



საქართველო
აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრი

ქ.ბათუმი

„01“ 08 2023წ.

ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა N 12/98

„ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ პაციენტთა დამატებითი სამედიცინო მომსახურების ქვეპროგრამის განხორციელებასთან დაკავშირებით გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2022 წლის 27 დეკემბრის N12/132 ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე

საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 63-ე მუხლის, „აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის 2023 წლის რესპუბლიკური ბიუჯეტის შესახებ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონში ცვლილების შეტანის თაობაზე“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონისა (31 ივლისი 2023 წ. N79-რს) და აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის 2013 წლის 8 მაისის N4 დადგენილებით დამტკიცებული აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების მე-4 მუხლის მე-2 პუნქტის „მ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად,

ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ :

1. შეტანილ იქნას ცვლილება „ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ პაციენტთა დამატებითი სამედიცინო მომსახურების ქვეპროგრამის განხორციელებასთან დაკავშირებით გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 27 დეკემბრის N12/132 ბრძანებაში და ბრძანების პირველი პუნქტის „დ“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული „ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ პაციენტთა დამატებითი სამედიცინო მომსახურების ქვეპროგრამის შესრულების, აღრიცხვის, ანგარიშგებისა და ანაზღაურების წესი“ ჩამოყალიბდეს თანდართული რედაქციით.
2. ბრძანება შეიძლება გასაჩივრდეს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობაში ერთი თვის ვადაში (მის.: ქ. ბათუმი, კონსტანტინე გამსახურდიას ქ. N9) და შემდეგ ბათუმის საქალაქო სასამართლოში (მის.: ქ. ბათუმი, ზუბალაშვილის ქუჩა N30), კანონმდებლობით დადგენილი წესი
3. ბრძანება ამოქმედდეს 2023 წლის 01 აგვისტოდან.

მ ი ნ ი ს ტ რ ი

6. ნიკოლაძე



ნინო ნიჟარაძე

**ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ პაციენტთა დამატებითი სამედიცინო მომსახურების
ქვეპროგრამის შესრულების, აღრიცხვის, ანგარიშგებისა და ანაზღაურების წესი**

ზოგადი ნაწილი

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (შემდგომში - შემსყიდველი) ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ პაციენტთა დამატებითი სამედიცინო მომსახურების ქვეპროგრამის (შემდგომში - ქვეპროგრამა) განხორციელებაში მონაწილე დაწესებულებას (შემდგომში - მიმწოდებელი) შესრულებულ მომსახურებას უნაზღაურებს წინამდებარე წესისა და ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობების დაცვით.

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურება, რომლის ღირებულება განსაზღვრულია და შესაბამისად, ფინანსდება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ბენეფიციარებს დაუფინანსდებათ იმ სამედიცინო დაწესებულებაში, რომლებიც ჩართულნი არიან „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში“ შესაბამისი კომპონენტით.

შესრულებულ მომსახურებად ჩაითვლება დაწესებულების მიერ პაციენტისათვის გაწეული სამედიცინო დახმარება, მისი ფაქტიური ღირებულებით (ფაქტიური ხარჯი).

მიმწოდებელმა ხელშეკრულებით გათვალისწინებული მომსახურების შესრულების ასანაზღაურებლად შემსყიდველს უნდა წარუდგინოს შემდეგი დოკუმენტები: ა) ორ ცალად შევსებული ანგარიშ-ფაქტურა, რომელზეც მითითებულია ქვეპროგრამის ფარგლებში მიმწოდებლის მიერ შესრულებული სამუშაოს (ასანაზღაურებელი თანხის) მოცულობა; ბ) ფაქტიურად შესრულებული მომსახურების ჩამონათვალი; გ) შესრულებული სამუშაოს მიღება-ჩაბარების აქტი; დ) სამედიცინო ვაუჩერის ასლი.

აუცილებელია! შემსყიდველთან წარდგენილი დოკუმენტების ასლი ინახებოდეს სამედიცინო დაწესებულებაში.

მიმწოდებელმა შესრულებული მომსახურების ასანაზღაურებლად დოკუმენტაცია შემსყიდველს უნდა წარუდგინოს გაწეული მომსახურების დასრულებიდან არაუმეტეს 30 კალენდარულ დღეში, ხოლო დეკემბრის თვეში გაწეული მომსახურების შემთხვევაში არაუმეტეს 25 დეკემბრისა. აღნიშნულ ვადაში დოკუმენტაციის წარმოდგენლობის შემთხვევაში მიმწოდებელი შემსყიდველს უხდის პირგასამტეხლოს შემთხვევის ღირებულების 2%-ის ოდენობით, ხოლო მომსახურების გაწევიდან 60 კალენდარული დღის შემდეგ წარდგენილი დოკუმენტაცია არ განიხილება და შესაბამისად, გაწეული მომსახურება შემსყიდველის მიერ არ ანაზღაურდება გარდა გამონაკლისი შემთხვევებისა, რა დროსაც არ გავრცელდება წინამდებარე წესისა და შესაბამისი ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საჯარიმო სანქციები.

გამონაკლისი!

- აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მოსახლეობისათვის უწყვეტი სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მიზნით, ქვეპროგრამის ფარგლებში დაფინანსდება 2022 წელს გაცემული ვაუჩერებით გაწეული სამედიცინო მომსახურება, რომელთა დაფინანსება ვერ განხორციელდა 2022 წელს. გაწეული მომსახურების დოკუმენტაცია მიმწოდებლის მიერ ასანაზღაურებლად შემსყიდველს უნდა წარედგინოს მომსახურების დასრულებიდან არაუმეტეს 30 კალენდარულ დღეში. აღნიშნულ ვადაში დოკუმენტაციის წარმოდგენლობის შემთხვევაში გაწეული მომსახურება არ ანაზღაურდება.

- აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მოსახლეობის უწყვეტი სამედიცინო მომსახურების მიზნით, მიმწოდებლის მიერ გაწეული მომსახურებისათვის 2022 წელს, წინამდებარე წესით გათვალისწინებულ ვადებში ასანაზღაურებლად წარმოდგენილი შესრულებული სამუშაოს დამადასტურებელი დოკუმენტაცია, რომელიც საბიუჯეტო ასიგნებების არ არსებობის გამო ვერ დაფინანსდა, ანაზღაურებული იქნეს „აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის 2023 წლის რესპუბლიკური ბიუჯეტის შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონის 21-ე მუხლის შესაბამისად.

სამინისტროს მიერ არ დაფინანსდება:

ა) თუ ძირითადი (ქვეპროგრამით ანაზღაურებას დაქვემდებარებული) დიაგნოზი არ დასტურდება პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებული მონაცემებით ან დამძიმებულია;

ბ) თუ არ ჩატარებულა ან ჩატარებული სამედიცინო მომსახურება არ წარმოადგენს ქვეპროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებას;

გ) თუ მიმწოდებელი მომსახურების გაწევის მომენტში არ ფლობდა მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოცემული სამედიცინო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელ დოკუმენტს;

დ) თუ მკურნალობის პროცესში ჩართული ყველა ექიმი არ ფლობს შესაბამის სახელმწიფო სერტიფიკატს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განხორციელებისათვის;

ე) თუ შესაბამისი სამსახურების მიერ დადასტურდება, რომ სამედიცინო დაწესებულებისათვის ქვეპროგრამით მოსარგებლის მიმართვა/გარდაცვალება განპირობებულია ამ სამედიცინო დაწესებულებაში (დაწესებულების ბრალეულობით) მანამდე ჩატარებული არასრული ან/და უხარისხო სამედიცინო დახმარებით (მოცემულ შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დაფარვა ხდება ამ დაწესებულების მიერ და მიმწოდებელს არა აქვს უფლება თანხების ანაზღაურება მოითხოვოს პაციენტისგან);

ვ) თუ მიმწოდებელი გაწეული მომსახურების ასანაზღაურებლად შემსყიდველს დოკუმენტაციას წარუდგენს მომსახურების გაწევიდან 60 კალენდარული დღის შემდეგ;

აღნიშნული შემთხვევები სახელშეკრულებო ვალდებულებების ინსპექტირების დროს დაფიქსირდება დადგენილი წესით და მათი ღირებულება მიმწოდებლის მიერ ექვემდებარება დაბრუნებას შემსყიდველისათვის. „გ“, „დ“, „ე“ და „ვ“ ქვეპუნქტების შემთხვევაში მიმწოდებელს არ აქვს უფლება შემსყიდველისათვის დაბრუნებული ან/და შემსყიდველის მიერ დაუფინანსებელი თანხების ანაზღაურება მოითხოვოს პაციენტს.

ქვეპროგრამით მოსარგებლისათვის ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობისა და ღირებულების შესახებ სრული ინფორმაცია ასახული უნდა იყოს სტაციონარული/ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათში. აღნიშნულის შეუსრულებლობის ან არაჯეროვნად შესრულების შემთხვევაში, დაწესებულების მიმართ გამოყენებული იქნება ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საჯარიმო სანქციები.

ქვეპროგრამის ფარგლებში პაციენტზე გაწეული სამედიცინო მომსახურება შემსყიდველის მიერ ანაზღაურდება ფაქტიური ხარჯის მიხედვით, წინამდებარე შესრულების წესით

[illegible]

(წყვეტილობის არსებობის შემთხვევაში, პირი არ უნდა იყოს რეგისტრირებული აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ადმინისტრაციული ტერიტორიის გარეთ). ასევე ვაუჩერის გაცემის პერიოდისათვის აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე რეგისტრირებული საქართველოს სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირები, ლტოლვილის ან ჰუმანიტარული სტატუსის მქონე პირები.

ქვეპროგრამის ბენეფიციარებს წარმოადგენს ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული პაციენტები დადასტურებული დიაგნოზით.

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება განხორციელდება სამედიცინო ვაუჩერის (შემდეგ-ვაუჩერი) საშუალებით.

ქვეპროგრამაში ჩართვის (ვაუჩერის გაცემის) მიზნით სამინისტროში წარმოდგენილი უნდა იქნეს შემდეგი დოკუმენტები:

- განცხადება;
- პირადობის დამადასტურებელი მოწმობის ასლი ან სხვა დოკუმენტი, რომლითაც შესაძლებელია პირის იდენტიფიკაცია (18 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის დაბადების მოწმობის ასლი და მისი კანონიერი წარმომადგენლის დამადასტურებელი დოკუმენტაციის ქსეროასლი);
- ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ - ფორმა №IV-100/ა (პაციენტის დიაგნოზი, ჩარევები და გამოკვლევები მითითებული უნდა იყოს ქვეყანაში დადგენილი კლასიფიკატორების შესაბამისად);
- სამედიცინო დაწესებულების ან სააფთიაქო კომპანიების მიერ გაცემული ანგარიშ-ფაქტურა.
- საქართველოში სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არ მქონე პირებისა და ლტოლვილის ან ჰუმანიტარული სტატუსის მქონე პირებისათვის ბინადრობის/საიდენტიფიკაციო მოწმობა.
- ყველა სხვა დოკუმენტი ქვეპროგრამის განმახორციელებლის მოთხოვნის შესაბამისად.

ა) სამედიცინო მომსახურება, რომელიც საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით არ ფინანსირდება:

- ბენეფიციარებს შიდა სტანდარტის ტარიფის ფარგლებში დაუფინანსდებათ (ფაქტიური ხარჯით) სრულად, არაუმეტეს 15 000 ლარისა.

სრულად დაფინანსდება ის სამედიცინო მომსახურება (DRG მეთოდით განსაზღვრული საბაზისო ღირებულების ფარგლებში), რომელიც ფინანსდება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, მაგრამ რაიმე მიზეზის გამო ბენეფიციარი ვერ ხვდება ზემოთ აღნიშნულ პროგრამაში.

იმ პირების სამედიცინო მომსახურება, რომელთა წლიური შემოსავალი არის 40 000 ლარი და მეტი დაფინანსდება 50 %-ით, იმ შემთხვევაში თუ პაციენტის მიერ ასანაზღაურებელი თანხა (წარმოდგენილი ანგარიშ-ფაქტურის შესაბამისად) ტოლია ან მეტია 3000 ლარზე.

ბ) ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ პაციენტთა მედიკამენტოზური სამედიცინო მომსახურება:

თარგენტული, იმუნოთერაპიული (მონოკლონური ანტისხეულების, პროტეინ კინაზა ინჰიბიტორების), ბისფოსფონატების ჯგუფის მედიკამენტები, რომლებიც არ ფინანსირდებიან მოქმედი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებით დაფინანსდება სამკურნალო დაწესებულებიდან ან სააფთიაქო კომპანიებიდან წარმოდგენილი ანგარიშ-ფაქტურის მიხედვით, სრულად, თანაგადახდის გარეშე.

- პირები, რომელთა წლიური შემოსავალი არის 40 000 ლარი და მეტი დაფინანსდება 50 %-ით, იმ შემთხვევაში თუ პაციენტის მიერ ასანაზღაურებელი თანხა (წარმოდგენილი ანგარიშ-ფაქტურის შესაბამისად) ტოლია ან მეტია 3000 ლარზე.

წლიური ლიმიტი შეადგენს 35 000 ლარს.

(პაციენტზე/კანონიერ წარმომადგენელზე ერთ ჯერზე გაიცემა მედიკამენტის არაუმეტეს ერთი თვის სამყოფი რაოდენობა)

გ) ბუძუს კიბოს მკურნალობა:

- ადრეული ბუძუს აგრესიული HER-2 რეცეპტორდადებითი დიაგნოზის მქონე პირების მედიკამენტ ტრასტუზუმაბით (ჰერცეპტინით) მკურნალობა დაფინანსდება სამკურნალო დაწესებულებიდან ან სააფთიაქო კომპანიების მიერ გაცემული ანგარიშ-ფაქტურის მიხედვით სრულად თანაგადახდის გარეშე.

- პაციენტებს საჭიროებიდან გამომდინარე ბუძუს აგრესიული HER-2 რეცეპტორდადებითი მეტასტაზური და მაღალი რისკის ადრეული ბუძუს კიბოს დიაგნოზის შემთხვევაში დაუფინანსდებათ მედიკამენტ პერტუზუმაბის ან ლაპატინიბის მკურნალობის კურსის ღირებულება ტრასტუზუმაბთან (ჰერცეპტინი) ერთად, ფესგო სამკურნალო დაწესებულებიდან ან სააფთიაქო კომპანიების მიერ გაცემული ანგარიშ-ფაქტურის მიხედვით სრულად თანაგადახდის გარეშე.

(პაციენტზე/კანონიერ წარმომადგენელზე ერთ ჯერზე გაიცემა მედიკამენტის არაუმეტეს ერთი თვის სამყოფი რაოდენობა)

პირებს, რომელთა წლიური შემოსავალი არის 40 000 ლარი და მეტი აღნიშნული სამედიცინო მომსახურება დაუფინანსდებათ 50 %-ით,

დ) თანადაფინანსება:

ქვეპროგრამის ფარგლებში ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ პაციენტებს (დადასტურებული დიაგნოზით) დაუფინანსდებათ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით დაფინანსებული გეგმიური და ურგენტული ქირურგიული სამედიცინო მომსახურების თანაგადახდა სრულად, DRG მეთოდით განსაზღვრული საბაზისო ღირებულების ფარგლებში,

ე) პოზიტრონ-ემისიური კომპიუტრული ტომოგრაფიული კვლევის (PET/CT) დაფინანსება:

ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ პაციენტებს დაუფინანსდებათ პოზიტრონ-ემისიური კომპიუტრული ტომოგრაფიული (PET/CT) კვლევა სამედიცინო დაწესებულებიდან გაცემული ანგარიშ-ფაქტურის მიხედვით სრულად, თანაგადახდის გარეშე. წლის განმავლობაში ორჯერ, არანაკლებ 3 თვიანი ინტერვალით.

ვ) ავთვისებიანი სიმსივნის კომპლექსური გენური პროფილირება:

ქვეპროგრამის ფარგლებში ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ რთულად სადიაგნოსტიკო პაციენტებს დაუფინანსდებათ სიმსივნური ქსოვილის გენურ პროფილირებასთან (მოლეკულურ-გენეტიკური კვლევა) დაკავშირებული ხარჯები. ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ პაციენტებს კომპლექსური გენური პროფილირება დაუფინანსდება სამედიცინო დაწესებულებიდან გაცემული ანგარიშ-ფაქტურის მიხედვით სრულად თანაგადახდის გარეშე.

არაუმეტეს 7000 ლარისა.

-მედიკამენტ ტრასტუზუმაბის (ჰერცეპტინი), ასევე პერტუზუმაბის ან ლაპატინიბის ტრასტუზუმაბთან (ჰერცეპტინი) ერთად და ფესგოს მკურნალობის კურსის ღირებულების

დასაფინანსებლად (ქვეპროგრამაში ჩასართავად პირველად) დამატებით წარმოდგენილი უნდა იქნეს შემდეგი დოკუმენტები:

- შესაბამისი დაწესებულების მიერ გაცემული - ფორმა №IV-100/ა, სადაც მითითებული უნდა იყოს პაციენტისათვის აღნიშნული მედიკამენტით მკურნალობის ჩატარების აუცილებლობის შესახებ;

- სამკურნალო დაწესებულებიდან ან სააფთიაქო კომპანიის მიერ გაცემული ანგარიშ-ფაქტურა;

ყველა შემდგომი ვაუჩერის გაცემის შემთხვევაში წარმოდგენილი უნდა იქნეს:

- განცხადება;

- პირადობის დამადასტურებელი მოწმობის ასლი ან სხვა დოკუმენტი, რომლითაც შესაძლებელია პირის იდენტიფიკაცია;

- ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ - ფორმა №IV-100/ა (რომელიც მოიცავს ინფორმაციას მედიკამენტის ხარჯვის თაობაზე);

- სამკურნალო ან ფარმაცევტული დაწესებულების მიერ გაცემული ანგარიშ-ფაქტურა;

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული ნებისმიერი სერვისის დროს:

- პირველი რიგის პრიორიტეტი ენიჭებათ 18 წლამდე ასაკის ბავშვებს და იმ მოქალაქეებს, რომელთა ოჯახებს „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ მინიჭებული აქვთ 200 000-ის ჩათვლით სარეიტინგო ქულა.

სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების შესახებ პაციენტმა ან პაციენტის წარმომადგენელმა აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს უნდა მიმართოს პაციენტის მკურნალობის დაწყებამდე ან მკურნალობის პროცესში. სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების თანადაფინანსების შემთხვევაში შესაძლებელია ასევე სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ 10 სამუშაო დღის განმავლობაში.

დაუშვებელია ქვეპროგრამის მოსარგებლის მკურნალობის ერთსა და იმავე ეპიზოდზე ერთი და იგივე ნოზოლოგიური კოდის სხვადასხვა კლინიკაში დაფინანსება ან მკურნალობის გახანგრძლივების შემთხვევაში განმეორებით დაფინანსება.

- საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის, ინდივიდუალური და კორპორაციული დაზღვევის მოსარგებლები ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებით ისარგებლებენ აღნიშნული ეპიზოდისათვის განაზღვრული შესაბამისი ლიმიტის ამოწურვის შემდეგ. აღნიშნული შემთხვევები ქვეპროგრამის ფარგლებში დაფინანსდება წარმოდგენილი ანგარიშ-ფაქტურის მიხედვით ქვეპროგრამით გათვალისწინებული პირობების შესაბამისად. წლიური ლიმიტი შეადგენს 25 000 ლარს.

საჭიროების შემთხვევაში გეგმიური სამედიცინო მომსახურების დროს ქვეპროგრამით ბენეფიციარების დასაფინანსებლად გამოყენებული იქნება რიგითობისა და მოცდის პრინციპი არაუმეტეს 15 დღისა.

ქვეპროგრამის მოცულობით არ დაფინანსდება: საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის DRG მეთოდით განსაზღვრული საბაზისო ღირებულებაზე მეტად მოთხოვნილი თანხა, მედიკამენტოზური მკურნალობის დროს ამბულატორიული მომსახურებისათვის საჭირო თანხა (გარდა იმ მომსახურებისა, რომლის ღირებულება ტოლია ან აღემატება 400 ლარს). საქართველოს ბაზარზე დაშვების უფლების არმქონე (არარეგისტრირებული) მედიკამენტები, საზღვარგარეთ ჩატარებული სამედიცინო მომსახურება,

ზოგად და კერძო ნაწილებს შორის ურთიერთშეუსაბამობის შემთხვევაში უპირატესობა ენიჭება კერძო ნაწილის შესაბამის განმარტებას.

