



საქართველო

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

ქ. ბათუმი

„29“ 06 2017 წ.

ბრძანება № 12/80

„ონკოლოგიურ პაციენტთა დამატებითი სამედიცინო მომსახურების ქვეპროგრამის განხორციელებასთან დაკავშირებით გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 30 იანვრის N12/100 ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე

„აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის 2017 წლის რესპუბლიკური ბიუჯეტის შესახებ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონში ცვლილების შეტანის თაობაზე“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონისა (46-უ.ს.რ.ს. 23.06.2017) და საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 63-ე მუხლის შესაბამისად,

ვ ბ რ ძ ნ ა ე ბ :

- შეტანილ იქნეს ცვლილება „ონკოლოგიურ პაციენტთა დამატებითი სამედიცინო მომსახურების ქვეპროგრამის განხორციელებასთან დაკავშირებით გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 30 იანვრის N12/100 ბრძანებაში და ბრძანების პირველი პუნქტის „დ“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული ონკოლოგიურ პაციენტთა დამატებითი სამედიცინო მომსახურების ქვეპროგრამის შესრულების, აღრიცხვის, ანგარიშგებისა და ანაზღაურების წესი ჩამოყალიბდეს თანდართული რედაქციით.
- 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 წესით.
- ბრძანება ძალაშია ხელმოწერისთანავე.

მ ი ნ ი ს ტ რ ი



ზაალ მიქელაძე

შეთანხმებულია: ლ. სურმანიძე 

შემსრულებელი მ. ფაღავა 

ნ. მგელაძე 



**ონკოლოგიურ პაციენტთა დამატებითი სამედიცინო მომსახურების ქვეპროგრამის
შესრულების, აღრიცხვის, ანგარიშგებისა და ანაზღაურების წესი**

ზოგადი ნაწილი

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

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.

ანგარიშ-ფაქტურას და შესრულებული მომსახურების ჩამონათვალის დოკუმენტურ ფორმას ერთი და იგივე ნომერი უნდა დაესვას;

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 წარმოდგენილობის შემთხვევაში მიმწოდებელი შემსყიდველს უხდის პირგასამტეხლოს შემთხვევის ღირებულების 2% -ის ოდენობით, ხოლო მომსახურების გაწევიდან 90 კალენდარული დღის შემდეგ წარდგენილი დოკუმენტაცია არ განიხილება და შესაბამისად გაწეული მომსახურება შემსყიდველის მიერ არ ანაზღაურდება.

სამინისტროს მიერ არ დაფინანსდება:

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

ბ) თუ არ ჩატარებულა ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება;

გ) თუ აღნიშნული შემთხვევა არ წარმოადგენს ქვეპროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებას;

დ) თუ მიმწოდებელს მომსახურების გაწევის მომენტში არ გააჩნდა მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრული მოცემული სამედიცინო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი დოკუმენტი;

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

ვ) თუ შესაბამისი სამსახურების მიერ დადასტურდება, რომ სამედიცინო დაწესებულებისათვის ქვეპროგრამით მოსარგებლის მიმართვა/გარდაცვალება განპირობებულია ამ სამედიცინო დაწესებულებაში (დაწესებულების ბრალულობით) 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);

ზ) თუ შემთხვევის შესახებ მონაცემები ან/და დოკუმენტაცია არ ასახავს სინამდვილეს.

თ) თუ მიმწოდებელი გაწეული მომსახურების ასანაზღაურებლად შემსყიდველს დოკუმენტაციას წარუდგენს მომსახურების გაწევიდან 90 კალენდარული დღის შემდეგ.

აღნიშნული შემთხვევები სახელშეკრულებო ვალდებულებების ინსპექტირების დროს დაფიქსირდება დადგენილი წესით და მათი ღირებულება მიმწოდებლის მიერ ექვემდებარება დაბრუნებას შემსყიდველისათვის. „დ“; „ე“ და „თ“ 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 იქნას ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საჯარიმო სანქციები.

ქვეპროგრამის ფარგლებში პაციენტზე გაწეული სამედიცინო მომსახურება შემსყიდველის მიერ ანაზღაურდება ფაქტიური ხარჯის მიხედვით, წინამდებარე შესრულების წესით გათვალისწინებული პროპორციების დაცვით, მაგრამ არაუმეტეს სამედიცინო ვაუჩერში მითითებული თანხისა. სხვაობა მკურნალობის ფაქტიურ ღირებულებისა და სამინისტროს მიერ დასაფინანსებელ თანხას შორის დაიფარება პაციენტის მიერ.

აუცილებელია! სამედიცინო დოკუმენტაციაში ინახებოდეს პაციენტთან გაფორმებული შესაბამისი დოკუმენტი სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე; სამედიცინო ვაუჩერისა და პაციენტის პირადობის მოწმობის ასლები; თანაგადახდის დაფარვის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი, ხოლო თანადაფინანსების გადაუხდელობის ან არასრულად გადახდის შემთხვევაში შესაბამისი დოკუმენტი. აღნიშნულის შეუსრულებლობის შემთხვევაში გამოყენებული იქნება ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საჯარიმო სანქციები.

შესყიდვის ობიექტის (მომსახურების) მიღება-ჩაბარება და ინსპექტირება განხორციელდება:

- სამინისტროში ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების ამსახველი დოკუმენტების (ანგარიშ-ფაქტურა, ანაზღაურების მოთხოვნის უწყისი, შესრულებული მომსახურების ჩამონათვალი) მონაცემთა

კომპიუტერულ-პროგრამული დამუშავების საფუძველზე, შემსყიდველისა და მიმწოდებლის უფლებამოსილ პირებს შორის შესაბამისი აქტის გაფორმებით. მიმწოდებლის წარმომადგენლის გამოუცხადებლობისას შემსყიდველი აფორმებს ცალმხრივად აქტს.

- წელიწადში ერთხელ, წარმოდგენილი დოკუმენტების საფუძველზე ფორმდება საფინანსო ვალდებულებების შედარების აქტი.
- სახელშეკრულებო ვალდებულებების ინსპექტირება გაწეული მომსახურებაზე შესაბამისი აქტის გაფორმებით შეიძლება განხორციელდეს, როგორც ხელშეკრულების მოქმედების ნებისმიერ ეტაპზე, ასევე ხელშეკრულების მოქმედების დასრულების შემდეგაც კანონმდებლობის შესაბამისად;
- სახელშეკრულებო ვალდებულებების ინსპექტირებისას დაწესებულება ვალდებულია ინსპექტირების ჯგუფს მოთხოვნისთანავე წარუდგინოს ქვეპროგრამის ბენეფიციარის მკურნალობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სამედიცინო, სტატისტიკური თუ ფინანსური ინფორმაცია.
- იმ შემთხვევაში თუ მიმწოდებლის მიხედვით ხელშეკრულების შესრულების ინსპექტირება და აქტის გაფორმება არ მოხდება მას შეუჩერდება დაფინანსება, ხოლო ორი კვირის განმავლობაში აღნიშნულის მოუგვარებლობისას დაისმება საკითხი მიმწოდებელთან ხელშეკრულების მოქმედების შეწყვეტის შესახებ;
- ინსპექტირების შედეგებზე გაფორმებულ აქტში დაფიქსირებული არაკორექტულად (ზედმეტად) მოთხოვნილი თანხა მიმწოდებლის მიერ დაბრუნებული უნდა იქნას შემსყიდველისათვის ან/და ბენეფიციარისთვის ხელშეკრულების შესაბამისად. (თუ მიმწოდებლის მიერ ინსპექტირების განხორციელებამდე გამოვლენილია დარღვევები და გატარებულია შესაბამისი ღონისძიებები, მაშინ მათზე არ გავრცელდება ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საჯარიმო სანქციები).
- ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებების მიხედვით საბოლოო ანგარიშსწორება (ან უკვე წარმოებულის კორექტირება) განხორციელდება მას შემდეგ, რაც სახელშეკრულებო ვალდებულებების ინსპექტირების შემდეგ დაზუსტდება ასანაზღაურებელი თანხა და მომსახურება ჩაითვლება მიღებულად (გაფორმდება მიღება-ჩაბარების აქტი).

კერძო ნაწილი

ონკოლოგიურ პაციენტთა დამატებითი სამედიცინო მომსახურების ქვეპროგრამის მიზანია ონკოლოგიურ პაციენტთათვის (დადასტურებული დიაგნოზით) დამატებითი სამედიცინო მომსახურებაზე (სამედიცინო მომსახურება, რომელიც არ ფინანსირდება სახელმწიფო ბიუჯეტით დაფინანსებული სამედიცინო პროგრამებით) ფინანსური ხელმისაწვდომობა.

ქვეპროგრამის მოსარგებლედ განისაზღვრება საქართველოს მოქალაქეები, რომლებიც 2017 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის პერიოდისათვის უწყვეტად რეგისტრირებულნი არიან აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკის ტერიტორიაზე.

ქვეპროგრამის ბენეფიციარებს წარმოადგენს ონკოლოგიური 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;
- ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ - ფორმა №IV-100/ა (პაციენტის დიაგნოზი, ჩარევები და გამოკვლევები მითითებული უნდა იყოს ქვეყანაში დადგენილი კლასიფიკატორების შესაბამისად);
- სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაცემული ანგარიშ-ფაქტურა.

ქვეპროგრამის ფარგლებში მკურნალობა დაფინანსდება ფაქტიური ხარჯით შემდეგი პროპორციებით:

- მკურნალობის ღირებულება - 1000 ლარის ჩათვლით - 100%-ით;
- მკურნალობის ღირებულება - 1000 ლარზე მეტი - 2000 ლარის ჩათვლით - 90%-ით;
- მკურნალობის ღირებულება - 2000 ლარზე მეტი - 3000 ლარის ჩათვლით - 80%-ით;
- მკურნალობის ღირებულება - 3000 ლარზე მეტი - 70%-ით, მაგრამ არაუმეტეს 5000 ლარისა.

ონკოლოგიურ პაციენტთა სამედიცინო მომსახურება ტარგენტული (გარდა მედიკამენტ ტრასტუზუმაბისა (ჰერცეპტინი), იმუნოთერაპიული და ბისფოსფონატების ჯგუფის მედიკამენტებით დაფინანსდება სამკურნალო დაწესებულებიდან წარმოდგენილი ანგარიშ-ფაქტურის მიხედვით ქვეპროგრამით გათვალისწინებული პროპორციების დაცვით თითოეულ მომართვაზე არაუმეტეს 5000 ლარისა, წლიური ლიმიტი შეადგენს 10 000 ლარს.

ქვეპროგრამით პირველი რიგის პრიორიტეტი ენიჭებათ 18 წლამდე ასაკის ბავშვებს, 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.

იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტი მისი ან მისი წარმომადგენლის მოთხოვნით გადაჰყავთ ქვეპროგრამაში მონაწილე სხვა სამკურნალო დაწესებულებაში, მაშინ სამედიცინო ვაუჩერით დაიფარება მკურნალობის ხარჯები მათ მიერ არჩეულ ერთ-ერთ სამედიცინო დაწესებულებაში.

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

- ქვეპროგრამით გათვალისწინებული სერვისებით ვერ ისარგებლებენ სახელმწიფო ბიუჯეტის ფარგლებში დაფინანსებული ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების, ინდივიდუალური და კორპორაციული დაზღვევით მოსარგებლეები, გარდა იმ შემთხვევებისა, თუ ისინი არ ითვალისწინებს აღნიშნულ სამედიცინო მომსახურებას.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის, ინდივიდუალური და კორპორაციული დაზღვევის მოსარგებლეები ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებით (არსებული პროპორციების დაცვით) ისარგებლებენ შესაბამისი ლიმიტის ამოწურვის შემდეგ. ქვეპროგრამის ფარგლებში აღნიშნული კატეგორიის ბენეფიციარების მკურნალობის წლიური ლიმიტი შეადგენს 5 000 ლარს.

ქვეპროგრამის მოცულობით არ დაფინანსდება: პირები, რომელთა წლიური შემოსავალი არის 40 000 ლარი და მეტი, გარდა საპენსიო ასაკის პირებისა, საზღვარგარეთ ჩატარებული სამედიცინო მომსახურება, უკვე ჩატარებული სამედიცინო მომსახურება. ასევე არ დაფინანსდება ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამებით გათვალისწინებული თანაგადახდა მოსარგებლის მხრიდან.