

სადაზღვევო კომპანიებისათვის სადაზღვევო ზარალების შესახებ ინფორმაციის ელექტრონული ანგარიშგების ფორმების შევსების წესი

დოკუმენტში წარმოდგენილია სადაზღვევო კომპანიების მიერ ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციართათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების შესახებ სოციალური მომსახურების სააგენტოსადმი წარსადგენი სტატისტიკური ფორმებში შემავალი ტერმინების განმარტებები და მათი შევსების წესი.

თავი I

ჯგუფი A

ამ ჯგუფში შემავალ ფორმებში აღიწერება სადაზღვევო პრეტენზიები, რომლებიც ეხება სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს, გარდა მედიკამენტების შეძენაზე გაწეული ხარჯებისა.

ფორმა A.1 – საანგარიშო თვის განმავლობაში ანაზღაურებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებისა და უარყოფილი პრეტენზიების სტატისტიკური ფორმა

ფორმის ჩაბარების პერიოდი: საანგარიშო თვის დასრულებიდან 10 კალენდარული დღე.

ფორმაში აღრიცხული ინფორმაციის შინაარსი: ფორმის თითოეულ სტრიქონში წარმოდგენილია ისეთი სადაზღვევო პრეტენზიები, რომელთა დაკავშირებითაც მზღვეველის მიერ:

- მიღებულია დადებითი გადაწყვეტილება და საანგარიშო თვის განმავლობაში ანაზღაურებულია თანხა.¹
- საანგარიშო თვის განმავლობაში მიღებულია უარყოფითი გადაწყვეტილება.

ფორმა A.1-ში მოცემული ტერმინების/ცნებების განმარტებები და შევსების წესი

1. რიგითი ნომერი

- წარმოადგენს მოცემულ სტატისტიკურ ფორმაში წარმოდგენილი სადაზღვევო პრეტენზიის აღმწერი სტრიქონის რიგით ნომერს.
- ყოველი ახალი საანგარიშო თვის ფორმაში გამოიყენება განახლებული ნუმერაცია.
- სტრიქონები უნდა დაინომროს არაბული ნუმერაციით, ყოველგვარი წერტილისა და ფრჩხილის გარეშე:

¹ ანაზღაურებული თანხის განსაზღვრება მოცემულია საქართველოს ეროვნული ბანკის პრეზიდენტის 2010 წლის 31 მარტის ბრძანება #50/01-ის #3დანართის 14 პუნქტში.

რიგითი ნომერი		
1	2	3
1		
2		
3		
....		

2. ანგარიშების თვე

- საანგარიშო თვე, რომლის შესაბამისი პერიოდის ინფორმაციის მიწოდებაც ხდება კონკრეტულ ფორმაში.
- ანგარიშების თვე წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text“ ფორმატში.

მაგალითად, თუ სადაზღვევო კომპანია წარადგენს იანვრის თვის ინფორმაციას, მაშინ აღნიშნული ველი ჩაიწერება შემდეგი სახით 01, თუ თებერვლის თვის ინფორმაციას 02 და ა.შ.

3. ანგარიშების წელი

- საანგარიშო წელი, რომლის შესაბამისი პერიოდის ინფორმაციის მიწოდებაც ხდება კონკრეტულ ფორმაში.
- საანგარიშო წელი ჩაწერილი უნდა იყოს ციფრებით, სრულად. ტექსტობრივი, სასვენი ნიშნების ან სხვა დანამატის გარეშე.
- ანგარიშების წელი წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text“ ფორმატში.

მაგალითად, თუ ანგარიშგება ეხება 2012 წელს, წელი ჩაიწერება ამ სახით: 2012, თუ 2013 წელს, მაშინ: 2013 და ა.შ.

4. სადაზღვევო კომპანია

- სტატისტიკური ფორმის წარმდგენი სადაზღვევო კომპანია.
- კომპანია წარმოდგენილი უნდა იყოს ქვემოთ მითითებული ნუმერაციის მიხედვით:

#	სადაზღვევო კომპანია
1	სს „სადაზღვევო კომპანია ალდაგი ბისიაი“
2	სს "სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი"
3	სს საერთაშორისო სადაზღვევო კომპანია "იმედი L International"
4	შპს „სადაზღვევო კომპანია ალფა“
5	სამედიცინო დაზღვევის ჯგუფი სს "არქიმედეს გლობალ ჯორჯია“
6	შპს სადაზღვევო კომპანია "აი სი ჯგუფი"
7	შპს დაზღვევის საერთაშორისო კომპანია "ირაო"
8	შპს დაზღვევის კომპანია "ქართუ"

5. უნიკოდი

- სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ ქვეყანაში მოქმედი ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციარებისათვის მინიჭებული სპეციალური უნიკალური ნომერი.

6. პოლისის ნომერი

- სადაზღვევო პოლისის ნომერი, რომლის პირობებითაც იფარება სტატისტიკური ფორმის კონკრეტულ სტრიქონში მოყვანილი სადაზღვევო პრეტენზია.
- სადაზღვევო პოლისის ნომერი წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text” ფორმატში.

7. პოლისის მოქმედების პერიოდის დასაწყისი

- იმ პოლისის მოქმედების პერიოდის დაწყების თარიღი, რომლის საფუძველზეც აღიძრა სტატისტიკური ფორმის კონკრეტულ სტრიქონში მოყვანილი სადაზღვევო პრეტენზია.
- თარიღი მოცემული უნდა იყოს “ „Text” ფორმატში: dd/MM/yyyy თანმიმდევრობით, „/“ გამყოფით.
 - მაგალითად: თუ პირი კომპანია N-ში დაზღვეულია 2011 წლის პირველი მაისიდან, მაშინ პოლისის მოქმედების პერიოდის დასაწყისი ჩაიწერება შემდეგი სახით – 01/05/2011

8. პოლისის მოქმედების პერიოდის დასასრული

- იმ პოლისის მოქმედების პერიოდის დასრულების თარიღი, რომლის საფუძველზეც აღიძრა სტატისტიკური ფორმის კონკრეტულ სტრიქონში მოყვანილი სადაზღვევო პრეტენზია.
- თარიღი მოცემული უნდა იყოს “ „Text” ფორმატში: dd/MM/yyyy თანმიმდევრობით, „/“ გამყოფით.
- - მაგალითად: თუ პირი კომპანია N-ში დაზღვეულია 2012 წლის პირველ დეკემბრამდე, მაშინ პოლისის მოქმედების პერიოდის დასასრული ჩაიწერება ასე – 01/12/2012

9. სახელი

- ბენეფიციარის სახელი, რომელიც დაფიქსირებულია მის პირადობის მოწმობაში. არასრულწლოვანის შემთხვევაში – დაბადების მოწმობაში
- ფონტი – „Sylfaen”.

10. გვარი

- ბენეფიციარის გვარი, რომელიც დაფიქსირებულია მის პირადობის მოწმობაში. არასრულწლოვანის შემთხვევაში – დაბადების მოწმობაში
- ფონტი – „Sylfaen”.

11. სქესი

- სქესი მითითებული უნდა იყოს კოდის სახით:

სქესი	კოდი
კაცი	0
ქალი	1

12. დაბადების თარიღი

- ბენეფიციარის დაბადების თარიღი, რომელიც დაფიქსირებულია მის პირადობის მოწმობაში. არასრულწლოვანის შემთხვევაში – დაბადების მოწმობაში
- დაბადების თარიღი მოცემული უნდა იყოს “ „Text” ფორმატში: dd/MM/yyyy თანმიმდევრობით, „/“ გამყოფით.

13. პირადი ნომერი

- ბენეფიციარის პირადი ნომერი, რომელიც დაფიქსირებულია მის პირადობის მოწმობაში. არასრულწლოვანის შემთხვევაში – დაბადების მოწმობაში
- პირადი ნომერი წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text” ფორმატში.

14. დაბადების მოწმობის ნომერი

- არასრულწლოვანი ბენეფიციარის დაბადების მოწმობის ნომერი
- დაბადების მოწმობის ნომერი წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text” ფორმატში.

15. ოჯახის საიდენტიფიკაციო კოდი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში)

- სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ ბენეფიციარისათვის მინიჭებული ოჯახის საიდენტიფიკაციო კოდი.
- ოჯახის საიდენტიფიკაციო კოდი წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text” ფორმატში.

16. ოჯ. წევრების რაოდენობა

- სამედიცინო მომსახურების მიღების მომენტში არსებულ აქტიურ სადაზღვევო პერიოდში ბენეფიციარის ოჯახის წევრების რაოდენობა (ბენეფიციარის ჩათვლით), რომელი შემადგენლობითაც მოცემულ პერიოდში ისინი გახდნენ ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელწიფო პროგრამის ბენეფიციარები .

17. სარეიტინგო ქულა²

- აქტიური პოლისის განმსაზღვრელი სარეიტინგო ქულა, რომელიც მიაწვდა სოციალური მომსახურების სააგენტომ სიღარიბის ზღვარს ქვემოთ მყოფ ოჯახს და რომლის მოქმედების დროსაც განხორციელდა სადაზღვევო შემთხვევა.

18. სადაზღვევო ბაზაში პირველად მოხვედრის თარიღი³

² ველის შევსება სავალდებულო გახდება მას შემდეგ, რაც სოციალური მომსახურების სააგენტო სადაზღვევო კომპანიებს მიაწვდის შესაბამის ინფორმაციას

- თარიღი, როდესაც პირი პირველად მოხვდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამის ბენეფიციართა ბაზაში (მიუხედავად იმისა, შემდგომში ჰქონდა თუ არა მის სადაზღვევო პერიოდს წყვეტა, ან შეიცვალა თუ არა ბენეფიციარმა წინამდებარე დოკუმენტის პუნქტი 18-ის მიხედვით განმარტებული პროგრამის ბენეფიციართა კატეგორია).
- თარიღი მოცემული უნდა იყოს “ „Text” ფორმატში: dd/MM/yyyy თანმიმდევრობით, „/“ გამოყოფით.

19. რეგიონი

- სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ მონაცემთა ერთიან სადაზღვევო ბაზაში დაფიქსირებული ბენეფიციარის საცხოვრებელი ადმინისტრაციული რეგიონის დასახელება
- რეგიონი წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text” ფორმატში:

რეგიონის დასახელება	კოდი
თბილისი	01
გურიის მხარე	02
რაჭა–ლეჩხუმისა და ქვემო სვანეთის მხარე	03
კახეთის მხარე	04
იმერეთის მხარე	05
მცხეთა–მთიანეთის მხარე	06
სამეგრელო ზემო სვანეთის მხარე	07
სამცხე–ჯავახეთის მხარე	08
ქვემო ქართლის მხარე	09
შიდა ქართლის მხარე	10
აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა	11
ზემო აფხაზეთი	12

20. რაიონი

- სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ სადაზღვევო ბაზაში დაფიქსირებული ბენეფიციარის საცხოვრებელი ადმინისტრაციული რაიონის დასახელება
- რაიონი წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text” ფორმატში.

21. პროგრამის ბენეფიციარის კატეგორია

³ ველის შევსება სავალდებულო გახდება მას შემდეგ, რაც სოციალური მომსახურების სააგენტო სადაზღვევო კომპანიებს მიაწვდის შესაბამის ინფორმაციას.

- სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის #218 დადგენილების მიხედვით მონაცემთა ერთიან სადაზღვევო ბაზაში დაფიქსირებული ბენეფიციართა ჯგუფებიდან ერთ-ერთი, რომელსაც მიეკუთვნება კონკრეტული ბენეფიციარი.
- პროგრამის ბენეფიციარის კატეგორიის დასახელება წარმოდგენილი უნდა იყოს ქვემოთ მოყვანილი ცხრილის შესაბამისად, ქართულ ენაზე, ფონტი – „Sylfaen“:

#	პროგრამის ბენეფიციარის კატეგორია
1	სოციალურად დაუცველი ოჯახები
2	პედაგოგები
3	დევნილები
4	სკოლა პანსიონის ბენეფიციარები
5	ხანდაზმულთა და შშმპ-თა პანსიონების ბენეფიციარები
6	ლაურეატები
7	მზრუნველობამოკლებული ბავშვები
8	რეინტეგრაციასა და მინდობით აღზრდის პროგრამის ბენეფიციარები
9	აღმზრდელები და უფროსი აღმზრდელები
10	მცირე საოჯახო ტიპის სახლების ბენეფიციარები
11	სახელმწიფო ზრუნვის სააგენტოს ბენეფიციარები
12	აფხაზეთის ოკუპირებული ტერიტორიის მიმდებარედ მცხოვრები ოჯახები
13	სათემო ორგანიზაციის ბენეფიციარები

- სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამის ბენეფიციარის კატეგორია და ჩაწერის ფორმატი ყოველი საანგარიშო თვის შესაბამის სტატისტიკურ ფორმაში წარმოდგენილი უნდა იყოს უცვლელად, ყოველგვარი წერტილისა და ფრჩხილის გარეშე.

22. სადაზღვევო პრეტენზიის საიდენტიფიკაციო ნომერი (claim's ID)

- სადაზღვევო პრეტენზიის ნომერი, რომელიც მას მიანიჭა მზღვეველმა დარეგულირების პროცესში.
- სადაზღვევო პრეტენზიის საიდენტიფიკაციო ნომერი წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text“ ფორმატში.

23. პირველადი მიმართვის თარიღი გეგმიური მომსახურების შემთხვევაში

- ველი ივსება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ბენეფიციარს ესაჭიროება გეგმიური სამედიცინო მომსახურების ჩატარება, მან ამისათვის მიმართა სადაზღვევო კომპანიას და დადგა აღრიცხვაზე მოლოდინის პერიოდით.
- ველში მითითებული უნდა იყოს ის თარიღი, როცა ბენეფიციარმა პირველად მიმართა სადაზღვევო კომპანიას.
- თარიღი მოცემული უნდა იყოს “ „Text“ ფორმატში: dd/MM/yyyy თანმიმდევრობით, „/“ გამყოფით.

24. პირველად წარმოდგენილი თანხა გეგმიური მომსახურების შემთხვევაში (ლარი)

- ველი ივსება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ბენეფიციარს ესაჭიროება გეგმიური სამედიცინო მომსახურების ჩატარება, მან ამისათვის მიმართა სადაზღვევო კომპანიას და დადგა აღრიცხვაზე მოლოდინის პერიოდით.
- ველში მითითებული უნდა იყოს ის თანხა, რაც დაფიქსირებული იყო ბენეფიციარის მიერ წარმოდგენილ პირველად კალკულაციაში.
- თანხა დაფიქსირებული უნდა იყოს ეროვნულ ვალუტაში, „Number“ ფორმატში.

25. სადაზღვევო პრეტენზიის განცხადების თარიღი (კომპანიაში სამედიცინო/ფინანსური დოკუმენტაციის წარდგენის თარიღი)

- თარიღი, როცა სადაზღვევო კომპანიამ მიიღო ინვოისი/ფინანსური დოკუმენტი სადაზღვევო პრეტენზიის შესახებ სამედიცინო დაწესებულებისაგან ან ან დაზღვეული პირისაგან.
 - სადაზღვევო პრეტენზიის ინდივიდუალურად განცხადების შემთხვევაში სადაზღვევო პრეტენზიის განცხადების თარიღი დაემთხვევა პირის მიერ სამედიცინო მომსახურების ჩატარების დამადასტურებელი დოკუმენტაციის კომპანიაში წარდგენის თარიღს.
- თარიღი მოცემული უნდა იყოს “ „Text” ფორმატში: dd/MM/yyyy თანმიმდევრობით, „/“ გამყოფით.
- მაგალითად, თუ სამედიცინო დაწესებულებამ სადაზღვევო კომპანიისათვის წარსადგენი ინვოისი გამოწერა 2012 წლის 30 სექტემბერს, კომპანიაში ინვოისი წარადგინა 5 ოქტომბერს, ხოლო სადაზღვევო კომპანიამ აღნიშნულ ინვოისში შემავალი სადაზღვევო პრეტენზიების დამუშავება დაიწყო 10 ოქტომბერს, მაშინ აღნიშნული სადაზღვევო პრეტენზიის განცხადების თარიღი იქნება 05/10/2012 და არა სხვა რომელიმე თარიღი.

26. სამედიცინო დაწესებულება

- სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის ოფიციალური სრული დასახელება, სამართლებრივი ფორმის მითითებით.
- სამედიცინო დაწესებულების დასახელება წარმოდგენილი უნდა იყოს ქართულ ენაზე, ფონტი – „Sylfaen”:
 - მაგალითად: შპს ოზურგეთის ცენტრალური კლინიკური საავადმყოფო; სს ჰემატოლოგიისა და ტრანსფუზიოლოგიის ინსტიტუტი.
- სამედიცინო დაწესებულების დასახელება და ჩაწერის ფორმატი ყოველი საანგარიშო თვის შესაბამის სტატისტიკურ ფორმაში წარმოდგენილი უნდა იყოს უცვლელად, ყოველგვარი წერტილის, ბრჭყალისა და ფრჩხილის გარეშე (მათ შორის სამართლებრივი ფორმის ჩაწერისას).

27. სამედიცინო დაწესებულების საიდენტიფიკაციო კოდი

- სამედიცინო დაწესებულების რეგისტრაციის (საგადასახადო) ნომერი.

- სამედიცინო დაწესებულების საიდენტიფიკაციო კოდი წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text” ფორმატში.

28. სამედიცინო დაწესებულების მდებარეობის რეგიონი

- სამედიცინო დაწესებულების მდებარეობის ადმინისტრაციული რეგიონის დასახელება (სადაც ჩატარდა სამედიცინო მომსახურება).
- სამედიცინო დაწესებულების მდებარეობის რეგიონი წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text” ფორმატში.

29. სამედიცინო დაწესებულების მდებარეობის რაიონი

- სამედიცინო დაწესებულების მდებარეობის ადმინისტრაციული რაიონის დასახელება (სადაც ჩატარდა სამედიცინო მომსახურება)
- სამედიცინო დაწესებულების მდებარეობის რაიონი წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text” ფორმატში.

30. სამედიცინო მომსახურების სახე

- მომსახურების სახე წარმოდგენილი უნდა იყოს ქართულ ენაზე, ქვემოთ მოყვანილი ცხრილის შესაბამისად, ფონტი – „Sylfaen”:

მომსახურების სახე (218-ე დადგენილების მე-3 მუხლის მიხედვით)	სტატისტიკურ ფორმაში შესატანი მომსახურების სახე
ა) ამბულატორიული მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება:	
ა.ა) ამბულატორიული მომსახურება (ოჯახის ექიმის ან უბნის ექიმის მიერ მიწოდებული მომსახურება); სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება, გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება; ოჯახის ექიმის, უბნის ექიმის, ექთნის მომსახურება ბინაზე, საჭიროების შემთხვევაში;	ოჯახის ექიმის კონსულტაცია
ა.ბ) ექიმის დანიშნულებით ელექტროკარდიოგრაფიული, ექოსკოპიური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები, გეგმიურ ქირურგიულ ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები;	ექიმ-სპეციალისტის კონსულტაცია
ა.გ) ექიმის დანიშნულებით ამბულატორიულ დონეზე კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები: სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი და კრეატინი, გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, ორსულობის ტესტი, ჰემოგლობინი, განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე;	ექთნის კონსულტაცია
ა.დ) შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა (შშმპ) სოციალური ექსპერტიზისათვის, კერძოდ, შშმპ-ს სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა (კომპიუტერული ტომოგრაფია და ბირთვულ-მაგნიტურ-რეზონანსური გამოკვლევები);	ინსტრუმენტული კვლევები
ა.ე) ამბულატორიულ დონეზე ყველა სახის სამედიცინო ცნობებისა და რეცეპტების გაცემა (გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული	ლაბორატორიული კვლევები
	გადაუდებელი ამბულატორია

ფორმა NIV-100/ა, სსიპ – შსს-ს მომსახურების სააგენტოში ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შენახვის/ტარების უფლების მისაღებად წარსადგენი ცნობებისა);	სხვა ამბულატორიული ხარჯი
ბ) სტაციონარული მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება: ბ.ა) გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება, მათ შორის, გართულებულ ორსულობასთან, მშობიარობასთან და ლოგინობის ხანასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია; ბ.ბ) გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი); ბ.გ) ქიმიოთერაპიისა და სხივური თერაპიის ხარჯები	გადაუდებელი სტაციონარი
	გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები
	ქიმიოთერაპია და სხივური თერაპია
გ) მშობიარობასთან დაკავშირებული ხარჯები	მშობიარობა

- მომსახურების სახის დასახელების ჩაწერის ფორმატი ყოველი საანგარიშო თვის შესაბამის სტატისტიკურ ფორმაში უნდა იყოს წარმოდგენილი უცვლელად, ყოველგვარი წერტილის, ფრჩხილისა და ბრჭყალის გარეშე.

თუ სადაზღვევო კომპანიას სამედიცინო დაწესებულებასთან გაფორმებული აქვს კაპიტაციური ხელშეკრულება და ამასთანავე აწარმოებს კაპიტაციური შესრულების აღრიცხვას, ასეთი ინფორმაცია არ უნდა იყოს განთავსებული აღნიშნულ ფორმაში.

31. ძირითადი დიაგნოზი (ICD 10) კლასიფიკატორის მიხედვით / კოდი

32. ძირითადი დიაგნოზი (ICD 10) კლასიფიკატორის მიხედვით / დასახელება

33. თანმხლები დიაგნოზი (ICD 10) კლასიფიკატორის მიხედვით / კოდი

34. თანმხლები დიაგნოზი (ICD 10) კლასიფიკატორის მიხედვით / დასახელება

35. დიაგნოზი გართულების შემთხვევაში (ICD 10) კლასიფიკატორის მიხედვით / კოდი

36. დიაგნოზი გართულების შემთხვევაში (ICD 10) კლასიფიკატორის მიხედვით / დასახელება

37. ჩარევის სახე 1 (NCSP) / კოდი

38. ჩარევის სახე 1 (NCSP) / დასახელება

39. ჩარევის სახე 1 (ICPC2) / კოდი

40. ჩარევის სახე 1 (ICPC2) / დასახელება

41. ჩარევის სახე 2 (NCSP) / კოდი

42. ჩარევის სახე 2 (NCSP) / დასახელება

43. ჩარევის სახე 2 (ICPC2) / კოდი

44. ჩარევის სახე 2 (ICPC2) / დასახელება

45. ჩარევის სახე 3 (NCSP) / კოდი

46. ჩარევის სახე 3 (NCSP) / დასახელება

47. ჩარევის სახე 3 (ICPC2) / კოდი

48. ჩარევის სახე 3 (ICPC2) / დასახელება

49. ლაბორატორიული კვლევა / კოდი

50. ლაბორატორიული კვლევა / დასახელება

51. ინსტრუმენტული კვლევა (NCSP) / კოდი

52. ინსტრუმენტული კვლევა (NCSP) / დასახელება

53. სამედიცინო მომსახურების დაწყების თარიღი

- იმ სამედიცინო მომსახურების მიღების დაწყების თარიღი, რის გამოც განცხადდა სადაზღვევო პრეტენზია სადაზღვევო კომპანიაში.
- სამედიცინო მომსახურების დაწყების თარიღი უნდა ემთხვეოდეს სამედიცინო დაწესებულების მიერ წარმოდგენილ დოკუმენტში/ინვოისში დაფიქსირებულ თარიღს.
- თარიღი მოცემული უნდა იყოს “ „Text” ფორმატში: dd/MM/yyyy თანმიმდევრობით, „/“ გამყოფით.

54. სამედიცინო მომსახურების დასრულების თარიღი

- იმ სამედიცინო მომსახურების მიღების დასრულების თარიღი, რის გამოც განცხადდა სადაზღვევო პრეტენზია სადაზღვევო კომპანიაში.
- სამედიცინო მომსახურების დასრულების თარიღი უნდა ემთხვეოდეს სამედიცინო დაწესებულების მიერ წარმოდგენილ დოკუმენტში/ინვოისში დაფიქსირებულ თარიღს.
- თარიღი მოცემული უნდა იყოს “ „Text” ფორმატში: dd/MM/yyyy თანმიმდევრობით, „/“ გამყოფით.
- ტიპურად, ამბულატორიული შემთხვევებისათვის სამედიცინო მომსახურების დაწყებისა და დასრულების თარიღები დაემთხვევა ერთმანეთს, ხოლო ჰოსპიტალური შემთხვევებისათვის იქნება განსხვავებული.

55. სამედიცინო დაწესებულებისგან მოთხოვნილი თანხა (ლარი)

- სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაწეულ მომსახურებაზე წარმოდგენილ დოკუმენტში დაფიქსირებული მოთხოვნილი თანხა კონკრეტული სადაზღვევო პრეტენზიის მიხედვით.
- თანხა დაფიქსირებული უნდა იყოს ეროვნულ ვალუტაში, „Number“ ფორმატში.

56. აღიარებული თანხა (ლარი)

- თანხა, რომელიც სადაზღვევო კომპანიამ აღიარა და რომლის გადახდის თაობაზე განაცხადა თანხმობა პრეტენზიის დარეგულირების შედეგად.
- სადაზღვევო პრეტენზიის უარყოფის შემთხვევაში აღიარებული თანხა იქნება ნულის ტოლი.
- თანხა დაფიქსირებული უნდა იყოს ეროვნულ ვალუტაში, „Number“ ფორმატში.

57. გადაწყვეტილება

- სადაზღვევო კომპანიის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება სტატისტიკურ ფორმაში არსებული კონკრეტული სადაზღვევო პრეტენზიის დაკმაყოფილების/უარყოფის შესახებ.
- გადაწყვეტილება ფორმა A.1–თვის არის ორი სახის:
 - დადებითი
 - დაკმაყოფილებული სადაზღვევო პრეტენზიებისათვის
 - უარყოფითი
 - უარყოფილი სადაზღვევო პრეტენზიებისათვის.
- ტექსტი წარმოდგენილი უნდა იყოს ქართულ ენაზე, ფონტი – „Sylfaen“.
- გადაწყვეტილების ჩაწერის ფორმატი ყოველი საანგარიშო თვის შესაბამის სტატისტიკურ ფორმაში უნდა იყოს წარმოდგენილი უცვლელად, ყოველგვარი წერტილის, ფრჩხილისა და ბრჭყალის გარეშე.

58. კომენტარი/მიზეზი

- კომენტარი/მიზეზის ველი ივსება იმ შემთხვევაში, როდესაც აღიარებული თანხა განსხვავდება მოთხოვნილი თანხისაგან.
- ველში უნდა დაფიქსირდეს აღიარებულსა და მოთხოვნილ თანხებს შორის სხვაობის მიზეზი ქვემოთ მოყვანილი ცხრილის მიხედვით:

#	კომენტარი/მიზეზი
1	არასაკმარისი/არასწორად შევსებული დოკუმენტაცია
2	ლიმიტის გადაჭარბება
3	არასადაზღვევო ხარჯი
4	გამონაკლისი
5	შეტყობინების გარეშე
6	ფასდაკლება
7	ხელშეკრულების პირობების დარღვევა
8	თანადაფინანსება (სხვა კომპანიასთან ზარალის გაყოფისას)

- ტექსტი წარმოდგენილი უნდა იყოს ქართულ ენაზე, ფონტი – „Sylfaen“.
- კომენტარი/მიზეზის დასახელება და ჩაწერის ფორმატი ყოველი საანგარიშო თვის შესაბამის სტატისტიკურ ფორმაში უნდა იყოს წარმოდგენილი უცვლელად, ყოველგვარი წერტილისა და ბრჭყალის გარეშე.

59. სამედიცინო დაწესებულებისთვის/ფიზიკური პირისათვის გადარიცხული თანხა (ლარი)

- აღიარებული თანხა ან მისი ნაწილი, რომელიც გადარიცხულია საანგარიშო თვეში კონკრეტულ სადაზღვევო პრეტენზიასთან დაკავშირებით.
- თანხა დაფიქსირებული უნდა იყოს ეროვნულ ვალუტაში, „Number“ ფორმატში.

60. გადარიცხვის თარიღი

- აღიარებული თანხის გადახდის თარიღი.
- თარიღი მოცემული უნდა იყოს “ „Text” ფორმატში: dd/MM/yyyy თანმიმდევრობით, „/“ გამყოფით.

შენიშვნა: სტატისტიკურ ფორმაში მოყვანილი ინფორმაცია ბენეფიციარის პირადი მონაცემების შესახებ უნდა ასახავდეს სამედიცინო მომსახურების მიღების თარიღისათვის არსებულ მდგომარეობას.

ფორმა A.2 – საანგარიშო თარიღისათვის დარეგულირების პროცესში მყოფი სადაზღვევო პრეტენზიების სტატისტიკური ფორმა

ფორმის ჩაბარების პერიოდი: საანგარიშო თვის დასრულებიდან 10 კალენდარული დღე.

ფორმაში აღრიცხული ინფორმაციის შინაარსი: ფორმის თითოეულ სტრიქონში წარმოდგენილია საანგარიშო თვის ბოლო დღის მდგომარეობით აღრიცხული ისეთი სადაზღვევო პრეტენზიები:

- რომლის ანაზღაურებაზეც მიღებულია დადებითი გადაწყვეტილება, მაგრამ თანხა ჯერ გადარიცხული არ არის.
- რომლის შესახებაც ცნობილია კომპანიისათვის, მაგრამ საბოლოო გადაწყვეტილება მათ დაფინანსებაზე მიღებული არ არის.

ფორმა A.2–ში მოცემული ტერმინების/ცნებების განმარტებები და შევსების წესი

ფორმა A.1–ში და ფორმა A.2–ში მოცემული ველების თანმიმდევრობა, შინაარსი და შევსების წესი იდენტურია, გარდა შემდეგისა:

➤ **ფორმა A.2–სათვის გადაწყვეტილების ველს აქვს ორი მნიშვნელობა:**

- **დარეგულირებული**
 - იმ სადაზღვევო პრეტენზიებისათვის, რომლებიც განიხილა სადაზღვევო კომპანიამ, მიიღო დადებითი გადაწყვეტილება მათ ანაზღაურებაზე, მაგრამ თანხა ჯერ გადარიცხული არ არის.
- **დასარეგულირებელი**

- იმ სადაზღვევო პრეტენზიებისათვის, რომელთა ანაზღაურების შესახებ სადაზღვევო კომპანიას ჯერ გადაწყვეტილება არ მიუღია.
- ტექსტი წარმოდგენილი უნდა იყოს ქართულ ენაზე, ფონტი – „Sylfaen”.
- გადაწყვეტილების ჩაწერის ფორმატი ყოველი საანგარიშო თვის შესაბამის სტატისტიკურ ფორმაში უნდა იყოს წარმოდგენილი უცვლელად, ყოველგვარი წერტილის, ფრჩხილისა და ბრჭყალის გარეშე.

შენიშვნა: სტატისტიკური ფორმაში მოყვანილი ინფორმაცია ბენეფიციარის პირადი მონაცემების შესახებ უნდა ასახავდეს სამედიცინო მომსახურების მიღების თარიღისათვის არსებულ მდგომარეობას.

ფორმა A.3 – საანგარიშო თვის წინა პერიოდში სადაზღვევო პრეტენზიების თაობაზე მიღებული გადაწყვეტილებების კორექტირების ფორმა

ფორმის ჩაბარების პერიოდი: საანგარიშო თვის დასრულებიდან 10 კალენდარული დღე.

ფორმაში აღრიცხული ინფორმაციის შინაარსი: ფორმა ივსება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი წინა პერიოდის განმავლობაში ჩაბარებულ A.1 ფორმებში დაფიქსირებულ შემთხვევებზე განხორციელდა ანაზღაურებული/უარყოფილი თანხების ცვლილება. ფორმის თითოეულ სტრიქონში წარმოდგენილია ინფორმაცია საანგარიშო თვის განმავლობაში დაკორექტირებულ თითო შემთხვევაზე.

ფორმა A.3–ში მოცემული ტერმინების/ცნებების განმარტებები და შევსების წესი

ფორმა A.3–ში მოცემული შემდეგი ველების შინაარსი და შევსების წესი იდენტურია ფორმა A.1–ში მოცემული ველებისა:

1. რიგითი ნომერი
2. ანგარიშგების თვე
3. ანგარიშგების წელი
4. სადაზღვევო კომპანია (კოდი)
5. უნიკოდი
6. პოლისის ნომერი
7. პირადი ნომერი
8. დაბადების მოწმობის ნომერი
9. სადაზღვევო პრეტენზიის საიდენტიფიკაციო ნომერი (claim's ID)
10. სამედიცინო მომსახურების დაწყების თარიღი
11. სამედიცინო მომსახურების დასრულების თარიღი

დამატებული ველები:

12. კორექტირების თანხა დადებითი კორექტირების შემთხვევაში (ლარი)

- თანხის ის ნაწილი, რითაც მოხდა წინა ფორმაში დაფიქსირებული ანაზღაურებული თანხის ზრდა.
- თანხა დაფიქსირებული უნდა იყოს ეროვნულ ვალუტაში, „Number“ ფორმატში.

13. ფასდაკლება/ჯარიმა/კორექტირების თანხა უარყოფითი კორექტირების შემთხვევაში (ლარი)

- თანხის ის ნაწილი, რითაც მოხდა წინა ფორმაში დაფიქსირებული ანაზღაურებული თანხის შემცირება.
- თანხა დაფიქსირებული უნდა იყოს ეროვნულ ვალუტაში, „Number“ ფორმატში.

ფორმის კონკრეტულ სტრიქონში შეივსება მე-12 ან მე-13 პუნქტიდან მხოლოდ ერთ-ერთი, იმის მიხედვით, თუ რა სახის კორექტირება განხორციელდა.

14. ფინანსურ დოკუმენტაციაში კორექტირების შეტანის თარიღი

- თარიღი, როდესაც განხორციელდა აღნიშნული კორექტირება სადაზღვევო კომპანიის ფინანსურ დოკუმენტაციაში.
- თარიღი მოცემული უნდა იყოს “ „Text” ფორმატში: dd/MM/yyyy თანმიმდევრობით, „/“ გამყოფით.

თავი II

ჯგუფი B

ამ ჯგუფში შემავალ ფორმებში აღიწერება სადაზღვევო პრეტენზიები, რომლებიც ეხება მედიკამენტების შეძენაზე გაწეულ ხარჯებს

ფორმა B.1 საანგარიშო თვის განმავლობაში მედიკამენტების შეძენაზე გაწეული ხარჯების ანაზღაურებისა და უარყოფილი პრეტენზიების სტატისტიკური ფორმა

ფორმის ჩაბარების პერიოდი: საანგარიშო თვის დასრულებიდან 10 კალენდარული დღე.

ფორმაში აღრიცხული ინფორმაციის შინაარსი: ფორმის თითოეულ სტრიქონში წარმოდგენილია მედიკამენტების შეძენის ხარჯებთან დაკავშირებული ისეთი სადაზღვევო პრეტენზიები, რომლებზეც მზღვეველის მიერ:

- მიღებულია დადებითი გადაწყვეტილება და საანგარიშო თვის განმავლობაში ანაზღაურებულია თანხა.
- საანგარიშო თვის განმავლობაში მიღებულია უარყოფითი გადაწყვეტილება.

ფორმა B.1–ში მოცემული ტერმინების/ცნებების განმარტებები და შევსების წესი

ფორმა B.1–ში მოცემული 1-21 ველების თანმიმდევრობა, შინაარსი და შევსების წესი ბენეფიციარის პირადი ინფორმაციის შესახებ იგივეა, რაც ფორმა A.1–ის მიხედვით არის მითითებული.

სადაზღვევო პრეტენზიის აღწერის შესაბამის ველებში არსებული ტერმინების/ცნებების განმარტებები და შევსების წესი:

22. სადაზღვევო პრეტენზიის საიდენტიფიკაციო ნომერი (claim's ID)

- სადაზღვევო პრეტენზიის ნომერი, რომელიც მას მიანიჭა მზღვეველმა დარეგულირების პროცესში.
- სადაზღვევო პრეტენზიის საიდენტიფიკაციო ნომერი წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text“ ფორმატში.

23. სადაზღვევო პრეტენზიის განცხადების თარიღი (კომპანიაში სამედიცინო/ფინანსური დოკუმენტაციის წარდგენის თარიღი)

- თარიღი, როცა სადაზღვევო კომპანიამ ავთიაქისაგან მიიღო ინვოისი სადაზღვევო პრეტენზიის შესახებ.
 - სადაზღვევო პრეტენზიის ინდივიდუალურად განცხადების შემთხვევაში სადაზღვევო პრეტენზიის განცხადების თარიღი დაემთხვევა პირის მიერ მედიკამენტის შეძენის დამადასტურებელი დოკუმენტაციის კომპანიაში წარდგენის თარიღს.
- თარიღი მოცემული უნდა იყოს “ „Text“ ფორმატში: dd/MM/yyyy თანმიმდევრობით, „/“ გამყოფით.
- მაგალითად, თუ ავთიაქმა სადაზღვევო კომპანიისათვის წარსადგენი ინვოისი გამოწერა 2012 წლის 30 სექტემბერს, კომპანიაში ინვოისი წარადგინა 5 ოქტომბერს, ხოლო სადაზღვევო კომპანიამ აღნიშნულ ინვოისში შემავალი სადაზღვევო პრეტენზიების დამუშავება დაიწყო 10 ოქტომბერს, მაშინ აღნიშნული სადაზღვევო პრეტენზიის განცხადების თარიღი იქნება 05/10/2012 და არა სხვა რომელიმე თარიღი.

24. ავთიაქის დასახელება

- ავთიაქის ოფიციალური სრული დასახელება, სამართლებრივი ფორმის მითითებით.
- ავთიაქის დასახელება წარმოდგენილი უნდა იყოს ქართულ ენაზე, ფონტი – „Sylfaen“:
 - მაგალითად: შპს ავერსი ფარმა; შპს ეიბისი ფარმაცია.
- ავთიაქის დასახელება და ჩაწერის ფორმატი ყოველი საანგარიშო თვის შესაბამის სტატისტიკურ ფორმაში უნდა იყოს წარმოდგენილი უცვლელად, ყოველგვარი წერილის, ბრჭყალისა და ფრჩხილის გარეშე (მათ შორის სამართლებრივი ფორმის ჩაწერისას).

25. ავთიაქის საიდენტიფიკაციო კოდი

- აფთიაქის რეგისტრაციის (საგადასახადო) ნომერი.
- აფთიაქის საიდენტიფიკაციო კოდი წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text“ ფორმატში.

26. აფთიაქის მდებარეობის რეგიონი

- აფთიაქის მდებარეობის ადმინისტრაციული რეგიონის დასახელება (სადაც განხორციელდა მომსახურება).
- აფთიაქის მდებარეობის რეგიონი წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text“ ფორმატში.

27. აფთიაქის მდებარეობის რაიონი

- აფთიაქის მდებარეობის ადმინისტრაციული რაიონის დასახელება (სადაც განხორციელდა მომსახურება).
- აფთიაქის მდებარეობის რაიონი წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text“ ფორმატში.

28. მედიკამენტის შეძენის თარიღი

- მედიკამენტის შეძენის თარიღი, რის გამოც განცხადდა სადაზღვევო პრეტენზია სადაზღვევო კომპანიაში.
 - o მედიკამენტის შეძენის თარიღი უნდა ემთხვეოდეს აფთიაქის მიერ წარმოდგენილ დოკუმენტში/ინვოისში დაფიქსირებულ თარიღს.
- თარიღი მოცემული უნდა იყოს “ „Text“ ფორმატში: dd/MM/yyyy თანმიმდევრობით, „/“ გამოყოფით.

29. მედიკამენტის სრული ღირებულება (ლარი)

- მედიკამენტის ღირებულება #218 დადგენილებით განსაზღვრული თანაგადახდის პროცენტის გათვალისწინების გარეშე კონკრეტული სადაზღვევო პრეტენზიის მიხედვით.
- თანხა დაფიქსირებული უნდა იყოს ეროვნულ ვალუტაში, „Number“ ფორმატში.

30. მედიკამენტის ღირებულება თანაგადახდის გათვალისწინებით (ლარი)

- მედიკამენტის ღირებულება მას შემდეგ, რაც გათვალისწინებული იქნება #218 დადგენილებით განსაზღვრული თანაგადახდის პროცენტი კონკრეტული სადაზღვევო პრეტენზიის მიხედვით.
- თანხა დაფიქსირებული უნდა იყოს ეროვნულ ვალუტაში, „Number“ ფორმატში.

31. აღიარებული თანხა (ლარი)

- თანხა, რომელიც სადაზღვევო კომპანიამ აღიარა და რომლის გადახდის თაობაზე განაცხადა თანხმობა პრეტენზიის დარეგულირების შედეგად.
- სადაზღვევო პრეტენზიის უარყოფის შემთხვევაში აღიარებული თანხა იქნება ნულის ტოლი.
- თანხა დაფიქსირებული უნდა იყოს ეროვნულ ვალუტაში, „Number“ ფორმატში.

32. გადაწყვეტილება

- სადაზღვევო კომპანიის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება სტატისტიკურ ფორმაში არსებული კონკრეტული სადაზღვევო პრეტენზიის დაკმაყოფილების/უარყოფის შესახებ.
- გადაწყვეტილება ფორმა B.1-თვის არის ორი სახის:
 - o დადებითი
 - 1. დაკმაყოფილებული სადაზღვევო პრეტენზიებისათვის
 - o უარყოფითი
 - 1. უარყოფილი სადაზღვევო პრეტენზიებისათვის.
- ტექსტი წარმოდგენილი უნდა იყოს ქართულ ენაზე, ფონტი – „Sylfaen”.
- გადაწყვეტილების ჩაწერის ფორმატი ყოველი საანგარიშო თვის შესაბამის სტატისტიკურ ფორმაში უნდა იყოს წარმოდგენილი უცვლელად, ყოველგვარი წერტილის, ფრჩხილისა და ბრჭყალის გარეშე.

33. კომენტარი/მიზეზი

- კომენტარი/მიზეზის ველი ივსება იმ შემთხვევაში, როდესაც აღიარებული თანხა განსხვავდება მოთხოვნილი თანხისაგან.
- ველში უნდა დაფიქსირდეს აღიარებულსა და მოთხოვნილ თანხებს შორის სხვაობის მიზეზი ქვემოთ მოყვანილი ცხრილის მიხედვით:

#	კომენტარი/მიზეზი
1	არასაკმარისი/არასწორად შევსებული დოკუმენტაცია
2	ლიმიტის გადაჭარბება
3	არასადაზღვევო ხარჯი
4	გამონაკლისი
5	ფასდაკლება
6	ხელშეკრულების პირობების დარღვევა
7	თანაგადახდა

- ტექსტი წარმოდგენილი უნდა იყოს ქართულ ენაზე, ფონტი – „Sylfaen”.
- კომენტარი/მიზეზის დასახელება და ჩაწერის ფორმატი ყოველი საანგარიშო თვის შესაბამის სტატისტიკურ ფორმაში უნდა იყოს წარმოდგენილი უცვლელად, ყოველგვარი წერტილისა და ბრჭყალის გარეშე.

34. აფთიაქისათვის/ფიზიკური პირისათვის გადარიცხული თანხა (ლარი)

- აღიარებული თანხა ან მისი ნაწილი, რომელიც გადარიცხულია საანგარიშო თვეში კონკრეტულ სადაზღვევო პრეტენზიასთან დაკავშირებით.
- თანხა დაფიქსირებული უნდა იყოს ეროვნულ ვალუტაში, „Number“ ფორმატში.

35. გადარიცხვის თარიღი

- ანაზღაურებული თანხის გადახდის თარიღი.

- თარიღი მოცემული უნდა იყოს “ „Text” ფორმატში: dd/MM/yyyy თანმიმდევრობით, „/“ გამოყოფით.

შენიშვნა: სტატისტიკურ ფორმაში მოყვანილი ინფორმაცია ბენეფიციარის პირადი მონაცემების შესახებ უნდა ასახავდეს მედიკამენტის შეძენის თარიღისათვის არსებულ მდგომარეობას.

ფორმა B.2 – საანგარიშო თარიღისათვის დარეგულირების პროცესში მყოფი მედიკამენტების შეძენასთან დაკავშირებული პრეტენზიების სტატისტიკური ფორმა

ფორმის ჩაბარების პერიოდი: საანგარიშო თვის დასრულებიდან 10 კალენდარული დღე.

ფორმაში აღრიცხული ინფორმაციის შინაარსი: ფორმის თითოეულ სტრიქონში წარმოდგენილია მედიკამენტების შეძენის ხარჯებთან დაკავშირებული ისეთი სადაზღვევო პრეტენზიები:

- რომლის ანაზღაურებაზეც მიღებულია დადებითი გადაწყვეტილება, მაგრამ თანხა ჯერ გადარიცხული არ არის.
- რომლის შესახებაც ცნობილია კომპანიისათვის, მაგრამ საბოლოო გადაწყვეტილება მათ დაფინანსებაზე მიღებული არ არის.

ფორმა B.1.–ში და ფორმა B.2.–ში მოცემული ველების თანმიმდევრობა, შინაარსი და შევსების წესი იდენტურია, გარდა შემდეგისა:

➤ **ფორმა B.2–სათვის გადაწყვეტილების ველს აქვს ორი მნიშვნელობა:**

- **დარეგულირებული**
 - იმ სადაზღვევო პრეტენზიებისათვის, რომლებიც განიხილა სადაზღვევო კომპანიამ, მიიღო დადებითი გადაწყვეტილება მათ ანაზღაურებაზე, მაგრამ თანხა ჯერ გადარიცხული არ არის.
- **დასარეგულირებელი**
 - იმ სადაზღვევო პრეტენზიებისათვის, რომელთა ანაზღაურების შესახებ სადაზღვევო კომპანიას ჯერ გადაწყვეტილება არ მიუღია.
- ტექსტი წარმოდგენილი უნდა იყოს ქართულ ენაზე, ფონტი – „Sylfaen”.
- გადაწყვეტილების ჩაწერის ფორმატი ყოველი საანგარიშო თვის შესაბამის სტატისტიკურ ფორმაში უნდა იყოს წარმოდგენილი უცვლელად, ყოველგვარი წერტილის, ფრჩხილისა და ბრჭყალის გარეშე.

შენიშვნა: სტატისტიკურ ფორმაში მოყვანილი ინფორმაცია ბენეფიციარის პირადი მონაცემების შესახებ უნდა ასახავდეს მედიკამენტის შეძენის თარიღისათვის არსებულ მდგომარეობას.

ფორმა B.3 – საანგარიშო თვის წინა პერიოდში მედიკამენტების შეძენასთან დაკავშირებული პრეტენზიების თაობაზე მიღებული გადაწყვეტილებების კორექტირების ფორმა

ფორმის ჩაბარების პერიოდი: საანგარიშო თვის დასრულებიდან 10 კალენდარული დღე.

ფორმაში აღრიცხული ინფორმაციის შინაარსი: ფორმა ივსება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი წინა პერიოდის განმავლობაში ჩაბარებულ B.1 ფორმებში დაფიქსირებულ შემთხვევებზე განხორციელდა ანაზღაურებული/უარყოფილი თანხების ცვლილება. ფორმის თითოეულ სტრიქონში წარმოდგენილია ინფორმაცია საანგარიშო თვის განმავლობაში დაკორექტირებულ თითო შემთხვევაზე.

ფორმა B.3–ში მოცემული ტერმინების/ცნებების განმარტებები და შევსების წესი

ფორმა B.3.–ში მოცემული შემდეგი ველების შინაარსი და შევსების წესი იდენტურია ფორმა B.1.–ში მოცემული ველებისა:

1. რიგითი ნომერი
2. ანგარიშგების თვე
3. ანგარიშგების წელი
4. სადაზღვევო კომპანია (კოდი)
5. უნიკოდი
6. პოლისის ნომერი
7. პირადი ნომერი
8. დაბადების მოწმობის ნომერი
9. სადაზღვევო პრეტენზიის საიდენტიფიკაციო ნომერი (claim's ID)
10. მედიკამენტის შეძენის თარიღი

დამატებული ველები:

11. კორექტირების თანხა დადებითი კორექტირების შემთხვევაში (ლარი)
 - თანხის ის ნაწილი, რითაც მოხდა წინა ფორმაში დაფიქსირებული ანაზღაურებული თანხის ზრდა.
 - თანხა დაფიქსირებული უნდა იყოს ეროვნულ ვალუტაში, „Number“ ფორმატში.
12. ფასდაკლება/ჯარიმა/კორექტირების თანხა უარყოფითი კორექტირების შემთხვევაში (ლარი)
 - თანხის ის ნაწილი, რითაც მოხდა წინა ფორმაში დაფიქსირებული ანაზღაურებული თანხის შემცირება.
 - თანხა დაფიქსირებული უნდა იყოს ეროვნულ ვალუტაში, „Number“ ფორმატში.

ფორმის კონკრეტულ სტრიქონში შეივსება მე-8 ან მე-9 პუნქტიდან მხოლოდ ერთ-ერთი, იმის მიხედვით, თუ რა სახის კორექტირება განხორციელდა.

13. ფინანსურ დოკუმენტაციაში კორექტირების შეტანის თარიღი

- თარიღი, როდესაც განხორციელდა აღნიშნული კორექტირება სადაზღვევო კომპანიის ფინანსურ დოკუმენტაციაში.
- თარიღი მოცემული უნდა იყოს “ „Text” ფორმატში: dd/MM/yyyy თანმიმდევრობით, „/“ გამყოფით.

თავი I

ჯგუფი C

ამ ჯგუფში შემავალ ფორმებში აღიწერება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებისათვის კაპიტაციური წესით გადახდილი/დარიცხული თანხებისა და კაპიტაციური შესრულების შესახებ მონაცემები.

ფორმა C.1 – კაპიტაციური წესით ანაზღაურებული თანხების ფორმა

ფორმის ჩაბარების პერიოდი: საანგარიშო თვის დასრულებიდან 10 კალენდარული დღე.

ფორმაში აღრიცხული ინფორმაციის შინაარსი: საანგარიშო თვის განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიის მიერ სამედიცინო დაწესებულებებისათვის კაპიტაციური წესით ანაზღაურებული თანხების შესახებ ინფორმაცია. ფორმის თითოეულ სტრიქონში მოცემული უნდა იყოს თითო თვის თითო ტრანზაქციის შესაბამისი ინფორმაცია.

ფორმა C.1–ში მოცემული ტერმინების/ცნებების განმარტებები და შევსების წესი

1. რიგითი ნომერი

- წარმოადგენს მოცემულ სტატისტიკურ ფორმაში წარმოდგენილი სტრიქონის რიგით ნომერს.
- ყოველი ახალი საანგარიშო თვის ფორმაში გამოიყენება განახლებული ნუმერაცია.
- სტრიქონები უნდა დაინომროს არაბული ნუმერაციით, ყოველგვარი წერტილისა და ფრჩხილის გარეშე:

რიგითი ნომერი		
1	2	3
1		
2		

3		
....		

2. ანგარიშების თვე

- საანგარიშო თვე, რომლის შესაბამისი პერიოდის ინფორმაციის მიწოდებაც ხდება კონკრეტულ ფორმაში.
- ანგარიშების თვე წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text“ ფორმატში.

მაგალითად, თუ სადაზღვევო კომპანია წარადგენს იანვრის თვის ინფორმაციას, მაშინ აღნიშნული ველი ჩაიწერება შემდეგი სახით 01, თუ თებერვლის თვის ინფორმაციას 02 და ა.შ.

3. ანგარიშების წელი

- საანგარიშო წელი, რომლის შესაბამისი პერიოდის ინფორმაციის მიწოდებაც ხდება კონკრეტულ ფორმაში.
- საანგარიშო წელი ჩაწერილი უნდა იყოს ციფრებით, სრულად. ტექსტობრივი, სასვენი ნიშნების ან სხვა დანამატის გარეშე.
- ანგარიშების წელის წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text“ ფორმატში.

მაგალითად, თუ ანგარიშგება ეხება 2012 წელს, წელი ჩაიწერება ამ სახით: 2012, თუ 2013 წელს, მაშინ: 2013 და ა.შ.

4. სადაზღვევო კომპანია

- სტატისტიკური ფორმის წარმდგენი სადაზღვევო კომპანია – ქვემოთ მითითებული ნუმერაციის მიხედვით:

#	სადაზღვევო კომპანია
1	სს „სადაზღვევო კომპანია ალდაგი ბისიაი“
2	სს „სადაზღვევო კომპანია ჯი პი აი ჰოლდინგი“
3	სს საერთაშორისო სადაზღვევო კომპანია "იმედი L International"
4	შპს „სადაზღვევო კომპანია ალფა“
5	სამედიცინო დაზღვევის ჯგუფი სს "არქიმედეს გლობალ ჯორჯია“
6	შპს სადაზღვევო კომპანია "აი სი ჯგუფი"
7	შპს დაზღვევის საერთაშორისო კომპანია "ირაო"
8	შპს დაზღვევის კომპანია "ქართუ"

5. ანგარიშსწორების წესი

- კონკრეტულ სტრიქონში უნდა მიეთითოს სამედიცინო დაწესებულებასთან არსებული კაპიტაციური ანგარიშსწორების წესიდან ერთ–ერთი:
 - **რაოდენობაზე მიბმული.** როდესაც ხელშეკრულების მიხედვით დაფიქსირებული არის 1 დაზღვეულ ბენეფიციარზე კაპიტაციის თანხა და ყოველ თვეში გადასახდელი თანხის ოდენობა იცვლება დაზღვეულ ბენეფიციართა რაოდენობის მიხედვით.
 - **მოჭრილი თანხა.** როდესაც ხელშეკრულების მიხედვით ყოველ თვეში გადასახდელი თანხის ოდენობა არის მუდმივი და არ არის დამოკიდებული დაზღვეულთა რაოდენობის ცვლილებაზე.

- ტექსტი წარმოდგენილი უნდა იყოს ქართულ ენაზე, ფონტი – „Sylfaen”.
- ანგარიშსწორების წესის ჩაწერის ფორმატი ყოველი საანგარიშო თვის შესაბამის სტატისტიკურ ფორმაში უნდა იყოს წარმოდგენილი უცვლელად, ყოველგვარი წერტილის, ფრჩხილისა და ბრჭყალის გარეშე.

6. კაპიტაციური მომსახურების ტიპი

- ფორმის კონტრეტულ სტრიქონში მითითებული უნდა იყოს კაპიტაციურად დაფარული მომსახურების სახის შესახებ ინფორმაცია:
 - o **ამბულატორია.** იმ შემთხვევაში, როდესაც კაპიტაციური ხელშეკრულება გაფორმებული არის ამბულატორიულ მომსახურებაზე მთლიანად, ან მის გარკვეულ ნაწილზე.
 - o **ოჯახის ექიმი.** იმ შემთხვევაში, როდესაც კაპიტაციური ხელშეკრულება გაფორმებული ოჯახის ექიმის მომსახურებაზე.
 - o **ჰოსპიტალი.** იმ შემთხვევაში, როდესაც კაპიტაციური ხელშეკრულება გაფორმებული არის ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე მთლიანად, ან მის გარკვეულ ნაწილზე.
- ტექსტი წარმოდგენილი უნდა იყოს ქართულ ენაზე, ფონტი – „Sylfaen”.
- იმ შემთხვევაში, თუ კაპიტაციური მომსახურება არასტანდარტულია და წარმოადგენს რამდენიმე სერვისის კომბინაციას, მაშინ კაპიტაციური მომსახურების ტიპში ჩაიწერება ორივე, შუაში დახრილი ხაზის დახმარებით. მაგალითად, ამბულატორია/ოჯახის ექიმი.
- კაპიტაციური მომსახურების ტიპის ჩაწერის ფორმატი ყოველი საანგარიშო თვის შესაბამის ფორმაში უნდა იყოს წარმოდგენილი უცვლელად, ყოველგვარი წერტილის, ფრჩხილისა და ბრჭყალის გარეშე.

7. რეგიონი

- სამედიცინო დაწესებულების მდებარეობის ადმინისტრაციული რეგიონის დასახელება (სადაც ჩატარდა სამედიცინო მომსახურება)
- სამედიცინო დაწესებულების მდებარეობის რეგიონი წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text” ფორმატში:

რეგიონის დასახელება	კოდი
თბილისი	01
გურიის მხარე	02
რაჭა-ლეჩხუმისა და ქვემო სვანეთის მხარე	03
კახეთის მხარე	04
იმერეთის მხარე	05
მცხეთა-მთიანეთის მხარე	06
სამეგრელო ზემო სვანეთის მხარე	07
სამცხე-ჯავახეთის მხარე	08
ქვემო ქართლის მხარე	09
შიდა ქართლის მხარე	10
აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკა	11

8. რაიონი

- სამედიცინო დაწესებულების მდებარეობის ადმინისტრაციული რაიონის დასახელება (სადაც ჩატარდა სამედიცინო მომსახურება)–
- სამედიცინო დაწესებულების მდებარეობის რაიონი წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text” ფორმატში.

9. სამედიცინო დაწესებულების დასახელება

- სამედიცინო მომსახურების ოფიციალური სრული დასახელება, სამართლებრივი ფორმის მითითებით.
- სამედიცინო დაწესებულების დასახელება წარმოდგენილი უნდა იყოს ქართულ ენაზე, ფონტი – „Sylfaen”:
 - მაგალითად: შპს დავით ტატიშვილის სამედიცინო ცენტრი, შპს საოჯახო მედიცინის №3 ცენტრი.
- სამედიცინო დაწესებულების დასახელება და ჩაწერის ფორმატი ყოველი საანგარიშო თვის შესაბამის სტატისტიკურ ფორმაში წარმოდგენილი უნდა იყოს უცვლელად, ყოველგვარი წერტილის, ბრჭყალისა და ფრჩხილის გარეშე (მათ შორის სამართლებრივი ფორმის ჩაწერისას).

10. სამედიცინო დაწესებულების საიდენტიფიკაციო კოდი

- სამედიცინო დაწესებულების რეგისტრაციის (საგადასახადო) ნომერი.
- სამედიცინო დაწესებულების საიდენტიფიკაციო კოდი წარმოდგენილი უნდა იყოს რიცხვის ფორმატში.

11. მოთხოვნის თვე

- თვე, რომლის შესაბამისად არის ინფორმაცია წარმოდგენილი კაპიტაციის თანხის შესახებ სტატისტიკური ფორმის კონკრეტულ სტრიქონში.
- თითო სტრიქონში წარმოდგენილი უნდა იყოს 1 თვის შესაბამისი ინფორმაცია.
 - თუ საანგარიშო თვეში განხორციელდა ერთდროულად 2 თვის შესაბამისი თანხის გადახდა, მაშინ აღნიშნული ტრანზაქცია წარმოდგენილი უნდა იყოს 2 სტრიქონად – თითოეული თვის ცალ–ცალკე წარმოდგენით.
- მოთხოვნის თვე წარმოდგენილი უნდა იყოს „Text” ფორმატში.

მაგალითად, თუ სადაზღვევო კომპანია წარადგენს იანვრის თვის ინფორმაციას, მაშინ აღნიშნული ველი ჩაიწერება შემდეგი სახით 01, თუ თებერვლის თვის ინფორმაციას 02 და ა.შ.

12. დაზღვეულთა რაოდენობა

- ბენეფიციართა რაოდენობა, რომელთა შესაბამისი თანხა არის მითითებული კონკრეტულ სტრიქონში.

13. მოთხოვნილი თანხა (ლარი)

- სამედიცინო დაწესებულების მიერ კაპიტაციური მომსახურების თაობაზე წარმოდგენილ დოკუმენტში დაფიქსირებული მოთხოვნილი თანხა.

- თანხა მითითებული უნდა იყოს ეროვნულ ვალუტაში, „Number“ ფორმატში.

14. გადარიცხული თანხა (ლარი)

- საანგარიშო თვის განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიის მიერ კაპიტაციური ხელშეკრულების მიხედვით სამედიცინო დაწესებულების ანგარიშზე გადარიცხული თანხა.
- თანხა დაფიქსირებული უნდა იყოს ეროვნულ ვალუტაში, „Number“ ფორმატში.

15. გადარიცხვის თარიღი

- საანგარიშო თვის განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიის მიერ კაპიტაციური ხელშეკრულების მიხედვით სამედიცინო დაწესებულების ანგარიშზე თანხის გადარიცხვის თარიღი.
- თარიღი მოცემული უნდა იყოს “ „Text” ფორმატში: dd/MM/yyyy თანმიმდევრობით, „/“ გამყოფით.

ფორმა C.2 – კაპიტაციური წესით დარიცხული თანხების ფორმა

ფორმის ჩაბარების პერიოდი: საანგარიშო თვის დასრულებიდან 10 კალენდარული დღე.

ფორმაში აღრიცხული ინფორმაციის შინაარსი: საანგარიშო თვის განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიის მიერ სამედიცინო დაწესებულებებისათვის კაპიტაციური წესით დარიცხული თანხების შესახებ ინფორმაცია. ფორმის თითო სტრიქონში მოცემულია თითო სამედიცინო დაწესებულების შესაბამისი მონაცემები. ამასთან, ფორმაში შედის ყველა ის სამედიცინო დაწესებულება, რომელთანაც საანგარიშო თვეში სადაზღვევო კომპანიას გაფორმებული აქვს კაპიტაციური ხელშეკრულება.

ფორმა C.2–ში და ფორმა C.1–ში მოცემული ველების თანმიმდევრობა, შინაარსი და შევსების წესი იდენტურია, გარდა შემდეგისა:

➤ ფორმა C.2–ში დამატებულია ველი:

- **დარიცხული თანხა (ლარი)**
 - კონკრეტულ სამედიცინო დაწესებულებაზე დარიცხული კაპიტაციური თანხის ოდენობა

ფორმა C.3 – კაპიტაციური შესრულების სტატისტიკური ფორმა

ფორმის ჩაბარების პერიოდი: საანგარიშო თვის დასრულებიდან 10 კალენდარული დღე.

ფორმაში აღრიცხული ინფორმაციის შინაარსი: საანგარიშო თვის განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიის მიერ აღრიცხული კაპიტაციური წესით დაფარული სამედიცინო მომსახურების შემთხვევების შესახებ დეტალური ინფორმაცია.

ფორმა C.3-ში და ფორმა A.1-ში მოცემული ველების შინაარსი და შევსების წესი იდენტურია