

საჯარო სამართლის იურიდიული პირი
სოციალური მომსახურების სააგენტო

ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა



KA030449957033515

04-153/ო

29 / მაისი / 2015 წ.

„C ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე სახელმწიფო პროგრამის“ „C ჰეპატიტით დაავადებულ პირთა დიაგნოსტიკის“ კომპონენტის ფარგლებში დამდგარი სამედიცინო შემთხვევების შერჩევითი მონიტორინგის ინსტრუქციისა და შემთხვევის ანაზღაურებაზე უარის თქმის შესახებ ოქმის ფორმის დამტკიცების შესახებ

საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 20 აპრილის N169 დადგენილებით დამტკიცებული „C ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე სახელმწიფო პროგრამის“ შემდგომში-პროგრამა) მე-3 მუხლის და მე-9 მუხლის მე-3 პუნქტის გათვალისწინებით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2015 წლის 25 მაისის N01/36190 წერილის საფუძველზე, პროგრამის ფარგლებში დამდგარი სამედიცინო შემთხვევების შერჩევითი მონიტორინგის მიზნით, საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 52-ე და 53-ე მუხლებისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 ივნისის N190/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სოციალური მომსახურების სააგენტოს დებულების“ მე-4 მუხლის საფუძველზე,

ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა:

1. დამტკიცდეს:

ა) „C ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე სახელმწიფო პროგრამის“ “C ჰეპატიტით დაავადებულ პირთა დიაგნოსტიკის“ კომპონენტის ფარგლებში დამდგარი სამედიცინო შემთხვევების შერჩევითი მონიტორინგის ინსტრუქცია“ (შემდგომში-ინსტრუქცია, დანართი N1);

ბ) ოქმი შემთხვევის ანაზღაურებაზე უარის თქმის შესახებ შემდგომში – ოქმი, დანართი N2).

დაევალოს:

ა) სააგენტოს ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დეპარტამენტს:

ა.ა) საერთო ზედამხედველობა გაუწიოს სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულების მიერ, ამ ბრძანების პირველი პუნქტით დამტკიცებული ინსტრუქციის შესაბამისად, შერჩევითი მონიტორინგის პროცესს;

ა.ბ) განსაზღვროს ქ. თბილისის მასშტაბით, შერჩევითი მონიტორინგის განმახორციელებელი პირები და კოორდინაცია გაუწიოს მათ საქმიანობას;

ბ) სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულების (სოციალური მომსახურების სამხარეო ცენტრები, აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ფილიალი, რაიონული (საქალაქო) განყოფილება და სოციალური მომსახურების ცენტრები, გარდა ქ. თბილისის სოციალური მომსახურების ცენტრებისა) უფროსებს, განსაზღვრონ დაქვემდებარებული თანამშრომელი (თანამშრომლები), რომელიც უზრუნველყოფს შერჩევით მონიტორინგს და წერილობით წარმოადგინონ მონიტორინგის განმახორციელებელი პირ(ებ)ის მონაცემები სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში.

3. ბრძანების შესრულების კოორდინაცია დაევალოს ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დეპარტამენტის უფროსს (კ. ჩხარტიშვილი).

4. სააგენტოს ადმინისტრაციულმა დეპარტამენტმა გ.(გოგოლაძე) უზრუნველყოს აღნიშნული ბრძანების და მისი დანართების სააგენტოს ოფიციალურ ვებ-გვერდზე (www.ssa.gov.ge).

ჭრძანება ძალაშია ხელმოწერის დღიდან.

ზაზა სოფრომაძე

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



„C ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე სახელმწიფო პროგრამის“ „C ჰეპატიტით დაავადებულ პირთა დიაგნოსტიკის“ კომპონენტის ფარგლებში დამდგარი სამედიცინო შემთხვევების შერჩევითი მონიტორინგის ინსტრუქცია

1. „C ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე სახელმწიფო პროგრამის“ „C ჰეპატიტით დაავადებულ პირთა დიაგნოსტიკის“ კომპონენტის ფარგლებში დამდგარი სამედიცინო შემთხვევების შერჩევითი მონიტორინგის ინსტრუქცია (შემდგომში – ინსტრუქცია) შემუშავებულია საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად და მიზნად ისახავს, ხელი შეუწყოს „C ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე სახელმწიფო პროგრამის“ „C ჰეპატიტით დაავადებულ პირთა დიაგნოსტიკის“ კომპონენტით (შემდგომში – პროგრამა) გათვალისწინებული ღონისძიებების რეალიზაციას და ამ პროგრამის განხორციელების ზედამხედველობის პროცესს.

2. ინსტრუქციაში გამოყენებულ ტერმინებს გააჩნიათ იგივე მნიშვნელობა, რაც გათვალისწინებულია პროგრამით, მათთან დაკავშირებული ნორმატიული და ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტებით. ამასთან, ინსტრუქციაში გამოყენებულ ქვემოთ მოცემულ ტერმინებს გააჩნიათ შემდეგი მნიშვნელობა:

ა) შეტყობინების სისტემა – სამედიცინო შემთხვევების რეგისტრაციის მოდული (კომპიუტერული პროგრამა), რომელშიც, მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად, ფიქსირდება ინფორმაცია პროგრამის მიმწოდებლის მიერ პროგრამის ფარგლებში გასაწევი ან გაწეული სამედიცინო მომსახურების შესახებ;

ბ) მონიტორინგის განმახორციელებელი (შემდგომში – მონიტორი) – სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს თანამშრომელი, რომელიც უზრუნველყოფს პროგრამაში მონაწილე მიმწოდებლის მიერ შეტყობინებით დაფიქსირებულ შემთხვევების შერჩევით მონიტორინგს და უფლებამოსილია პროგრამის შესაბამისად, გააფორმოს ოქმი შემთხვევის ანაზღაურებაზე უარის თქმის შესახებ.

გ) ოქმი შემთხვევის ანაზღაურებაზე უარის თქმის შესახებ - სააგენტოს დირექტორის ბრძანებით უფლებამოსილი პირის (მონიტორი) მიერ, პროგრამის შესაბამისად გამოცემული, დადგენილი ფორმის ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტი.

3. პროგრამაში მონაწილე მიმწოდებლის შერჩევითი მონიტორინგი მოიცავს შეტყობინების სისტემაში მიმწოდებლის მიერ დაფიქსირებული მონაცემების შედარებას რეალურ ფაქტებთან.

4. შერჩევითი მონიტორინგს ექვემდებარება მიმწოდებლის (ან მიმწოდებლების, ერთობლივად) მიერ ყოველდღიურად დაფიქსირებული ყოველი მე-5 შემთხვევა, თუ ყოველდღიურად დაფიქსირებული შემთხვევების რაოდენობა აღემატება 10 ერთეულს. შემმოწმებლის უშუალო ხელმძღვანელის გადაწყვეტილებით (ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დეპარტამენტის უფროსი), შესაძლებელია გაიზარდოს ყოველდღიურად შესამოწმებელ შემთხვევათა რაოდენობა და შერჩევის წესი.

5. თუ ყოველდღიურად დაფიქსირებული შემთხვევების რაოდენობა არ აღემატება 10 ერთეულს, შემოწმებას ექვემდებარება ყველა შემთხვევა.

6. შერჩევითი მონიტორინგი ხორციელდება შეტყობინების მიღებიდან არაუგვიანეს მომდევნო 2 სამუშაო დღეში. იმ შემთხვევაში, თუ გასული დღე წარმოადგენს უქმე ან/და დასვენების დღეს, შემოწმება ხორციელდება ასევე, არაუგვიანეს 2 სამუშაო დღეში, გასულ უქმე ან/და დასვენების დღეებში შემოსული შეტყობინებების ერთობლიობიდან.

7. შერჩევითი მონიტორინგის განხორციელების მიზნით, მონიტორი უზრუნველყოფს შეტყობინების სისტემიდან შემოწმებისათვის საჭირო ინფორმაციის ამოღებას (ამობეჭდვას), თითოეულ მოსარგებლეზე ინდივიდუალურად, რომელიც აგრეთვე მოიცავს შემთხვევის შემოწმების აქტის რეკვიზიტებს და გამოიყენება ამ აქტის გასაფორმებლად.

8. შერჩევითი მონიტორინგი ხორციელდება მიმწოდებელთან მონიტორის ვიზიტის დროს.

9. მიმწოდებელი ვალდებულია “C ჰეპატიტით დაავადებულ პირთა დიაგნოსტიკის“ კომპონენტის ფარგლებში პირის ჩართვის შესახებ გააკეთოს შეტყობინება მიმართვიდან არაუგვიანეს 48 საათში, განმახორციელებლის მიერ განსაზღვრული სპეციალური კომპიუტერული პროგრამის საშუალებით.

10. მიმწოდებელთან ვიზიტის დროს, მონიტორი ახდენს მოსარგებლის იდენტიფიცირებას შეტყობინების სისტემაში დაფიქსირებული მონაცემების მიხედვით, კერძოდ:

ა) იმ შემთხვევაში, თუ მოსარგებლე სრულწლოვანი პირია, შემმოწმებელი 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 18 წლამდე ასაკის პირია, შემმოწმებელი უზრუნველყოფს მოსარგებლისა და მისი კანონიერი წარმომადგენლის (მშობელი, მეურვე, მზრუნველი) იდენტიფიცირებას:

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

ბ.ბ. პირადი ნომრის მიხედვით (18 წლამდე ასაკის პირთან მიმართებაში ამ მონაცემის არსებობის შემთხვევაში);

ბ.გ. სახელის, გვარის და დაბადების თარიღის მიხედვით;

გ) სამედიცინო ისტორიის საფუძველზე, შემმოწმებელი ამოწმებს:

გ.ა. მოსარგებლის მიმწოდებელთან შესვლის ფორმას;

გ.ბ. მოსარგებლის სამედიცინო დაწესებულებაში შესვლის თარიღს და დროს;

გ.გ. შეტყობინების სისტემაში დაფიქსირებულ დიაგნოზს;

11. კონკრეტული შემთხვევის მონიტორინგის მიზნით, მიმწოდებელთან ვიზიტი ხორციელდება ერთხელ. საჭიროების შემთხვევაში, უშუალო ხელმძღვანელის დავალებით, მონიტორი უფლებამოსილია, განახორციელოს განმეორებითი ვიზიტ(ებ)ი.

12. შემთხვევის მონიტორინგის დასრულების შემდეგ, მონიტორი და მიმწოდებლის წარმომადგენელი ხელს აწერენ შერჩევითი შემოწმების აქტს.

13. თუ მონიტორინგის შედეგად დადგინდა, რომ მოსარგებლის საიდენტიფიკაციო მონაცემები, ან შემთხვევის შესახებ ინფორმაცია არ ემთხვევა ელექტრონულ პროგრამაში ასახულ შესაბამის ინფორმაციას (განმახორციელებლის მიერ განსაზღვრული მონიტორინგის წესის გათვალისწინებით, ასეთი შემთხვევები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება. მონიტორინგის განმახორციელებელი ადგენს დადგენილი ფორმის ოქმს (ოქმი შემთხვევის ანაზღაურებაზე უარის თქმის შესახებ)

2 ეგზემპლარად, ოქმის ერთი ეგზემპლარი ეძლევა მიმწოდებელს, ხოლო მეორე ეგზემპლარი რჩება განმახორციელებელთან.

14. ოქმს შემთხვევის ანაზღაურებაზე უარის თქმის შესახებ, ენიჭება შეტყობინების სისტემაში შემთხვევისათვის მინიჭებული ნომერი (ოქმის სარეგისტრაციო ნომერი).

15. იმ შემთხვევაში, თუ მიმწოდებლის წარმომადგენელი უარს აცხადებს ოქმის ხელმოწერაზე, შემმოწმებელი ოქმის შესაბამის გრაფაში („კომენტარის ველი“) აკეთებს მითითებას მიმწოდებლის წარმომადგენლის მხრიდან აქტის ხელმოწერაზე უარის თქმის და მიზეზების შესახებ. ამასთან, აფიქსირებს შემთხვევის შესაბამის სტატუსს.

16. შემთხვევის მონიტორინგის პროცესში, მონიტორი ხელმძღვანელობს პროგრამით და მასთან დაკავშირებული ნორმატიული და ადმინისტრაციულ–სამართლებრივი აქტებით.

17. მონიტორი ვალდებულია, გამჟღავნებისაგან დაიცვას საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით საიდუმლო ინფორმაციას (პირადი საიდუმლოება, სამედიცინო საიდუმლოება, კომერციული საიდუმლოება) მიკუთვნებული ის მონაცემები, რომლებიც მისთვის ცნობილი გახდა შერჩევითი მონიტორინგის განხორციელების პერიოდში. ეს ვალდებულება მონიტორზე ვრცელდება სააგენტოსთან შრომითი ურთიერთობების შეჩერების ან შეწყვეტის შემდეგაც.

18. წინამდებარე ინსტრუქციით გათვალისწინებული ფუნქციების (უფლებამოსილებების) შესრულებაზე სრული პასუხისმგებლობა ეკისრება იმ მონიტორს, რომელმაც უზრუნველყო შერჩევითი მონიტორინგი.

სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტო

ოქმი შემთხვევის ანაზღაურებაზე უარის თქმის შესახებ N _____

შედგენილია „C ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე სახელმწიფო პროგრამის“ „C ჰეპატიტით დაავადებულ პირთა დიაგნოსტიკის“ კომპონენტის ფარგლებში დამდგარი სამედიცინო შემთხვევების შერჩევითი მონიტორინგის საფუძველზე, სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტოს დირექტორის ბრძანებით უფლებამოსილი პირის სახელით

ოქმის შედგენის ადგილი

_____წ.
ოქმის შედგენის თარიღი

ოქმის შემდგენი _____
სააგენტოს ტერიტორიული ერთეული და მონიტორინგის სახელი, გვარი

სამედიცინო დაწესებულება, წარმომადგენელი _____

შემთხვევის ნომერი _____

მონიტორინგის შედეგი _____

აღიწერება მოსარგებლის საიდენტიფიკაციო მონაცემების შეუსაბამობა ელექტრონულ პროგრამაში ასახულ შესაბამის ინფორმაციასთან

ხელმოწერები:

მონიტორინგზე
პირი

სამედიცინო დაწესებულების უფლებამოსილი
წარმომადგენელი

სახელი, გვარი გარკვევით და ხელმოწერა

თანამდებობა, სახელი, გვარი გარკვევით და ხელმოწერა

კომენტარის ველი:

იმ შემთხვევაში, თუ მიმწოდებლის წარმომადგენელი უარს აცხადებს ოქმის ხელმოწერაზე, ოქმის ამ ველში უნდა გაკეთდეს შესაბამისი აღნიშვნა, ოქმის ერთი ეგზემპლარი ეძლევა მიმწოდებელს, ხოლო მეორე ეგზემპლარი რჩება განმახორციელებელთან. წერილობითი სახით, სამედიცინო დაწესებულების პოზიცია შესაძლებელია დაერთოს ოქმს, რაზედაც ამავე ველში კეთდება სათანადო ჩანაწერი.

ოქმი შეიძლება გასაჩივრდეს ადმინისტრაციული საჩივრით, სააგენტოს ცენტრალურ ოფისში (ქ. თბილისი, აკ. წერეთლის გამზ. N144) ან/და სასარჩელო განცხადებით, ქ. თბილისის საქალაქო სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა კოლეგიაში (თბილისი, დ. აღმაშენებლის ხეივანი, მე-12 კილომეტრი N6), მისი ჩაბარებიდან ერთი თვის ვადაში.