკვლეული კონტაქტების მხრივ, რეგიონალურ ჭრილში საკმაოდ მაღალი გადახრებია. მაგალითად, თბილისში ერთ ინდექს-პაციენტზე 3.7 ეპიდკვლევა ჩატარდა, როდესაც კახეთში მხოლოდ – 2.3. მთლიანი მოცვის ზრდის პარალელურად, მნიშვნელოვანია რეგიონებში უთანაბრობის აღმოფხვრა, რაც, თავის მხრივ, ხელს შეუწყობს საერთო გამოკვლეული კონტაქტების რაოდენობის ზრდას.

33 ცენტრისა და ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრის მონაცემები ერთმანეთისგან განსხვავებულია (ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრის მონაცემები შეიცავს ფთიზიატრების მიერ გამოკვლეულ კონტაქტებსაც), ასევე ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრის დეტალური მონაცემები მხოლოდ ქალაქმთავრებელი სახით არის ხელმისაწვდომი. იქიდან გამომდინარე, რომ აუდიტის ჯგუფი აფასებდა ეპიდზედამხედველობის მექანიზმს, რომელსაც ცენტრი ახორციელებს, გამოთვლებში გათვალისწინებულია ზემოაღნიშნულის მიერ მონოღებული ინფორმაცია.



გრაფიკი N13. საშუალოდ 2016-2019 წლებში ერთ ინდექს-პაციენტზე ჩატარებული ეპიდკვლევები რეგიონების მიხედვით

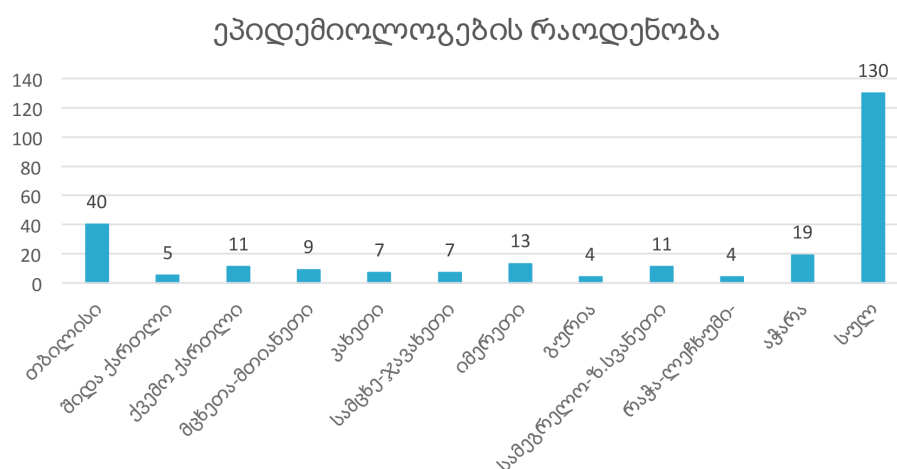


იქიდან გამომდინარე, რომ საშუალოდ ინდექს პაციენტს ერთი წლის განმავლობაში 10-დან 15-მდე ადამიანის დაინფიცირება შეუძლია, ხოლო ტუბერკულოზის შემთხვევების გამოვლენის ძირითადი წინაპირობა გამოკვეთული კონტაქტებია, მნიშვნელოვანია ქვეყნის მასშტაბით მოცვის გონივრულ ფარგლებში გაზრდა. გაზრდის საჭიროების მნიშვნელობა ტუბერკულოზის კონტროლის ეროვნულ სტრატეგიაშიც არის აღნიშნული. ერთ ინდექს-პაციენტზე გამოკვეთული კონტაქტების რაოდენობის გონივრული დონე ქვეყნებისთვის არის ინდივიდუალური და დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე.³⁴ საგულისხმოა ის ფაქტი, რომ საქართველოში ეს მაჩვენებელი არ არის განსაზღვრული.

3.1.3 ეპიდემიოლოგიის პოლუქსიულობა

საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრებში 130 ეპიდემიოლოგი მუშაობს, რომელთა საქმიანობა ეპიდკვლევების ჩატარებას მოიცავს.

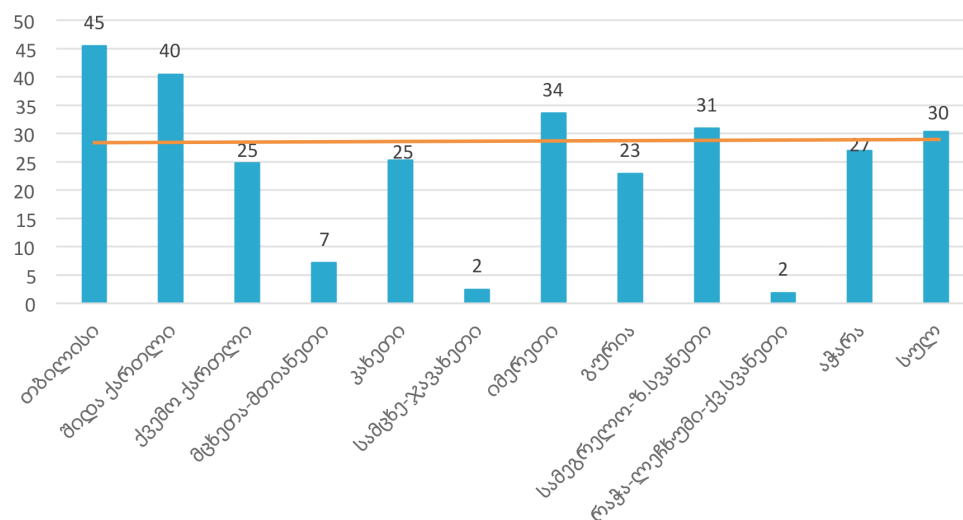
გრაფიკი N14. ეპიდემიოლოგების რაოდენობის გადანაწილება რეგიონების მიხედვით



34 ოჯახის ზომა (სულადობის მიხედვით), ახლო კონტაქტების რაოდენობა, მობილობა და სხვა შესაძლო ფაქტორები.

აუდიტის ჯგუფმა გააანალიზა 2016-2019 წლებში ჩატარებული ეპიდკვლევების რაოდენობა და გამოთვალა ერთი ეპიდემიოლოგის მიერ წელიწადში ჩატარებული ეპიდკვლევების საშუალო რაოდენობა.

გრაფიკი N15. ერთი ეპიდემიოლოგის მიერ ჩატარებული ეპიდკვლევა 2016-2019 წლებში (საშუალო წლიური მონაცემი)



ეპიდემიოლოგების პროდუქტიულობა³⁵ განსხვავებულია რეგიონების მიხედვით და გადახრა საკმაოდ დიდია, რაც, თავის მხრივ, განაპირობებს გამოკვლეული კონტაქტების რაოდენობის ზრდის პოტენციალს ერთ ინდექს-პაციენტზე.

საგულისხმოა ის ფაქტი, რომ ქვეყნის მასშტაბით გამოკვლეული კონტაქტების რაოდენობა არასაკმარისია და საჭიროებს მოცვის გაზრდას. საერთო რაოდენობის გაზრდასთან ერთად, აუცილებელია რეგიონალური კონტექსტის გათვალისწინება ეპიდემიოლოგების პროდუქტიულობის კუთხით, რაც დამატებითი ხელშეწყობი ფაქტორია ქვეყანაში ერთ ინდექს-პაციენტზე გამოკვლეული კონტაქტების რაოდენობის გასაზრდელად.

3.2 ლატენტური ტუბერკულოზის პიკუპირება

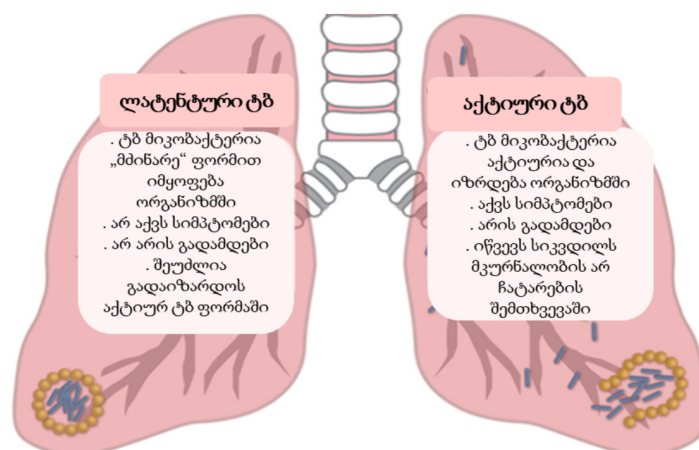
ლატენტური ტუბერკულოზი ტუბერკულოზის არააქტიური ფორმაა. ინფიცირებულ პირებს არა აქვთ ტუბერკულოზის დაავადების სიმპტომები და არ არიან გადამდები, მაგრამ იმყოფებიან აქტიური ტუბერკულოზის განვითარების რისკის ქვეშ. როგორც სხვადასხვა კვლევით არის დადასტურებული, 60-90% შემთხვევაში³⁶ ლატენტური ტუბერკულოზის პრევენციული მკურნალობით შესაძლებელია აქტიური ტუბერკულოზის განვითარების გამორიცხვა.

35 წლის განმავლობაში ერთი ეპიდემიოლოგის მიერ ჩატარებული ეპიდკვლევების რაოდენობა.

36 Latent tuberculosis infection, WHO guideline for programmatic management.



გრაფიკი N16. განსხვავება ლატენტურ და აქტიურ ტუბერკულოზს შორის

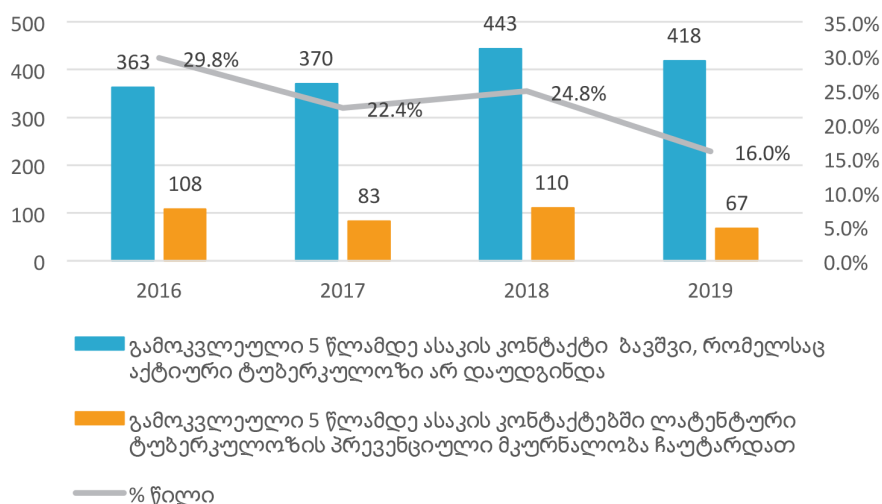


ლატენტური ტუბერკულოზის პრევენციული მკურნალობა ჯანმოს მიერ არის რეკომენდებული და მიღებული პრაქტიკაა საქართველოშიც. ლატენტური ტუბერკულოზის პრევენციული მკურნალობა საქართველოს ტუბერკულოზის კონტროლის ეროვნულ სტრატეგიაში გათვალისწინებულია, როგორც პრევენციის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიმართულება. ლატენტური ტუბერკულოზის პრევენციულ მკურნალობას სრულად აფინანსებს სახელწიფო. 2016-2019 წლების პროგრამის მიხედვით, ლატენტური ტუბერკულოზის პრევენციული მკურნალობა განსაზღვრული იყო ორ მაღალი რისკის შემცველ კონტაქტირებულ ჯგუფში:

- 5 წლამდე ასაკის ბავშვები;
- აივ ინფიცირებულები.

აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა რისკის მატარებელი ყველაზე მონყვლადი ჯგუფი – ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების კონტაქტი, 5 წლამდე ასაკის ბავშვები. როგორც ჩატარებული პროცედურიდან გამოიკვეთა, 2016-2019 წლებში საშუალოდ მხოლოდ 23%-ს ჩაუტარდა ლატენტური ტუბერკულოზის პრევენციული მკურნალობა.

გრაფიკი N17. 5 წლამდე ასაკის ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებული კონტაქტი ბავშვი და პრევენციული მკურნალობის წილი



ლატენტური ტუბერკულოზის პრევენციული მკურნალობის მნიშვნელოვნება იზრდება მას შემდეგ, რაც ქვეყანაში პრევალენტობა 100 000 კაცზე 100-ს ჩამოსცდება. საქართველომ ამ ნიშნულს 2013 წელს მიაღწია, როდესაც გავრცელების მაჩვენებელი 96 გახდა. ასევე ჯანმოს მიერ აღიარებულ 10 პრიორიტეტულ³⁷ მიმართულებას შორის, რომელიც მნიშვნელოვანი ინდიკატორია ტუბერკულოზის ელიმინაციის პროგრამის მონიტორინგისთვის, ერთ-ერთია 2025 წლისთვის ლატენტური ტუბერკულოზის პრევენციული მკურნალობის 90%-ზე მეტი მოცვა რისკჯგუფებში.

პოზიტიურად უნდა შეფასდეს 2020 წლიდან ლატენტური ტუბერკულოზის პრევენციული მკურნალობის რისკჯგუფის სრული გაფართოება ჯანმოს მიერ მოწოდებული გაიდლაინების შესაბამისად (კრიტერიუმის ნაწილში აღწერილი კატეგორიების მიხედვით), რაც კიდევ უფრო ზრდის პრევენციული მკურნალობის მოცვის გაზრდის მნიშვნელობას.

3.3 უსხოა ვიზიტორებთან, მიგრანტებთან დაკავშირებული ტუბერკულოზის

პრევენცია

ინფექციური დაავადებების გავრცელებაში ადამიანების გადაადგილება ერთ-ერთი ძირითადი ფაქტორია, ამიტომ ჯანმო ტუბერკულოზის მაღალი გავრცელების ქვეყნებიდან ვიზიტორებს განიხილავს, როგორც რისკჯგუფს და მათი სკრინინგის რეკომენდაციას გასცემს.³⁸ აღნიშნული რისკების შესაფასებლად და შესამსუბუქებლად, სხვადასხვა ქვეყანა მიმართავს განსხვავებულ პრაქტიკას. ტუბერკულოზის გავრცელების თავიდან ასაცილებლად, დაბალი გავრცელების ქვეყნები ვიზის მიღების მსურველი, ტუბერკულოზის მაღალი რისკის³⁹ ქვეყნის მოქალაქეებისგან ითხოვენ ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციას. მაგალითად, დიდ ბრიტანეთსა⁴⁰ და ავსტრალიაში⁴¹ 6 თვეზე მეტი ვადით დარჩენის მსურველებმა სავიზო გაცხადებასთან ერთად უნდა წარმოადგინონ ტუბერკულოზის სკრინინგის შედეგი, მსგავსი მიდგომა აქვს ამერიკის შეერთებულ შტატებსაც.⁴²

საქართველოს სავიზო პოლიტიკა შედარებით ლიბერალურია, რაც მსოფლიოს 98 ქვეყნის მოქალაქეებს აძლევს საქართველოში უვიზოდ შემოსვლისა და ყოფნის შესაძლებლობას. სხვა დანარჩენი ქვეყნის წარმომადგენლები საჭიროებენ ვიზას, თუმცა არ მოეთხოვებათ ინფორმაცია ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, მიუხედავად იმისა, არიან თუ არა ტუბერკულოზის მაღალი რისკის ქვეყნებიდან.⁴³ ქვემოთ წარმოდგენილია საქართველოში უცხოელი ვიზიტორების რაოდენობა წლების და მათ ქვეყანაში ტუბერკულოზის ინციდენტობის მიხედვით.

37 WHO, Latent TB infection.

38 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84971/9789241548601_eng.pdf;jsessionid=1572A1E68E8B51725752DBC80CD3E62A?sequence=1

39 <https://www.gov.uk/tb-test-visa/countries-where-you-need-a-tb-test-to-enter-the-uk>

40 <https://www.gov.uk/tb-test-visa>

41 <https://immi.homeaffairs.gov.au/help-support/meeting-our-requirements/health/what-health-examinations-you-need#content-index-1>

42 <https://travel.state.gov/content/travel/en/us-visas/immigrate/the-immigrant-visa-process/step-10-prepare-for-the-interview/medical-examination-faqs.html#:~:text=The%20U.S.%20Centers%20for%20Disease,chest%20x%2Dray%20examination%20conducted>

43 <https://www.geoconsul.gov.ge/HtmlPage/html/View?id=956>



ცხრილი N3. საქართველოში უცხოელი ვიზიტორების რაოდენობა ქვეყნების მიხედვით

ქვეყანა	2018 წლის იანვარი, ვიზიტორთა რაოდენობა	2019 წლის იანვარი, ვიზიტორთა რაოდენობა	ცვლილება %	2018 წლის ინციდენტობა, 100,000 მოსახლეზე
აზერბაიჯანი	95,559	92,341	-3.4%	63
რუსეთი	73,538	85,922	16.8%	54
სომხეთი	82,070	77,968	-5.0%	31
თურქეთი	80,639	64,349	-20.2%	16
საქართველო (არა საქართველოს რეზიდენტი)	44,314	44,541	0.5%	80
უკრაინა	10,091	10,453	3.6%	80
ირანი	14,322	8,424	-41.2%	14
ისრაელი	3,109	7,217	132.1%	4
ყაზახეთი	2,323	3,157	35.9%	68
ფილიპინები	2,372	3,080	29.8%	554
ინდოეთი	3,006	2,830	-5.9%	199
გერმანია	1,731	2,538	46.6%	7.3
აშშ	1,620	2,130	31.5%	3
საუდის არაბეთი	1,180	2,038	72.7%	10
პოლონეთი	861	1,985	130.5%	16

საქართველოში ტუბერკულოზის მართვის პროგრამით განსაზღვრულია მოსარგებლები, რომელთათვისაც ხელმისაწვდომია ტუბერკულოზის მკურნალობისათვის გათვალისწინებული ყველა მომსახურება.⁴⁴ აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა თბილისში 2016-2019 წლებში საქართველოს მოქალაქეობის არმქონე პაციენტების ტუბერკულოზის მართვის პროგრამის ფარგლებში გაწეული სამედიცინო ხარჯის ოდენობა. ჯამურმა ხარჯმა 27 ბენეფიციარზე ⁴⁵ 219 801 ლარი შეადგინა.

ცხრილი N4. „ტუბერკულოზის მართვის პროგრამის“ ფარგლებში საქართველოს მოქალაქეობის არმქონე პირებისთვის გაწეული სახელმწიფო ხარჯი წლების მიხედვით

წელი	სახელმწიფო ხარჯი
2016	15,867
2017	93,776
2018	68,387
2019	15,756
2020 (პირველი ნახევარი)	26,015
სულ:	219,801

რეგულაციების და პროგრამის მიმწოდებელთა შესრულებული სამუშაოს ანალიზით ჩანს, რომ ქვეყანას აქვს საქართველოს მოქალაქეობის არმქონე პირებისთვის ტუბერკულოზის მკურნალობისთვის საჭირო სერვისებზე წვდომის პოლიტიკა.

44 საქართველოში მუდმივად მცხოვრები, მოქალაქეობის არმქონე, საქართველოში მყოფი ბაქტერიაგამომყოფი (მგბ+) პირები და 2020 წლის აგვისტოდან მათ დაემატათ საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს მიგრაციის დეპარტამენტის მიმღები და დროებითი განთავსების ცენტრებში მყოფი უცხოელები.

45 საქართველოს მოქალაქეობის არმქონე პირები.

ტუბერკულოზის დაბალი გავრცელების ქვეყნების მონაცემების მიხედვით, ტუბერკულოზის შემთხვევების ძირითადი წილი მოდის უცხო ქვეყანაში დაბადებულ პირებზე.⁴⁶ მაგალითად, ავსტრალიაში 2014 წელს ტუბერკულოზის შემთხვევების 86% მიგრანტებშია დაფიქსირებული, დიდ ბრიტანეთში 2016 წელს კი – 74%-ში. ვინაიდან საქართველოში ინფექციის გავრცელების კლებადი ტენდენციაა, მნიშვნელოვანია ქვეყანას ჰქონდეს უცხოელი ვიზიტორების მხრიდან ტუბერკულოზის ინფექციის მომავალი გავრცელების რისკების შეფასებისა და შემცირების პრევენციული მექანიზმი.

დასკვნა

ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების კონტაქტების გამოკვლევა ინფექციის კონტროლის პრიორიტეტული მიმართულებაა. ინდექს-პაციენტის აღმოჩენის საწყის ეტაპზე ეპიდკვლევების ჩატარება ხელს უწყობს ინფექციის ადრეულ აღმოჩენას და მნიშვნელოვნად ამცირებს დაავადების გავრცელებას.

ეპიდზედამხედველობის მექანიზმის აღსრულება ხარვეზებით მიმდინარეობს. რიგ შემთხვევებში ჩატარებული ეპიდკვლევები დაგვიანებით ხორციელდება, ერთ ინდექს-პაციენტზე ჩატარებული ეპიდკვლევების რაოდენობა საკმარისი არ არის და საგრძნობლად განსხვავებულია რეგიონების მიხედვით. ასევე დაბალია ლატენტური ტუბერკულოზის პრევენციული მკურნალობის მოცვა შესაბამის რისკჯგუფში.

უცხოელი ვიზიტორების მიერ ტუბერკულოზის გავრცელების რისკების შეფასების და შემცირების პრევენციული მექანიზმების არსებობა შეამცირებს მოსახლეობის მზარდი მობილობით განპირობებულ რისკებს და ხელს შეუწყობს ტუბერკულოზის დადებითი ტენდენციის შენარჩუნებას გრძელვადიან პერსპექტივაში.

გემოაღნიშნული გამოწვევები აფერხებს დაავადების ადრეულ აღმოჩენას და ხელს უშლის მთავარი მიზნის – ტუბერკულოზის ელიმინაციის მიღწევას.

რეკომენდაციები

- ეპიდემიოლოგიური კვლევების პროტოკოლით გათვალისწინებულ დროში ჩატარებისა და გამოკვლეული კონტაქტების მიდევნებისთვის, ფთიზიატრთან მისვლა/არმისვლის შესახებ ინფორმაციის შეგროვებისა და ანალიზისთვის, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა უზრუნველყოს ერთიანი სათანადო ბაზის წარმოება და საჭირო კონტროლის მექანიზმების შემუშავება, რომელიც წინასწარ განსაზღვრული პერიოდულობით შეამოწმებს ეპიდკვლევების მიმდინარეობას და, საჭიროების შემთხვევაში, მიიღებს სათანადო ზომებს;
- ერთ ინდექს-პაციენტზე ჩატარებული ეპიდკვლევების საქართველოსთვის ოპტიმალურ მაჩვენებელთან მიახლოების მიზნით, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა გაითვალისწინოს ეპიდემიოლოგების პროდუქტიულობის მაჩვენებლები რეგიონალურ ტერიტორიაში და საჭიროებისამებრ, შესაბამის

46 <https://erj.ersjournals.com/content/52/1/1800591>



მუნიციპალურ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურებთან ერთად განიხილოს მოცვის გაზრდის შესაძლებლობები;

- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ და დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა, შესაბამის ჩართულ მხარეებთან ერთად, უზრუნველყოს შესაბამის რისკჯგუფებში ლატენტური ტუბერკულოზის პრევენციული მკურნალობის მოცვის გაზრდისთვის საჭირო მექანიზმების შემუშავება;
- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ შეიმუშაოს უცხოელი ვიზიტორების მხრიდან მომავალი ტუბერკულოზის ინფექციის გავრცელების რისკების შეფასებისა და შემცირებისთვის საჭირო პრევენციული მექანიზმი.



4. მკურნალობის დახმარება მექანიზმები

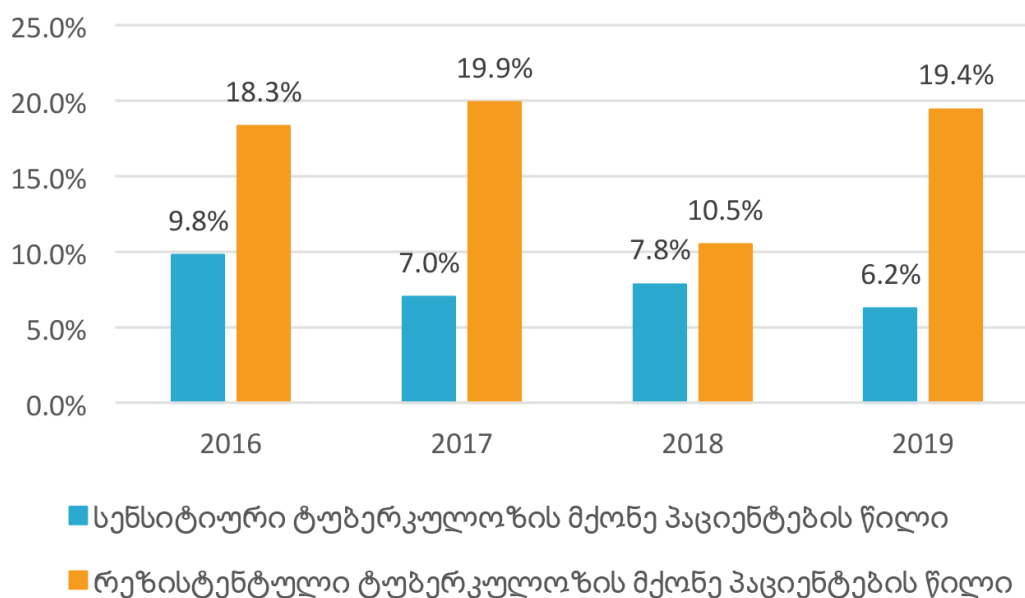
4.1 უწყვეტი მკურნალობის ფინანსური გავლენის შეფასება

რეგისტრებული ტუბერკულოზის განვითარების რამდენიმე პოტენციური წყარო არსებობს: არასწორი მკურნალობა, მკურნალობის შეწყვეტა, რეგისტრებული ტუბერკულოზის გადადება. დღესდღეობით საქართველოში ხელმისაწვდომია ტუბერკულოზის სამკურნალო საერთაშორისოდ აღიარებული მედიკამენტები, რომელთა შესყიდვაში ქვეყანას შიდასთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდი ეხმარება. რეგისტრებული ტუბერკულოზი გაცილებით რთული ფორმაა, ვიდრე აქტიური სენსიტიური ფორმის ტუბერკულოზი. სენსიტიური ტუბერკულოზისგან განსხვავებით, რეგისტრებული ტუბერკულოზის შემთხვევაში:

- მკურნალობის პერიოდი გაცილებით ხანგრძლივია;
- შედარებით დაბალია განკურნების ალბათობა;
- დაბალია პაციენტების მკურნალობაზე დამყოლობის მაჩვენებელი;
- მკურნალობას ახასიათებს ძლიერი გვერდითი მოვლენები;
- მკურნალობა შედარებით ძვირი ჯდება;
- არსებობს შესაბამისი რეგისტრებული ფორმის ტუბერკულოზის გადაცემის რისკი.

პაციენტის მიერ მკურნალობის შეწყვეტიდან 2 თვის შემდეგ ის აღირიცხება, როგორც მკურნალობაშეწყვეტილი პაციენტი. მკურნალობის შეწყვეტა პოტენციურად ამძიმებს ტუბერკულოზის ფორმას.

გრაფიკი N18. 2016-2019 წლებში რეგისტრირებულ პაციენტებში შეწყვეტილი მკურნალობის წილი⁴⁷



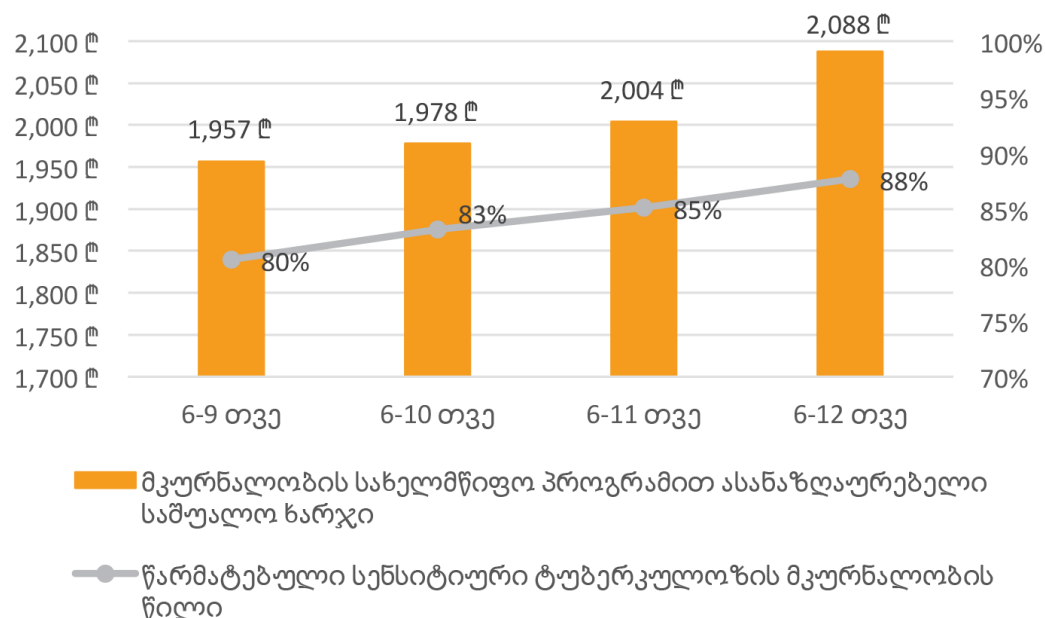
47 არის შემთხვევები, როდესაც პაციენტი მეთვალყურეობიდან წელიწადში რამდენჯერმე იკარგება. აღნიშნულ გრაფიკში კონკრეტული პაციენტები შეყვანილია მხოლოდ ერთხელ.



მიუხედავად იმისა, რომ საქართველოში ტუბერკულოზის გავრცელებას კლებადი ტენდენცია აქვს, გამოწვევად რჩება მკურნალობაშენწყვეტილი პაციენტების მაღალი წილი სენსიტიური და რეზისტენტული ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებში. როგორც გრაფიკ N18-ზე ჩანს, მკურნალობაშენწყვეტილი პაციენტების წილი საგრძნობლად მაღალია რეზისტენტული ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებში. ბუნებრივია, რეზისტენტული ტუბერკულოზის განვითარების ძირითადი უარყოფითი შედეგი ადამიანის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისთვის საფრთხის შექმნაში გამოიხატება, თუმცა აღნიშნულ მოვლენას ასევე ახლავს მკურნალობაზე მნიშვნელოვნად გაზრდილი ხარჯები.

სოციალური მომსახურების სააგენტოდან მიღებული ბაზების (რომლებიც მოიცავს ყველა ამბულატორიულ და სტაციონარულ შემთხვევაზე განეულ ხარჯს) ანალიზის შედეგად გამოჩნდა, რომ სენსიტიური ტუბერკულოზის წარმატებული მკურნალობის⁴⁸ ხანგრძლივობა შემთხვევათა 80%-ისას, 6-9 თვე გრძელდება, ხოლო პროგრამით ასანაზღაურებელი საშუალო თანხა ერთ პაციენტზე 1,957 ლარს შეადგენს.

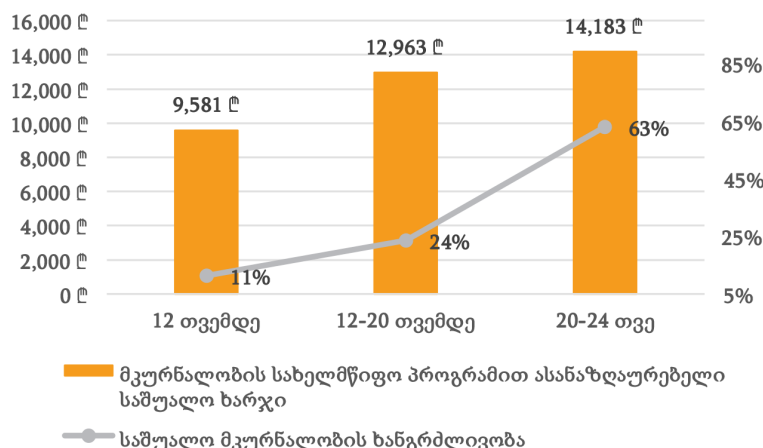
გრაფიკი N19. სენსიტიური ფორმის ტუბერკულოზის წარმატებული მკურნალობისთვის საჭირო საშუალო პერიოდი, მათი წილი და განეული ხარჯები



რეზისტენტული ტუბერკულოზის მქონე პაციენტების მკურნალობის საშუალო პერიოდისა და მათზე განეული მკურნალობის საშუალო ხარჯების ანალიზის შედეგად გამოიკვეთა, რომ შემთხვევათა 63%-ისას, რეზისტენტული ფორმის ტუბერკულოზის განკურნებას 20-დან 24 თვემდე სჭირდება და სახელმწიფოს მხრიდან ერთ პაციენტზე განეული საშუალო ხარჯი 14,183 ლარია. შესაბამისად, რეზისტენტული ტუბერკულოზის ფინანსური გავლენა გაცილებით მაღალია, ვიდრე სენსიტიური ტუბერკულოზისა.

48 წარმატებული მკურნალობა: დაასრულა მკურნალობა და ეს არის ბაქტერიოლოგიურად დადასტურებული ან არ არის დადასტურებული.

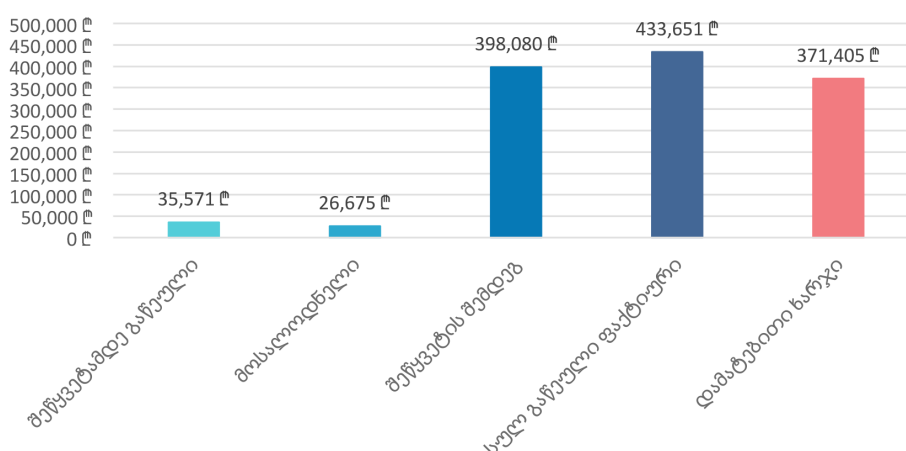
გრაფიკი N20. რეზისტენტული ფორმის ტუბერკულოზის წარმატებული მკურნალობისთვის საჭირო საშუალო პერიოდები, მათი წილები და განეული ხარჯები



მკურნალობაშენწყვეტილი პაციენტების დეტალური ფინანსური გავლენის შესაფასებლად, აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა 2016-2019 წლის 31 უნიკალური შემთხვევა, რომლის დროსაც სენსიტიური ტუბერკულოზის მქონე პაციენტმა შეწყვიტა მკურნალობა და განუვითარდა რეზისტენტული ფორმის ტუბერკულოზი. რეალურად მკურნალობაშენწყვეტილი პაციენტების რიცხვი, რომლებსაც განუვითარდათ რეზისტენტული ფორმის ტუბერკულოზი, უფრო მაღალია, თუმცა აუდიტის ჯგუფმა შეარჩია მხოლოდ ისეთი შემთხვევები, როდესაც პაციენტები მკურნალობის შეწყვეტამდე ახლოს იყვნენ სენსიტიური ტუბერკულოზის მკურნალობის საშუალო დროსთან და განეულ ხარჯებთან, რათა მაქსიმალური სიზუსტით განხორციელებულიყო გავლენის სათანადო შეფასება.

შესწავლილ 31 შემთხვევაში, მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ, სახელმწიფოს მოუხდა 15-ჯერ მეტი თანხის გადახდა, ვიდრე მას მოუწევდა მკურნალობის გაგრძელების შემთხვევაში. ჯამურად, სახელმწიფომ 371,405 ლარით მეტი ხარჯი გასწია.

გრაფიკი N21.⁴⁹ 31 შერჩეულ პაციენტზე შეწყვეტამდე/შეწყვეტის შემდეგ განეული ხარჯები და მოსალოდნელი ხარჯები, დამყოლობის შემთხვევაში

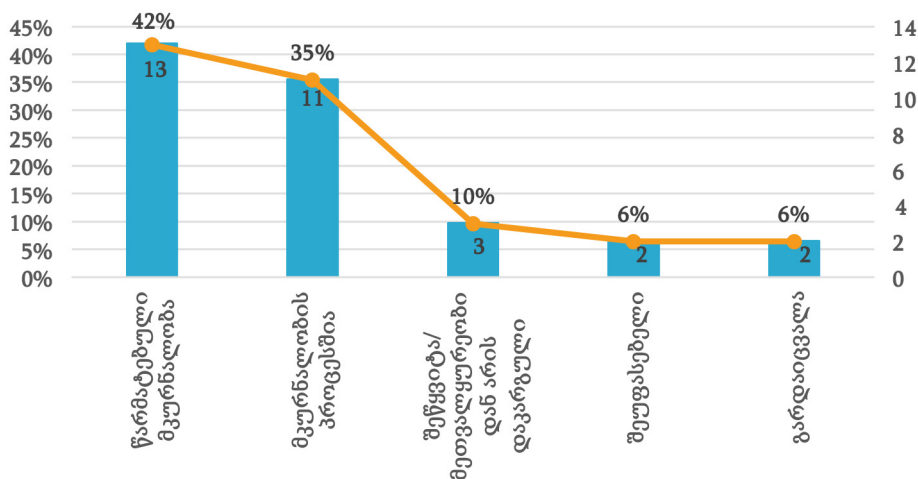


49 მოსალოდნელი დარჩენილი გასანევი ხარჯი (დამყოლობის შემთხვევაში) დათვლილია გრაფიკი N19-ის მიხედვით, შეწონილი მკურნალობის პერიოდების მიხედვით.



ასევე გასათვალისწინებელია ზემოაღნიშნული პაციენტების წარმატებული მკურნალობის დაბალი მაჩვენებელი. იქიდან გამომდინარე, რომ პაციენტების ნაწილის მკურნალობის შედეგი არ დამდგარა (35% მკურნალობას აგრძელებს, ხოლო 10% – 2020 წლის პირველი ნახევრის მდგომარეობით, მეთვალყურეობიდანაა დაკარგული), დამატებითი სამომავლო გავლენის შეფასება აუდიტის ფარგლებში ვერ მოხერხდა.

გრაფიკი N22. 31 შერჩეული პაციენტის მკურნალობის შედეგები



4.2 პაციენტის მკურნალობაზე დამყოლობის მექანიზმები

საქართველოში პაციენტების მკურნალობისადმი დამყოლობის გასაძლიერებლად მუშაობენ დამყოლობის კონსულტანტები. მათი ძირითადი ფუნქციაა პაციენტს არასამედიცინო მეთოდებით დაეხმარონ რთული და ხანგრძლივი მკურნალობის პროცესის დაძლევაში. სამიზნე პირების მკურნალობაზე დამყოლობისთვის, თბილისის ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრის დამყოლობის სამსახურის ფუნქციებია:⁵⁰ პაციენტის ინფორმირება, ფსიქო – სოციალური დახმარება, დამყოლობის უწყვეტი მონიტორინგი, სამიზნე პირების მოძიება, საინფორმაციო ბანკის შექმნა/მართვა და სხვა პაციენტისთვის მნიშვნელოვანი დახმარების გაწევა.

დამყოლობის კონსულტანტი მკურნალობის ყველა ეტაპზეა ჩართული, რათა პაციენტზე ორიენტირებული მიდგომით, მაქსიმალურად მოხერხდეს მკურნალობის რეჟიმის დაცვა და, საბოლოოდ, პაციენტის განკურნება.

ქვეყნის მასშტაბით, თბილისის გარდა, 9 რეგიონში მუშაობს ამდენივე დამყოლობის კონსულტანტი, თბილისის დამყოლობის სამსახურში კი – 4 დამყოლობის კონსულტანტი, ორი სოციალური მუშაკი, ერთი ფსიქოლოგი, ბაბის მენეჯერი და სამსახურის ხელმძღვანელი. იქიდან გამომდინარე, რომ ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებს ხშირად სხვადასხვა სახის რთული გვერდითი მოვლენები, სოციალურ-ფინანსური პრობლემები აქვთ, მათთვის მნიშვნელოვანია როგორც დამყოლობის კონსულტანტის, ასევე ფსიქოლოგის და სოციალური მუშაკის დახმარება. როგორც ჯანმოს მიერ რეკომენდებულ დამყოლობის ინტერვენციებშია (პაციენტის განსწავლა, მომსახურე პერსონალის განათლება, მატერიალური მხარდაჭერა, ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა, მეთვალყურეობა, მედიკამენტების ციფრული

50 დამყოლობის სამსახურის სამოქმედო სივრცე და ფუნქციები.

მონიტორინგი)⁵¹ განერილი, მნიშვნელოვანია პაციენტისთვის ქვეყნის მასშტაბით ყველგან იყოს ხელმისაწვდომი ზემოაღნიშნული დახმარების თითოეული მექანიზმი, რათა პაციენტის საჭიროებიდან გამომდინარე, ინდივიდუალურად განხორციელდეს გონივრული ინტერვენციის/ინტერვენციების შერჩევა.

საქართველოში დამყოლობის გასაძლიერებლად არსებული დამყოლობის კონსულტანტის, ფსიქოლოგის, სოციალური მუშაკის რესურსი არათანაბრად არის ხელმისაწვდომი ქვეყნის მასშტაბით, კერძოდ, რეგიონებში პაციენტებს არ აქვთ საშუალება ფსიქოლოგიური დახმარება მიიღონ.

მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომ ქვეყნის მასშტაბით სამართლებრივად არ არსებობს დამყოლობის სამსახურის ერთიანი სისტემა. თბილისის დამყოლობის სამსახური და რეგიონალური დამყოლობის კონსულტანტები ერთმანეთისგან დამოუკიდებელი სუბიექტები არიან. თბილისის დამყოლობის სამსახური ტუბერკულოზის ეროვნული ცენტრის სტრუქტურის ქვეშ არის შექმნილი, ხოლო დამყოლობის რეგიონული კონსულტანტები გლობალური ფონდის დაკონტრაქტებული თანამშრომლები არიან. მიუხედავად იმისა, რომ საბოლოო ჯამში ორივე მიმართულების მიზანი საერთოა, სტრუქტურული განსხვავებები მუშაობის სხვადასხვა პრაქტიკას განაპირობებს.

საქართველოში არ არსებობს ჩატარებული დამყოლობის კონსულტაციების ერთიანი ბაზა, რომელიც უზრუნველყოფს დამყოლობისთვის საჭირო პაციენტის შესახებ ყველა ინფორმაციის თავმოყრას, რაც, თავის მხრივ, ხელს შეუწყობს პაციენტზე მორგებული დამყოლობის რეკომენდებული ინტერვენციის შერჩევას. დადებითად უნდა შეფასდეს ის ფაქტი, რომ თბილისის დამყოლობის სამსახურმა 2019 წლიდან დაიწყო ჩატარებული კონსულტაციების ბაზის წარმოება თბილისის ფარგლებში. მიუხედავად ამისა, ბაზის სტრუქტურა არ იძლევა საშუალებას პაციენტის შესახებ ყველა სასარგებლო ინფორმაცია იყოს აღრიცხული, როგორც არის მკურნალობის გვერდითი ეფექტების შესახებ ინფორმაცია ან სხვა ფაქტორები, რამაც შესაძლოა გავლენა მოახდინოს მკურნალობის რეჟიმის დაცვაზე.

იქიდან გამომდინარე, რომ ელექტრონული ინფორმაციის შეგროვება მხოლოდ თბილისში მიმდინარეობს, აუდიტის ჯგუფმა, ზემოაღნიშნული ბაზის მიხედვით შეამოწმა აღრიცხვებოდნენ თუ არა შესაბამის ბაზაში ის პაციენტები, რომლებმაც შეწყვიტეს მკურნალობა. 2019 წელს თბილისში იდენტიფიცირებული 40 პაციენტიდან, რომელთაც მკურნალობა შეწყვიტეს, მხოლოდ 6 იყო აღრიცხული შესაბამის ბაზაში.

აუდიტის ჯგუფმა ჩაატარა შეხვედრები თბილისის დამყოლობის სამსახურის თანამშრომლებთან და სატელეფონო ინტერვიუები დამყოლობის რეგიონალურ კონსულტანტებთან. როგორც ჩატარებული პროცედურიდან გამოიკვეთა, ქვეყნის დონეზე არ არსებობს ერთიანი, უნიფიცირებული სახელმძღვანელო, რითაც ჩატარდება დამყოლობის კონსულტაციები. მიუხედავად იმისა, რომ დამყოლობის კონსულტაციების ორგანიზება ინდივიდუალურად, პაციენტების საჭიროებიდან გამომდინარე უნდა ხორციელდებოდეს, მნიშვნელოვანია არსებობდეს ერთიანი წინასწარ განერილი მიდგომები, რომლებიც იდენტური იქნება ქვეყნის მასშტაბით და საერთო – დამყოლობის კონსულტანტებისთვის.

51 დეტალურად ჩაშლილია კრიტერიუმების თავში.



4.3 არანებაყოფლობითი იზოლაციის მექანიზმი

„ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ“ საქართველოს კანონის მიზანია ტუბერკულოზის ეფექტიანი კონტროლის გზით ფიზიკური პირის ჯანმრთელობის დაცვა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა. ზემოაღნიშნული კანონი მოსალოდნელი საფრთხის თავიდან აცილების მიზნისთვის ერთ-ერთ მექანიზმად არანებაყოფლობითი იზოლაციას განიხილავს. არანებაყოფლობითი იზოლაცია არის უკიდურესი ზომა, რომელიც გამოიყენება მაშინ, როდესაც ამონურულია ტუბერკულოზის გადამდები ფორმით დაავადებული პაციენტის მიერ ტუბერკულოზის სავალდებულო გამოკვლევის ჩატარების და მისი ნებაყოფლობითი მკურნალობის პროცესში ჩართვის ყველა საშუალება და არანებაყოფლობითი იზოლაციის ღონისძიებების გამოყენების გარეშე ინფექციის გავრცელების თავიდან აცილება შეუძლებელია.

აღნიშნული კანონის მე-14 მუხლის მე-3 ნაწილის მიხედვით, არანებაყოფლობითი იზოლაცია შეიძლება განხორციელდეს:

- იმ პაციენტის მიმართ, რომელსაც დაუდგინდა ტუბერკულოზის დადასტურებული შემთხვევა, აქვს ტუბერკულოზის გადამდები ფორმა, მაგრამ ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობის დაწყებაზე უარს ამბობს;
- იმ პაციენტის მიმართ, რომელსაც აღენიშნება ტუბერკულოზის დადასტურებული შემთხვევა და მკურნალობდა, მაგრამ ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობა შეწყვიტა და ტუბერკულოზის სავალდებულო გამოკვლევის ჩატარებაზე საბოლოოდ თქვა უარი;
- იმ პაციენტის მიმართ, რომელსაც დაუდგინდა ტუბერკულოზის დადასტურებული შემთხვევა, დაავადებული იყო ტუბერკულოზის გადამდები ფორმით და მკურნალობდა, მაგრამ ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობა მის დასრულებამდე შეწყვიტა, ამასთანავე, მკურნალობის შეწყვეტის მომენტში ისევ დაავადებული იყო ტუბერკულოზის გადამდები ფორმით.

არანებაყოფლობითი იზოლაციამდე მნიშვნელოვანია ყველა პრევენციული მექანიზმის გამოყენება, რათა მკურნალობის პროცესი მაქსიმალურად იყოს პაციენტზე მორგებული და არ დადგეს უკიდურესი ზომების მიღების საჭიროება. გრაფიკ N23-ზე წარმოდგენილია არანებაყოფლობითი იზოლაციის გამოყენების ერთ-ერთი შესაძლო სქემა, როდესაც პაციენტს რეზისტენტული ფორმის ტუბერკულოზი აქვს და მკურნალობის დაწყების პირველსავე ეტაპზე უარს აცხადებს მკურნალობის გაგრძელებაზე.

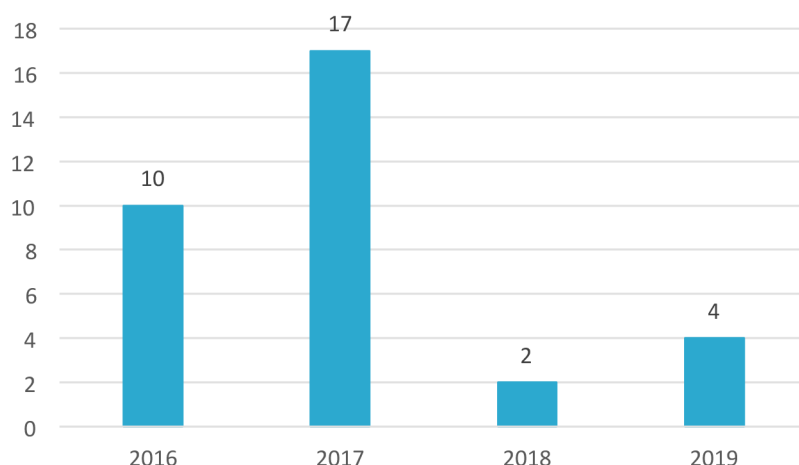
გრაფიკი N23. არანებაყოფლობითი იზოლაციის გამოყენების ერთ-ერთი შესაძლო სქემა



აუდიტის ჯგუფმა შეისწავლა 2016-2019 წლებში რეგისტრებული ტუბერკულოზის მქონე პაციენტები და გამოავლინა, რომ ამ წლებში არ გამოიყენებოდა არანებაყოფლობითი იზოლაცია, როგორც საფრთხისგან თავის აცილების კანონით განსაზღვრული ერთ-ერთი გზა.

2017 წელს რეგისტრებული ფორმის ტუბერკულოზიან პაციენტებს შორის 17 შემთხვევა გამოვლინდა, რომლებმაც შეწყვიტეს მკურნალობა და შეწყვეტეს დროს გამომყოფი ფორმის ტუბერკულოზის ინფექცია ჰქონდათ.

გრაფიკი N24. რეგისტრებული ფორმის ტუბერკულოზის მქონე პაციენტები, რომელთა მიმართა შესაძლოა კანონით განსაზღვრული არანებაყოფლობითი იზოლაციის მექანიზმი გამოეყენებინათ⁵²



გემოაღნიშნული მექანიზმის გამოყენება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია რთული ფორმის ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებში, როდესაც როგორც სიკვდილიანობის, ასევე მკურნალობის ხანგრძლივობის, გვერდითი მოვლენებისა და შესაბამისი ფორმის ტუბერკულოზის გადადების განსაკუთრებით მაღალი რისკია. 2016-2019 წლებში ყველაზე რთული ფორმის – ექსტენსიურად რეგისტრებული (XDR-TB) ტუბერკულოზიანი 181 პაციენტიდან 69%-ს (125 პაციენტი) მგბ(+) ფორმა, ანუ გამომყოფი ფორმის ტუბერკულოზი ჰქონდა, აღნიშნული 125 პაციენტიდან 17-მა პაციენტმა შეწყვიტა მკურნალობის რეჟიმი, რომელთაგან 6 პაციენტი შეწყვეტის მომენტში ისევე მგბ(+) იყო, ანუ შესაბამისი რთული ფორმის ტუბერკულოზის გადადების რისკის მატარებელი იყო. მიუხედავად ამისა, მათ მიმართ არანებაყოფლობითი იზოლაციის მექანიზმი არ გამოყენებულა.

ამგვარი შემთხვევებიდან საზოგადოებისთვის მიყენებული პოტენციური ზარალის შეფასება რთულია, თუმცა არსებითი შეიძლება იყოს როგორც შინაარსობრივად, ასევე ფინანსურად.

არანებაყოფლობითი იზოლაცია, როგორც საფრთხის თავიდან არიდებისთვის საჭირო უკანასკნელი მეთოდი, მიღებული პრაქტიკაა მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში⁵³ და ჯანმოს მიერ არის აღიარებული.⁵⁴ საგულისხმოა, რომ არანებაყოფლობითი იზოლაციის მექანიზმი

52 ბაზის სპეციფიკიდან გამომდინარე, სადაც შემთხვევები აღრიცხულია რეგისტრირებული წლების მიხედვით (მაგალითად, 2015 წელს რეგისტრირებული პაციენტი, რომელსაც გამოსავალი 2015 წლის შემდეგ ჰქონდა 2015 წლის ბაზაშია აღრიცხული), შესაძლოა ეს რიცხვები მეტი იყოს.

53 Best practices in prevention, control and care for drug-resistant tuberculosis, Estonia.

54 Tuberculosis, ethics and human rights.



უნდა იყოს უკანასკნელი აუცილებლობით განპირობებული და აღსრულებისას დაცული უნდა იყოს ადამიანის ყველა ძირითადი უფლება, გარდა თავისუფლად გადაადგილებისა. იქიდან გამომდინარე, რომ დაუშვებელია პაციენტის იძულება რაიმე სახის მედიკამენტის მიღებაზე, მათ შორის, არანებაყოფლობითი იზოლაციის დროს, მნიშვნელოვანია იზოლაციის პერიოდში გაგრძელდეს პაციენტის მკურნალობაზე დამყოლობისთვის საჭირო ყველა მექანიზმის გამოყენება.

ცხრილი N5. ჯანმოს მიერ რეკომენდებული პირობები, რომლებიც აუცილებელია არანებაყოფლობითი იზოლაციის დასაკომპენსირებლად

არანებაყოფლობითი იზოლაციის გამოყენებისას აუცილებელია სრულდებოდეს შემდეგი პირობები:	
1.	უნდა არსებობდეს აუცილებელი საჭიროება დაავადების გავრცელების თავიდან ასაცილებლად.
2.	დასაბუთებული უნდა იყოს არანებაყოფლობითი იზოლაციის ეფექტიანობა.
3.	პაციენტისთვის სათანადოდ უნდა იქნეს განმარტებული მოსალოდნელი რისკისა და არანებაყოფლობითი იზოლაციის აუცილებლობის შესახებ.
4.	პაციენტის უარი სხვებს რისკს უნდა უქმნიდეს.
5.	გამოყენებული უნდა იყოს ყველა სხვა ნაკლებად შემზღუდავი მექანიზმი.
6.	უნდა იყოს დაცული ყველა ადამიანის ძირითადი უფლება, გარდა გადაადგილების თავისუფლებისა.
7.	პროცესის განმავლობაში უნდა იყოს გასაჩივრების ყველა მექანიზმი უზრუნველყოფილი.
8.	პაციენტს უნდა დაუკმაყოფილდეს პირველადი საჭიროების მოთხოვნები.
9.	იზოლაციის პერიოდს უნდა განისაზღვროს მიზნის მიღწევისთვის აუცილებელი მინიმალური დრო.

დასკვნა

პაციენტების მკურნალობის პერიოდთან დაკავშირებული სირთულეების დაძლევისთვის მნიშვნელოვანი არასამედიცინო პერსონალი (ფსიქოლოგი, სოციალური მუშაკი) არ არის ხელმისაწვდომი რეგიონებში. მხოლოდ თბილისშია შესაძლებელი სრული სერვისის მიღება. ქვეყნის მასშტაბით არ არსებობს დამყოლობის სამსახურის ერთიანი სისტემა, რაც მუშაობის განსხვავებულ მიდგომებს განაპირობებს. მხოლოდ თბილისში 2019 წლიდან დაიწყო ჩატარებული დამყოლობის კონსულტაციების ერთიანი ბაზის წარმოება. მიუხედავად წინ გადადგმული ნაბიჯისა, მნიშვნელოვანია ბაზის სტრუქტურა იძლეოდეს პაციენტის შესახებ ყველა საჭირო ინფორმაციის აღრიცხვის საშუალებას. საგულისხმოა ის გარემოებაც, რომ ქვეყანაში არ არსებობს დამყოლობის კონსულტანტებისთვის განსაზღვრული უნიფიცირებული მიდგომები.

მკურნალობის დროს გამოყენებული დამხმარე მექანიზმების არასათანადო ფუნქციონირება ხელს უწყობს მკურნალობაშენეცვითი პაციენტების რაოდენობის ზრდას, რაც, თავის მხრივ, სოციალურ და ფინანსურ გავლენაშიც აისახება. შესწავლილი 31 პაციენტის შემთხვევაში, მკურნალობის შეწყვეტის შემდეგ, სახელმწიფომ 371,405 ლარით მეტი ხარჯი გასწია. ასევე ზემოაღნიშნული პაციენტების მკურნალობის გამოსავლებში წარმატებული მკურნალობის წილი დაბალია, ხოლო მაღალია მკურნალობაშენეცვითი პაციენტების წილი.

ქვეყანაში არ არსებობს არანებაყოფლობითი იზოლაციის, როგორც საფრთხიდან თავის არიდების უკანასკნელი მეთოდის აღსრულების მექანიზმი. მიუხედავად იმისა, რომ აუდიტის



პერიოდში კანონით დაშვებული მეთოდის გამოყენების საჭიროება იყო, მისი პრეცედენტი არ დამდგარა.

ჩაკომენდაცია

- ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტებისთვის ჩატარებული დამყოლობის კონსულტაციების პროცესის ადმინისტრირების გაუმჯობესებისთვის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა, ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრთან ერთად, შეიმუშაოს დამყოლობის კონსულტაციების ჩატარების ერთიანი უნიფიცირებული სახელმძღვანელო და ჩატარებული დამყოლობის კონსულტაციების აღრიცხვის ერთიანი ბაზა, რომლის სტრუქტურაც უზრუნველყოფს პაციენტის შესახებ ყველა საჭირო ინფორმაციის შეგროვებას;
- საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრომ ჩართულ მხარეებთან ერთად შეიმუშაოს არანებაყოფლობითი იზოლაციის, როგორც საფრთხიდან თავის არიდების უკანასკნელი მეთოდის აღსრულების მექანიზმი.



ბიბლიოგრაფია

ნორმატიული მასალა

საქართველოს კანონი „ტუბერკულოზის კონტროლის შესახებ“, 2015 წელი.

საქართველოს კანონი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“, 2007 წელი.

საქართველოს მთავრობის დადგენილება ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ, 2016-2020 წლები.

საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 11 ივლისის N327 დადგენილება „ტუბერკულოზის კონტროლის 2016-2020 წლების ეროვნული სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ“.

საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 1 აპრილის N162 დადგენილება „ტუბერკულოზის სანინააღმდეგო მკურნალობის რეჟიმის დაცვისთვის საქართველოს მოქალაქე პაციენტისთვის ფულადი წახალისების ოდენობისა და გაცემის წესის შესახებ“.

საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 18 ივნისის N220 დადგენილება „საქართველოში აივ ინფექციის/შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის წინააღმდეგ მიმართულ ღონისძიებათა ქვეყნის ერთიანი საკოორდინაციო საბჭოს შექმნისა და მისი დებულების დამტკიცების შესახებ“.

საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის 2019 წლის 3 ივნისის N01-189/ო ბრძანება „ტუბერკულოზის მართვა, კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია“.

სახელმძღვანელოები და კუბლიკაციები

Guidelines for surveillance of drug resistance in tuberculosis, World Health organization, 2015;

Tuberculosis, ethics and human rights, World Health organization, 2013;

Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low and middle-income countries, World Health organization, 2012;

Guidelines on tuberculosis infection prevention and control, World Health organization, 2019;

Best practices in prevention, control and care for drug-resistant tuberculosis, 2011-2015;

Minimum package for cross-border TB control and care in the WHO European region: a Wolfheze consensus statement, 2012;

Consolidated guidelines on drug-resistant tuberculosis treatment, World Health organization, 2019;

Implementing the end TB strategy, World Health organization, 2015;



Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe, European Center for Disease Prevention and Control, 2019;

Standards and benchmarks for tuberculosis surveillance and vital registration system, World Health organization, 2014;

A people-center model of TB care, World Health organization, 2017;

Latent tuberculosis infection, World Health organization, 2018;

Analysis of the epidemiological impact of tuberculosis impact in Georgia, World Health organization, 2015;

Global economic impact of tuberculosis, KPMG, 2017;

მიგრანტთა ჯანმრთელობის რეგიონალური კვლევა აივ-ის და ტუბერკულოზის საკითხებში და ჯანდაცვის სამსახურების რეაგირება მიგრანტთა საჭიროებებზე აზერბაიჯანში, საქართველოსა და სომხეთში, მიგრაციის საერთაშორისო ორგანიზაცია, 2018.

აუდიტორთა ხელმოწერა:
სახელი, გვარი

აკაკი დუმბაძე
უფროსი აუდიტორ-ასისტენტი

მარიამ ზოზირაშვილი
აუდიტორ-ასისტენტი

ხელმოწერა

