



**საჯარო სამართლის იურიდიული პირი
სოციალური მომსახურების სააგენტო**

ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა



KA030426370105516

№ 04-477/თ

19 / სექტემბერი / 2016 წ.

„საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ადმინისტრირების წესის დამტკიცების თაობაზე“ სააგენტოს დირექტორის 2015 წლის 18 აგვისტოს №04-241/თ ბრძანებაში ცვლილებების შეტანის შესახებ

„საჯარო სამართლის იურიდიული პირის-სოციალური მომსახურების სააგენტოს ცენტრალური აპარატის სტრუქტურული და ტერიტორიული ერთეულების დებულებების დამტკიცების თაობაზე“ სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს (შემდგომში-სააგენტო) დირექტორის 2009 წლის 31 დეკემბრის N01/474-თ ბრძანების პირველი მუხლის „ბ“ და „გ“ ქვეპუნქტებით დამტკიცებული, სააგენტოს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ფილიალის და სააგენტოს სოციალური მომსახურების სამხარეო ცენტრების დებულებებით, ასევე, „სააგენტოს ცალკეული ტერიტორიული ერთეულებისათვის რიგი უფლებამოსილების მინიჭების (დელეგირების) შესახებ“ სააგენტოს დირექტორის 2015 წლის 4 თებერვლის № 04-36/თ ბრძანებით ამავე ტერიტორიული ერთეულებისათვის განსაზღვრული უფლებამოსილებების (შესაბამის ტერიტორიულ ერთეულში სააგენტოს წარმომადგენლობა, სააგენტოსათვის დაკისრებული უფლებამოსილებების განსახორციელებლად საჭირო ღონისძიებების გატარება, სახელმწიფო პროგრამების რეალიზაცია) დამატებით დაკონკრეტების, აგრეთვე, საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილებით (შემდგომში – „დადგენილება“) დამტკიცებული „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის“ (შემდგომში – პროგრამა) ადმინისტრირების პირობების დაზუსტებისა და გაუმჯობესების მიზნით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2016 წლის 18 აგვისტოს N01/63315 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 პროგრამის ადმინისტრირების წესის დამტკიცების თაობაზე“ სააგენტოს დირექტორის 2015 წლის 18 აგვისტოს № 04-241/თ ბრძანებაში შეტანილ იქნეს შემდეგი ცვლილებები:

ა) ბრძანების პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ადმინისტრირების წესი“ (დანართი N1) შეიცვალოს ამ ბრძანების დანართით (დანართი N1);

ბ) ბრძანების მე-2 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„2. ამ ბრძანებით გათვალისწინებული ღონისძიებების გატარების, მათ შორის, ამ ბრძანების პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის გამოცემისა და ხელმოწერის უფლებამოსილება ენიჭებათ სააგენტოს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტის უფროსს ან მისი მოვალეობის შემსრულებელს, სააგენტოს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ფილიალის და სააგენტოს სოციალური მომსახურების სამხარეო ცენტრის უფროსს ან მის მოადგილეს ჯანმრთელობის დაცვის მიმართულებით ან მისი მოვალეობის შემსრულებელს.“

2. დაევალოთ:

ა) საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტს (მ. მაღლაკელიძე-ხომერიკი):

ა.ა) კოორდინაცია გაუწიოს ამ ბრძანებით დამტკიცებული წესის შესრულებას და მოთხოვნისამებრ, მისცეს შესაბამისი განმარტებები/მითითებები სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულებს;

ა.ბ) ჯანმრთელობის დაცვის ერთიან საინფორმაციო სისტემაში ამ ბრძანებით გათვალისწინებული ცვლილების თაობაზე, მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებების საყურადღებოდ, ზოგადი ინფორმაციის განთავსების ღონისძიებები;

ბ) სააგენტოს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ფილიალის და სოციალური მომსახურების სამხარეო ცენტრის უფროსს ან მის მოადგილე(ებ)ს ჯანმრთელობის დაცვის მიმართულებით (ასევე, მათი მოვალეობის შემსრულებლებს), პროგრამის განხორციელებისას, იხელმძღვანელონ მოქმედი კანონმდებლობით და „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ადმინისტრირების წესის დამტკიცების თაობაზე“ სააგენტოს დირექტორის 2015 წლის 18 აგვისტოს № 04-241/ო ბრძანებით (კონსოლიდირებული ვერსია);

გ) სააგენტოს ადმინისტრაციულ დეპარტამენტს (გ. გოგოლაძე), წინამდებარე ბრძანების გაგზავნა სააგენტოს სტრუქტურული და ტერიტორიული ერთეულებისათვის;

დ) სააგენტოს დირექტორის აპარატს (ნ. ჩანადირი), საჯარო გაცნობის მიზნით, სააგენტოს ვებ-გვერდზე (www.ssa.gov.ge) წინამდებარე ბრძანებისა და „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ადმინისტრირების წესის“ კონსოლიდირებული (საბოლოო) ვერსიის განთავსება.

3. ეს ბრძანება ამოქმედდეს ხელმოწერისთანავე, მათ შორის, პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტი გავრცელდეს სააგენტოს დირექტორის 2015 წლის 18 აგვისტოს № 04-241/ო ბრძანების ამოქმედებიდან წარმოშობილ ურთიერთობებზე.

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



ზაზა სოფრომაძე

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ადმინისტრირების წესი

მუხლი 1. ზოგადი დებულებები

1. „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ადმინისტრირების წესი“ (შემდგომში – წესი) შემუშავებულია საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილებით (შემდგომში – დადგენილება) დამტკიცებული „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის“ (შემდგომში – პროგრამა) მე-3 მუხლის, მე-7 მუხლის, მე-9 მუხლის მე-3 პუნქტის, მე-12 მუხლის მე-4 პუნქტის და მე-15 მუხლის საფუძველზე და მიზნად ისახავს პროგრამის ზედამხედველობის პროცესის ხელშეწყობას.

2. პროგრამის მე-4 მუხლის მე-2 პუნქტის თანახმად, წესის მოთხოვნათა შესრულება სავალდებულოა პროგრამაში მონაწილე ყველა მიმწოდებლისათვის.

მუხლი 2. ტერმინთა განმარტებები

1. ამ წესის მიზნებისათვის, მასში გამოყენებულ ტერმინებს გააჩნიათ შემდეგი მნიშვნელობა:

ა) სააგენტო – პროგრამის განმახორციელებელი სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტო და მისი შესაბამისი ტერიტორიული ერთეულები (აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ფილიალი, სოციალური მომსახურების სამხარეო ცენტრები, სერვის ცენტრები);

ბ) შეტყობინების სისტემა – განმახორციელებლის მიერ განსაზღვრული სპეციალური პროგრამული უზრუნველყოფა (კომპიუტერული პროგრამა), რომელშიც მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად, ფიქსირდება ინფორმაცია მიმწოდებლის მიერ პროგრამის ფარგლებში გასაწევი ან გაწეული სამედიცინო მომსახურების შესახებ;

გ) პროგრამული შემთხვევა - ერთეული შემთხვევის/მკურნალობის ეპიზოდის ფარგლებში დაფიქსირებული დიაგნოზი, ჩარევა (ჩარევები) და დაზუსტება;

დ) შემთხვევა - პროგრამით გათვალისწინებული მკურნალობის ეპიზოდი სამედიცინო მომსახურების დაწყების მომენტიდან მის დასრულებამდე, რომელიც მოიცავს ერთ ან რამდენიმე პროგრამულ შემთხვევას;

ე) შერჩეული შემთხვევის მონიტორინგი - პროგრამის ზედამხედველობის ერთ-ერთი ეტაპი, რომლის დროსაც ხორციელდება შემთხვევათა შერჩევითი პრინციპით შემოწმება, პროგრამისა და წინამდებარე წესის შესაბამისად;

ვ) ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება - სამედიცინო მომსახურება (ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმის, ექთნის მომსახურება და ექიმ-სპეციალისტების კონსულტაციები, სამედიცინო მანიპულაციები და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები), რომელიც არ საჭიროებს სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებას;

ვ.ა) გადაუდებელი ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება - სამკურნალო და დიაგნოსტიკურ ღონისძიებათა ერთობლიობა, რომლის გადავადების ან განუხორციელებლობის შემთხვევაში, გარდაუვალია პაციენტის დაუყოვნებელი სიკვდილი, უნარშეზღუდულობა ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება და როდესაც არ დგება სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების გაწევის აუცილებლობა;

ვ.ბ) გეგმური ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება - ყველა ტიპის ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება, გარდა გადაუდებელი ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებისა;

ზ) სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება - სამედიცინო მომსახურება (ოპერაციული თუ კონსერვატიული მკურნალობა, სამედიცინო დანიშნულების საგნების, ფარმაცევტული და სისხლის პროდუქტების ჩათვლით, სამედიცინო მანიპულაციები, ქარხნული წარმოების ენტერალური კვება, სამკურნალო-დიაგნოსტიკური პროცედურები, ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები), რომელიც საჭიროებს პაციენტის სტაციონარში 24 (ოცდაოთხი) საათზე მეტი დროით მოთავსებას;

თ) დღის სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება - პაციენტისათვის გაწეული სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება, რომლის ხანგრძლივობაც ერთჯერადად არ აღემატება 24 (ოცდაოთხი) საათს;

ი) გადაუდებელი სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება - სამკურნალო და დიაგნოსტიკურ ღონისძიებათა ერთობლიობა, რომლის გადავადების ან განუხორციელებლობის შემთხვევაში, გარდაუვალია პაციენტის დაუყოვნებელი სიკვდილი, უნარშეზღუდულობა ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება და რომელიც საჭიროებს სტაციონარულ მომსახურებას;

კ) გეგმური სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება – ყველა ტიპის სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება, გარდა გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებისა;

ლ) მონიტორი – სააგენტოს უფლებამოსილი პირი, რომელიც უზრუნველყოფს პროგრამაში მონაწილე მიმწოდებლის მიერ შეტყობინებით დაფიქსირებული შემთხვევების მონიტორინგს;

მ) ინსპექტორი - სააგენტოს უფლებამოსილი პირი, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა მიერ წარმოდგენილი შესრულებული სამუშაოს საანგარიშგებო დოკუმენტაციის დამუშავებას;

2. წინამდებარე წესში გამოყენებულ სხვა ტერმინებს გააჩნიათ იგივე მნიშვნელობა, რაც გათვალისწინებულია დადგენილებით.

მუხლი 3. შეტყობინების საფუძველზე, შერჩეული შემთხვევის მონიტორინგი (შემდგომში – მონიტორინგი)

1. შეტყობინების საფუძველზე, შერჩეული შემთხვევის მონიტორინგის დროს, ხდება მიმწოდებლის მიერ შეტყობინების სისტემაში დაფიქსირებული მონაცემების შედარება რეალურ ფაქტებთან. მონიტორინგი ხორციელდება მიმწოდებლის მიერ შეტყობინების სისტემაში ყოველდღიურად დაფიქსირებული შემთხვევების მიხედვით.

2. მონიტორინგს ექვემდებარება „სამედიცინო შემთხვევების რეგისტრაციის მოდულში“ მიმწოდებლების მიერ ყოველდღიურად დაფიქსირებული სტაციონარული და ამბულატორიული შემთხვევები, რომელთა შერჩევა ხორციელდება ცენტრალიზებულად, უფლებამოსილი პირის მითითებით.

3. მონიტორინგი ხორციელდება შეტყობინების მიღებიდან მომდევნო 5 (ხუთი) სამუშაო დღეში, გარდა ამ მუხლის მე-4 პუნქტით გათვალისწინებული შემთხვევებისა.

4. საყოველთაო ჯანდაცვის მართვის დეპარტამენტის უფროსის, ამავე დეპარტამენტის მონიტორინგის სამმართველოს უფროსის, სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულის ხელმძღვანელი პირ(ებ)ის მითითებით, შესაძლებელია, მონიტორინგი განხორციელდეს უქმე და/ან დასვენების დღეებშიც, ასევე, მოხდეს ისეთი შემთხვევ(ებ)ის შემოწმება, რომლის დაფიქსირებიდან შეტყობინების სისტემაში გასულია 5 (ხუთი) ან მეტი სამუშაო დღე.

5. მონიტორინგის განხორციელების მიზნით, მონიტორი უზრუნველყოფს შეტყობინების სისტემიდან შემოწმებისათვის საჭირო ინფორმაციის ამოღებას (ამობეჭდვას), თითოეულ მოსარგებლეზე ინდივიდუალურად, რომელიც, თავის მხრივ, წარმოადგენს შემთხვევის მონიტორინგის ოქმს. მოსარგებლის იდენტიფიცირება შეტყობინების სისტემაში ხორციელდება მოსარგებლის პირადი ნომრით.

6. მონიტორინგი ხორციელდება მიმწოდებელთან მონიტორის ვიზიტის დროს. მონიტორი ახდენს მოსარგებლის იდენტიფიცირებას შეტყობინების სისტემაში დაფიქსირებული მონაცემების მიხედვით, კერძოდ:

ა) იმ შემთხვევაში, თუ მოსარგებლე იდენტიფიცირებადია, მონიტორი უზრუნველყოფს მის იდენტიფიცირებას:

ა.ა) ვიზუალური მონაცემის მიხედვით (შეტყობინების სისტემაში დაფიქსირებული მოსარგებლის ფოტოსურათთან შედარება, ასეთის არსებობის შემთხვევაში);

ა.ბ) პირადი ნომრის მიხედვით;

ა.გ) სახელის, გვარის და დაბადების თარიღის მიხედვით.

ბ) იმ შემთხვევაში, თუ მოსარგებლე არაიდენტიფიცირებადია, მონიტორი უზრუნველყოფს მოსარგებლის კანონიერი წარმომადგენლის (მშობელი, მეურვე, მზრუნველი, მხარდამჭერი) იდენტიფიცირებას (ასეთის არსებობის შემთხვევაში):

ბ.ა) ვიზუალური მონაცემების მიხედვით (შეტყობინების სისტემაში დაფიქსირებული კანონიერი წარმომადგენლის ფოტოსურათთან შედარება, ასეთის არსებობის შემთხვევაში);

ბ.ბ) პირადი ნომრის მიხედვით;

ბ.გ) სახელისა და გვარის მიხედვით.

გ) სამედიცინო ისტორიის საფუძველზე, მონიტორი ამოწმებს:

გ.ა) მოსარგებლის მიმწოდებელთან შესვლის ფორმას;

გ.ბ) მოსარგებლის სამედიცინო დაწესებულებაში შესვლის (შემთხვევის დაწყების) და შემთხვევის დასრულების (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) თარიღს და დროს;

გ.გ) შეტყობინების სისტემაში დაფიქსირებულ ინფორმაციას - პროგრამული შემთხვევის ICD-10, NCSP, დაზუსტებას (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), კრიტიკული მდგომარეობები/ინტენსიური თერაპიის პროგრამული შემთხვევების დროს - დადგენილებით განსაზღვრულ მონაცემებს.

7. ვიზიტის განხორციელების დღეს ივსება მონიტორინგის ოქმი.

8. შემთხვევის მონიტორინგის დასრულების შემდეგ, ოქმს ხელს აწერენ ოქმის შემდგენი და მიმწოდებლის წარმომადგენელი.

9. იმ შემთხვევაში, თუ მიმწოდებლის წარმომადგენელი უარს აცხადებს ოქმის ხელმოწერაზე, ოქმში უნდა გაკეთდეს შესაბამისი შენიშვნა ოქმის შესაბამის გრაფაში („კომენტარის ველი“) მიმწოდებლის უფლებამოსილი პირის მხრიდან ხელმოწერაზე უარის თქმისა და მისი შესაძლო მიზეზების შესახებ. ოქმის ერთი ეგზემპლარი ეძლევა მიმწოდებელს, ხოლო მეორე ეგზემპლარი რჩება განმახორციელებელთან.

10. კონკრეტული შერჩეული შემთხვევის მონიტორინგის მიზნით, მიმწოდებელთან ვიზიტი ხორციელდება ერთხელ. საჭიროების შემთხვევაში, ხელმძღვანელის დავალებით ან საკუთარი ინიციატივით, მონიტორი უფლებამოსილია განახორციელოს განმეორებითი ვიზიტ(ებ)ი.

11. მონიტორინგის შედეგების გათვალისწინებით, მონიტორი ოქმში აფიქსირებს შემთხვევის/მკურნალობის ეპიზოდის ცალკეული პროგრამული შემთხვევის შესახებ მონაცემების შესაბამისობას პროგრამაში დაფიქსირებულ მონაცემებთან და მისანიჭებელ ერთ-ერთ სტატუსს:

- ა) შეესაბამება /„ექვემდებარება ანაზღაურებას“;
- ბ) არ შეესაბამება /„არ ექვემდებარება ანაზღაურებას“;

12. მონიტორინგის დროს, თუ დაფიქსირდება, რომ დარღვეულია დადგენილების №1 დანართის მე-11 მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული პირობები, ან სახეზეა მე-11 მუხლის მე-2 პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული გარემოება, ან სტაციონარული სამედიცინო მომსახურებისას პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნება 24 საათზე ნაკლებია (გარდა პროგრამით გათვალისწინებული გამონაკლისი შემთხვევებისა), ასეთ შემთხვევებში, სრულ მკურნალობის ეპიზოდს ენიჭება სტატუსი “არ ექვემდებარება ანაზღაურებას“.

13. მონიტორინგის დასრულებიდან არაუგვიანეს 3 (სამი) სამუშაო დღის ვადაში, მონიტორი ვალდებულია, მონიტორინგის შედეგები (ცალკეული პროგრამული შემთხვევის შესახებ მონაცემების შესაბამისობა პროგრამაში დაფიქსირებულ მონაცემებთან, ოქმში დაფიქსირებული კომენტარი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), მონიტორინგის ოქმში მიმწოდებლის უფლებამოსილი პირის მონაცემები, შემთხვევისათვის მინიჭებული სტატუსი და სხვა) შეიტანოს შეტყობინების სისტემაში.

14. მონიტორი, შემთხვევის შემოწმებისას, ხელმძღვანელობს საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით.

15. წინამდებარე წესით გათვალისწინებული ფუნქციების (უფლებამოსილებების) შესრულებაზე პასუხისმგებლობა ეკისრება იმ მონიტორს, რომელმაც განახორციელა მონიტორინგი.

მუხლი 4. მიმართვების ადმინისტრირება

1. პროგრამის ფარგლებში, მატერიალიზებული ვაუჩერით/მიმართვით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურებისათვის შესაბამისი დოკუმენტის მისაღებად, მოქალაქე მიმართავს შესაბამის სერვის ცენტრს/სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულს.

2. პირი წარადგენს შესაბამის დოკუმენტაციას: ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ - ფორმა №IV-100/ა, პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის (18 წლამდე ასაკის მოქალაქეთა შემთხვევაში, დასაშვებია დაბადების მოწმობა) ასლი, ანგარიშფაქტურა, კალკულაცია – საჭიროების შემთხვევაში.

3. მიმართვის მოსამზადებელი საჭირო ინფორმაციის დაფიქსირება ხდება ჯანმრთელობის დაცვის ერთიან საინფორმაციო სისტემაში (პორტალი) სააგენტოს უფლებამოსილი პირის მიერ, სააგენტოს დირექტორის 2013 წლის 8 ოქტომბრის N04-420/ო ბრძანებით დამტკიცებულ წესში აღწერილი პირობების შესაბამისად. ადგილზე პირი იღებს პროგრამული მომსახურების მოსარგებლედ ცნობის დამადასტურებელ დოკუმენტს (ამავე ბრძანებაში აღწერილი პირობების შესაბამისად).

4. წარმოდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაციის განხილვის შედეგად, სააგენტოს უფლებამოსილი პირის მიერ ხდება გეგმური სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების, მ.შ. საკეისრო კვეთის დაფინანსების თაობაზე გადაწყვეტილების მიღება.

5. შესაბამისი მატერიალიზებული ვაუჩერის/მიმართვის მომზადების ვადა განისაზღვრება პროგრამის 23-ე მუხლის მე-15 პუნქტში აღწერილი პირობებით, ხოლო სახელმწიფოს მხრიდან ასანაზღაურებელი თანხა და პაციენტის თანაგადახდა განისაზღვრება პროგრამის 22-ე მუხლის მე-8 პუნქტში აღწერილი პირობების მიხედვით.

6. მატერიალიზებულ ვაუჩერში/მიმართვაში დაფიქსირებული მომსახურებისგან განსხვავებული სამედიცინო მომსახურების მიღებისას, სამედიცინო დაწესებულების შესაბამისი შეტყობინების საფუძველზე, საინფორმაციო პორტალზე შემთხვევის დახურულად დაფიქსირებამდე, იცვლება და მზადდება ახალი მატერიალიზებული ვაუჩერი/მიმართვა შესაბამისი ინფორმაციის მითითებით (ICD/NCSP კომბინაცია, სახელმწიფოს ასანაზღაურებელი და მოსარგებლის თანაგადახდის თანხა). იმ შემთხვევაში, თუ დაწესებულებას საინფორმაციო პორტალზე არ აქვს მოწოდებული შესაბამისი ინტრაოპერაციულად შეცვლილი ICD/NCSP კომბინაცია, პროგრამულად ასანაზღაურებელი თანხა და მოსარგებლის თანაგადახდა ანგარიშდება აღნიშნულ ინტერვენციაზე მიმდინარე თვეში არსებული ტარიფის არეალის (სახელმწიფოს მიერ დადგენილი ტარიფის) მონაცემებიდან.

7. ქიმიოთერაპიული პროცედურების გართულებების დროს, სტაციონარული მომსახურების ანაზღაურების თაობაზე გადაწყვეტილება მიიღება დოკუმენტაციის წარმოდგენიდან 2 დღის და/ან მოსარგებლის კლინიკაში მოთავსებიდან 24 საათის განმავლობაში (სამედიცინო დოკუმენტაციაში ასახული ჩვენების მიხედვით).

8. გეგმური მომსახურების სახით ჩატარებული კორონარული ანგიოგრაფიის დროს სამედიცინო ჩვენებით ჩატარებული კორონარული ანგიოპლასტიკის შემდეგ, შემთხვევის

ანაზღაურების შესახებ გადაწყვეტილება მიიღება ინტერვენციის განხორციელებიდან 24 საათის განმავლობაში (გაიცემა მატერიალიზებული ვაუჩერი).

9. მოთხოვნის დამტკიცების შემდეგ, პროგრამის მოსარგებლეს/წარმომადგენელს ეცნობება მოკლე ტექსტური შეტყობინების საშუალებით, რომელშიც, მოთხოვნის ნომერთან ერთად, მითითებული იქნება მიმართვის უნიკალური კოდი. მოსარგებლეს/წარმომადგენელს შეუძლია უნიკალური კოდი წარადგინოს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებაში და ადგილზე მიიღოს საგარანტიო წერილი ან სურვილის შემთხვევაში, აიღოს ის სერვისის ცენტრში/სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულში. გამონაკლისს წარმოადგენს მედიკამენტებით სარგებლობის მატერიალიზებული ვაუჩერი/მიმართვა, რომლის გაცემა ხდება უშუალოდ სერვისის ცენტრში/სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულში.

10. სამედიცინო მომსახურების თაობაზე, რომელიც არ ექვემდებარება ანაზღაურებას პროგრამის ფარგლებში და განსაზღვრულია დადგენილების დანართი 1.1-ის და 1.4 -ის მეორე პუნქტსა და დანართი 1.3-ის მე-3 პუნქტში, პირს ეცნობება ადგილზე, სერვისის ცენტრში/სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულში. სამედიცინო დოკუმენტაციის განხილვის შედეგად, უარყოფითი გადაწყვეტილების შემთხვევაში, პირს ეცნობება მოკლე ტექსტური შეტყობინების სახით, განაცხადის დაფიქსირებიდან 30 კალენდარული დღის ვადაში. წერილობითი უარის საჭიროების შემთხვევაში, მოქალაქე მიმართავს სერვისის ცენტრს ან სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულს.

მუხლი 5. საანგარიშგებო დოკუმენტაციის დამუშავება

1. შესრულებული სამუშაოს შესახებ სააგენტოში წარსადგენი საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ნუსხა, მისი წარდგენის ვადა და წესი განსაზღვრულია პროგრამის მე-8 და მე-13 მუხლებით.

2. შესრულებული სამუშაოს ინსპექტირების პროცესი განსაზღვრულია პროგრამის მე-14 და მე-15 მუხლებში.

3. ინსპექტირების შედეგების გათვალისწინებით, ინსპექტორი პროგრამულად აფიქსირებს შემთხვევის/მკურნალობის ეპიზოდის ცალკეული პროგრამული შემთხვევის შესახებ წარმოდგენილი დოკუმენტაციის მონაცემების შესაბამისობას პროგრამაში დაფიქსირებულ მონაცემებთან და მისანიჭებელ ერთ-ერთ სტატუსს:

ა) „ექვემდებარება ანაზღაურებას“;

ბ) „არ ექვემდებარება ანაზღაურებას“;

4. ინსპექტირების შედეგები ამ მუხლის მე-3 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით დადგენილი სტატუსით - „არ ექვემდებარება ანაზღაურებას“ ფორმდება ადმინისტრაციულ-

სამართლებრივი აქტის (გადაწყვეტილება) სახით, სათანადოდ უფლებამოსილი პირის მიერ და შესაბამისი ოქმის (პროგრამის მე-15 მუხლის მე-4 პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად გაფორმებული - „ანაზღაურებაზე უარის“ ან/და „სადავო“ სტატუსის მქონე შემთხვევების რეესტრი“) დართვით, ეგზავნება/გადაეცემა მიმწოდებელს. ამ პუნქტით გათვალისწინებული ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტი ექვემდებარება რეგისტრაციას დოკუმენტბრუნვის ელექტრონული მართვის სისტემაში და აეტივრთება შესაბამისი დანართი. ამ პუნქტით გათვალისწინებული გადაწყვეტილება შეიძლება გასაჩივრდეს საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსით და/ან ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსით დადგენილი პირობებით, შესაბამისად, სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში (თბილისი, აკ. წერეთლის N144) და/ან ქ. თბილისის საქალაქო სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა კოლეგიაში (თბილისი, დ. აღმაშენებლის ხეივანი, მე-12 კილომეტრი N6), მისი ჩაბარებიდან ერთი თვის ვადაში.

5. თუ მიმწოდებლის მიერ შეტყობინების სისტემაში დაფიქსირებულია ძირითადი და თანმხლები დიაგნოზები და ჩარევები - ერთი მკურნალობის ეპიზოდის/შემთხვევის ფარგლებში რამდენიმე პროგრამული შემთხვევა, ხოლო წარმოდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაციის ინსპექტირების შედეგად, განმახორციელებელი მიიჩნევს, რომ დოკუმენტური ფორმით წარმოდგენილი ინფორმაცია პროგრამული შემთხვევ(ებ)ის შესახებ არ ემთხვევა შეტყობინებაში არსებულ ინფორმაციას, ანაზღაურებას დაექვემდებარება მხოლოდ იმ დიაგნოზ(ებ)ის და ჩარევ(ებ)ის ღირებულება, რომელთა შესახებ ელექტრონულ შეტყობინებაში დაფიქსირებული მონაცემები თანხვედრაში იქნება დოკუმენტურად წარმოდგენილთან.

6. ინტენსიური მკურნალობა/მოვლის მომსახურების ხარჯები დაექვემდებარება ანაზღაურებას, თუ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მიერ ინტენსიური მკურნალობა/მოვლის განმსაზღვრელი ინტერვენციები (თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპია, მართვითი სუნთქვა და ა. შ.) და შესაბამისი ინტენსიური მკურნალობა/მოვლის დონე პროგრამულად ასახულია დადგენილებით გათვალისწინებული დონის განმსაზღვრელი ინტერვენციის უშუალო მიმდინარეობის პერიოდების მითითებით.

7. I დონის ინტენსიური მოვლა/მკურნალობის ხარჯები დაექვემდებარება ანაზღაურებას, თუ პროგრამულ კოდთან ერთად, შეტყობინებათა რეგისტრაციის მოდულის საერთაშორისო კლასიფიკატორის კოდის ველში დაფიქსირებულია დადგენილებით განსაზღვრული დაზუსტებული მდგომარეობის ICD -10 კოდი.

8. თუ სამედიცინო დოკუმენტაციის ინსპექტირებისას, დასტურდება, რომ პაციენტის კლინიკაში მოთავსების ან გაწერის თარიღის მითითებაში დაშვებულია მექანიკური შეცდომა, მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულება სააგენტოს მომართავს წერილობით, რომელსაც ერთვის რეგისტრაციის მკაცრი აღრიცხვის ჟურნალის შესაბამისი ჩანაწერის

ასლი. წარმოდგენილ დოკუმენტაციაში ასახული მონაცემების დადასტურების შემთხვევაში, მკურნალობის ეპიზოდი/შემთხვევა დაექვემდებარება ანაზღაურებას.

9. სამედიცინო დოკუმენტაციის ინსპექტირების პროცესში ანაზღაურებას დაექვემდებარება შემთხვევა, როდესაც ქირურგიული ინტერვენციის (გადაუდებელი და/ან გეგმიური) შედეგად, მორფოლოგიური კვლევის საფუძველზე შეცვლილი პირვანდელი დიაგნოზი ასახულია როგორც შეტყობინების სისტემაში, ასევე, წარმოდგენილ საანგარიშგებო სამედიცინო დოკუმენტაციაში.

10. სამედიცინო დოკუმენტაციის ინსპექტირების პროცესში ანაზღაურებას დაექვემდებარება შემთხვევა, როდესაც შემთხვევის შესახებ შეტყობინების დახურვის შემდეგ ხდება ICD-10/NCSP კომბინაციის ჩანაცვლება იდენტური (ICD-10/NCSP ძირითადი ჩარევა) გენერირებული ხელოვნური კოდით და აღნიშნული ცვლილება სათანადოდ აისახება როგორც შეტყობინების სისტემაში, ასევე, წარმოდგენილ სამედიცინო დოკუმენტაციაში.

11. პროგრამის ფარგლებში, ანაზღაურებას დაექვემდებარება გეგმიური ქირურგიული ოპერაციის ხარჯები (მათ შორის, დღის სტაციონარი), თუ დოკუმენტური ფორმით წარმოდგენილი პროგრამული შემთხვევის დიაგნოზ(ებ)ი და შესაბამისი ჩარევა (ჩარევები) ემთხვევა შეტყობინებაში დაფიქსირებულ დიაგნოზ(ებ)სა და შესაბამისი ჩარევას (ჩარევებს).

12. თუ პირი, გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების მსვლელობის პროცესში, გახდა პროგრამის მოსარგებლე, ან მოსარგებლეს გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის დასრულებამდე შეეცვალა მოსარგებლის სტატუსი, ცვლილების მომენტისათვის ხდება აღნიშნული შემთხვევის დახურვა პირვანდელი მომსახურების პაკეტის ფარგლებში და ახალი შეტყობინების დატოვება შეცვლილი მომსახურების პაკეტის ფარგლებში, ახალი თარიღით (შეტყობინებათა სისტემაში დატოვებული პირველი შეტყობინების ნომრის მითითებით). სამედიცინო დაწესებულების მიერ შემთხვევის ასანაზღაურებლად მოწოდება ხორციელდება შესაბამისი მომსახურების პაკეტის ფარგლებში, ხოლო ლიმიტის ათვლა ხორციელდება შემთხვევის დადგომის მომენტიდან.

13. დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის პირველი პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტით ან მე-3 პუნქტით გათვალისწინებული კატეგორიის მოსარგებლედ ცნობისთვის, საჭიროა, დაინტერესებულმა პირმა ან მისმა ნდობით აღჭურვილმა პირმა განცხადებით მიმართოს სააგენტოს. განცხადებას უნდა დაერთოს შესაბამისი კერძო სადაზღვევო კომპანიის მიერ გაცემული ცნობა, დაინტერესებული პირისათვის კერძო სადაზღვევო მომსახურების შეწყვეტის თაობაზე, თარიღის ჩვენებით.

14. თუ პირს, გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების მსვლელობის პროცესში, შეუწყდა კერძო სადაზღვევო სქემით მომსახურება და გახდა დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის პირველი პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტით ან მე-3 პუნქტით გათვალისწინებული

მოსარგებლე, მიმწოდებლის მიერ ხორციელდება შეტყობინების დატოვება პროგრამის ფარგლებში შესაბამისი კატეგორიის მინიჭების დღიდან. სამედიცინო დაწესებულების მიერ შემთხვევის ასანაზღაურებლად მოწოდება ხორციელდება შესაბამისი მომსახურების პაკეტის ფარგლებში, ხოლო ლიმიტის ათვლა ხორციელდება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, შესაბამისი კატეგორიისათვის მოსარგებლის მიკუთვნების დღიდან.

15. ხანგრძლივი (მკურნალობის დაწყებიდან ორი თვე და მეტი) სამედიცინო მომსახურების გაწევის შემთხვევაში, ანაზღაურებას ექვემდებარება მკურნალობის ეპიზოდი/შემთხვევა, თუ საანგარიშგებო დოკუმენტაცია წარმოდგენილია მკურნალობის დაწყებიდან არანაკლებ ორი თვის გასვლის და მომდევნო ყოველი 3 თვის დასრულების შემდეგ, ამასთან, პირველი ორი თვის და შემდგომში, ყოველი სამი თვის შემდეგ, შეტყობინების სისტემაში უნდა დაფიქსირდეს ახალი შეტყობინება, ახალი თარიღით, კომენტარის ველში წინა შეტყობინების ნომრისა და პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის თარიღის მითითებით.

16. პროგრამის ადმინისტრირების პროცესში განმახორციელებლის მიერ ინფორმაციის სიზუსტე კავშირშია ჩატარებული მომსახურების პროგრამულ კოდთან (დიაგნოზი, ჩარევა, დაზუსტება). თუ მიმწოდებლის მიერ წარმოდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაციის მიხედვით, მომსახურების დიაგნოზი, ჩარევა და დაზუსტება ემთხვევა შეტყობინებაში არსებულს, აღნიშნული პროგრამული მომსახურება ექვემდებარება ანაზღაურებას. სხვა სახის არასწორი მონაცემები - პაციენტის დაწესებულებაში მისვლის ფორმა, მიმართვის ნომერი და ა. შ. განიხილება ხარვეზად, რომლის აღმოუფხვრელობის შემთხვევაში, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს დაეკისრება ჯარიმა, 50 ლარის ოდენობით, თითოეულ სამედიცინო შემთხვევაზე.

17. კონკრეტული შემთხვევის საჯარიმო სანქციები განსაზღვრულია პროგრამის მე-19 მუხლით. მიმწოდებლის ინფორმირების მიზნით, მე-4 და 4¹-ე პუნქტების მიხედვით საჯარიმო სანქციის თაობაზე შესაბამისი ინფორმაცია ელექტრონულ პორტალზე ფიქსირდება, ხოლო სააგენტოს ეკონომიკურ დეპარტამენტში იგზავნება მოხსენებითი ბარათი, შესაბამისი ინფორმაციის მითითებით, შემდგომი ღონისძიებების გასატარებლად. ეკონომიკურ დეპარტამენტს მიეწოდება ასევე წერილობითი ინფორმაცია კონკრეტული საჯარიმო სანქციის ცვლილების თაობაზე.

18. 2015 წლის 23 თებერვლამდე დამდგარ სამედიცინო შემთხვევებს შორის, სადავოდ კლასიფიცირებული შემთხვევების სამედიცინო საქმიანობის რეგულირების სააგენტოს შესწავლის შედეგების მიხედვით, საინფორმაციო პორტალზე შემთხვევის სტატუსი - „სადავო“ იცვლება და პროგრამულ შემთხვევას ენიჭება სტატუსი - „დადებითად გადაწყვეტილი“ ან „უარყოფითად გადაწყვეტილი“, შესაბამისი კომენტარის მითითებით. შესწავლის შედეგი სამედიცინო დაწესებულებას ეცნობება წერილობით, ხოლო „დადებითად

გადაწყვეტილი“ შემთხვევის დროს, დამატებით წარმოდგენილი შესაბამისი სამედიცინო დოკუმენტაციისა (ფორმა N IV- 100/ა) და ანგარიშ-ფაქტურის საფუძველზე, ხდება ახალი მიღება-ჩაბარების აქტის ამობეჭდვა, ასანაზღაურებელი თანხის მითითებით, კონკრეტული შემთხვევისათვის.

19. ამავე მუხლის მე-4 პუნქტით გათვალისწინებული გადაწყვეტილების გასაჩივრების შედეგად, დავის მიმწოდებლის სასარგებლოდ გადაწყვეტის შემთხვევაში, საინფორმაციო პორტალზე შემთხვევის სტატუსი - „არ ექვემდებარება ანაზღაურებას“ შეიცვლება და პროგრამულ შემთხვევას მიენიჭება სტატუსი - „დადებითად გადაწყვეტილი“, შესაბამისი კომენტარის მითითებით. მიმწოდებლის დავის დაუკმაყოფილებლობის შემთხვევაში, სტატუსი - „არ ექვემდებარება ანაზღაურებას“- რჩება უცვლელი. ადმინისტრაციული საჩივრის განხილვის შედეგი (გადაწყვეტილება) სამედიცინო დაწესებულებას ეცნობება წერილობით. „დადებითად გადაწყვეტილი“ შემთხვევის დროს, დამატებით წარმოდგენილი შესაბამისი სამედიცინო დოკუმენტაციისა (ფორმა №IV- 100/ა) და ანგარიშ-ფაქტურის საფუძველზე, ხდება ახალი მიღება-ჩაბარების აქტის ამობეჭდვა, ასანაზღაურებელი თანხის მითითებით, კონკრეტული შემთხვევისათვის.

20. ანაზღაურებას ექვემდებარება ონკოლოგიური დაავადების არაქირურგიული მომსახურების დღის სტაციონარული მომსახურების შემთხვევები, როცა სამედიცინო დაწესებულების მიერ განხორციელებულია შეტყობინება მკურნალობის პირველ ეპიზოდზე, ხოლო მკურნალობის კურსის დასრულების თარიღი ფიქსირდება კომენტარის ველში.

21. სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულებში მიმწოდებლის მიერ საანგარიშგებო დოკუმენტაციის წარდგენა და დამუშავება ხორციელდება პროგრამით დადგენილი პირობებით, შესაბამისი უფლებამოსილი პირ(ებ)ის მიერ.

22. მიმწოდებელსა და სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულის წარმომადგენელს შორის გაფორმებული და სათანადოდ დადასტურებული/ხელმოწერილი მიღება-ჩაბარების აქტები, შესაბამისი რეესტრის სახით, შესაბამისი ტერიტორიული ერთეულის წერილობითი მომართვით, დოკუმენტბრუნვის ელექტრონული მართვის სისტემის მეშვეობით, იგზავნება სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტში.

23. საანგარიშგებო დოკუმენტაცია ვადების დაცვით წარდგენილად ითვლება პროგრამული მომსახურების დასრულების მომდევნო მესამე თვის არაუმეტეს 15 რიცხვამდე ელექტრონული ვერსიის და არაუმეტეს ამავე თვის ბოლო სამუშაო დღის ჩათვლით - დოკუმენტური სახით წარდგენის შემთხვევაში.

24. შეტყობინების სისტემასა და სამედიცინო დოკუმენტაციაში დადგენილებით განსაზღვრული კრიტიკული მდგომარეობები/ინტენსიური თერაპიის დონეების

კრიტერიუმების შესაბამისობის პირობებში, „კრიტიკული მდგომარეობების/ინტენსიური თერაპიის საწოლებზე უწყვეტად 21 დღის შემდეგ დაყოვნების“ პროგრამული შემთხვევების, მათ შორის, ერთი მიმწოდებლიდან მეორე კლინიკაში პაციენტის რეფერალის განხორციელების შემთხვევებში, ანაზღაურების საკითხი განისაზღვრება განმახორციელებლის მიერ დადგენილი ტარიფებით.

მუხლი 6. დასკვნითი დებულებები

1. წინამდებარე წესში ცვლილებები და დამატებები ხორციელდება სააგენტოს დირექტორის ბრძანებით.