



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



KA030440947474816

№ 04-249/ო

24 / მაისი / 2016 წ.

**საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის ფარგლებში სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების პირობების განსაზღვრისა და სააგენტოს ზოგიერთი ბრძანების ძალადაკარგულად გამოცხადების შესახებ**

„საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილებით (შემდგომში, ტექსტში - „დადგენილება“) დამტკიცებული საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის ფარგლებში, სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების შესახებ მოქმედი, სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტოს (შემდგომში, ტექსტში - სააგენტო) დირექტორის 2014 წლის 3 თებერვლის N04-25/ო და 2013 წლის 23 აგვისტოს N04-375/ო ბრძანებების მოთხოვნათა უნიფიცირების მიზნით, სააგენტოს 2016 წლის 17 მაისის N04/38142 წერილზე საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის მოადგილის რეზოლუციის გათვალისწინებით, „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილების N1 დანართის მე-20 მუხლის მე-2 პუნქტის „დ“ ქვეპუნქტის 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,

**ვბრძანებ:**

**1. დამტკიცდეს:**

ა) დადგენილების N1.3 დანართის პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში შესრულებული სამუშაოს შესახებ სტატისტიკური ინფორმაციის მოწოდების ფორმა (ელექტრონული პროგრამის ფორმა N218.1.1.1), N1 დანართის სახით;

ბ) დადგენილების N1.3 დანართის მე-2 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში შესრულებული სამუშაოს შესახებ სტატისტიკური ინფორმაციის მოწოდების ფორმა (ელექტრონული პროგრამის ფორმა N165.1.1.1), N2 დანართის სახით;

გ) დადგენილების N1.1 დანართის პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში შესრულებული სამუშაოს შესახებ წარმოსადგენი, „გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის სტატისტიკის დანართი“ (ელექტრონული პროგრამის ფორმა N36.1.1.1), N3 დანართის სახით;

დ) დადგენილების N1.4 დანართის პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ფარგლებში შესრულებული სამუშაოს შესახებ სტატისტიკური ინფორმაციის

მოწოდების ფორმა „გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის სტატისტიკის დანართი - ვეტერანების პაკეტი“ (ელექტრონული პროგრამის ფორმა N36.1.1.1), N4 დანართის სახით;

ე) ამ პუნქტის „ა“ და „ბ“ ქვეპუნქტებით განსაზღვრული სტატისტიკური ინფორმაციის მოწოდებისათვის საჭირო მონაცემების ელექტრონულად აღრიცხვისათვის, „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების ფარგლებში, სტატისტიკური ინფორმაციის ელექტრონულად აღრიცხვის ინსტრუქცია - N165, N218“ (დანართი N5);

ვ) ამ პუნქტის „გ“ და „დ“ ქვეპუნქტებით განსაზღვრული სტატისტიკური ინფორმაციის მოწოდებისათვის საჭირო მონაცემების ელექტრონულად აღრიცხვისათვის, „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების ფარგლებში, სტატისტიკური ინფორმაციის ელექტრონულად აღრიცხვის ინსტრუქცია“ (დანართი N6).

2. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებლის მიერ ამ ბრძანების პირველი პუნქტით დამტკიცებული, სათანადოდ შევსებული N1, N2, N3 და N4 დანართები, ხელმოწერით და ბეჭდით (ამ უკანასკნელის არსებობის შემთხვევაში) დამოწმებული სახით, წარმოდგენილი უნდა იქნეს სააგენტოში, დადგენილებით გათვალისწინებულ სხვა საანგარიშგებო დოკუმენტაციასთან ერთად, საანგარიშგებო თვის მომდევნო სამი თვის განმავლობაში.

3. დაევალოთ სააგენტოს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტს - ქ. თბილისის მასშტაბით, სოციალური მომსახურების სამხარეო ცენტრებს და აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ფილიალს - მათი სამოქმედო ტერიტორიის შესაბამისად, გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულებების ინფორმირება, ამ ბრძანების შესაბამისად სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების თაობაზე.

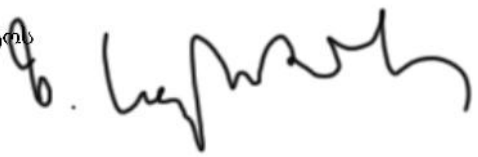
4. სააგენტოს დირექტორის აპარატმა (ნ. ჩანადირი), საჯარო გაცნობის მიზნით, უზრუნველყოს წინამდებარე ბრძანების და მისი დანართების განთავსება სააგენტოს ვებ-გვერდზე - [www.ssa.gov.ge](http://www.ssa.gov.ge).

5. ამ ბრძანების ამოქმედებისთანავე, ძალადაკარგულად გამოცხადდეს „საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამის გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ქვეკომპონენტის ფაგლებში, სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების შესახებ“ სააგენტოს დირექტორის 2013 წლის 23 აგვისტოს N04-375/ო და 2014 წლის 3 თებერვლის N04-25/ო ბრძანებები.

6. ბრძანება შეიძლება გასაჩივრდეს სასარჩელო განცხადებით - თბილისის საქალაქო სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა კოლეგიაში (მისამართი: ქ. თბილისი, დ. აღმაშენებლის ხეივანი, მე-12-ე კილომეტრი N6), მისი ამოქმედებიდან ერთი თვის ვადაში, კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

7. ბრძანება ამოქმედდეს ხელმოწერისთანავე და მისი მოთხოვნები გავრცელდეს 2016 წლის პირველი მაისიდან წარმოდგენილ სტატისტიკურ დოკუმენტაციაზე.

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



ზაზა სოფრომაძე

გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის სტატისტიკური ფორმა (ელექტრონული პროგრამის ფორმა N218.1.1.1)

პროგრამის დასახელება

პროგრამის კომპონენტის დასახელება

დაწესებულების საიდენტიფიკაციო კოდი

დაწესებულების დასახელება

დაწესებულების მისამართი

საანგარიშგებო პერიოდი

შესრულების ნომერი

საყოველთაო ჯანდაცვა

ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტი

---



---



---



---



---

ოჯახის ექიმის მომსახურება	ექიმ-სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება	ვაქცინაცია	სისხლის საერთო ანალიზი	შარდის ანალიზი	გლუკოზა	კრეატინინი	ჰემოგლობინი	განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე

ორსულობის ტესტი	ელექტროკარდიოგრაფია	ექოსკოპია	რენტგენოსკოპია	რენტგენოგრაფია	მამოგრაფია	შშმპ-ის სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები	ოჯახის ექიმის ბინაზე ვიზიტი

დაწესებულების წარმომადგენელი

ხელმოწერა

თარიღი

სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო

ხელმოწერა

თარიღი

**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

\_\_\_\_\_

შესრულების ნომერი

\_\_\_\_\_

ოჯახის ექიმის მომსახურება	ექიმ-სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება	ვაქცინაცია	სისხლის საერთო ანალიზი	შარდის ანალიზი	გლუკოზა	კრეატინინი	ქოლესტერინის განსაზღვრა სისხლში	ჰემოგლობინი

შრატში ლიპიდების განსაზღვრა	განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე	ელექტროკარდიოგრაფია	ექოსკოპია	რენტგენოსკოპია	რენტგენოგრაფია	მამოგრაფია	შშმპ-ის სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები	ოჯახის ექიმის ბინაზე ვიზიტი

\_\_\_\_\_

დაწესებულების წარმომადგენელი

\_\_\_\_\_

ხელმოწერა

\_\_\_\_\_

თარიღი

\_\_\_\_\_

სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო

\_\_\_\_\_

ხელმოწერა

\_\_\_\_\_

თარიღი

გეგმიური ამბულატორიული მომსახურეობის კომპონენტის სტატისტიკის დანართი

პროგრამის დასახელება

პროგრამის კომპონენტის დასახელება

დაწესებულების საიდენტიფიკაციო კოდი

დაწესებულების დასახელება

დაწესებულების მისამართი

საანგარიშგებო პერიოდი

შესრულების ნომერი

საყოველთაო ჯანდაცვა

ამბულატორიული მომსახურეობის კომპონენტი

---



---



---



---



---

ოჯახის ექიმის მომსახურება	ვაქცინაცია	შარდის ანალიზი	სისხლის საერთო ანალიზი	გლუკოზა	კრეატინინი	ელექტროკარდიოგრაფია	ქოლესტეროლი	INR	ლიპიდური პროფილი	ფარული სისხლდენა

შშმპ-ის სტატუსის მინიჭება	ღვიძლის ფუნქციური სინჯები: ALT, AST	ფარისებრი ჯირკვლების სინჯები: TSH	გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია	მუცლის ღრუს ექოსკოპია (სისტემების მიხედვით)	ენდოკრინოლოგი	ოფთალმოლოგი	კარდიოლოგი	ნევროლოგი	გინეკოლოგი	ოტორინოლარინგოლოგი	უროლოგი

დაწესებულების წარმომადგენელი

ხელმოწერა

თარიღი

სსიპ სოციალური მომსახურეობის სააგენტო

ხელმოწერა

თარიღი

გეგმიური ამბულატორიული მომსახურეობის კომპონენტის სტატისტიკის დანართი - ვეტერანების პაკეტი

პროგრამის დასახელება

პროგრამის კომპონენტის დასახელება

დაწესებულების საიდენტიფიკაციო კოდი

დაწესებულების დასახელება

დაწესებულების მისამართი

საანგარიშგებო პერიოდი

შესრულების ნომერი

საყოველთაო ჯანდაცვა

ამბულატორიული მომსახურეობის კომპონენტი

---



---



---



---



---

ოჯახის ექიმის მომსახურება	ვაქცინაცია	შარდის ანალიზი	სისხლის საერთო ანალიზი	გლუკოზა	კრეატინინინი	ელექტროკარდიოგრაფია	ქოლესტეროლი	INR	ლიპიდური პროფილი	ფარული სისხლდენა

შშმპ-ის სტატუსის მინიჭება	ღვიძლის ფუნქციური სინჯები: ALT, AST	ფარისებრი ჯირკვლების სინჯები: TSH	გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია	მუცლის ღრუს ექოსკოპია (სისტემების მიხედვით)	ენდოკრინოლოგი	ოფთალმოლოგი	კარდიოლოგი	ნევროლოგი	გინეკოლოგი	ოტორინოლარინგოლოგი	უროლოგი

დაწესებულების წარმომადგენელი

ხელმოწერა

თარიღი

სსიპ სოციალური მომსახურეობის სააგენტო

ხელმოწერა

თარიღი

**საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გეგმიური  
ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტით გათვალისწინებული  
მომსახურების ფარგლებში, სტატისტიკური ინფორმაციის ელექტრონულად  
აღრიცხვის ინსტრუქცია (165, 218)**

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 დაწესებულებებისათვის 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, 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, 165\_1 გეგმიური ამბულატორია - 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 ექიმის 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 ანუბნის 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.

**ოჯახის ექიმის ბინაზე ვიზიტი** - ფიქსირდება ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექთნის მიერ ბენეფიციარისათვის ბინაზე მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურების შესახებ ინფორმაცია. 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 დაწესებულებისათვის 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 ექიმის 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.

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

**საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების ფარგლებში, სტატისტიკური ინფორმაციის ელექტრონულად აღრიცხვის ინსტრუქცია**

მიმწოდებლის მიერ განმახორციელებელთან გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების სტატისტიკის დანართების (ფორმები: N36.1.1.1 „გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის სტატისტიკის დანართი“ და N36.1.1.1 „გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის სტატისტიკის დანართი - ვეტერანების პაკეტი“) ელექტრონული ფორმით გაგზავნა უნდა მოხდეს ჯანმრთელობის დაცვის ერთიან საინფორმაციო სისტემაში არსებული, სამედიცინო დაწესებულებებისათვის 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 2013 წლის სექტემბრის 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 (N36 დადგენილება), 36\_1 გეგმიური ამბულატორია - სტატისტიკური ფორმა-საბაზისო პაკეტი.

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 (N36 დადგენილება), 36\_1 გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება - ვეტერანების პაკეტი- სტატისტიკური ფორმა.

**„გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის სტატისტიკის დანართის“  
ელექტრონულად 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 ექიმის 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 ექიმის სახელი და გვარი.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**„გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების კომპონენტის სტატისტიკის დანართი -  
ვეტერანების პაკეტი“ ელექტრონულად 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 ექიმის 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 ექიმის სახელი და გვარი.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**ღვიძლის ფუნქციური სინჯები: ALT, AST** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევების შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**ფარისებრი ჯირკვლების სინჯები: TSH** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

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

**მუცლის ღრუს ექოსკოპია (სისტემების მიხედვით)** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კვლევის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**ენდოკრინოლოგი** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კონსულტაციის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**ოფთალმოლოგი** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კონსულტაციის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**კარდიოლოგი** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კონსულტაციის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**ნევროლოგი** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კონსულტაციის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**გინეკოლოგი** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კონსულტაციის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**ოტორინოლარინგოლოგი** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კონსულტაციის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

**უროლოგი** - ფიქსირდება ინფორმაცია ჩატარებული კონსულტაციის შესახებ. მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას.

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