



საქართველო

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

ქ. ბათუმი

„29“ 06 2017 წ.

ბრძანება №12/83

„გულის ქირურგიის ქვეპროგრამის განხორციელებასთან დაკავშირებით გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 30 იანვრის N12/97 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 ა ნ ე ბ ა :

- შეტანილ იქნეს ცვლილება „გულის ქირურგიის ქვეპროგრამის განხორციელებასთან დაკავშირებით გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 30 იანვრის N12/97 ბრძანებაში და ბრძანების პირველი პუნქტის „დ“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული გულის ქირურგიის 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 ლ. სურმანიძე

შემსრულებელი მ. ფაღავა მ. ფაღავა

ნ. მგელაძე ნ. მგელაძე

„დამტკიცებულია“
აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის მინისტრის 2017 წლის 23-06-2017
N 1783 ბრძანებით

გულის ქირურგიის ქვეპროგრამის შესრულების, აღრიცხვის,
ანგარიშგებისა და ანაზღაურების წესი

ზოგადი ნაწილი

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (შემდგომში - „შემსყიდველი“) გულის ქირურგიის ქვეპროგრამის (შემდგომში-ქვეპროგრამის) 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), რომელიც უნდა მოიცავდეს სამედიცინო მომსახურების შემადგენელ ყველა კომპონენტს (პირდაპირ ხარჯებს, არაპირდაპირ ხარჯებს და მოგებას).

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 მიმწოდებელთან.

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 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 არ გააჩნია მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრული მოცემული სამედიცინო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი დოკუმენტი;

ე) თუ მკურნალობის პროცესში ჩართულ ყველა ექიმს არ გააჩნია მოქმედი კანონმდებლობით გათვალისწინებული საექიმო საქმიანობის განხორციელების უფლება;

ვ) 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 არ აქვს უფლება თანხების ანაზღაურება მოთხოვოს პაციენტს);

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 დადგენილი წესით დაფიქსირდება სახელშეკრულებო ვალდებულებების ინსპექტირების დროს 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 მოთხოვოს პაციენტს.

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

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 იქნას ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საჯარიმო სანქციები.

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

- სამინისტროში ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების ამსახველი დოკუმენტების (ანგარიშ-ფაქტურა, 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 გაწეულ 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 მიზეზით ხელშეკრულების შესრულების ინსპექტირება და აქტის გაფორმება არ მოხდება მას შეუჩერდება დაფინანსება, ხოლო

ორი კვირის განმავლობაში აღნიშნულის მოუგვარებლობისას შესაძლებელია დაისვას 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

გულის ქირურგიის ქვეპროგრამის (შემდეგ-ქვეპროგრამა) მიზანია 18-წლის ასაკიდან მოსახლეობის (რომლებიც არ სარგებლობენ სახელმწიფოს ბიუჯეტით დაფინანსებული გულის ქირურგიის სამედიცინო მომსახურებით) კარდიოქირურგიული მომსახურება. გულის დაავადებების მძიმე ფორმებით გამოწვეული ლეტალობისა და შესაძლებლობის შეზღუდვის შემცირება.

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

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

- მოქალაქის განცხადება;

- ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ _ ფორმა NIV-100/ა (პაციენტის დიაგნოზი, ჩარევები და გამოკვლევები მითითებული უნდა იყოს ქვეყანაში დადგენილი კლასიფიკატორების შესაბამისად);

დაწესებულების მიერ გაცემული ანგარიშ-ფაქტურა;

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

- ამონაწერი „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზიდან“- სარეიტინგო ქულის შესახებ (არსებობის შემთხვევაში).

ქვეპროგრამის მოსარგებლედ განისაზღვრება საქართველოს მოქალაქეები 18 წლის ასაკიდან, რომლებიც 2017 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის პერიოდისათვის უწყვეტად რეგისტრირებულნი არიან აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკის ტერიტორიაზე და არ სარგებლობენ სახელმწიფოს ბიუჯეტით დაფინანსებული გულის ქირურგიის სამედიცინო მომსახურებით.

თუ ხელშეკრულებით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული, ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება დაფინანსდება ფაქტიური ხარჯით, მიმწოდებლის მიერ გაცემული ანგარიშფაქტურის მიხედვით, მაგრამ არაუმეტეს ქვეპროგრამით გათვალისწინებული ტარიფისა, შემდეგი პროპორციებით :

1) 100 000-ის ჩათვლით სარეიტინგო ქულის მქონე მოქალაქეებს სამინისტროს მიერ დაუფინანსდებათ ქვეპროგრამით განსაზღვრული ტარიფის - 90 %; პაციენტის თანგადახდა -10 %

2) ყველა სხვა კატეგორიის პაციენტს, სამინისტროს მიერ დაუფინანსდებათ ქვეპროგრამით განსაზღვრული ტარიფის - 80 %; პაციენტის თანგადახდა - 20 %;

3) ვეტერანებს ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება დაუფინანსდებათ სრულად ქვეპროგრამით განსაზღვრული ტარიფის ფარგლებში.

იმ შემთხვევაში, როცა სამედიცინო მომსახურების ღირებულება მიმწოდებლის მიერ გაცემული ანგარიშ-ფაქტურის მიხედვით ნაკლებია ქვეპროგრამით გათვალისწინებულ ტარიფზე, ზემოაღნიშნული პროპორციებით განსაზღვრული მაჩვენებლები გაითვლება წარმოდგენილი ღირებულებიდან, სხვა შემთხვევებში ქვეპროგრამით გათვალისწინებული ტარიფიდან. ინდივიდუალური და კორპორაციული დაზღვევის მოსარგებლეების მკურნალობა პირველ რიგში დაფინანსდება სადაზღვევო ლიმიტის ზღვრული ტარიფით, დარჩენილი თანხის დაფარვაზე გავრცელდება ქვეპროგრამა შესაბამისი პროპორციების დაცვით.

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს:

- ა) გულის თანდაყოლილი და შეძენილი მანკებით დაავადებული პაციენტების კარდიოქირურგიულ მკურნალობას;
- ბ) ენდოვასკულურ ოპერაციებს;
- გ) გულისა და მაგისტრალური სისხლძარღვების შეძენილი პათოლოგიების კარდიოქირურგიულ მკურნალობას;
- დ) კორონარულ ანგიოპლასტიკას.

მომსახურება ჯგუფდება კატეგორიების მიხედვით და ფინანსდება ფაქტიური ხარჯით ნოზოლოგიური ჯგუფისათვის დადგენილი საშუალო ღირებულების ფარგლებში, შემდეგი ცხრილის შესაბამისად:

ხელოვნური კოდი		ნოზოლოგიური ჯგუფი	ერთეულის ფასი
	1	გულის თანდაყოლილი მანკები	
660001	ა)	ოპერაცია სისხლის ხელოვნური მიმოქცევით	17 155
660002	ბ)	ოპერაცია სისხლის ხელოვნური მიმოქცევის გარეშე	11 992
	2	ენდოვასკულური ოპერაციები	
660004	ა)	ამპლაცერი/პეისმეიკერი	8 551
660005	ბ)	ვალვულოპლასტიკა/რაშკინდი	3 016
	3	გულისა და მაგისტრალური სისხლძარღვების შეძენილი პათოლოგიები:	

650001	ა)	იშემიური დაავადებების, გულის სიმსივნეების ქირურგიული მკურნალობა,	9 200
	ბ)	შემენილი მანკები	
650002	ბ.ა)	ერთი სარქელის / აღმავალი აორტის / აორტის რკალის პროთეზირება / პლასტიკა	12 000
650003	ბ.ბ)	ბიოლოგიური სარქელი	17 185
650004	ბ.გ)	ბენტალი / მწვავე მანკი / ინფარქტის შემდგომი გართულებები: სარქელოვანი პათოლოგია, პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტი, მარცხენა პარკუჭის ანევრიზმა	16 000
650005	ბ.დ)	ორი სარქელის / სარქელის და აღმავალი აორტის პროთეზირება	14 300
	4	კორონარული ანგიოპლასტიკა	
650006	ა)	კორონარული ანგიოპლასტიკა ერთი სტენტით	1 800
650007	ბ)	კორონარული ანგიოპლასტიკა ორი ან მეტი სტენტით	2 100
	5	მუდმივი კარდიოვერტერდეფიბრილატორი	
640001	ა)	ერთკამერიანი	14 600
640002	ბ)	ორკამერიანი	16 500
640003	გ)	სამკამერიანი(რესინქრონიზატორი)	19 200

ქვეპროგრამის ფარგლებში პაციენტის ორი და მეტი კოდით დაფინანსების შემთხვევაში ტარიფი განისაზღვრება ძირითადი (ძვირადღირებული) კოდის სრული ტარიფისა და თითოეული დამატებითი კოდის ტარიფის 50%-ის ჯამით.

სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების შესახებ პაციენტმა ან მისმა წარმომადგენელმა აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს უნდა მომართოს პაციენტის მკურნალობის დაწყებამდე, მკურნალობის პროცესში ან სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ არაუგვიანეს პირველი სამუშაო დღისა.

ქვეპროგრამის მოცულობით არ დაფინანსდება: პირები, რომელთა წლიური შემოსავალი არის 40 000 ლარი და მეტი, საზღვარგარეთ ჩატარებული სამედიცინო მომსახურება და სამედიცინო პროგრამებით გათვალისწინებული თანაგადახდა მოსარგებლის მხრიდან

შენიშვნა:

1. განსხვავებული (ძვირადღირებული, წამლით დაფარული სტენტი) სტენტის გამოყენების შემთხვევაში სტენტის ღირებულებას მთლიანად ფარავს პაციენტი. ასეთ შემთხვევაში

ანგიოპლასტიკა დაფინანსდება ქვეპროგრამით გათვალისწინებული პროპორციების დაცვით სტენტის ღირებულების გამოკლებით.

2. ბალონური პრედილატაციით ჩატარებული ანგიოპლასტიკის (სტენტის გარეშე) შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურება დაფინანსდება ქვეპროგრამით გათვალისწინებული პროპორციების დაცვით სტენტის ღირებულების გამოკლებით.

3. პირდაპირი სტენტირების (ბალონური პრედილატაციის გარეშე) ჩატარებული ანგიოპლასტიკის შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურება დაფინანსდება ქვეპროგრამით გათვალისწინებული პროპორციების დაცვით ბალონის ღირებულების გამოკლებით.

თუ პაციენტს დაუდგა გადაუდებელი კარდიოქირურგიული დახმარების აუცილებლობა, სამედიცინო დაწესებულებამ, რომელიც უზრუნველყოფს მის მომსახურებას, უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ცხელი ხაზისა (0422 24-79-69) და ელექტრონული ფოსტის (jandacvissaministro@gmail.com) საშუალებით.

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