



საჯარო სამართლის იურიდიული პირი  
სოციალური მომსახურების სააგენტო  
**ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა**



KA030411133247417

№ 04-383/ო

07 / ივნისი / 2017 წ.

**„საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული ელექტრონული ანგარიშგების ფორმების დამტკიცების შესახებ“ სააგენტოს 2013 წლის 12 აპრილის N04-185/ო ბრძანებაში ცვლილების თაობაზე**

**„საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული ელექტრონული ანგარიშგების ფორმების დამტკიცების შესახებ“ სააგენტოს 2013 წლის 12 აპრილის N04-185/ო ბრძანებაში ცვლილების თაობაზე**

საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილებით (შემდგომში – „დადგენილება“) დამტკიცებული „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის“ (შემდგომში – პროგრამა) ადმინისტრირების პირობების დაზუსტებისა და გაუმჯობესების მიზნით, აგრეთვე, დადგენილებაში 2017 წლის 25 აპრილის N208 დადგენილებით განხორციელებულ ცვლილებებთან შესაბამისობაში მოსაყვანად, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2017 წლის 6 ივნისის №01/36442 წერილის გათვალისწინებით, საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 63-ე მუხლისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 ივნისის N190/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტოს დებულების“ მე-4 მუხლის საფუძველზე,

**ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა :**

1. „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული ელექტრონული ანგარიშგების ფორმების დამტკიცების შესახებ“ სააგენტოს 2013 წლის 12 აპრილის N04-185/ო ბრძანებაში შეტანილ იქნეს შემდეგი ცვლილებები და დამატებები:

ა) ბრძანების პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით და მის საფუძველზე დამტკიცებული დანართი შეიცვალოს წინამდებარე ბრძანების N1 დანართით:

„ა) მიმწოდებლის მიერ საანგარიშო პერიოდში გაწეული გადაუდებელი ამბულატორიული, გადაუდებელი სტაციონარული და/ან გეგმიური სტაციონარული მომსახურების, მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების შესახებ სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტოში წარსადგენი ელექტრონული ანგარიშგების ფორმა (დანართი N1)“;

ბ) ბრძანების პირველი პუნქტის „ა“<sup>1</sup> ქვეპუნქტით დამტკიცებული „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ონკოპრეპარატების და ბაზისური მედიკამენტების საანგარიშგებო ფორმა“ (დანართი N1 -1) შეიცვალოს იმავე ნომრის მქონე, ამ ბრძანების დანართის სახით წარმოდგენილი ფორმით (დანართი N1-1);

გ) ბრძანების პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით და მის საფუძველზე დამტკიცებული დანართი შეიცვალოს წინამდებარე ბრძანების N2 დანართით:

„ბ) „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების საანგარიშგებო ფორმის წარმოების პირობები (დანართი 2)“;

დ) ბრძანების პირველი პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით და მის საფუძველზე დამტკიცებული დანართი შეიცვალოს წინამდებარე ბრძანების N3 დანართით:

„გ) „მიმწოდებლის მიერ საანგარიშგებო პერიოდში გაწეული გადაუდებელი ამბულატორიული, გადაუდებელი სტაციონარული და/ან გეგმიური სტაციონარული მომსახურების, მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ონკოპრეპარატების და ბაზისური მედიკამენტების შესახებ სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოში წარსადგენი ელექტრონული ანგარიშგების ფორმების შევსების წესი (დანართი N3)“.

## 2. დაევალოთ:

ა) სააგენტოს ადმინისტრაციულ დეპარტამენტს (გ. გოგოლაძე), წინამდებარე ბრძანების გაგზავნა/გადაცემა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტის, დირექტორის აპარატის, სააგენტოს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ფილიალისა და სოციალური მომსახურების სამხარეო ცენტრებისათვის;

ბ) სააგენტოს დირექტორის აპარატს (ნ. ჩანადირი), წინამდებარე ბრძანების სააგენტოს ვებ-გვერდზე ([www.ssa.gov.ge](http://www.ssa.gov.ge)) განთავსება, საჯარო გაცნობის მიზნით;

გ) სააგენტოს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტს (მ. მალაქელიძე-ხომერიკი), ამ ბრძანების შესრულების კოორდინაცია.

3. ბრძანება ამოქმედდეს ხელმოწერის თარიღიდან და გავრცელდეს 2017 წლის 1 მაისის შემდეგ დამდგარ შემთხვევებზე.

სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს  
დირექტორი, საქართველოს შრომის,  
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის  
მინისტრის მოადგილე



ზაზა სოფრომაძე

მიმწოდებლის მიერ საანგარიშო პერიოდში გაწეული გადაუდებელი ამბულატორიული, გადაუდებელი სტაციონარული და/ან გეგმიური სტაციონარული მომსახურების, მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების შესახებ სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტოში წარსადგენი ელექტრონული ანგარიშგების ფორმა

(N36(ახალი)\_2, N36(ახალი)\_3, N36(ახალი)\_4, N36(ახალი)\_5, N36(ახალი)\_6, N36(ახალი)\_7, N36(ახალი)\_8, , მინიმალური, საბაზისო, დაზღვეული\_10, ვეტერანი\_10, N165\_1 (შესრულებული სამუშაო), N165\_2, N165\_3, N165\_4, N165\_5, N165\_6, N165\_7, N165\_8, ასაკობრივი ჯგუფი\_10, N218\_2, N218\_3, N218\_4, N218\_5, N218\_6, N218\_7, N218\_8, მიზნობრივი ჯგუფი\_10)

**ბენეფიციარი**

იდენტიფიკაციის ტიპი	ასაკი
შემთხვევის ნომერი	რეგ. ადგილი
მიმართვის ნომერი	საკონტაქტო ტელ.
პირადი ნომერი	ელ. ფოსტა
დოკუმენტის N	მიღების თარიღი
სახელი	გაწერის თარიღი
გვარი	პაკეტი
მოქალაქეობა	პროგრამა
დაბადების თარიღი	პროგრამის ნომერი
სქესი	ორგანიზაცია
ტიპი	

**ICD10/მკურნალობა (NCSP)/ICPC2**

ICD10 - ის დამატება

კოდი	დასახელება	ტიპი
------	------------	------

NCSP - ის დამატება

კოდი	დასახელება	ტიპი	სინქრონიზაციის სტატუსი	ICD10
------	------------	------	------------------------	-------

**ხელოვნური კოდი**

ხელოვნური კოდი	დასახელება	ტიპი	სინქრონიზაციის სტატუსი	ICD 10	NCSP	ICPC2	ღირებულება
----------------	------------	------	------------------------	--------	------	-------	------------

**შემთხვევის ტიპი**

უნიკალური N								
სამედიცინო დოკუმენტის N								
72 საათში მითითებული ფაქტობრივი ხარჯი								
გამოსავალი								
პაციენტის დაწესებულებაში მისვლის ფორმა:								
პაციენტი გადაყვანილია ორგ. TAX სადაც მოხდა პაციენტის გადაყვანა:								
გადაყვანის მიზეზი:	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>პაციენტის სურვილით</td> </tr> <tr> <td>დაწესებულების გადაწყვეტილებით</td> </tr> </table>	პაციენტის სურვილით	დაწესებულების გადაწყვეტილებით					
პაციენტის სურვილით								
დაწესებულების გადაწყვეტილებით								
გადაყვანის კომენტარი:								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">შემთხვევის ტიპი</td> <td style="width: 15%;">ხელოვნური კოდი</td> <td style="width: 15%;">დაწყების თარიღი</td> <td style="width: 15%;">დამთავრების თარიღი</td> <td style="width: 15%;">დღეების რაოდენობა</td> <td style="width: 15%;">საათების რაოდენობა</td> <td style="width: 15%;">წუთების რაოდენობა</td> </tr> </table>	შემთხვევის ტიპი	ხელოვნური კოდი	დაწყების თარიღი	დამთავრების თარიღი	დღეების რაოდენობა	საათების რაოდენობა	წუთების რაოდენობა	
შემთხვევის ტიპი	ხელოვნური კოდი	დაწყების თარიღი	დამთავრების თარიღი	დღეების რაოდენობა	საათების რაოდენობა	წუთების რაოდენობა		

**მომსახურების ღირებულება**

მოსარგებლის მიერ გადახდილი თანხის დამადასტურებელი დოკუმენტის ნომერი	
ფორმა N IV-100/ა	
ხელოვნური კოდი	
სახელმწიფოს მხრიდან თანაგადახდა (%)	
პაციენტის მიერ ასანაზღაურებელი თანხა	
პაციენტის მხრიდან თანაგადახდა პროგრამის პირობებით განსაზღვრული ტარიფის ფარგლებში	
ფაქტობრივი ხარჯი	
დაწესებულებაში გატარებული დღეების რაოდენობა	
<b>ასანაზღაურებელი თანხა</b>	
სახ. პროგ. ასანაზღაურებელი თანხა	
ჯამური ასანაზღაურებელი თანხა	
ჯამური ხარჯი	

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა  
ონკოპრეპარატების და აბაზისური მედიკამენტების საანგარიშგებო ფორმა

(36\_6\_1; 165\_6\_1; 218\_6\_1; 36\_9; 165\_9; 218\_9)

**ბენეფიციარი**

იდენტიფიკაციის ტიპი	ტიპი
რეცეპტის ნომერი	ასაკი
პირადი ნომერი	რეგ. ადგილი
სახელი	საკონტაქტო ტელ.
გვარი	ელ. ფოსტა
მოქალაქეობა	პაკეტი
დაბადების თარიღი	პროგრამა
სქესი	პროგრამის N
	ორგანიზაცია

**შემთხვევისტიპი**

მიმართვის გაცემის თარიღი	
მიმართვის გამოყენების ბოლო ვადა	
მედიკამენტი	

**მომსახურების ღირებულება**

სახ. პროგ. ასანაზღაურებელი თანხა	
ჯამური ასანაზღაურებელი თანხა	

**„საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების საანგარიშგებო ფორმის წარმოების პირობები“**

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის (შემდგომში-პროგრამა) ფარგლებში, გეგმიურ ამბულატორიულ მომსახურებაზე უნდა შეიქმნას გეგმიური ამბულატორიის (გეგმიური ამბულატორია - კაპიტაცია N36 (ახალი)\_1, 165\_1-გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება - კაპიტაცია, 218\_1-გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება - კაპიტაცია - მიზნობრივი ჯგუფები) ფორმა, თუ პროგრამის/კომპონენტის ანგარიშგებისათვის არ არის დამტკიცებული ზემოაღნიშნული ფორმებისაგან განსხვავებული სპეციფიკური ფორმები;

**ანგარიშგების თარიღი** - ფიქსირდება საანგარიშგებო თვის ბოლო რიცხვი ფორმატით - დღე, თვე, წელი, რომლის მიხედვითაც განისაზღვრება გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის მიმწოდებელი დაწესებულებისთვის (შემდგომში დაწესებულება) ასანაზღაურებელი თანხის მოცულობა.

**ძირითადი კონტინგენტის რაოდენობა** - ფიქსირდება დაწესებულებაში რეგისტრირებულ იმ ბენეფიციართა ჯამური რაოდენობა, რომელთა პროგრამის ფარგლებში ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრაციაზე მოსარგებლის თანხმობის ფორმასა და ჯანმრთელობის დაცვის ერთიან საინფორმაციო სისტემაში არსებულ ელექტრონულ მოდულში დაფიქსირებული ფაქტობრივი მისამართი არის ქალაქი ან დაბა.

**დამატებითი კონტინგენტის რაოდენობა** - ფიქსირდება სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრირებულ იმ ბენეფიციართა ჯამური რაოდენობა, რომელთა პროგრამის ფარგლებში, ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად სამედიცინო დაწესებულებაში რეგისტრაციაზე მოსარგებლის თანხმობის ფორმასა და ჯანმრთელობის დაცვის ერთიან საინფორმაციო სისტემაში არსებულ ელექტრონულ მოდულში დაფიქსირებული ფაქტობრივი მისამართი არის სოფელი.

**ბრიგადების რაოდენობა** - სავალდებულო ველი. დაწესებულებიდან პროგრამის გეგმიური ამბულატორიის კომპონენტში მონაწილე ბრიგადების ჯამური რაოდენობა. ერთი ბრიგადა გულისხმობს ერთ ოჯახის ექიმს და ერთ ექთანს.

**ძირითადი კონტინგენტისათვის ასანაზღაურებელი თანხა** - ფიქსირდება ჯამური თანხა, რომელიც საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, განმახორციელებლის მიერ ანაზღაურდება, დაწესებულების მიერ გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ელექტრონულ მოდულში, ერთი საანგარიშგებო თვის ბოლო თარიღის მდგომარეობით „ძირითად კონტინგენტად“ დარეგისტრირებული ბენეფიციარების რაოდენობის მიხედვით.

**დამატებითი კონტინგენტისათვის ასანაზღაურებელი თანხა** - ფიქსირდება ჯამური თანხა, რომელიც საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, განმახორციელებლის მიერ ანაზღაურდება დაწესებულების მიერ გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ელექტრონულ მოდულში, ერთი საანგარიშგებო თვის ბოლო თარიღის მდგომარეობით „დამატებით კონტინგენტად“ დარეგისტრირებული ბენეფიციარების რაოდენობის მიხედვით.

**ასანაზღაურებელი თანხა ჯამურად** - ფიქსირდება ჯამური თანხის ოდენობა, რომელიც პროგრამის ფარგლებში, განმახორციელებლის მხრიდან ანაზღაურდება დაწესებულების მიერ გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ელექტრონულ მოდულში, ერთი საანგარიშგებო თვის ბოლო თარიღის მდგომარეობით ძირითად და დამატებით კონტინგენტად რეგისტრირებულ ბენეფიციართა ჯამური რაოდენობის მიხედვით.

გეგმიური ამბულატორია - კაპიტაცია N36 (ახალი)\_1

პროგრამის დასახელება  
 პროგრამის კომპონენტის დასახელება  
 დაწესებულების საიდენტიფიკაციო კოდი  
 დაწესებულების დასახელება  
 დაწესებულების მისამართი  
 საანგარიშგებო პერიოდი  
 შესრულების ნომერი

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა  
 გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტი

---



---



---



---

კატეგორია	პირითადი კონტინგენტის რაოდენობა	დამატებითი კონტინგენტის რაოდენობა	ბრიგადების რაოდენობა	პირითადი კონტინგენტისათვის ასანაზღაურებელი თანხა	დამატებითი კონტინგენტისთვის ასანაზღაურებელი თანხა	ასანაზღაურებელი თანხა ჯამურად
ვეტერანი	არადაზღვეული					
პირი, რომლის შემოსავალი წელიწადში <40,000 ლარზე და თვიური დარიცხული ხელფასი $\geq$ საშუალო ხელფასზე (1000 ლარი თვეში)	არადაზღვეული					
პირი, რომლის შემოსავალი წელიწადში <40,000 ლარზე და თვიური დარიცხული ხელფასი $\geq$ საშუალო ხელფასზე (1000 ლარი თვეში)	მინიმალური პაკეტი					
პირი, რომლის თვიური დარიცხული ხელფასი < საშუალო ხელფასზე (1000 ლარი თვეში) ან არარეგულარული შემოსავლის მქონე პირი ან თვითდასაქმებული ან სხვა	მინიმალური პაკეტი					
პირი, რომლის თვიური დარიცხული ხელფასი < საშუალო ხელფასზე (1000 ლარი თვეში) ან არარეგულარული შემოსავლის მქონე პირი ან თვითდასაქმებული ან სხვა	არადაზღვეული					
70,000-100,000 ქულის მქონე პირი	2017 წლის 1 იანვრის შემდეგ დაზღვეულები					
70,000-100,000 ქულის მქონე პირი	არადაზღვეული					
6-18 წ. მოზარდი	2017 წლის 1 იანვრის შემდეგ დაზღვეულები					
6-18 წ. მოზარდი	არადაზღვეული					
70,000-100,000 ქულის მქონე პირი	მინიმალური პაკეტი					
6-18 წ. მოზარდი	მინიმალური პაკეტი					
<b>სულ:</b>						

\_\_\_\_\_  
 დაწესებულების წარმომადგენელი  
 \_\_\_\_\_  
 სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო

\_\_\_\_\_  
 ხელმოწერა  
 \_\_\_\_\_  
 ხელმოწერა

\_\_\_\_\_  
 თარიღი  
 \_\_\_\_\_  
 თარიღი

N165.1 გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება - კაპიტაცია

პროგრამის დასახელება

პროგრამის კომპონენტის დასახელება

დაწესებულების საიდენტიფიკაციო კოდი

დაწესებულების დასახელება

დაწესებულების მისამართი

საანგარიშგებო პერიოდი

შესრულების ნომერი

საყოველთაო ჯანდაცვა

ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტი

---



---



---



---



---

ძირითადი კონტინგენტის რაოდენობა	დამატებითი კონტინგენტის რაოდენობა	ბრიგადების რაოდენობა	ასანაზღაურებელი თანხა

\_\_\_\_\_  
დაწესებულების წარმომადგენელი

\_\_\_\_\_  
სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო

\_\_\_\_\_  
ხელმოწერა

\_\_\_\_\_  
ხელმოწერა

\_\_\_\_\_  
თარიღი

\_\_\_\_\_  
თარიღი



N218.1 გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება - კაპიტაცია - მიზნობრივი ჯგუფები

პროგრამის დასახელება

პროგრამის კომპონენტის დასახელება

დაწესებულების საიდენტიფიკაციო კოდი

დაწესებულების დასახელება

დაწესებულების მისამართი

საანგარიშგებო პერიოდი

შესრულების ნომერი

საყოველთაო ჯანდაცვა

ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტი

---



---



---



---



---

ძირითადი კონტინგენტის რაოდენობა	დამატებითი კონტინგენტის რაოდენობა	ბრიგადების რაოდენობა	ასანაზღაურებელი თანხა

\_\_\_\_\_  
დაწესებულების წარმომადგენელი

\_\_\_\_\_  
სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო

\_\_\_\_\_  
ხელმოწერა

\_\_\_\_\_  
ხელმოწერა

\_\_\_\_\_  
თარიღი

\_\_\_\_\_  
თარიღი

**„მიმწოდებლის მიერ საანგარიშგებო პერიოდში გაწეული გადაუდებელი ამბულატორიული, გადაუდებელი სტაციონარული და/ან გეგმიური სტაციონარული მომსახურების, მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ონკოპრეპარატების და ბაზისური მედიკამენტების შესახებ სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოში წარსადგენი ელექტრონული ანგარიშგების ფორმების შევსების წესი“**

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის (შემდგომში-პროგრამა) ფარგლებში, საანგარიშგებო დოკუმენტაციის შევსება ხდება ელექტრონულად, ჯანმრთელობის დაცვის ერთიანი საინფორმაციო სისტემის მოდულში „ელ. ანგარიშგების მოდული სამედიცინო დაწესებულებებისთვის“, ქვემოთ ჩამოთვლილი ველების შესაბამისად:

**ბენეფიციარი**

*იდენტიფიკაციის ტიპი* - იწერება საანგარიშგებო მონაცემის იდენტიფიცირების წყარო.

პროგრამის ფარგლებში ანგარიშის წარდგენისას, შემთხვევათა იდენტიფიკაცია ხდება ორი მაჩვენებლის მიხედვით:

1. შემთხვევის ნომერი - **სავალდებულო ველი**. იწერება პროგრამის ფარგლებში მიმწოდებლის მიერ პროგრამულად დაფიქსირებული შეტყობინების უნიკალური ნომერი. შემთხვევის ნომრის მიხედვით, იდენტიფიცირება ხდება შემდეგი ფორმების: N36(ახალი)\_2, N36(ახალი)\_3, N36(ახალი)\_4, N36(ახალი)\_5, N36(ახალი)\_6, N36(ახალი)\_7, N36(ახალი)\_8, მინიმალური, საბაზისო დაზღვეული\_10, ვეტერანი\_10, N165\_1 (შესრულებული სამუშაო), N165\_2, N165\_3, N165\_4, N165\_5, N165\_6, N165\_7, N165\_8, ასაკობრივი ჯგუფი\_10, N218\_2, N218\_3, N218\_4, N218\_5, N218\_6, N218\_7, N218\_8, მიზნობრივი ჯგუფი\_10 შევსებისას.
2. მიმართვის ნომერი - იწერება პროგრამის ფარგლებში გეგმიურ სამედიცინო მომსახურებაზე განმახორციელებლის მიერ პროგრამულად დაფიქსირებული მატერიალიზებული ვაუჩერის უნიკალური ნომერი. მიმართვის ნომრის მიხედვით, იდენტიფიცირება ხდება შემდეგი ფორმების N36(ახალი)\_4, N36(ახალი)\_5, N36(ახალი)\_6, N36(ახალი)\_7, N36(ახალი)\_8, N165\_1 (შესრულებული სამუშაო), N165\_4, N165\_5, N165\_6, N165\_7, N165\_8, N218\_4, N218\_5, N218\_6, N218\_7, N218\_8, მინიმალური, საბაზისო დაზღვეული\_10, ვეტერანი\_10, ასაკობრივი ჯგუფი\_10, მიზნობრივი ჯგუფი\_10 შემთხვევაში.

იდენტიფიკაციის ტიპის გრაფაში შემთხვევის ნომრის მითითების და სინქრონიზაციის შედეგად, ყველა ველი ავტომატურად ივსება სამედიცინო შემთხვევების რეგისტრაციის მოდულში დაფიქსირებული ინფორმაციის შესაბამისად, გარდა ფაქტობრივი ხარჯისა.

*პაციენტის პირადი ნომერი, სახელი და გვარი* - იწერება მოსარგებლის სახელი, გვარი და პირადი თერთმეტნიშნა კოდი, რომელიც მას მინიჭებული აქვს სსიპ-სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს რეესტრში; მოსარგებლის გვარის ველი არ ითვლება სავალდებულოდ სამოქალაქო რეესტრის ბაზაში ასეთის არ არსებობის შემთხვევაში.

*მოქალაქეობა* - იწერება მოსარგებლის მოქალაქეობრივი სტატუსი.

*დაბადების თარიღი* - იწერება მოსარგებლის დაბადების თარიღი, შემდეგი ფორმატით „დღე. თვე. წელი“, მაგალითად, თუ პირი დაბადებულია 2007 წლის 5 მარტს - 05.03.2007.

*სქესი* - გრაფაში უნდა მიეთითოს მოსარგებლის სქესი შემდეგი ფორმატით: მამაკაცი ან ქალი.

*ტიპი* - განისაზღვრება პიროვნების იდენტიფიკაციის სტატუსი. პროგრამის ფარგლებში, ანაზღაურებას ექვემდებარება მხოლოდ ის შემთხვევები, სადაც ანგარიშგების მომენტისთვის ბენეფიციარს აქვს სტატუსი „იდენტიფიცირებული“.

*ასაკი* - იწერება მოსარგებლის ასაკი მკურნალობის დაწყების/ვიზიტის განხორციელების დროს.

*საკონტაქტო ტელ. და ელ. ფოსტა* - იწერება ბენეფიციარის საკონტაქტო ინფორმაცია, კერძოდ: ტელეფონის ნომერი და ელ. ფოსტა.

*მიღების თარიღი* - იწერება პაციენტის დაწესებულებაში მოთავსების თარიღი და დრო. ინფორმაცია იწერება შემდეგი ფორმატის მიხედვით: „დღე. თვე. წელი. საათი: წუთი: წამი“.

*გაწერის თარიღი* - იწერება პაციენტის დაწესებულებიდან გაწერის თარიღი და დრო. ინფორმაცია იწერება შემდეგი ფორმატის მიხედვით: „დღე. თვე. წელი. საათი: წუთი: წამი“.

### **ICD 10/მკურნალობა, NCSP, ICPC2**

*ICD-10-ის დამატება* - გრაფაში იწერება პროგრამით გათვალისწინებული დიაგნოზი/დიაგნოზები (ავადმყოფობათა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემების საერთაშორისო სტატისტიკური კლასიფიკაციის ICD-10-ის მიხედვით), რომლის ფარგლებშიც მოსარგებლეს გაეწია შესაბამისი პროგრამული სამედიცინო მომსახურება;

*NCSP-ის დამატება* - გრაფაში იწერება პროგრამით მოსარგებლისათვის დადგენილი დიაგნოზის/დიაგნოზების ფარგლებში სამედიცინო დაწესებულების მიერ განხორციელებული სამედიცინო ჩარევები სკანდინავიური ქვეყნების ქირურგიული პროცედურების კლასიფიკატორი NCSP-ის მიხედვით;

*ICPC2 -ის დამატება* - გრაფაში იწერება პროგრამით გათვალისწინებული ლაბორატორიული კოდი/კოდები.

### **ხელოვნური კოდი**

*ნოზოლოგიის ხელოვნური კოდი* - გრაფაში იწერება პროგრამის ფარგლებში გაწეული მომსახურების თაობაზე მიმწოდებლისაგან განმახორციელებელთან ფინანსური და სტატისტიკური ანგარიშგებისთვის წარმოსადგენი ინფორმაციის კომპიუტერულ პროგრამაში აღრიცხვის, დამუშავების/ინსპექტირებისა და ანალიზის მიზნით, სააგენტოს მიერ განსაზღვრული კოდი, რომელიც შეთანხმებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან და განთავსებულია სააგენტოს ოფიციალურ ვებ-გვერდზე [www.ssa.gov.ge](http://www.ssa.gov.ge) და ჯანმრთელობის დაცვის ერთიანი საინფორმაციო სისტემის საინფორმაციო პორტალზე; ამავე გრაფაში ფიქსირდება დაწესებულების კონტრაქტში მითითებული კონკრეტული ნოზოლოგიური კოდის ღირებულება. თუ დაწესებულებას საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს საინფორმაციო პორტალზე არ აქვს დაფიქსირებული ნოზოლოგიური კოდის ღირებულება, ამ კოდის შესაბამის ნოზოლოგიაზე გაწეული მომსახურების საანგარიშგებოდ წარდგენა ვერ მოხერხდება.

**ძირითადი დიაგნოზი** - სავალდებულო ველი. იწერება შემთხვევის ფარგლებში არსებული, პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმსაზღვრელი წამყვანი ნოზოლოგია.

**თანმხლები დიაგნოზი** - სავალდებულო ველი, ასეთის არსებობის შემთხვევაში, იწერება ნოზოლოგიური კოდი, რომელიც განსაზღვრავს ძირითადი დიაგნოზის თანმხლებ ნოზოლოგიას.

**შემთხვევის ტიპი**

*უნიკალური ნომერი* - იწერება პროგრამის ფარგლებში, მიმწოდებლის მიერ პროგრამულად დაფიქსირებული შეტყობინების უნიკალური ნომერი.

*პაციენტის დაწესებულებაში მისვლის ფორმა* - იწერება პაციენტის დაწესებულებაში მოხვედრის ფორმა სამი სტატუსის მიხედვით: თვითდინებით, გადმოყვანილია და სასწრაფო სამედიცინო დახმარება.

*სამედიცინო დოკუმენტის N* - იწერება პროგრამის მოსარგებლეზე სამედიცინო დაწესებულებაში გახსნილი სამედიცინო ისტორიის ნომერი;

*გამოსავალი* - იწერება პაციენტის მდგომარეობის და მკურნალობის პროცესის განმსაზღვრელი სტატუსი დაწესებულების დატოვების მომენტისთვის - „გამოჯანმრთელება“, „რემისია“, „სასიცოცხლო ფუნქციების აღდგენა“, „ლეტალობა“, „რეფერალი (სხვა სტაციონარში)“, დაუსრულებელი მკურნალობა (ხელწერილის საფუძველზე), „რეფერალი (იმავე სტაციონარში, სხვა განყოფილებაში),

თუ გამოსავლის ველში ივსება სტატუსი „რეფერალი (სხვა სტაციონარში)“, ფორმას ემატება ორი სავალდებულო ველი:

1. მიმღები დაწესებულების საიდენტიფიკაციო კოდი;
2. კომენტარი - უნდა დაიწეროს პაციენტის გადაყვანის მიზეზი.

*პაციენტი გადაყვანილია ორგ. TAX სადაც მოხდა პაციენტის გადაყვანა / გადაყვანის მიზეზი* - იწერება კლინიკის საიდენტიფიკაციო კოდი, რომელ კლინიკაშიც ხდება მოსარგებლის გადაყვანა. მიეთითება გადაყვანის მიზეზი.

*დიაგნოზის დაწყების და დასრულების თარიღი და დრო* - პროგრამის ფარგლებში მოსარგებლისთვის გაწეული თითოეული მომსახურების (პროგრამული შემთხვევის) დაწყების და დასრულების თარიღი და დრო.

**მომსახურების ღირებულება**

*მოსარგებლის მიერ გადახდილი თანხის დამადასტურებელი დოკუმენტის ნომერი* - იწერება მოსარგებლის მხრიდან თანხის გადახდის დამადასტურებელი დოკუმენტის უნიკალური ნომერი. იმ შემთხვევაში, თუ საანგარიშგებო დოკუმენტაციის წარდგენის მომენტისთვის, სამედიცინო დაწესებულებასთან შეთანხმების საფუძველზე, მოსარგებლეს თანხა აქვს გადახდილი ნაწილობრივ ან გადახდა მიმდინარეობს ეტაპობრივად, სავალდებულოა, მოსარგებლესა და დაწესებულებას შორის არსებული შეთანხმების ამსახველი იურიდიული დოკუმენტის ასლის წარდგენა საანგარიშგებო დოკუმენტაციასთან ერთად.

*ფორმა N IV-100/ა* - იწერება დაწესებულების მხრიდან ფორმა N IV-100/ა-ს ნომერი.

*ხელოვნური კოდი* - გრაფაში იწერება პროგრამის ფარგლებში გაწეული მომსახურების თაობაზე სააგენტოს მიერ განსაზღვრული კოდი.

*ფაქტობრივი ხარჯი* - სავალდებულო ველი. ბენეფიციარის მკურნალობის პროგრამით განსაზღვრული ერთი ნოზოლოგიური კოდის/თითოეული პროგრამული შემთხვევის/მკურნალობის ეპიზოდის ფაქტობრივი ხარჯის ჯამური ოდენობა.

*სახელმწიფოს მხრიდან თანაგადახდა (%)* - სავალდებულო ველი, არსებობის შემთხვევაში, ფიქსირდება პროგრამის ფარგლებში, შესაბამის ქვეკომპონენტზე დადგენილი თანაგადახდა გამოხატული პროცენტულად.

*პაციენტის მიერ ასანაზღაურებელი თანხა* - სავალდებულო ველი. არსებობის შემთხვევაში, იწერება მოსარგებლის მხრიდან დასაფარი თანხის სრული ოდენობა ქვეკომპონენტზე პროგრამით დადგენილი თანაგადახდის შესაბამისად .

*პაციენტის მხრიდან თანაგადახდა პროგრამის პირობებით განსაზღვრული ტარიფის ფარგლებში* - არსებობის შემთხვევაში, ფიქსირდება (პროგრამულად გამოითვლება) მოსარგებლის მხრიდან დასაფარი თანხის ოდენობა ქვეკომპონენტზე პროგრამით დადგენილი თანაგადახდის შესაბამისად, პროგრამის პირობებით განსაზღვრული ტარიფის ფარგლებში.

*დაწესებულებაში გატარებული დღეების/საათების რაოდენობა* - ფიქსირდება პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისას პაციენტის მიერ სამედიცინო დაწესებულებაში გატარებული საწოლდღეების/საათების რაოდენობა.

*სახელმწიფო პროგრამით ასანაზღაურებელი თანხა* - ფიქსირდება თანხა, რომელიც ანაზღაურდება განმახორციელებლის მიერ პროგრამის ფარგლებში, ერთ ნოზოლოგიურ კოდზე გაწეული მომსახურებისთვის.

*ჯამურად ასანაზღაურებელი თანხა* - (სახელმწიფო პროგრამით ასანაზღაურებელი თანხა) - ფიქსირდება თანხა, რომელიც ანაზღაურდება განმახორციელებლის მიერ პროგრამის ფარგლებში, ერთ შემთხვევაზე გაწეული სხვადასხვა მომსახურებისთვის.