

**სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში
სამედიცინო და სადაზღვევო მომსახურების
მიწოდების წესები**

თავი I. ზოგადი დებულებანი

მუხლი 1. მოქმედების სფერო

1. სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში სამედიცინო და სადაზღვევო მომსახურების მიწოდების წესები (შემდგომში – წესები) არეგულირებს სახელმწიფო ბიუჯეტით დაფინანსებულ შესაბამის ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამებში მონაწილე სუბიექტებს შორის წარმოშობილ ურთიერთობებს და ამ პროგრამების ფარგლებში მიწოდებული სამედიცინო, ფარმაცევტული და სადაზღვევო მომსახურების სტანდარტებს, მათ შორის:

ა) საბიუჯეტო სახსრებით მოსახლეობის შესაბამისი მიზნობრივი ჯგუფისათვის დაფინანსებული სამედიცინო, ფარმაცევტული და სადაზღვევო მომსახურების უზრუნველყოფასთან დაკავშირებით სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებში მონაწილე სუბიექტებს შორის სამართლებრივ ურთიერთობებს და აუცილებელ სახელშეკრულებო პირობებს;

ბ) სასწრაფო სამედიცინო დახმარების, ამბულატორიული, სტაციონარული და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების, მედიკამენტების მიწოდებასთან, დაფინანსებასთან, მომსახურების სტანდარტებთან, ანგარიშგებასთან, ანაზღაურებასა და წარმოშობილი დავების განხილვასთან დაკავშირებულ საკითხებს;

გ) სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებში მონაწილე სუბიექტების საქმიანობის გამჭვირვალობასთან, ასევე კონკურენციის შეზღუდვის დაუშვებლობასთან დაკავშირებულ საკითხებს;

დ) საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრულ სხვა საკითხებს.

2. ამ წესებით რეგულირდება სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებში მონაწილე სუბიექტებს შორის ურთიერთობები, მიუხედავად იმისა, დადებულია თუ არა მათ შორის თანამშრომლობის ხელშეკრულება.

3. თუ სუბიექტებს შორის არ არსებობს თანამშრომლობის ხელშეკრულება, მათი ურთიერთობები რეგულირდება ამ წესების შესაბამისად. თუ სუბიექტებს შორის დადებულია ხელშეკრულება, დაუშვებელია, რომ ის ეწინააღმდეგებოდეს ან აუარესებდეს ამ წესებით განსაზღვრულ პირობებს.

მუხლი 2. ტერმინთა განმარტებები

ამ წესებში გამოყენებულ ტერმინებს აქვს შემდეგი მნიშვნელობა:

ა) სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამები – სახელმწიფო ბიუჯეტით დაფინანსებული შესაბამისი ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამები;

ბ) მზღვეველი – სადაზღვევო კომპანია/ორგანიზაცია, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად ეწევა სადაზღვევო საქმიანობას და მონაწილეობს სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებში;

გ) სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი (შემდგომში – მიმწოდებელი) – იურიდიული ან ფიზიკური პირი, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო საქმიანობას და სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამის ფარგლებში დაზღვეულ მოსახლეობას უწევს მომსახურებას;

დ) აფთიაქი – იურიდიული პირი ან ინდივიდუალური მეწარმე, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ახორციელებს ფარმაცევტულ საქმიანობას და სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამით განსაზღვრულ მედიკამენტებს აწვდის დაზღვეულ მოსახლეობას, მიმწოდებლის მიერ გაცემული და მზღვეველის მიერ ავტორიზებული რეცე-

პტის (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული ფორმების შესაბამისად) საფუძველზე;

ე) სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამის მოსარგებლე/დაზღვეული (შემდგომში – დაზღვეული) – ფიზიკური პირი, რომლის მიმართაც ხორციელდება დაზღვევა სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამის ფარგლებში და რომლის სახელზეც მზღვეველის მიერ არის გაცემული სამედიცინო დაზღვევის დამადასტურებელი ვადიანი სადაზღვევო პოლისი/ხელშეკრულება;

ვ) სადაზღვევო პოლისი/ხელშეკრულება – მზღვეველის მიერ გაცემული ხელმოწერილი საბუთი/მოწმობა დაზღვევის ხელშეკრულების შესახებ, რომელსაც ფლობს დაზღვეული და რომელიც უფლებამოსილს ხდის მას, მიიღოს სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურება და მედიკამენტები;

ზ) ამბულატორიული მედიკამენტები (შემდგომში – მედიკამენტები) – სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების მიზნებისათვის შესაბამისი ნორმატიული დოკუმენტით განსაზღვრული მედიკამენტები;

თ) ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება – სამედიცინო მომსახურება (ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმის, ექთნის მომსახურება და ექიმ-სპეციალისტების კონსულტაციები, სამედიცინო მანიპულაციები და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები), რომელიც არ საჭიროებს სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებას;

ი) გადაუდებელი ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება – სამკურნალო და დიაგნოსტიკურ ღონისძიებათა ერთობლიობა, რომლის გადავადების ან განუხორციელებლობის შემთხვევაში გარდაუვალია დაზღვეულის დაუყოვნებელი სიკვდილი, უნარშეზღუდულობა ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება და როდესაც არ დგება სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების გაწევის აუცილებლობა;

კ) გეგმური ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება – ყველა ტიპის ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურება, გარდა გადაუდებელი ამბულატორიული სამედიცინო მომსახურებისა;

ლ) სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება – სამედიცინო მომ-

სახურება (ოპერაციული თუ კონსერვატიული მკურნალობა, სამედიცინო დანიშნულების საგნების, ფარმაცევტული და სისხლის პროდუქტების ჩათვლით, სამედიცინო მანიპულაციები, ქარხნული წარმოების ენტერალური კვება, სამკურნალო-დიაგნოსტიკური პროცედურები, ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები), რომელიც საჭიროებს დაზღვეულის სტაციონარში 24 (ოცდაოთხი) საათზე მეტი დროით მოთავსებას და რომელიც არ წარმოადგენს დღის სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებას;

მ) დღის სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება – დაზღვეულისათვის გაწეული სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება, რომლის დროსაც დაზღვეული იკავებს საწოლს და რომლის ხანგრძლივობაც ერთჯერადად არ აღემატება 24 (ოცდაოთხი) საათს;

ნ) გადაუდებელი სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება – სამკურნალო და დიაგნოსტიკურ ღონისძიებათა ერთობლიობა, რომლის გადავადების ან განუხორციელებლობის შემთხვევაში გარდაუვალია დაზღვეულის დაუყოვნებელი სიკვდილი, უნარშეზღუდულობა ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება და რომელიც საჭიროებს სტაციონარულ მომსახურებას;

ო) გეგმური სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება – ყველა ტიპის სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება, გარდა გადაუდებელი და დღის სტაციონარული სამედიცინო მომსახურებისა;

პ) კატასტროფის სამსახური – კრიტიკული და გადაუდებელი მდგომარეობების დროს დაზღვეულის სამედიცინო ტრანსპორტირება სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების ერთი მიმწოდებლიდან მეორეში მკურნალობის გასაგრძელებლად ან სამკურნალო და/ან დიაგნოსტიკური გამოკვლევების ჩატარების მიზნით;

ჟ) სასწრაფო სამედიცინო დახმარება – სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მიერ გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევა ადგილზე და, საჭიროების შემთხვევაში, – სამედიცინო ჩვენებით პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის უზრუნველყოფა შესაბამისი პროფილის უახლოეს კლინიკაში;

რ) სადაზღვევო შემთხვევა – მოვლენა, რომლის დადგომისას სადაზღვევო პოლისი/ხელშეკრულება ითვალისწინებს სადაზღვევო ანაზღაურების გადახდას;

ს) საანგარიშგებო დოკუმენტაცია – სამედიცინო დაწესებულების მიერ დაზღვეულთათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის დამადასტურებელი, ამავე დოკუმენტით განსაზღვრული, წერილობითი ან/და ელექტრონული დოკუმენტები;

ტ) საანგარიშგებო პერიოდი – დროის ის მონაკვეთი, რომელიც იწყება სადაზღვევო შემთხვევის დასრულებისთანავე და რომლის განმავლობაშიც მიმწოდებელი ვალდებულია, მზღვეველს წარუდგინოს საანგარიშგებო დოკუმენტაცია დასრულებული შემთხვევის შესახებ;

უ) ანგარიშსწორების შესახებ ურთიერთშედეგების აქტი – დოკუმენტი (წერილობითი ან ელექტრონული), რომელიც დგება მიმწოდებელსა და მზღვეველს შორის და ასახავს მხარეთა შორის ურთიერთშეთანხმებას მიმწოდებლის მიერ გაწეული მომსახურების მართებულობაზე და მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი თანხის ოდენობასა და ანაზღაურების ვადაზე;

ფ) დოკუმენტაციის ინსპექტირება – მიმწოდებლის მხრიდან მზღვეველისათვის წარდგენილი საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ან/და მზღვეველის წერილობითი მიმართვის საფუძველზე მოთხოვნილი სადაზღვევო შემთხვევასთან დაკავშირებული დოკუმენტაციისა და ინფორმაციის შესწავლა მზღვეველის მიერ;

ქ) პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი – დაზღვეულის იდენტიფიცირებისათვის აუცილებელი დოკუმენტი (პირადობის მოწმობა, პასპორტი და კანონმდებლობით გათვალისწინებული სხვა დოკუმენტები; ბავშვის შემთხვევაში ასევე დასაშვებია ცნობა დაბადების შესახებ ან დაბადების მოწმობა, თანდართული ერთი ან ორივე მშობლის ან მეურვის პირადი ნომრით), რომელიც საშუალებას იძლევა, დადგინდეს დაზღვეულის პიროვნება, ასაკი და პირადი ნომერი;

ღ) სადაზღვევო შემთხვევის ინსპექტირება – სადაზღვევო შემთხვევის დროს მიმდინარე სამედიცინო მომსახურების პროცესის შესწავლა

მზღვეველის მიერ;

ე) საგარანტიო წერილი – დაზღვეულის მიმართვის საფუძველზე და სათანადო დოკუმენტაციაზე დაყრდნობით, მზღვეველის მიერ გაცემული ვადიანი წერილობითი ან ელექტრონული დოკუმენტი, რომელიც განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურების მოცულობას, დამოწმებულია შესაბამისი უფლებამოსილების მქონე პირის მიერ, წარედგინება მიმწოდებელს და ადასტურებს მზღვეველის მიერ შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების ვალდებულებას;

შ) რეცეპტი – მიმწოდებლის მიერ დაზღვეულის სახელზე გაცემული დოკუმენტი, რომელიც წარმოადგენს მედიკამენტის სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამაში დადგენილი წესით მიღების საფუძველს და რომლის ფორმები დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის შესაბამისი ბრძანებებით;

ჩ) სამედიცინო შეცდომა – სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის მიერ უნებლიე შეცდომით გამოწვეული პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება ან სიკვდილი და რომლის პრევენციაც შესაძლებელი იყო;

ც) სამედიცინო გადაცდომა – სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის ქმედებით, უმოქმედობით ან გულგრილობით გამოწვეული პროფესიული შეცდომა, რომელმაც გამოიწვია პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესება ან სიკვდილი და რომლის პრევენციაც შესაძლებელი იყო;

ძ) ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა – საქართველოს მთავრობის დადგენილებით დამტკიცებული შესაბამისი წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა, გარდა სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებისა;

წ) სამედიცინო აუცილებლობა – არგუმენტებით დასაბუთებული სამედიცინო მომსახურება, რომელიც უზრუნველყოფს პაციენტის ისეთი მდგომარეობების პრევენციას, დიაგნოსტიკურებას, გაუარესების პრევენციას, შემსუბუქებას, გაუმჯობესებას ან განკურნებას, რომლებიც საფრთხეს უქმნის სიცოცხლეს, იწვევს ტკივილს, ფიზიკურ დეფორმაციასა და შესაძლებ-

ლობების შეზღუდვას; ამასთანავე, ხორციელდება იმ პირობებში, როცა ეს კონკრეტული მომსახურება არსებული ალტერნატივებიდან ერთდროულად არის ყველაზე ხელმისაწვდომი, ხარისხიანი, რაციონალური და ხარჯთეფექტური;

ჟ) მკურნალობის პროტოკოლი – დოკუმენტი, რომელიც ასახავს წინასწარ განსაზღვრულ პრევენციულ, სამკურნალო-დიაგნოსტიკურ და სარეაბილიტაციო ღონისძიებათა ერთობლიობას, გამოიყენება ამა თუ იმ დაავადების ან/და მდგომარეობის სამედიცინო მართვისათვის და დადასტურებულად ეფუძნება ქვეყანაში მოქმედ ან აღიარებულ საერთაშორისო, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ გაიდლაინებს ან სამედიცინო/სამეცნიერო ლიტერატურას;

ბ) ტარიფი – მიმწოდებლის მიერ სტანდარტის საფუძველზე განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების ერთეულის ფიქსირებული ფასი;

ჯ) სტანდარტი – მიმწოდებლის მიერ დამტკიცებული ამა თუ იმ მომსახურების ფასწარმოების დოკუმენტი, რომელიც შესაძლოა დადასტურებულად ეფუძნებოდეს მკურნალობის შესაბამის პროტოკოლს და რომელიც ასახავს ამ მომსახურების შემადგენელ კომპონენტებს (ა. პირდაპირი ხარჯები – სამკურნალო საშუალებები, დიაგნოსტიკური ღონისძიებები, სამედიცინო მანიპულაციები და კონსულტაციები, ჩატარებული ოპერაციები და გაუტკივარება, მკურნალობაში მონაწილე პერსონალის ხელფასები, სამედიცინო კვება; ბ. არაპირდაპირი ხარჯები – სხვა პერსონალის და ადმინისტრაციის ხელფასი, კომუნალური ხარჯები, ცვეთა/ამორტიზაცია, სამეურნეო ხარჯები, სხვა გაუთვალისწინებელი ხარჯები; გ. მოგება) და მათ განფასებას;

ჰ) კაპიტაციური ტარიფი – მიმწოდებელთან რეგისტრირებული/მიმდგრებული თითოეული დაზღვეულისათვის დროის გარკვეულ მონაკვეთზე განსაზღვრული ფიქსირებული ფასი, რომელიც შეთანხმებულია მიმწოდებელს ან ფარმაცევტულ კომპანიასა და მზღვეველს შორის. ანგარიშსწორების ამ წესისთვის წინასწარ განისაზღვრება მომსახურების ტიპები და მოცულობა და შემდგომში ანაზღაურება არ ითვალისწინებს ფაქტობრივად გაწეულ სამედიცინო მომსახურებას;

3¹) გლობალური ბიუჯეტი – დაზღვეულთა კონტინგენტისათვის დროის გარკვეულ მონაკვეთზე განსაზღვრული ფიქსირებული ფასი, რომელიც შეთანხმებულია მიმწოდებელს ან ფარმაცევტულ კომპანიასა და მზღვეველს შორის. ანგარიშსწორების ამ წესისთვის წინასწარ განისაზღვრება მომსახურების ტიპები და მოცულობა და შემდგომში ანაზღაურება არ ითვალისწინებს ფაქტობრივად გაწეულ სამედიცინო მომსახურებას;

3²) დავების განხილვა – მზღვეველსა და მიმწოდებელს შორის წარმოშობილი დავების შემთხვევაში მხარეები მიმართავენ სამედიცინო მედიაციის სამსახურს საქართველოს კანონმდებლობითა და ამ წესებით განსაზღვრული პირობების თანახმად დავის გადაწყვეტისათვის ან მიმართავენ სასამართლოს;

3³) გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა – დაზღვეულს მგზავრობის (ფეხით ან საზოგადოებრივი ტრანსპორტით) გამო არ ექმნება ბარიერი სამედიცინო მომსახურების მიღებისათვის, ამასთანავე გათვალისწინებული უნდა იყოს სამედიცინო მომსახურებაზე მოთხოვნილებისა და სამედიცინო რესურსების შესაბამისობის პირობები. თვითმმართველ ქალაქებში გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობისათვის მზღვეველი ვალდებულია უზრუნველყოს ამბულატორიული სერვისების მიწოდება მოსარგებლეთა რაოდენობის გათვალისწინებით, შემდეგი პრინციპების დაცვით: 2000 მოზრდილზე – არანაკლებ ერთი ოჯახის ან უბნის ექიმისა და ექთნისა, ხოლო 700 ბავშვზე – არანაკლებ ერთი ოჯახის ექიმის ან უბნის პედიატრისა და ექთნისა.

თავი II. სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებში მონაწილე სუბიექტები

მუხლი 3. მიმწოდებლის და მზღვეველის ვალდებულებები და უფლებამოსილებები

1. მიმწოდებელი ვალდებულია:

ა) უზრუნველყოს დაზღვეულის იდენტიფიკაცია მისი სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისთანავე, მაგრამ არა უგვიანეს დაზღვეულის

შემოსვლიდან 24 (ოცდაოთხი) საათის განმავლობაში, ხოლო თუ დაზღვეულის სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნება არ აღემატება 24 (ოცდაოთხი) საათს, მაშინ არა უგვიანეს დაზღვეულის სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე. დაზღვეულის იდენტიფიკაციისათვის მიმწოდებელს ესაჭიროება პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი. ამასთანავე, მიმწოდებელს ესაჭიროება სადაზღვევო პოლისი/ხელშეკრულება ან წვდომა დაზღვეულთა მონაცემთა ბაზასთან:

ა.ა) თუ ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული პირობის დარღვევა ხდება მიმწოდებლისაგან დამოუკიდებელი მიზეზებით (პაციენტის უგონო მდგომარეობა ან პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის არწარდგენა და ა.შ.), მაშინ მიმწოდებელი ვალდებულია იმავე პერიოდში გამოიძახოს საპატრულო პოლიციის სამსახური პიროვნების იდენტიფიკაციის მიზნით. იმ შემთხვევაში, თუ საპატრულო პოლიციის სამსახურის ჩარევის შედეგად პიროვნების იდენტიფიკაცია ხდება არა იმავე პერიოდში, არამედ მოგვიანებით, მაშინ მიმწოდებელს დაზღვეულის იდენტიფიკაციისთანავე ენიჭება უფლება, გააკეთოს შეტყობინება და მოითხოვოს სადაზღვევო ანაზღაურება დადგენილი წესით;

ა.ბ) ახლადდაბადებული ცოცხლადშობილის იდენტიფიკაციის მიზნით ახალშობილის დაბადებისთანავე, მაგრამ არა უგვიანეს 24 საათისა, ხოლო თუ ახალშობილის დაყოვნება სამედიცინო დაწესებულებაში არ აღემატება 24 საათს, მაშინ არა უგვიანეს მისი სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე, მიმწოდებელი ვალდებულია უზრუნველყოს დაბადების შესახებ სამედიცინო ცნობის რეგისტრაცია კანონმდებლობით დადგენილი წესით;

ბ) დაზღვეულის იდენტიფიცირების შემთხვევაში სადაზღვევო შემთხვევის შესახებ (გარდა გეგმური ამბულატორიისა) მოახდინოს შეტყობინება დაუყოვნებლივ ან მისი სამედიცინო დაწესებულებაში შემოსვლიდან არა უგვიანეს 24 (ოცდაოთხი) საათისა, ხოლო თუ იდენტიფიცირებული დაზღვეულის სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნება არ აღემატება 24 (ოცდაოთხი) საათს, მაშინ არა უგვიანეს დაზღვეულის სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე:

ბ.ა) თუ ამ პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული პირობის დარღვევა ხდება მიმწოდებლის მიზეზით, მაშინ დაზღვეული და მზღვეველი თავისუფლდება ამ სადაზღვევო შემთხვევების ანაზღაურების ვალდებულებისაგან;

ბ.ბ) შეტყობინების გაკეთებისას მიმწოდებელი ვალდებულია დააფიქსიროს შემდეგი ინფორმაცია: დაზღვეულის სახელი, გვარი, პირადი ნომერი, წინასწარი დიაგნოზი დადგენილი კლასიფიკატორის შესაბამისად და პაციენტის შემოსვლის ზუსტი დრო;

ბ.გ) შეტყობინება შესაძლებელია გაკეთდეს სპეციალურად ამ მიზნებისათვის განსაზღვრულ სატელეფონო ნომერზე, ელექტრონული ფოსტის მისამართზე ან ელექტრონული სისტემის მეშვეობით;

ბ.დ) გარკვეული გარემოებების წარმოშობისას, ასეთი გარემოების წარმოშობის მომენტიდან არა უგვიანეს 24 საათისა, ხოლო თუ ასეთი გარემოების წარმოშობიდან დაზღვეულის სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნება არ აღემატება 24 (ოცდაოთხი) საათს, მაშინ არა უგვიანეს დაზღვეულის სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე მიმწოდებელი ვალდებულია სადაზღვევო შემთხვევასთან დაკავშირებით გააკეთოს დამატებითი შეტყობინება. ასეთი გარემოებებია:

ბ.დ.ა) დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გართულების შემთხვევაში დაზღვეულის სამედიცინო დაწესებულებაში მზღვეველთან შეთანხმებულ დროზე (ასეთი შეთანხმების არსებობის შემთხვევაში) უფრო მეტი ხანგრძლივობით დაყოვნების აუცილებლობა;

ბ.დ.ბ) დაზღვეულის სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანის აუცილებლობა;

ბ.დ.გ) დაზღვეულისათვის სამედიცინო დაწესებულებაში შემოსვლისას მინიჭებული პირველადი ნოზოლოგიური კოდის/დიაგნოზის ცვლილება ან ახალი ნოზოლოგიური კოდის/დიაგნოზის დამატება;

ბ.ე) თუ ახლადდაბადებული ცოცხლადშობილის სადაზღვევო შემთხვევის დადგომიდან ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტის „ა.ბ“ ქვეპუნქტით დადგენილ ვადაში მოხდა მისი იდენტიფიცირება და, შესაბამისად, მას მიენიჭა პირადი ნომერი და რეგისტრაციის მისამართი, მაშინ მიმწოდებელი

ვალდებულია შეტყობინება გააგზავნოს სამედიცინო (სადაზღვევო) რაიონის მზღვეველთან რეგისტრაციის მისამართის მიხედვით;

ბ.ვ) თუ ახლადდაბადებული ცოცხლადშობილის სადაზღვევო შემთხვევის დადგომიდან ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტის „ა.ბ“ ქვეპუნქტით დადგენილ ვადაში არ მოხდა მისი იდენტიფიცირება, მაშინ მიმწოდებელი ვალდებულია იდენტიფიცირებისთანავე, მაგრამ არა უგვიანეს 24 საათისა, მოახდინოს შეტყობინება ამავე პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტის „ბ.ე“ ქვეპუნქტში განსაზღვრული პრინციპების შესაბამისად. ამ ქვეპუნქტით განსაზღვრულ შემთხვევაში მიმწოდებელი უფლებამოსილია მოახდინოს დაზღვეულის გადაყვანა სხვა დაწესებულებაში ან განყოფილებაში, სამედიცინო აუცილებლობის პრინციპის დაცვით, მზღვეველთან შეთანხმების გარეშე;

გ) გამოყოს სულ მცირე ერთი პასუხისმგებელი პირი მზღვეველთან ფინანსური, ადმინისტრაციული თუ სამედიცინო მომსახურების საკითხების ოპერატიულად გადაწყვეტისათვის;

დ) დაზღვეულის სამედიცინო დოკუმენტაციაში შეინახოს დაზღვეულის სადაზღვევო პოლისის, პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტისა და მზღვეველის მიერ დაზღვეულის სახელზე გაცემული საგარანტიო წერილის (გარდა გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების შემთხვევისა) ასლები;

ე) დაზღვეულის მიერ ერთზე მეტი სადაზღვევო პოლისის წარდგენის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ აცნობოს აღნიშნულის თაობაზე შესაბამის სადაზღვევო კომპანიებს;

ვ) მზღვეველის მოთხოვნის შემთხვევაში ინსპექტირების ნებისმიერ ეტაპზე უზრუნველყოს მზღვეველის უფლებამოსილი წარმომადგენელი დაზღვეულის მკურნალობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ინფორმაციითა და დოკუმენტაციით;

ზ) უზრუნველყოს სამედიცინო მედიაციის სამსახურის გადაწყვეტილების შესრულება საჯარიმო სანქციებთან დაკავშირებით საქართველოს კანონმდებლობაზე დაყრდნობითა და ამ წესებით განსაზღვრული პირობების გათვალისწინებით;

თ) არ დაუშვას დაზღვეულისათვის ისეთი მომსახურებისათვის

ანაზღაურების მოთხოვნა, რომელსაც ითვალისწინებს შესაბამისი სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამა;

ი) ნებისმიერი მიმწოდებელი, რომელიც გადაუდებელ სამედიცინო მომსახურებას გაუწევს თუნდაც ერთ დაზღვეულს, ვალდებულია მიაღწიოს შეთანხმებას ამ კონკრეტული შემთხვევის შესაბამის ტარიფზე შესაბამის მზღვეველთან, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს სამედიცინო მომსახურებაზე დაზღვეულის ხელმისაწვდომობა და მისი უფლებების დაცვა. ტარიფების შეთანხმების აუცილებლობა ასევე ვრცელდება იმ შემთხვევებზეც, როდესაც დაზღვეულს მკურნალობა ჩაუტარდა ორი ან მეტი დიაგნოზით. იმ შემთხვევაში, თუ ტარიფზე შეთანხმების მიღწევა ვერ მოხერხდა პაციენტის გაწერამდე, ანაზღაურება განხორციელდება დაწესებულებაში დამტკიცებული შესაბამისი ტარიფის მიხედვით;

კ) სამედიცინო მომსახურების თითოეული ერთეულისათვის დადგენილი ჰქონდეს ერთი ტარიფი. თითოეული ტარიფი წარმოდგენილი უნდა იყოს სტანდარტის სახით, რომელიც შესაძლოა ეფუძნებოდეს შესაბამის კლინიკურ პროტოკოლს;

ლ) სადაზღვევო შემთხვევა წარმართოს მხოლოდ სამედიცინო აუცილებლობის პრინციპზე დაყრდნობით;

მ) ჰქონდეს დამტკიცებული კლინიკური პროტოკოლები ძირითადი პათოლოგიების სამართავად საკუთარი სტატისტიკის გათვალისწინებით. აღნიშნულ პროტოკოლებში მითითებული უნდა იყოს წყარო – შესაბამისი ნაციონალური ან საერთაშორისო გაიდლაინები;

ნ) მზღვეველთან შეთანხმებული ფასდაკლება სრულად გაავრცელოს დაზღვეულის მიერ ასანაზღაურებელი თანაგადახდის წილზე;

ო) მზღვეველთან ტარიფებზე მოლაპარაკებისას არ მიაღწიოს ისეთ შეთანხმებას, რომელიც დააზარალებს დაზღვეულს მკურნალობის ხარისხის კუთხით ან დაარღვევს ამ მკურნალობის პროცესში სამედიცინო აუცილებლობის პრინციპს. შესაბამისად, შეთანხმებული სტანდარტი უნდა ითვალისწინებდეს და მოიცავდეს სამედიცინო აუცილებლობით განპირობებულ ყველა სამკურნალო, დიაგნოსტიკურ და პრევენციულ ღონისძიებას და საშუალებას, რომლებიც საჭიროა შესაბამისი პათოლოგიის მარ-

თვისათვის;

პ) უზრუნველყოს ინფორმაციის (მათ შორის, ფინანსური) სრულფასოვანი მიწოდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსათვის ქვეყანაში მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად, სრულფასოვნად ჩაერთოს ქვეყანაში არსებული ინფორმაციის მიმოცვლის სისტემაში;

ჟ) მზღვეველთან სადავო თანხის ანაზღაურებაზე შეთანხმების მიღწევამდე არ მოსთხოვოს ამ თანხის ანაზღაურება დაზღვეულს;

რ) თუ შემთხვევის ან მისი რომელიმე კომპონენტის ანაზღაურებაზე დასაბუთებული უარი ეთქვა მზღვეველისაგან, არ მოითხოვოს დაზღვეულისაგან თანაგადახდის ანაზღაურება ან დაუბრუნოს ანაზღაურებული თანხა იმავე შემთხვევაზე ან მის შესაბამის კომპონენტზე;

ს) მიაწოდოს დაზღვეულს სრულყოფილი ინფორმაცია სადაზღვევო დაფარვისა და შესაბამისი ტარიფების შესახებ;

ტ) 2012 წლის 1 დეკემბრამდე საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილების საფუძველზე შექმნილ უწყებათაშორის კომისიას წარუდგინოს სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების მონაწილე იმ მზღვეველების ნუსხა, რომელთა დაზღვეულებსაც უწევს გეგმურ მომსახურებას სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებით განსაზღვრულ ფარგლებში. ამასთანავე, წარადგინოს ორმხრივი შეთანხმების აქტი, რომელშიც დადასტურებული იქნება ამ დაწესებულების ტარიფებზე ან კაპიტაციურ ტარიფებზე ან გლობალურ ბიუჯეტზე წინასწარი შეთანხმების ფაქტი მომსახურების სრულ სპექტრზე (გეგმური და გადაუდებელი);

უ) იმ შემთხვევაში, თუ მიმწოდებელს ან აფთიაქს და მზღვეველს შორის შედგა შეთანხმება კაპიტაციური ტარიფით ან გლობალური ბიუჯეტით ანაზღაურების თაობაზე, მაშინ ამ შეთანხმების განუყოფელი ნაწილი უნდა იყოს ტარიფებზე და მედიკამენტების სრულ ფასებზე შეთანხმებაც, იმ კატეგორიის დაზღვეულთა მომსახურებისათვის, რომლებსაც ამავე მომსახურებებსა და მედიკამენტებზე ეკუთვნით თანაგადახდა.

2. მიმწოდებელი უფლებამოსილია:

ა) მზღვეველთან ტარიფების შეთანხმებისას მოახდინოს ფასდაკ-

ლება;

ბ) მზღვეველისაგან მიიღოს სადაზღვევო შემთხვევის დროული და სრული ანაზღაურება ამ წესების შესაბამისად;

გ) ხანგრძლივი (ერთ თვეზე მეტი) სამედიცინო მომსახურების გაწევისას პერიოდულად (ყოველი თვის დასრულების შემდეგ) მოსთხოვოს მზღვეველს სამედიცინო მომსახურების ღირებულების შუალედური ანაზღაურება;

დ) არ გადასცეს მზღვეველს დაზღვეულის მკურნალობასთან დაკავშირებული დოკუმენტების დედნები, გარდა საანგარიშგებო დოკუმენტაციისა;

ე) განსაკუთრებულ შემთხვევებში, თუ შეთანხმება ვერ მოხერხდა სატელეფონო ან სხვა სახის შეტყობინებისას, მოსთხოვოს მზღვეველს მზღვეველის უფლებამოსილი პირის (უფლებამოსილება დადასტურებული უნდა იქნეს შესაბამისი დოკუმენტის წარდგენით) სამედიცინო დაწესებულებაში ურთიერთშეთანხმებულ ვადაში გამოგზავნა;

ვ) იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეული, ობიექტური მიზეზების გარეშე, არ წარადგენს პიროვნებისა და დაზღვეულის სტატუსის იდენტიფიკაციისათვის აუცილებელ დოკუმენტაციას, მოახდინოს დაზღვეულის ინფორმირება და გადაახდევინოს გაწეული სამედიცინო მომსახურების ღირებულება. ამასთანავე, მომსახურების გადახდის დამადასტურებელი სრულყოფილი დოკუმენტაცია მიაწოდოს დაზღვეულს;

ზ) ამ მუხლის პირველი პუნქტის „ო“ ქვეპუნქტის გათვალისწინებით, მოითხოვოს დაზღვეულისაგან იმ სამედიცინო და არასამედიცინო მომსახურების ანაზღაურება, რომელიც არ არის გათვალისწინებული სამედიცინო დაზღვევის მოცულობით ან განსაზღვრულია თანაგადახდის პრინციპებით;

თ) ტარიფების გადახედვა მოახდინოს წელიწადში ერთხელ, გარდა ამ წესების მე-4 მუხლის მე-7 პუნქტით გათვალისწინებული შემთხვევისა;

ი) დაზღვეულთათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ანაზღაურების ხელშეკრულებით განსაზღვრული ვადის დარღვევის შემთხვევაში მზღვეველს მოსთხოვოს პირგასამტეხლოს გადახდა

ასანაზღაურებელი თანხის 0,1%-ის ოდენობით ყოველ ვადაგადაცილებულ დღეზე. პირგასამტეხლოს გადახდა მზღვეველს არ ათავისუფლებს წარმოშობილი დავალიანების ძირითადი თანხის დაფარვის ვალდებულებიდან.

3. მზღვეველი ვალდებულია:

ა) ამ მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული შეტყობინების მიღებიდან დაუყოვნებლივ, მაგრამ არა უგვიანეს 24 (ოცდაოთხი) საათისა, ხოლო თუ დაზღვეულის სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნება არ აღემატება 24 (ოცდაოთხი) საათს, მაშინ არა უგვიანეს დაზღვეულის სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე, ზემოაღნიშნული პუნქტით გათვალისწინებული შეტყობინების იმავე საშუალებებით დაუდასტუროს სამედიცინო დაწესებულებას შეტყობინების მიღება და, ამასთან ერთად, მიაწოდოს ინფორმაცია, ითვალისწინებს თუ არა ამ მომსახურებას სადაზღვევო პაკეტი და არის თუ არა საკმარისი დარჩენილი ლიმიტის ოდენობა ამ მომსახურების ასანაზღაურებლად;

ბ) მზღვეველის მიერ ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული ვალდებულების დროულად შეუსრულებლობის შემთხვევაში სრულად აანაზღაუროს სადაზღვევო შემთხვევა სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამით განსაზღვრული ფარგლების შესაბამისად;

გ) გამოყოს სულ მცირე ერთი პასუხისმგებელი თანამშრომელი სამედიცინო დაწესებულებასთან ფინანსური, ადმინისტრაციული თუ დაზღვევასთან დაკავშირებული სხვა საკითხების ოპერატიულად გადაწყვეტისათვის. ამასთანავე, უზრუნველყოს მიმწოდებელთან წინასწარ შეთანხმებული შეტყობინებისათვის საჭირო საკომუნიკაციო საშუალებების შეუფერხებელი ფუნქციონირება დღე-ღამის ნებისმიერ მონაკვეთში, ყოველი სადაზღვევო შემთხვევის დადგომის თაობაზე მიმწოდებლისაგან ინფორმაციის ოპერატიულად მისაღებად;

დ) არ ჩაერიოს მიმწოდებლის მკურნალობის ტაქტიკაში და სამედიცინო აუცილებლობის, მათ შორის, მედიკამენტების, სამედიცინო მანიპულაციების, კვლევებისა და სხვათა განსაზღვრაში, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა სადაზღვევო შემთხვევა სცდება შეთანხმებული მკურნალობის

პროტოკოლის ფარგლებს;

ე) დაუყოვნებლივ მიაწოდოს მიმწოდებელს ინფორმაცია ორმაგი დაზღვევის შემთხვევაში დაზღვეულის სტატუსის ცვლილებასთან დაკავშირებით. ამასთანავე, ორმაგი დაზღვევის არსებობის შემთხვევაში მოილაპარაკოს მეორე მზღვეველთან თანადაფინანსების პირობებზე ისე, რომ არ დაზარალდეს არც დაზღვეული და არც მიმწოდებელი;

ვ) ამ მუხლის მე-2 პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული გარემოების დადგომისას, მიმწოდებლის მხრიდან მოთხოვნის შემთხვევაში, პერიოდულად გადაუხადოს მიმწოდებელს სამედიცინო მომსახურების ღირებულების შუალედური ანაზღაურება ანგარიშგების დადგენილი წესის შესაბამისად;

ზ) დროულად და სრულად აუნაზღაუროს სადაზღვევო შემთხვევა მიმწოდებელსა და აფთიაქს ამ დადგენილებით განსაზღვრულ ფარგლებში. დაუშვებელია მზღვეველის მიერ მიმწოდებლისათვის ასანაზღაურებელი თანხის გაქვითვა ამ სუბიექტებს შორის სხვა კატეგორიის დავალიანების დასაფარავად;

თ) მიაღწიოს შეთანხმებას ნებისმიერ მიმწოდებელთან, რომელიც გადაუდებელ სამედიცინო მომსახურებას გაუწევს თუნდაც ერთ დაზღვეულს, ამ კონკრეტული შემთხვევის შესაბამის ტარიფზე, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს სამედიცინო მომსახურებაზე დაზღვეულის ხელმისაწვდომობა და მისი უფლებების დაცვა. ტარიფების შეთანხმების აუცილებლობა ასევე ვრცელდება იმ შემთხვევებზეც, როდესაც დაზღვეულს მკურნალობა ჩაუტარდა ორი ან მეტი დიაგნოზით. იმ შემთხვევაში, თუ ტარიფზე შეთანხმების მიღწევა ვერ მოხერხდა პაციენტის გაწერამდე, მაშინ ანაზღაურება განხორციელდება დაწესებულებაში დამტკიცებული შესაბამისი ტარიფის მიხედვით;

ი) მიაღწიოს შეთანხმებას აფთიაქებთან მედიკამენტების სრულ ფასზე, დაზღვეულის მიერ ასანაზღაურებელი თანაგადახდის ჩათვლით;

კ) თითოეული შეთანხმებული ტარიფი წარმოდგენილი უნდა იყოს სტანდარტის სახით, რომელიც შესაძლოა ეფუძნებოდეს მკურნალობის შესაბამის პროტოკოლს;

ლ) სადაზღვევო შემთხვევა ანაზღაუროს სამედიცინო აუცილებლობის პრინციპზე დაყრდნობითა და სადაზღვევო დაფარვის ფარგლებში;

მ) უზრუნველყოს პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობა, რაც ამ შემთხვევაში გულისხმობს, რომ დაზღვეულს მომსახურების მიღება შეეძლოს საკუთარ საცხოვრებელთან ახლოს (ფეხით ან საზოგადოებრივი ტრანსპორტით არა უმეტეს 30 წუთის სავალზე არსებული მანძილი. გამონაკლისი დაიშვება მხოლოდ ოკუპირებული ტერიტორიების, მცირედდასახლებული და გეოგრაფიულად მოშორებული სოფლებისათვის);

ნ) სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისა და მედიკამენტებით უზრუნველყოფისას (მათ შორის, რეცეპტის ავტორიზაციის მექანიზმები) იხელმძღვანელოს გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპით. გეგმური ქირურგიული ოპერაციების დროს დაზღვეულს შესთავაზოს მიმწოდებლების გარკვეული ალტერნატივები შესაძლებლობის ფარგლებში, კონკრეტული შემთხვევიდან გამომდინარე;

ო) არ დაუშვას გადაუდებელი შემთხვევისას მზღვეველის მიერ დაზღვეულისათვის მიმწოდებლის არჩევანის შეზღუდვა. თუ დაზღვეული გადაუდებელი შემთხვევის დადგომისას აღმოჩნდა რომელიმე მიმწოდებელთან, არ მოახდინოს დაზღვეულის გადამისამართება სხვა მიმწოდებელთან, გარდა სამედიცინო აუცილებლობით განპირობებული მდგომარეობებისა;

პ) მიმწოდებელსა და აფთიაქთან შეთანხმებული ფასდაკლება სრულად გაავრცელოს დაზღვეულის მიერ ასანაზღაურებელი თანაგადახდის წილზე;

ჟ) მიმწოდებელთან ტარიფებზე მოლაპარაკებისას არ მიაღწიოს ისეთ შეთანხმებას, რომელიც დააზარალებს დაზღვეულს მკურნალობის ხარისხის კუთხით ან დაარღვევს ამ მკურნალობის პროცესში სამედიცინო აუცილებლობის პრინციპს. შესაბამისად, შეთანხმებული სტანდარტი უნდა ითვალისწინებდეს და მოიცავდეს სამედიცინო აუცილებლობით განპირობებულ ყველა სამკურნალო, დიაგნოსტიკურ და პრევენციულ ღონისძიებას და საშუალებას, რომლებიც საჭიროა შესაბამისი პათოლოგიის მარ-

თვისათვის;

რ) უზრუნველყოს ბაზისური სადაზღვევო პაკეტის ხელმისაწვდომობა საქართველოს ნებისმიერი დაზღვევის მსურველი მოქალაქისათვის. ბაზისური სადაზღვევო პაკეტის პირობები და ამოქმედების ვადა განისაზღვრება შესაბამისი ნორმატიული აქტით;

ს) უზრუნველყოს სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში დაზღვეული მოქალაქეების დაზღვევაზე თანაბარი ხელმისაწვდომობა, ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე. ამასთანავე, დაუშვებელია:

ს.ა) მოქალაქისათვის რაიმე მიზეზით დაზღვევაზე უარის თქმა;

ს.ბ) დაზღვეულისათვის რაიმე მიზეზით დაზღვევის ხელშეკრულების გაგრძელებაზე უარის თქმა;

ს.გ) სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში რომელიმე დაზღვეულისათვის სადაზღვევო ხელშეკრულების გაუქმება ან აღებული ვალდებულებების უარყოფა;

ს.დ) რაიმე სახის დამატებითი სადაზღვევო შესატანის ან სხვა გადასახადის დაწესება სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში გათვალისწინებული მომსახურებებისათვის, თუ ეს არ არის გათვალისწინებული იმავე პროგრამებით;

ტ) უზრუნველყოს არასახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების ფარგლებში დაზღვეულთა მონაცემთა ბაზების მიწოდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსათვის წინასწარ განსაზღვრული ფორმატით;

უ) იმ შემთხვევაში, თუ მიმწოდებელს ან აფთიაქს და მზღვეველს შორის შედგა შეთანხმება კაპიტაციური ტარიფით ან გლობალური ბიუჯეტით ანაზღაურების თაობაზე, მაშინ ამ შეთანხმების განუყოფელი ნაწილი უნდა იყოს ტარიფებზე და მედიკამენტების სრულ ფასზე შეთანხმებაც, იმ კატეგორიის დაზღვეულთა მომსახურებისათვის, რომლებსაც ამავე მომსახურებებსა და მედიკამენტებზე ეკუთვნით თანაგადახდა;

ფ) 2012 წლის 1 დეკემბრამდე საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილების საფუძველზე შექმნილ უწყებათაშორის

კომისიას წარუდგინოს სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამების მონაწილე იმ მიმწოდებელთა ნუსხა, რომლებიც მის დაზღვეულებს უწევენ გეგმურ მომსახურებას სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამებით განსაზღვრულ ფარგლებში. ამასთანავე, წარადგინოს ორმხრივი შეთანხმების აქტი, რომელშიც დადასტურებული იქნება ამ დაწესებულების ტარიფებზე ან კაპიტაციურ ტარიფებზე ან გლობალურ ბიუჯეტზე წინასწარი შეთანხმების ფაქტი მომსახურების სრულ სპექტრზე (გეგმური და გადაუდებელი);

ქ) უზრუნველყოს ინფორმაციის (მათ შორის, ფინანსური) სრულფასოვანი მიწოდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსათვის ქვეყანაში მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად, სრულფასოვნად ჩაერთოს ქვეყანაში არსებული ინფორმაციის მიმოცვლის სისტემაში.

4. მზღვეველი უფლებამოსილია:

ა) არ აუნაზღაუროს მიმწოდებელს სადაზღვევო შემთხვევა, თუ:

ა.ა) გაწეული სამედიცინო მომსახურება არ იყო გათვალისწინებული სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამით, საგარანტიო წერილით, ტარიფებით, ამ წესებით ან სხვა ტიპის წინასწარი შეთანხმებით;

ა.ბ) მიმწოდებელმა დაარღვია ამ წესებით გათვალისწინებული შეტყობინების ვალდებულება;

ა.გ) მიმწოდებელმა გაწეული სამედიცინო მომსახურების შესახებ მზღვეველს წარუდგინა ყალბი დოკუმენტები;

ა.დ) მიმწოდებელმა სადაზღვევო შემთხვევის ღირებულების განზრახ უსაფუძვლოდ გაზრდის მიზნით განახორციელა ისეთი ქმედებები, როგორებიცაა:

ა.დ.ა) მიმწოდებლის მიერ შემთხვევისათვის მცდარი კოდის მინიჭება ან/და დიაგნოზის დამძიმება;

ა.დ.ბ) გაწეული სამედიცინო მომსახურების შესახებ სამედიცინო დაწესებულების მიერ მზღვეველისათვის არაზუსტი დოკუმენტაციის წარდგენა;

ბ) საჭიროების შემთხვევაში კონკრეტული სადაზღვევო შემთხვევის ინსპექტირების ნებისმიერ ეტაპზე მიმწოდებლისაგან მოითხოვოს დაზ-

ღვეულის მკურნალობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სამედიცინო და ფინანსური ინფორმაცია;

გ) გეგმური ქირურგიული ოპერაციების ხარჯები აანაზღაუროს მხოლოდ მის მიერ შერჩეულ, შესაბამისად უფლებამოსილ სამედიცინო დაწესებულებებში გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპის დაცვით;

დ) მხარეები თანხმდებიან, რომ ამ პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტის „ა.გ“ და „ა.დ“ ქვეპუნქტებით აღწერილი გარემოებები დადასტურებული უნდა იყოს მხარეთა მიერ მოწვეული ექსპერტების დასკვნით ან სამედიცინო მედიაციის სამსახურის აქტით ან საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად.

მუხლი 4. სამედიცინო მომსახურების გაწევის წესი

1. გეგმური ამბულატორიული და გეგმური სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების შემთხვევაში მიმწოდებელი ვალდებულია გაუწიოს დაზღვეულს სამედიცინო მომსახურება მხოლოდ მას შემდეგ, რაც დაზღვეული წარუდგენს მას სადაზღვევო პოლისს/ხელშეკრულებას, პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტსა და საგარანტიო წერილს. ამ უკანასკნელის წარდგენა სავალდებულო არ არის კაპიტაციური წესით და გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსების შემთხვევაში.

2. გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების შემთხვევაში ამ მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული დოკუმენტების წარდგენას უთანაბრდება შეტყობინება.

3. მიმწოდებელი ვალდებულია გეგმური სამედიცინო მომსახურება გაუწიოს დაზღვეულს საგარანტიო წერილში დაფიქსირებული მოცულობითა და ოდენობით. თუ დაზღვეულს, მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე, ესაჭიროება დამატებითი სამედიცინო მომსახურების გაწევა, მიმწოდებელი ვალდებულია ეს მომსახურება გაწიოს მხოლოდ მზღვეველთან შეთანხმების შემდეგ. ამ დროს, მხარეთა შეთანხმების საფუძველზე, მზღვეველის მიერ გაიცემა ახალი საგარანტიო წერილი.

4. თუ დაზღვეული მიმწოდებელიდან გაწერის შემდეგ იმავე დიაგნოზით ან მდგომარეობის გართულებით განმეორებით მოთავსდა იმავე

მიმწოდებელთან და თუ გამოვლინდა, რომ რეჰოსპიტალიზაცია ან/და სადაზღვევო ლიმიტის ამოწურვა წინა პერიოდში ჩატარებული არასრული ან არასწორი მკურნალობის შედეგია, ასეთ შემთხვევებში მზღვეველი თავისუფლდება შემდგომი მკურნალობის ღირებულების გადახდის ვალდებულებისაგან და ასეთი ხარჯებისათვის სრული პასუხისმგებლობა ეკისრება თავად სამედიცინო დაწესებულებას. ამასთანავე, თუ რეჰოსპიტალიზაცია მოხდა სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში, მზღვეველი ანაზღაურებს მკურნალობის ამ ეპიზოდის ხარჯებს. მზღვეველი უფლებამოსილია რეჰოსპიტალიზაციის გამომწვევ მიმწოდებელს არ აუნაზღაუროს ან უკან დაიბრუნოს ამ მიმწოდებელთან გაწეული ხარჯები, კანონმდებლობით დადგენილი წესის შესაბამისად.

5. მზღვეველსა და მიმწოდებელს შორის ურთიერთშეთანხმებული ტარიფების გადახედვა შესაძლებელია მოხდეს წელიწადში ერთხელ, გარდა ამ მუხლის მე-6 პუნქტით განსაზღვრული გარემოებებისა.

6. სამკურნალო საშუალებების, დამხმარე მასალების, კომუნალური გადასახადების ფასთა 20%-ით ან მეტით ცვლილების შემთხვევაში ან/და საგადასახადო რეჟიმის ცვლილების ან/და ჰიპერინფლაციის შემთხვევაში მიმწოდებელი უფლებამოსილია ცალმხრივად, მზღვეველისათვის ორი კვირით ადრე, წერილობითი ფორმით არგუმენტირებული შეტყობინების საფუძველზე, შეიტანოს ცვლილებები ტარიფებში პროპორციულობის პრინციპის დაცვით.

7. მზღვეველი და მიმწოდებელი ვალდებული არიან მათ შორის შეთანხმების მოქმედების ვადაში აღებული ვალდებულებები შეასრულონ ამ შეთანხმებით განსაზღვრული პირობებით.

მუხლი 5. მედიკამენტების გაცემის წესი

1. პაციენტისათვის მედიკამენტის დანიშვნას ახდენს მზღვეველის მიერ შერჩეული მიმწოდებელი გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპის დაცვით. ამასთანავე, მიმწოდებელიც და აფთიაქიც ვალდებული არიან დაზღვეულს მიაწოდონ სრული ინფორმაცია დანიშნული მედი-

კამენტის აფთიაქის ამა თუ იმ ფილიალში არსებობის, სავაჭრო დასახელებების არსებული სრული ასორტიმენტის და მათი სრული ფასის შესახებ.

2. მზღვეველი და შესაბამისი მიმწოდებელი ვალდებული არიან მოახდინონ რეცეპტის ავტორიზაცია მედიკამენტის დანიშვნისთანავე დაზღვეულისათვის დამატებითი ბარიერების შექმნის გარეშე.

3. დაუშვებელია მიმწოდებლის მიერ მედიკამენტის გამოწერა რეცეპტის გარეშე. ასევე დაუშვებელია აფთიაქის მიერ დაზღვეულისათვის პროგრამით გათვალისწინებული და მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი (სრულად ან თანაგადახდით) მედიკამენტის გაცემა რეცეპტის გარეშე. რეცეპტის გარეშე გაცემული მედიკამენტები არ ანაზღაურდება მზღვეველის მიერ. მედიკამენტზე გაცემული საგარანტიო წერილი რეცეპტს არ ჩაანაცვლებს.

4. დაზღვეული რეცეპტს (ნაბეჭდი ან ელექტრონული ფორმით) წარადგენს პირადად ან სხვა პირის მეშვეობით მზღვეველის მიერ შერჩეულ აფთიაქში.

5. მზღვეველი ვალდებულია აფთიაქის შერჩევა მოახდინოს გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპის დაცვით.

6. აფთიაქი ვალდებულია დაზღვეული უზრუნველყოს შესაბამისი მედიკამენტებით მხოლოდ რეცეპტის წარდგენის შემდეგ, რომელიც ავტორიზებულია მზღვეველის მიერ.

7. აფთიაქი ვალდებულია სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამის ფარგლებში მედიკამენტის თითოეულ დასახელებაზე დაადგინოს ერთი ფასი, მიუხედავად რეალიზაციის პუნქტის გეოგრაფიული მდებარეობისა.

8. აფთიაქი და მზღვეველი ვალდებული არიან მიაღწიონ შეთანხმებას მედიკამენტების სრულ ფასზე. შეთანხმებული ფასების გადახედვა შესაძლებელია მოხდეს წელიწადში ერთხელ.

9. აფთიაქი ვალდებულია, რომ დაზღვეულს მიაწოდოს ინფორმაცია მედიკამენტების სრული ფასის შესახებ და მედიკამენტის რეალიზაციისას დაზღვეულს არ გადაახდევინოს აღნიშნული ფასის სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამით გათვალისწინებულ თანაგადახდაზე მეტი.

10. აფთიაქი ვალდებულია, გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპის დაცვით, უზრუნველყოს გენერიული მედიკამენტების ასორტიმენტის არსებობა და დაზღვეულზე გასცეს გენერიული მედიკამენტები, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა ასეთი ანალოგი არ არსებობს.

11. იმ შემთხვევაში, როდესაც რეცეპტში მითითებულია მედიკამენტის საერთაშორისო სახელწოდება, აფთიაქი ვალდებულია დაზღვეულს შესთავაზოს შესაბამისი სავაჭრო სახელწოდებების სრული სპექტრი. ამავდროულად, თუ რეცეპტში მითითებულია მედიკამენტის სავაჭრო სახელწოდება, აფთიაქს არა აქვს მისი შეცვლის უფლება. ყოველივე აღნიშნული უნდა განხორციელდეს ადეკვატური რესურსების არსებობის პირობებში.

მუხლი 6. ანგარიშგება და ანგარიშსწორების პირობები

1. მზღვეველის მიერ სადაზღვევო შემთხვევის ანაზღაურება ხორციელდება წინასწარ შეთანხმებული ტარიფების, კაპიტაციური ტარიფების ან გლობალური ბიუჯეტის მიხედვით.

2. უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და შესაბამისი ბეჭდით დადასტურებული საანგარიშგებო დოკუმენტაცია (დაზღვეულის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტისა და სადაზღვევო პოლისის/ხელშეკრულების ასლი, ხარჯის დამადასტურებელი დოკუმენტი (ანგარიშ-ფაქტურა), სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV-100/ა და შემთხვევათა რეესტრი წინასწარ შეთანხმებული ფორმატით) მიმწოდებელმა მზღვეველს უნდა წარუდგინოს წერილობით ან ელექტრონულად თითოეულ თვეში დასრულებული შემთხვევები მინიმუმ თვეში ერთხელ, მომდევნო თვის 5 რიცხვამდე. ამასთანავე, დეტალური კალკულაცია საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ნუსხაში არ შედის.

3. გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი მზღვეველთან წარადგენს უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და შესაბამისი ბეჭდით დადასტურებულ საანგარიშგებო დოკუმენტაციას (შემთხვევათა რეესტრს წინასწარ შეთანხმებული ფორმატით და ხარჯის დამადასტურებელ დოკუმენტს).

4. მიმწოდებლის მიერ საანგარიშგებო დოკუმენტაციის მზღვეველი-სათვის წერილობითი ან ელექტრონული ფორმით მიწოდების დროს მხარეთა შორის ფორმდება შესაბამისი წერილობითი ან ელექტრონული მიღება-ჩაბარების აქტი, რაც ადასტურებს იმას, რომ მიმწოდებელმა მზღვეველს დროულად წარუდგინა შესაბამისი დოკუმენტაცია, ხოლო მზღვეველმა ჩაიბარა იგი. მიღება-ჩაბარების აქტის გაფორმების შემდეგ მზღვეველი აგებს პასუხს ჩაბარებული დოკუმენტაციის დაკარგვისათვის ან შემთხვევითი განადგურებისათვის.

5. მზღვეველი ვალდებულია საანგარიშგებო დოკუმენტაციის მიღებიდან 20 (ოცი) კალენდარული დღის განმავლობაში განახორციელოს საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ინსპექტირება და მიმწოდებელთან წერილობით ან ელექტრონულად გააფორმოს ურთიერთშედარების აქტი, რომელსაც თან ერთვის რეესტრი შემთხვევების მიხედვით. რეესტრი უნდა მოიცავდეს ინფორმაციას თითოეულ შემთხვევაზე აღიარებული და კორექტირებული თანხების შესახებ. მზღვეველმა ურთიერთშეთანხმების აქტის საფუძველზე აღიარებული თანხის გადარიცხვა უნდა მოახდინოს არა უგვიანეს ამ პერიოდის დამთავრებიდან 5 (ხუთი) კალენდარული დღის ვადაში.

6. ინსპექტირების ნებისმიერ ეტაპზე ცალკეული შემთხვევა შეიძლება გახდეს სადავო.

7. სადავო შემთხვევის განხილვა იწყება მისი გამოვლენის მომენტიდან და მისი დასრულების ვადად განისაზღვრება სადაზღვევო შემთხვევის წარდგენიდან არა უგვიანეს 20 (ოცი) კალენდარული დღისა. თუ ამ პერიოდში დავა არ მოგვარდა მხარეების ურთიერთშეთანხმების საფუძველზე, სადაზღვევო შემთხვევა გადადის „დავების განხილვის“ რეჟიმში.

8. სადავო შემთხვევის არსებობის მიუხედავად, ყველა სხვა სადაზღვევო შემთხვევა, რომელიც ექვემდებარება ანაზღაურებას, უნდა ანაზღაურდეს დადგენილ ვადებში.

9. კაპიტაციური ტარიფითა და გლობალური ბიუჯეტით დაფინანსებულმა მიმწოდებლებმა საანგარიშგებო დოკუმენტაციის წარდგენა წინასწარ შეთანხმებული ნუსხით უნდა უზრუნველყონ მომდევნო თვის 5

(ხუთი) რიცხვამდე. მზღვეველმა განსაზღვრული ანაზღაურების გადახდა უნდა უზრუნველყოს წარდგენიდან 10 (ათი) კალენდარული დღის ვადაში.

10. იმ შემთხვევაში, თუ მიმწოდებელმა დაარღვია საანგარიშგებო დოკუმენტაციის წარდგენის ვადა, ვადის დარღვევით წარდგენილი შემთხვევის განხილვა მოხდება მომდევნო საანგარიშგებო პერიოდში. დაუშვებელია შემთხვევის დასრულებიდან 6 (ექვსი) თვის შემდეგ საანგარიშგებო დოკუმენტაციის წარდგენა.

მუხლი 7. საჯარიმო სანქციები

1. მიმწოდებლისა და აფთიაქისათვის შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურების ამ წესით გათვალისწინებული გადახდის ვადის გადაცილებისას მზღვეველი მიმწოდებლისა და აფთიაქის სასარგებლოდ იხდის ასანაზღაურებელი თანხის 0.1%-ს ყოველ ვადაგადაცილებულ დღეზე. ჯარიმის გადახდა არ ათავისუფლებს მზღვეველს მთლიანი თანხის გადახდის ვალდებულებისაგან.

2. ამ წესების მე-3 მუხლის მე-4 პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტის „ა.გ“ და „ა.დ“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებული გარემოებების დადგომისას მიმწოდებელი ჯარიმის სახით მზღვეველს უხდის მოთხოვნილი და მოსათხოვნი თანხების სხვაობის სამმაგ ოდენობას, მაგრამ არა უმეტეს 5,000 ლარისა. ამასთანავე, ჯარიმის გადახდა მიმწოდებელს არ ათავისუფლებს ამ შემთხვევაზე მიღებული ანაზღაურების უკან დაბრუნების ან მისი არმოთხოვნის ვალდებულებისაგან.

3. იმ შემთხვევაში, თუ სადაზღვევო შემთხვევის შესახებ დავა განსახილველად გადაეცა სამედიცინო მედიაციის სამსახურს და განხილვის შედეგად არ დადგინდა მიმწოდებლის ბრალეულობა, ჯარიმის დარიცხვა ამ მუხლის პირველი პუნქტის შესაბამისად დაიწყება ამ კონკრეტული შემთხვევისათვის ამ წესებით განსაზღვრული გადახდის ვადის დარღვევის მომენტიდან. ამასთანავე, თუ დავის განხილვა სამედიცინო მედიაციის სამსახურის მიერ არ დასრულდება დავის მიღებიდან 30 (ოცდაათი) კალენდარული დღის განმავლობაში, დავის განხილვის მომდევნო პერიოდი

არ იქნება გათვალისწინებული ჯარიმის გაანგარიშებაში.

4. იმ შემთხვევაში, თუ სადაზღვევო შემთხვევის შესახებ დავა განსახილველად გადაეცა სამედიცინო მედიაციის სამსახურს და განხილვის შედეგად დადგინდა მიმწოდებლის ან აფთიაქის ბრალეულობა, ჯარიმის გაანგარიშება ხორციელდება ამ მუხლის მე-2 პუნქტის შესაბამისად.

5. სამედიცინო მედიაციის სამსახურის მიერ დავების განხილვისას რომელიმე მხარის მიერ ამ წესებით განსაზღვრული თითოეული პირობის დარღვევის იდენტიფიცირება გამოიწვევს ამ მხარის დაჯარიმებას თითოეულ დარღვევაზე 200 ლარით, მაგრამ ჯამურად არა უმეტეს 3000 ლარისა სახელმწიფო ბიუჯეტის სასარგებლოდ.

6. მზღვეველის მიერ ამ წესებით განსაზღვრულ შემთხვევებში სადაზღვევო შემთხვევის არანაზღაურება არ ათავისუფლებს მიმწოდებელს შესაბამისი საჯარიმო სანქციების გადახდისაგან. ხოლო მზღვეველის ბრალეულობის შემთხვევაში მიმწოდებლისათვის ასანაზღაურებელი თანხის გადახდა არ ათავისუფლებს მზღვეველს საჯარიმო სანქციების გადახდისაგან.