



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



KA030493076758714

№ 04-25/ო

03 / თებერვალი / 2014 წ.

**საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ქვეკომპონენტის ფარგლებში სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების შესახებ**

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2014 წლის 29 იანვრის №01/7051 წერილის, „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ „საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილების (შემდგომში ტექსტში – „დადგენილება“) დანართი N1-ის მე-20 მუხლის მე-2 პუნქტის „დ“ ქვეპუნქტისა 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. დამტკიცდეს:**

ა) დადგენილების N1.3 დანართის პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში შესრულებული სამუშაოს შესახებ სტატისტიკური ინფორმაციის მოწოდების ფორმა (დანართი N1);

ბ) დადგენილების N1.3 დანართის მე-2 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში შესრულებული სამუშაოს შესახებ სტატისტიკური ინფორმაციის მოწოდების ფორმა (დანართი N2);

გ) სტატისტიკური ინფორმაციის მოწოდებისათვის საჭირო მონაცემების ელექტრონულად აღრიცხვის ინსტრუქცია (დანართი N3).

2. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მიმწოდებლის მიერ ამ ბრძანებით დამტკიცებული, სათანადოდ შევსებული N1 და/ან N2 დანართების ხელმოწერით და ბეჭედით (ამ უკანასკნელის არსებობის შემთხვევაში) დამოწმებული რედაქცია წარმოდგენილი უნდა იქნეს სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტოში, არაუგვიანეს ყოველი საანგარიშგებო თვის მომდევნო თვის 15 რიცხვამდე.

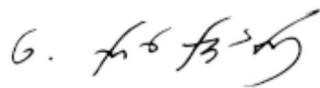
3. დაევალოთ სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტოს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტს (რ. გოგოლაშვილი) - ქ.თბილისის მასშტაბით და რეგიონალურ საკოორდინაციო ცენტრებსა და აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ფილიალს - მათი სამოქმედო ტერიტორიის შესაბამისად, გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებების ინფორმირება, ამ ბრძანების შესაბამისად სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების თაობაზე.

4. სააგენტოს ადმინისტრაციამ (გ. გოგოლაძე), საჯარო გაცნობის მიზნით, უზრუნველყონ წინამდებარე ბრძანებისა და მისი დანართების განთავსება სააგენტოს ვებ-გვერდზე - [www.ssa.gov.ge](http://www.ssa.gov.ge)

5. ბრძანება ამოქმედდეს ხელმოწერისთანავე და მისი მოქმედება გავრცელდეს 2014 წლის 1-ლი თებერვლიდან წარმოშობილ ურთიერთობებზე.

დირექტორის მოვალეობის შემსრულებელი

ნოე ქინქლაძე



საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის N218 დადგენილებით განსაზღვრული მოსარგებლებისათვის  
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის სტატისტიკური ფორმა  
(ელექტრონული პროგრამის ფორმა N218.1.1.1)

პროგრამის დასახელება

საყოველთაო ჯანდაცვა

პროგრამის კომპონენტის დასახელება

ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტი

დაწესებულების საიდენტიფიკაციო კოდი

\_\_\_\_\_

დაწესებულების დასახელება

\_\_\_\_\_

დაწესებულების მისამართი

\_\_\_\_\_

საანგარიშგებო პერიოდი

\_\_\_\_\_

ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექთნის მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება	ექიმ-სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება	ვაქცინაცია	კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევები					
			სისხლის საერთო ანალიზი	შარდის საერთო ანალიზი	გლუკოზის განსაზღვრა პერიფერიულ სისხლში	კრეატინინი	ჰემოგლობინი	განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე
1	2	3	4	5	6	7	8	9

ორსულობის ტესტი	ინსტრუმენტული გამოკვლევები					შშმპ-ის სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები
	ელექტროკარდიოგრაფიული კვლევა	ექოსკოპია	რენტგენოსკოპია	რენტგენოგრაფია	მამოგრაფია	
10	11	12	13	14	15	16

\_\_\_\_\_

დაწესებულების წარმომადგენელი

\_\_\_\_\_

ხელმოწერა

\_\_\_\_\_

თარიღი

\_\_\_\_\_

სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო

\_\_\_\_\_

ხელმოწერა

\_\_\_\_\_

თარიღი

საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის N165 დადგენილებით განსაზღვრული მოსარგებლებისათვის  
 გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის სტატისტიკური ფორმა  
 (ელექტრონული პროგრამის ფორმა N165.1.1.1)

პროგრამის დასახელება

საყოველთაო ჯანდაცვა

პროგრამის კომპონენტის დასახელება

ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტი

დაწესებულების საიდენტიფიკაციო კოდი

\_\_\_\_\_

დაწესებულების დასახელება

\_\_\_\_\_

დაწესებულების მისამართი

\_\_\_\_\_

საანგარიშგებო პერიოდი

\_\_\_\_\_

ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექთნის მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება	ექიმ-სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება	ვაქცინაცია	კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევები							
			სისხლის საერთო ანალიზი	შარდის საერთო ანალიზი	გლუკოზის განსაზღვრა პერიფერიულ სისხლში	კრეატინინი	ქოლესტერინის განსაზღვრა სისხლში	ჰემოგლობინი	შრატში ლიპიდების განსაზღვრა	განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდე ნაზე
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

ინსტრუმენტული გამოკვლევები					შშმპ-ის სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები
ელექტროკარდიოგრაფიული კვლევა	ექსკოპია	რენტგენოსკოპია	რენტგენოგრაფია	მამოგრაფია	
12	13	14	15	16	17

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

\_\_\_\_\_  
ხელმოწერა

\_\_\_\_\_  
თარიღი

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

\_\_\_\_\_  
ხელმოწერა

\_\_\_\_\_  
თარიღი

**საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ქვეკომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების ფარგლებში, სტატისტიკური ინფორმაციის ელექტრონულად აღრიცხვის ინსტრუქცია**

მიმწოდებლის მიერ განმახორციელებელთან გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების სტატისტიკის დანართების (ფორმები N218.1.1.1 და N165-1.1.1 გეგმიური ამბულატორია) ელექტრონული ფორმით გაგზავნა უნდა მოხდეს ჯანმრთელობის დაცვის ერთიან საინფორმაციო სისტემაში არსებული, სამედიცინო დაწესებულებებისთვის განკუთვნილი ელექტრონული ანგარიშგების მოდულიდან, ხოლო ნაბეჭდი სახით - სამედიცინო დაწესებულების ბეჭდით და უფლებამოსილი წარმომადგენლის ხელმოწერით დადასტურებული, უნდა წარედგინოს სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს როგორც თბილისის, ასევე რეგიონალურ ფილიალებს 2014 წლის თებერვლის თვის საანგარიშგებო პერიოდიდან, ყოველ საანგარიშგებო თვეში სხვა საანგარიშგებო დოკუმენტაციასთან ერთად.

მიმწოდებლის მიერ გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში, საანგარიშგებო თვის განმავლობაში ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების შესახებ ინფორმაცია ელექტრონულად უნდა დაფიქსირდეს ჯანმრთელობის დაცვის ერთიან საინფორმაციო სისტემაში შემდეგი თანმიმდევრობით:

1. [www.moh.gov.ge](http://www.moh.gov.ge), E-სერვისები, ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების ადმინისტრირება და ფინანსური მართვა, ელ.ანგარიშგების მოდული სამედიცინო დაწესებულებებისთვის, მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება, საყოველთაო ჯანდაცვა სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფი მოსახლეობისთვის, პედაგოგებისთვის, სახალხო არტისტებისთვის და სხვა მიზნობრივი ჯგუფებისთვის (N218 დადგენილება), 218\_1 გეგმიური ამბულატორია - კაპიტაცია - სტატისტიკური ფორმა;
2. [www.moh.gov.ge](http://www.moh.gov.ge), E-სერვისები, ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების ადმინისტრირება და ფინანსური მართვა, ელ. ანგარიშგების მოდული სამედიცინო დაწესებულებებისთვის, მოსახლეობის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება, საყოველთაო ჯანდაცვა ასაკობრივი ჯგუფებისთვის - 0-5 წლის (ჩათვლით) ბავშვები, საპენსიო ასაკის მოსახლეობა, სტუდენტები, შშმ ბავშვები, მკვეთრად გამოხატული შშმ პირები (N165 დადგენილება) - 165\_1 გეგმიური ამბულატორია - კაპიტაცია - სტატისტიკური ფორმა.

## ელექტრონული პროგრამის ფორმა N218.1.1.1 შევსების ინსტრუქცია

**ანგარიშგების თარიღი** - სავალდებულო ველი. ფიქსირდება იმ საანგარიშგებო თვის ბოლო თარიღი, რომლის მიხედვითაც გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებისთვის განისაზღვრება ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების სტატისტიკა.

**ბენეფიციარის პირადი ნომერი, სახელი და გვარი** - სავალდებულო ველები. 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.

**ასაკი** - სავალდებულო ველი. გრაფაში უნდა მიეთითოს მოსარგებლის ასაკი მკურნალობის დაწყების/ვიზიტის განხორციელების დროს.

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

**საკონტაქტო ტელეფონი** - არ არის სავალდებულო ველი. გრაფაში უნდა მიეთითოს ბენეფიციარის საკონტაქტო ინფორმაცია, კერძოდ, ტელეფონის ნომერი.

**მიმართვის თარიღი** - სავალდებულო ველი. გრაფაში უნდა დაფიქსირდეს სამედიცინო დაწესებულებაში ბენეფიციარის მიმართვის და მომსახურების მიღების თარიღი.

გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების შესახებ ინფორმაციის დაფიქსირებისას, მიმწოდებელი ვალდებულია, ქვემოთ ჩამოთვლილი მომსახურებებიდან მონიშნოს მინიმუმ ერთი ველი, რომელიც აღნიშნავს მიმართვის თარიღში ბენეფიციარისთვის გაწეულ პროგრამულ მომსახურებას. მიმწოდებლის მიერ სტატისტიკური ინფორმაციის დაფიქსირება/ფორმის შევსება ხდება საანგარიშგებო თვის განმავლობაში. განმახორციელებელთან მიმწოდებლის მიერ წარდგენილი ინფორმაციის სისწორეზე პასუხისმგებელია მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულება.

**ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექთნის მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება** - ფიქსირდება ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექთნის მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურების შესახებ ინფორმაცია. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**ოჯახის ექიმის სახელი, გვარი** - ფიქსირდება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ოჯახის ან უბნის ექიმის სახელი და გვარი.

**ექიმ-სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კონსულტაციის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**ვაქცინაცია** - უნდა მიეთითოს ჩატარებული ვაქცინაციების რაოდენობა. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**სისხლის საერთო ანალიზი** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**შარდის საერთო ანალიზი** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**გლუკოზის განსაზღვრა პერიფერიულ სისხლში** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**კრეატინინი** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**ჰემოგლობინი** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**ორსულობის ტესტი** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**ელექტროკარდიოგრაფიული კვლევა** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**ექოსკოპია** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**რენტგენოსკოპია** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**რენტგენოგრაფია** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**მამოგრაფია** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**შშმპ-ის სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

### **ელექტრონული პროგრამის ფორმა N165.1.1.1 შევსების ინსტრუქცია**

**ანგარიშგების თარიღი** - სავალდებულო ველი. ფიქსირდება იმ საანგარიშგებო თვის ბოლო თარიღი, რომლის მიხედვითაც გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებისთვის განისაზღვრება ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების სტატისტიკა.

**ბენეფიციარის პირადი ნომერი, სახელი და გვარი** - სავალდებულო ველები. 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.

**ასაკი** - სავალდებულო ველი. გრაფაში უნდა მიეთითოს მოსარგებლის ასაკი მკურნალობის დაწყების/ვიზიტის განხორციელების დროს.

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

**საკონტაქტო ტელეფონი** - არ არის სავალდებულო ველი. გრაფაში უნდა მიეთითოს ბენეფიციარის საკონტაქტო ინფორმაცია, კერძოდ, ტელეფონის ნომერი.

**მიმართვის თარიღი** - სავალდებულო ველი. გრაფაში უნდა დაფიქსირდეს სამედიცინო დაწესებულებაში ბენეფიციარის მიმართვის და მომსახურების მიღების თარიღი.

გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების შესახებ ინფორმაციის დაფიქსირებისას, მიმწოდებელი ვალდებულია, ქვემოთ ჩამოთვლილი მომსახურებებიდან მონიშნოს მინიმუმ ერთი ველი, რომელიც აღნიშნავს მიმართვის თარიღში ბენეფიციარისთვის გაწეულ პროგრამულ მომსახურებას. მიმწოდებლის მიერ სტატისტიკური ინფორმაციის დაფიქსირება/ფორმის შევსება ხდება საანგარიშგებო თვის განმავლობაში. განმახორციელებელთან მიმწოდებლის მიერ წარდგენილი ინფორმაციის სისწორეზე პასუხისმგებელია მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულება.

**ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექთნის მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება** - ფიქსირდება ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექთნის მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურების შესახებ ინფორმაცია. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**ოჯახის ექიმის სახელი, გვარი** - ფიქსირდება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ოჯახის ან უბნის ექიმის სახელი და გვარი.

**ექიმ-სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კონსულტაციის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**ვაქცინაცია** - უნდა მიეთითოს ჩატარებული ვაქცინაციების რაოდენობა. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**სისხლის საერთო ანალიზი** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**შარდის საერთო ანალიზი** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**გლუკოზის განსაზღვრა პერიფერიულ სისხლში** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**კრეატინინი** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**ქოლესტერინის განსაზღვრა სისხლში** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**ჰემოგლობინი** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**შრატში ლიპიდების განსაზღვრა** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**ელექტროკარდიოგრაფიული კვლევა** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**ექოსკოპია** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**რენტგენოსკოპია** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**რენტგენოგრაფია** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**მამოგრაფია** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**შშმპ-ის სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.