



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



KA030496948753118

№ 04-713/ო

13 / ნოემბერი / 2018 წ.

ს ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, ს ჰეპატიტზე კონფირმაციული კვლევის შედეგების შესახებ ბენეფიციართა ინფორმირებისა და მკურნალობაში ჩართვის გაუმჯობესების მიზნით განსახორციელებელი ზოგიერთი ღონისძიებების შესახებ

საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 20 აპრილის №169 დადგენილებით დამტკიცებული „ს ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამის“ მე-18 მუხლის მე-7 პუნქტის, საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 6 ნოემბრის N01-1287/ო ბრძანებით განსაზღვრული პირობების გათვალისწინებით და 2018 წლის 3 ოქტომბრის N01-14/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. „ს ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 20 აპრილის N169 დადგენილების ფარგლებში, პაციენტთა აქტიური მოზიდვისა და მკურნალობაში ჩართვის გაუმჯობესების მიზნით, განხორციელდეს შემდეგი აქტივობები:

ა) სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტომ (შემდგომში-სააგენტო), ს ჰეპატიტის სკრინინგის ელექტრონული ბაზის მონაცემების საფუძველზე, სატელეფონო ინტერვიუს საშუალებით, თანდართული ალგორითმის შესაბამისად (დანართი 1), უზრუნველყოს ს ჰეპატიტზე კონფირმაციული კვლევის შედეგების შესახებ იმ ბენეფიციართა ინფორმირება, რომლებიც არ არიან რეგისტრირებული Elimination.moh.gov.ge ელექტრონულ სისტემაში;

ბ) ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული აქტივობის განხორციელებას სააგენტო უზრუნველყოფს სსიპ ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრიდან (შემდგომში - ცენტრი) მიღებული მონაცემების საშუალებით, რომლებიც უკავშირდება იმ ბენეფიციარებს, რომელთაც ჩატარებული აქვთ ს ჰეპატიტზე კონფირმაციული კვლევა და არ უფიქსირდებათ პროგრამით განსაზღვრული მომდევნო (კონფირმაციული კვლევის შემდგომი) აქტივობები;

გ) ამ პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მონაცემების მონოდება განხორციელდეს სააგენტოსა და ცენტრს შორის შეთანხმებული პირობების შესაბამისად;

დ) სააგენტო, სატელეფონო ინტერვიუს საშუალებით, უზრუნველყოფს ბენეფიციართა ინფორმირებას კონფირმაციული კვლევის შედეგის შესახებ მიღებული მონაცემებიდან შემთხვევითი შერჩევის წესით;

ე) სატელეფონო ინტერვიუს დროს, კონფირმაციული კვლევის დადებითი შედეგების შემთხვევაში, სააგენტო უზრუნველყოფს ბენეფიციართა ინფორმირებას მკურნალობის მნიშვნელობის და იმ სამკურნალო დანესებულებათა შესახებ, სადაც, თავისი სურვილისა და არჩევანის მიხედვით, შეეძლება ს ჰეპატიტის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მომსახურების მიღება;

ვ) ბენეფიციართა ინფორმირებიდან სატელეფონო ინტერვიუების განხორციელების თარიღის გათვალისწინებით, ერთ თვეში, სააგენტო ახორციელებს ბრძანების პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტის შესაბამისად ინფორმირებული, C ჰეპატიტზე კონფირმაციული კვლევის დადებითი შედეგების მქონე ბენეფიციარების შემთხვევების გადამონშებას Elimination.moh.gov.ge ელექტრონულ სისტემაში;

ბ) სააგენტო ყოველთვიურად, 10 რიცხვამდე, უზრუნველყოფს ამ პუნქტის „ვ“ ქვეპუნქტის ფარგლებში გამოვლენილ იმ ბენეფიციართა სიების მინოდებას მიმწოდებლებისათვის, რომლებიც კვლევის შედეგების შესახებ ინფორმირების მიუხედავად, არ დარეგისტრირებულან Elimination.moh.gov.ge ელექტრონულ სისტემაში;

თ) სააგენტო ბრძანების ამ პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრულ მომსახურებას გაუწევს სერვისის იმ მიმწოდებელს, რომელიც წინამდებარე ბრძანების თანდართული განაცხადის (დანართი 2) მეშვეობით, დარეგისტრირდება სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, C ჰეპატიტზე კონფირმაციული კვლევის დადებითი შედეგების მქონე ბენეფიციართა მომძიებლად, მათი შემდგომი ინფორმირებისა და სახელმწიფო პროგრამაში ჩასართავად დაყოფის მიზნით;

ი) ბრძანების ამ პუნქტის „ი“ ქვეპუნქტის ფარგლებში, მიმწოდებელი დანესებულებებისათვის გადასაცემი სიების ფორმირება ხორციელდება შემთხვევითი შერჩევის წესით, ხოლო ცალკეულ შემთხვევაში, მინოდებულ სიებში ბენეფიციართა რაოდენობა განისაზღვრება შესაბამის მიმწოდებელ დანესებულებაში C ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დასაქმებული ექიმების რაოდენობის შესაბამისად, კერძოდ, კონკრეტული ვადისთვის C ჰეპატიტზე კონფირმაციული კვლევის დადებითი შედეგების მქონე ბენეფიციართა საერთო რაოდენობის თანაბრად გადანაწილებით ექიმთა რაოდენობაზე;

კ) მიმწოდებელი დანესებულება, ყოველთვიურად, საანგარიშო პერიოდის მომდევნო თვის 15 რიცხვამდე, უზრუნველყოფს სააგენტოს ინფორმირებას ამ ბრძანების ფარგლებში შესრულებული სამუშაოს შესახებ.

2. დაევალოთ:

ა) სააგენტოს ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დეპარტამენტს (კ ჩხარტიშვილი) (C ჰეპატიტის მართვის სამმართველო) წინამდებარე ბრძანების პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ღონისძიებების რეალიზებისთვის, ყველა საჭირო ქმედებების განხორციელება და მათ რეალიზებაზე ზედამხედველობა;


ბ) სააგენტოს ეკონომიკურ (ლ. მამულაშვილი) და ინფორმაციული ტექნოლოგიების დეპარტამენტებს (ი.ტაბატაძე), ჯანმრთელობის პროგრამების დეპარტამენტთან ერთად, უზრუნველყონ ყველა საჭირო ღონისძიებების განხორციელება წინამდებარე ბრძანების პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრულ ბენეფიციარებთან სატელეფონო ინტერვიუების შენახვა-ჩანერის მიზნით საჭირო ტექნიკური აღჭურვილობის უზრუნველსაყოფად.

გ) სააგენტოს დირექტორის აპარატს (ნ. ჩანადირი), უზრუნველყოს წინამდებარე ბრძანებისა და მისი დანართის განთავსება სააგენტოს ოფიციალურ ვებ-გვერდზე – www.ssa.gov.ge.

3. ბრძანება ამოქმედდეს ხელმოწერისთანავე.

4. ეს ბრძანება შეიძლება გასაჩივრდეს ქ. თბილისის სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა კოლეგიაში (მის. ქ. თბილისი, დ. აღმაშენებლის ხეივანი მე-12 კილომეტრი) ერთი თვის ვადაში.

სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს დირექტორის მოვალეობის შემსრულებელი

ხელმოწერილია/
შტამგდანსმულია
ელექტრონულად 

თამაზ მოდებაძე

მისაღმება/წარდგენა

- გამარჯობა! გიკავშირდებით სოციალური მომსახურების სააგენტოდან. მე გახლავართ (სახელი, გვარი)
- გაქვთ რამდენიმე წუთი, რომ დამითმოდ თქვენს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე სასაუბროდ?
- გაცნობებთ, რომ მომსახურების მონიტორინგის მიზნით ჩვენი საუბარი იწერება.

საკვლევი პირის ინდენტიფიცირება

- (სახელი, გვარი) ბრძანდებით?
- გთხოვთ დაასახელოთ:
 - ✓ პირადი ნომერი;
 - ✓ დაბადების თარიღი;
 - ✓ რეგისტრაციის მისამართი; გმადლობთ!

ინდენტიფიცირება ვერ მოხდა

ვცდილობთ საკვლევი პირის საკონტაქტო ნომრის გაგებას!

ინდენტიფიცირება წარმატებულია

დავრწმუნდით, რომ ვესაუბრებით საკვლევ პირს.

ინფორმაცია ტესტირებაზე

- ალბათ მოგეხსენებათ, რომ ქვეყანაში მიმდინარეობს C ჰეპატიტის პროგრამა და სამედიცინო დაწესებულებებში ტარდება ამ ინფექციის კვლევა. თუ შეიძლება ამასთან დაკავშირებით დაგისვამთ რამოდენიმე შეკითხვას:
- ა) - თქვენთვის ცნობილია, რომ დაწესებულებაში (დასახელება) ვიზიტის/მკურნალობის დროს ჩაგიტარდათ ტესტირება C ჰეპატიტზე? - **პასუხი შეგვყავს ბაზაში (თუ არა, გადავდივართ „დ“ შეკითხვაზე);**
- ბ) - გაცნობათ თუ არა დაწესებულებამ ტესტირების შედეგი? - **პასუხი შეგვყავს ბაზაში;**
- დ) - განგემარტათ დაწესებულებაში, რომ სისხლის ნიმუში გადაიგზავნებოდა შემდგომი ტესტირებისათვის? - **პასუხი შეგვყავს ბაზაში;**
- ე) - კლინიკის მედპერსონალმა მოგაწოდათ რაიმე სახის ინფორმაცია C ჰეპატიტზე? - **პასუხი შეგვყავს ბაზაში;**
- გ) - კლინიკაში მოხვედრამდე როდესმე გქონდათ ჩატარებული C ჰეპატიტზე კვლევა? - **პასუხი შეგვყავს ბაზაში;**
- დ) ხომ არ ჩაგტარებიათ C ჰეპატიტზე მკურნალობა? - **პასუხი შეგვყავს ბაზაში;**

ტესტირების შედეგი უარყოფითია

ვატყობინებთ შედეგს: თქვენი ტესტირების შედეგი უარყოფითია!

ტესტირების შედეგი დადებითია

გადავდივართ მკურნალობის ბლოკზე.

ინფორმაცია მკურნალობაზე

ტესტირებამ აჩვენა, რომ თქვენ გაქვთ C ჰეპატიტი და გესაჭიროებათ მკურნალობა; საქართველოში C ჰეპატიტზე მკურნალობა უფასოა და ტარდება უახლესი თაობის პრეპარატებით. მკურნალობა ძალიან ეფექტურია და შემთხვევათა 98%-ში მიიღწევა C ჰეპატიტისგან სრული განკურნება. მკურნალობის დასაწყებად შეგიძლიათ მიმართოთ C ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულ რომელიმე სამედიცინო დაწესებულებას. თუ გნებავთ, ჩამოგივლით მათ სახელებს, ან იგივე ინფორმაცია შესაძლებელია იხილოთ ვებ-გვერდზე www.ssa.gov.ge. შემიძლია ვებ-გვერდის მისამართი გამოგიგზავნოთ SMS -ის სახით. მკურნალობის დროულად დაწყებას აქვს დიდი მნიშვნელობა, რათა თავიდან აიცილოთ ღვიძლის დაზიანება. ნუ გადადებთ და დროულად მიმართეთ სამკურნალო დაწესებულებას.

დამშვიდობება

დამატებით რაიმე ხომ არ გაინტერესებთ? კარგად ბრძანდებოდეთ! ჯანმრთელობას გისურვებთ!



სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტო

განაცხადი

C ჰეპატიტის მართვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში C ჰეპატიტზე კონფირმაციული კვლევის დადებითი შედეგების მქონე ბენეფიციართა მოძიების და მიდევნების შესახებ რეგისტრაციის თაობაზე

დაწესებულების სრული დასახელება _____

იურიდიული მისამართი: ქალაქი _____

ფაქტობრივი (მომსახურების მიწოდების მისამართი) _____

საკონტაქტო ტელეფონის ნომრები:

ელექტრონული ფოსტა

--	--

მითითებული მონაცემები გამოყენებული იქნება პროგრამის ფარგლებში ოფიციალური ურთიერთობებისათვის

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი:

სახელი, გვარი _____ პირადი ნომერი _____

პირადი ტელეფონის ნომერი _____ პირადი ელექტრონული ფოსტა _____

სამედიცინო დაწესებულებაში პროგრამის ფარგლებში დასაქმებულ ექიმ - სპეციალისტთა რაოდენობა _____

- ვადასტურებ განაცხადში დაფიქსირებული მონაცემების სისწორეს და როგორც მიმწოდებელი, გამოვთქვამთ მზადყოფნას, კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებთან ერთად განვახორციელოთ პროგრამით/კომპონენტით/ქვეკომპონენტით/ბრძანებით გათვალისწინებული მომსახურების მოცულობა და პროგრამის დამატებითი პირობებით დადგენილი მოთხოვნები, რასაც გავვეცანით და ორგანიზაციის სახელით, ვადასტურებთ განაცხადზე ხელმოწერით.

ხელმოწერა

თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი) _____

