

საქმე № 330310015001010656

საქმე №33/2840-17



გ ა დ ა წ ყ ვ ე ტ ი ლ ე ბ ა

საქართველოს სახელით

ი შ ე ს ა ვ ა ლ ი

10 ივლისი, 2019 წელი

ქ. თბილისი

თბილისის სააპელაციო სასამართლო
ადმინისტრაციულ საქმეთა პალატა

თავმჯდომარე - მანანა ჩოხელი
მოსამართლეები - თამარ ონიანი, გიორგი ტყავაძე

სხდომის მდივანი - ნინო პაპინაშვილი

აპელანტი (მოპასუხე) - ა(ა)იპ „პა-----
-----ი“

წარმომადგენელი - ა-----ი

მოწინააღმდეგე მხარე (მოსარჩელე) - სსიპ სოციალური მომსახურების
სააგენტო

წარმომადგენელი - ე-----

მესამე პირი - სსიპ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების
სააგენტო

წარმომადგენლები - ნ-----

დავის საგანი - თანხის დაკისრება

გასაჩივრებული გადაწყვეტილება - თბილისის საქალაქო სასამართლოს
ადმინისტრაციულ საქმეთა კოლეგიის 2017 წლის 10 აგვისტოს
გადაწყვეტილება

II აღწერილობითი ნაწილი

1. აპელანტის მოთხოვნა:

თბილისის საქალაქო სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა კოლეგიის 2017 წლის 10 აგვისტოს გადაწყვეტილების გაუქმება და ახალი გადაწყვეტილების მიღებით სარჩელის დაკმაყოფილებაზე უარის თქმა.

2. მოწინააღმდეგე მხარისა და მესამე პირის პოზიცია:

სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოსა და სსიპ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს წარმომადგენლები არ დაეთანხმნენ სააპელაციო საჩივარს და ითხოვეს გადაწყვეტილების უცვლელად დატოვება.

3. გასაჩივრებული გადაწყვეტილების დასკვნებზე მითითება.

3.1. გასაჩივრებული გადაწყვეტილების სარეზოლუციო ნაწილი:

თბილისის საქალაქო სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა კოლეგიის 2017 წლის 10 აგვისტოს გადაწყვეტილებით სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს სარჩელი დაკმაყოფილდა: მოპასუხეს - ა(ა)იპ „პა-----ს“

სახელმწიფო ბიუჯეტის სასარგებლოდ დაეკისრა 138237 ლარის გადახდა; მოპასუხეს - ა(ა)იპ „პა-----ს“

სახელმწიფო ბიუჯეტის სასარგებლოდ დაეკისრა სახელმწიფო ბაჟის გადახდა - 4147,11 ლარის (ოთხი ათას ასორმოცდაშვილი ლარი და თერთმეტი თეთრი) ოდენობით.

3.2. დასკვნები ფაქტობრივ გარემოებებთან დაკავშირებით:

უდავო ფაქტობრივი გარემოებები:

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სსიპ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს 2013 წლის 1-----ის შემოწმების აქტით დგინდება, რომ სააგენტოს უფროსის 2013 წლის 1-----ის №0-----, 2013 წლის 2-----ს №0-----, 2013 წლის 1-----ის №0-----, 2013 წლის 0-----ს №0-----, 2013 წლის 2-----ს №0-----, 2013 წლის 0-----ს №0-----, 2013 წლის 2-----ს №0----- ბრძანებების საფუძველზე, კომისიამ განახორციელა ა(ა)იპ „პა-----ში“ ინკურაბელურ პაციენტთა

პალიატიური მზრუნველობის (ამბოლატორიური კომპონენტი) სახელმწიფო პროგრამის (შემდეგში - „სახელმწიფო პროგრამა“) ფარგლებში შესრულებული მომსახურების ინსპექტირება. ინსპექტირების პერიოდი განისაზღვრა 2012 წლის 2-----რიდან 2013 წლის 0-----მდე.

სსიპ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს 2013 წლის 2----- დასკვნით, საინსპექციო პერიოდში - 2012 წლის 2-----რიდან 2013 წლის 0-----მდე, ა(ა)იპ „პა-----

-----ის“ მიერ ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის (ამბოლატორიული კომპონენტი) სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შესრულებული მომსახურებისას დაირღვა „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-2 თავის მე-7 მუხლის მე-2 პუნქტი, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 თავის 28-ე მუხლი, „2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის №92 დადგენილების მე-11 დანართის მე-6 მუხლის პირველი პუნქტი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის №157/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის“ მე-2 მუხლის მე-5 პუნქტის „ა“ და „გ“ ქვეპუნქტები და მე-6 პუნქტი, ასევე, „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის №136/ნ ბრძანების მოთხოვნები.

სსიპ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს 2013 წლის 1-----ის შემოწმების აქტით გამოვლინდა, რომ 7038 ვიზიტის (77418,00 ლარი) შემთხვევაში დარღვეულია „2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის №92 დადგენილების 21-ე მუხლის მე-3 პუნქტის „ა“, „ე“, „გ.ბ“, „ზ“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებული მოთხოვნები, ასევე, ამავე დადგენილების ამავე მუხლის მე-11 პუნქტი.

სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2013 წლის 1-----ის №0----- წერილით სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს დირექტორს ეცნობა, რომ რეგულირების სააგენტომ განახორციელა ა(ა)იპ „პა-----

-----ში“ ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის (ბულატორიული კომპონენტი) სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შესრულებული მომსახურების ინსპექტირება.

ინსპექტირებისას გამოვლინდა:

- ერთი და იგივე პაციენტების მონაცვლეობის ფაქტები ორ დაწესებულებას შორის, კერძოდ, 269 პაციენტი შპს „ს-----ში“ სახელმწიფო პროგრამიდან ამორთვის შემდეგ იმავე სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ჩართულნი იქნენ ა(ა)იპ „პა-----ში“ (ცენტრის ამბულატორიულ პაციენტის სამედიცინო ბარათებში აღნიშნული ინფორმაცია არ ფიქსირდება).

- ა(ა)იპ „პა-----ში“ ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის“ სახელმწიფო პროგრამის, „ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობის“ კომპონენტის ფარგლებში, პალიატიურ მომსახურებას ახორციელებენ ექიმები, რომლებიც არ ფლობენ შესაბამის სუბსპეციალობის მოწმობას - „ტკივილის მედიცინა და პალიატიური მზრუნველობა“ (სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოდან დაწესებულებას მიღებული აქვს 2-----,00 ლარი, რომლის 10% შეადგენს 20---ლარს);

- დაფიქსირდა უკანონო საექიმო საქმიანობის ფაქტები, კერძოდ, ექიმ ე-----ე ბ-----ს (სახელმწიფო სერტიფიკატი - „მეანობა-გინეკოლოგია“, სუბსპეციალობა - „ონკოგინეკოლოგია“) არ გააჩნია სახელმწიფო სერტიფიკატი იმ საექიმო საქმიანობაში, რომელთა დამატებით კომპეტენციას წარმოადგენს სუბსპეციალობა - „ტკივილის მედიცინა და პალიატიური მზრუნველობა“. მისი გუნდის მიერ განხორციელებული 1194 ვიზიტის (თანხით 13134,00 ლარი. აქედან 20.12.12წ. – 31.12.12წ. პერიოდში სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულ პაციენტებს განეკუთვნება 920 ვიზიტი, თანხით 10120,00 ლარი; 01.01.13წ.- 01.04.13წ. – 274 ვიზიტი, თანხით 3014,00 ლარი) შემთხვევაში დაფიქსირდა მითითებული დარღვევა;

- სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, 5844 შემთხვევაში (აღნიშნული ვიზიტების დაფინანსებამ შეადგინა 64---,00 ლარი) ჩართულები არიან: ონკოლოგიური პაციენტები, რომელთა დიაგნოზში გამოტანილია კიბოს პირველი, მე-2 და მე-3 სტადია ან სტადია არ არის მითითებული; ასევე, პაციენტების დიაგნოზები და ჯანმრთელობის მდგომარეობა არ აძლევს იმ დასკვნის საფუძველს, რომ პაციენტები იმყოფებიან ტერმინალურ სტადიაში ან/და შესაბამისი მკურნალობის ჩატარების შემდეგ მათი მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება. მითითებული 5844 ვიზიტიდან 3128 ვიზიტი (3---,00 ლარი) განხორციელებულია გუნდის მიერ, სადაც ექიმებს არ გააჩნიათ სახელმწიფო სერტიფიკატი იმ საექიმო საქმიანობებში, რომელთა დამატებით კომპეტენციას წარმოადგენს სუბსპეციალობა - „ტკივილის მედიცინა და პალიატიური მზრუნველობა“);

- ა(ა)იპ „პა-----ში“

-----ში“ არ დაფიქსირებულან პაციენტები, რომლებიც პროგრამაში ჩართულნი არიან 6 თვეზე მეტი დროით შემდეგი გარემოების გამო: დაწესებულება აღნიშნულ სახელმწიფო პროგრამას ახორციელებდა 2012 წლის 2-----რიდან და ინსპექტირების პერიოდი განსაზღვრული იყო 2013 წლის 0-----მდე. შესაბამისად, პაციენტთა პროგრამაში ჩართვის ხანგრძლივობა დაანგარიშებულია 2013 წლის 0-----მდე, თუმცა არსებული მონაცემებით, რიგ პაციენტს მომსახურება გაგრძელებული აქვთ აპრილის შემდეგაც და თავისთავად, იმ პაციენტების რაოდენობა, რომლებიც პროგრამაში ჩართულნი არიან 6 თვეზე მეტი ხანგრძლივობით, მნიშვნელოვნად გაიზრდება. ამასთან, დაწესებულებაში რეგისტრირებული პაციენტების დიდი ნაწილი ა(ა)იპ „პა-----

-----ში“ სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულნი არიან შპს „ს-----ში“ სახელმწიფო პროგრამიდან ამორთვის შემდეგ. ამდენად, თითოეული პაციენტის პროგრამაში ჩართვის ჯამური ხანგრძლივობა მნიშვნელოვნად გასცდა 6 თვეს.

ა(ა)იპ „პა-----ის“ ხელმძღვანელმა 2013 წლის 0-----ის №6--- (რეგის. №9----) წერილით მიმართა სსიპ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს. იგი არ დაეთანხმა კომისიის 2013 წლის 1-----ოს შედგენილ შემოწმების აქტს, რომელიც მოიცავს ცენტრში ჩატარებულ ინსპექტირების შედეგებს, მათ შორის, დარღვევად დაფიქსირებას - შესაბამისი მომსახურების გაწევას ექიმების მიერ, რომლებიც არ ფლობდნენ სახელმწიფო სერტიფიკატს იმ საექიმო საქმიანობაში (ზოგადი ქირურგია/რეანიმაცია-ანესთეზიოლოგია/შინაგანი მედიცინა/ონკოლოგია), რომელთა დამატებით კომპეტენციას წარმოადგენს სუბსპეციალობა - „ტკივილის მედიცინა და პალიატიური მზრუნველობა“, ვინაიდან სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილე 16 ექიმიდან 7 მათგანს გააჩნია სახელმწიფო სერტიფიკატი სპეციალობაში „საოჯახო მედიცინა“.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სსიპ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს 2013 წლის 18-----ის №02----- წერილით ა(ა)იპ „პა-----

-----ს“, 2013 წლის 0-----ის №6--- (რეგის. №9----) წერილის პასუხად, ეცნობა, რომ ოჯახის ექიმის მიერ გაწეული მომსახურება იმის გათვალისწინებით, რომ საოჯახო მედიცინის სპეციალობის სარეზიდენტო პროგრამა მოიცავს „ტკივილის მედიცინისა და პალიატიური მზრუნველობის“ მოდულს, სააგენტოს კომისიამ კანონმდებლობის დარღვევად არ ჩათვალა და შესაბამისად, შემოწმების აქტში დაფიქსირებულ იმ ვიზიტების საერთო რაოდენობაში, რაზეც კანონმდებლობით განსაზღვრული მოთხოვნების დარღვევის გამო გამოყენებული იქნა საჯარიმო სანქცია, არ არის ასახული ოჯახის ექიმების

(გუნდის) მიერ განხორციელებული ვიზიტები.

ამავე წერილით დგინდება, რომ კომისიის მიერ საჯარიმო სანქციებში არ ასახულა ის შემთხვევები, როდესაც ექიმების მიერ სამედიცინო ბარათებში დაფიქსირებულია დიაგნოზები, რომლებიც „სამედიცინო და ფარმაცევტული დაწესებულებების პასპორტის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 22 მაისის №119/ნ ბრძანებით არ არის განსაზღვრული მათი სახელმწიფო სერტიფიკატით მინიჭებული საექიმო საქმიანობის ფარგლებში და შესაბამისად, დარღვეულია „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-7 მუხლის მოთხოვნები, ვინაიდან პალიატიური მზრუნველობის ძირითადი მიზანი ტკივილისა ან/და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა, კონტროლი და მართვაა და არა ძირითადი დაავადების მკურნალობა.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სსიპ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს 2013 წლის 18-----ის №02----- წერილით ა(ა)იპ „პა-----ს“ უარი ეთქვა ინსპექტირების შედეგების განმეორებით განხილვაზე.

ა(ა)იპ „პა-----ი“ სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოში წარდგენილი 2013 წლის 2-----ს №8---- წერილითა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში - №----- წერილით ითხოვდა პირველადი შემოწმების აქტის გადახედვას და შესაბამისი ცვლილებების შეტანას, ასევე, გაუცემელი დახმარების გაცემას.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროში 2013 წლის 1-----ს გაიმართა შეხვედრა, სადაც განიხილეს „ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში არსებული სიტუაცია, ამავე პროგრამის ამბოლათორულ კომპონენტში გაწეული მომსახურების შეფასების შედეგების განხილვა დასაბრუნებელი/დასაკორექტირებელი/ საჯარიმო თანხების მოცულობების განსაზღვრის მიზნით, ამავე პროგრამის ფარგლებში სტაციონალური კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებების ანაზღაურების საკითხი. შეხვედრაზე მიღებული იქნა გადაწყვეტილებები დაწესებულებების მიერ გაწეული მომსახურების ანაზღაურებასთან და მოთხოვნების დარღვევების გამოვლენის შემთხვევაში, შესაბამისი ჯარიმების დაკისრებასთან დაკავშირებით. ამასთან, აღნიშნულის შესახებ ინფორმაცია გაეგზავნა შესაბამის დაწესებულებებს.

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს
სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2014 წლის 2-----ის №0-----
წერილით ა(ა)იპ „პა-----

-----ს“ ეცნობა, რომ სააგენტომ განახორციელა
პროგრამის ფარგლებში მონაწილე დაწესებულებების მიერ რევიზიის შემდგომ
პერიოდში შესრულებულ სამუშაოებზე მოთხოვნილი ანაზღაურების
კორექტირება, რაც გამოიხატა შემდეგში: 1. სადავოდ იქნა კლასიფიცირებული -
ბენეფიციარები, რომლებიც რევიზიის პერიოდში რეგულირების სააგენტომ
შეაფასა, როგორც ჩართვის კრიტერიუმის დარღვევად (არასწორი ჩართვა,
არასწორი დიაგნოზი, მიღება-ჩაბარების აქტში მე-7 კელი); 2.
ასანაზღაურებლად კლასიფიცირებული შემთხვევები (ბენეფიციარები,
რომლებმაც მომსახურება მიიღეს ვადის დარღვევით (6 თვეზე მეტი ვადა)).
ამავე წერილით დგინდება, რომ აღნიშნული სახით კორექტირებას ა(ა)იპ „პა-----

-----ის“ წარმომადგენელი არ დაეთანხმა 2013 წლის 3-----ს
გამართულ შეხვედრაზე.

სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2014 წლის 2-----ის №0-----
წერილით ა(ა)იპ „პა-----

-----ს“ ეცნობა, რომ სამინისტროში 2013 წლის
1-----ის საოქმო გადაწყვეტილების საფუძველზე „ინკურაბელურ პაციენტთა
პალიატიური მზრუნველობის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში
დაკისრებული აქვს 20--- (ოციათასოთხმოცდაჩვიდმეტი) ლარის ოდენობით
საჯარიმო სანქციის გადახდის და 118140 (ასთვრამეტიათასასორმოცი) ლარის
ოდენობით ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ანაზღაურებული
თანხის ბიუჯეტის სასარგებლოდ დაბრუნების ვალდებულება (სულ: 138237,00
ლარი).

ა(ა)იპ „პა-----

-----მა“ 2014 წლის 0-----ს №0----- ადმინისტრაციული
საჩივრით მიმართა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის სამინისტროს და მოითხოვა საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის სამინისტროს სსიპ სოციალური მომსახურების
სააგენტოს 2014 წლის 2-----ის №0----- წერილის ბათილად ცნობა, რომლითაც
დაწესებულებას დაეკისრა 138237 ლარის გადახდის ვალდებულება.

სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2014 წლის 1-----ის №0-----
წერილითა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის მოადგილის 2014 წლის 1-----ის №0----- წერილით ა(ა)იპ „პა-----

-----ს“ 2014 წლის 0-----ს №0----- ადმინისტრაციული საჩივრის პასუხად
განემარტა, რომ გასაჩივრებული წერილი წარმოადგენს საინფორმაციო

ხასიათის დოკუმენტს და დაწესებულებას ამ უკანასკნელის საფუძველზე არ წარმოშობია რაიმე სახის ვალდებულება.

ამონაწერით პროფესიული განვითარების საბჭოს 2013 წლის 1-----სის №8 სხდომის ოქმიდან დგინდება, რომ საბჭომ განიხილა სპეციალისტების მიერ წარდგენილი დოკუმენტაცია და დაადგინა, რომ თ----- რ-----ეს მიენიჭოს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლება სუბსპეციალობაში „ტკივილის მედიცინა და პალიატიური მზრუნველობა“.

სასამართლო სხდომაზე სპეციალისტის სტატუსით გამოკითხულმა დ-----რი კ-----ამ განმარტა, რომ პალიატიური მზრუნველობა ეს არის მკურნალობის ელემენტების შემცველი მოვლა/მზრუნველობა, რომელიც ემსახურება პაციენტის სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებას, დარჩენილი სიცოცხლის უმტკივნეულოდ გატარებას და ასევე, მისი ოჯახის წევრებისათვის ტვირთის შემსუბუქებას, ხელშეწყობას. ასეთი პაციენტების დაავადება აღარ ექვემდებარება მკურნალობას. პალიატიური მკურნალობა შეიძლება გამოყენებული იყოს ნებისმიერი ქრონიკული დაავადების შემთხვევაში. მისივე განმარტებით, პაციენტი სახელმწიფო პროგრამაში შეიძლება ჩართული იყო ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობის - ფორმა IV-100/ა-ის გარეშე, იმ დროს, როდესაც მისი მდგომარეობა თვალსაჩინოა. ამასთან, სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში პაციენტმა შესაძლებელია მომსახურება მიიღოს 6 თვეზე მეტი პერიოდითაც. მანვე განმარტა, რომ ამ პროგრამაში ჩართულ ექიმს მოეთხოვება შესაბამისი სერტიფიკატი, თუ ადგილი აქვს პაციენტის სტაციონალურ მკურნალობას, ხოლო მისი არსებობა არ არის აუცილებელი პაციენტის ამბულატორიული მკურნალობის დროს.

სასამართლო სხდომაზე სპეციალისტის სტატუსით გამოკითხულმა ი-----ბ ა-----ემ განმარტა, რომ იგი პროფესიით არის ექიმი-ონკოლოგი და 2004 წლიდან ახორციელებს პალიატიურ მზრუნველობას; მას გააჩნია შესაბამისი სერტიფიკატები; ხელმძღვანელობს უნივერსალური სამედიცინო ცენტრის პალიატიური მზრუნველობის დეპარტამენტს; არის სამედიცინო უნივერსიტეტის ონკოლოგიის დეპარტამენტის პროფესორი. მისი განმარტებით, პალიატიური მზრუნველობა მიმართულია ნებისმიერი ქრონიკული დაავადებისკენ, იმ დროს, როდესაც დაავადება არის უკურნებელი და სპეციფიკური მკურნალობა უშედეგოა ან ვერ უზრუნველყოფს პაციენტის განკურნებას. ეს არის ძირითადი ინდიკატორი პაციენტის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართვისას. ამასთან, პაციენტს გამოხატული უნდა ჰქონდეს პალიატიური მზრუნველობის საჭიროება და ამასთან დაკავშირებით ოჯახმა თანხმობა უნდა განაცხადოს, ვინაიდან ამ დროს პაციენტი ფაქტობრივად უარს ამბობს სპეციფიკურ მკურნალობაზე და მისი სიცოცხლის ხანგრძლივობა არის დაახლოებით 6 თვე. ამ პერიოდის განსაზღვრა გულისხმობს პროგრამაში

ჩართვის მომენტი სათვის, პაციენტის მდგომარეობის შეფასებას, სავარაუდო პროგნოზის გარდაიკვალოს დაახლოებით 6 თვეში, თუმცა ეს არ არის უდავო გარემოება. მან შეიძლება იცოცხლოს 6 თვეზე მეტი ხნითაც, რაც არ გულისხმობს 6 თვის შემდეგ მის პროგრამიდან ამორიცხვას, ვინაიდან ამ პერიოდისათვის მისი მდგომარეობა უფრო დამძიმებული იქნება. ამასთან, ეს შეფასება არის სუბიექტური. საერთაშორისო მიდგომების გათვალისწინებით, პაციენტის მდგომარეობა უნდა გადაფასდეს 6 თვეში 2-ჯერ, ხოლო 6 თვის შემდეგ, ყოველ 2 თვეში. თუმცა ამგვარი მიდგომები ეროვნული კანონმდებლობით არ არის დადგენილი. სპეციალისტი მიიჩნევს, რომ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შესაძლებელია ადგილმონაცვლეობა.

ამავე სპეციალისტის განმარტებით, სტადიის დადგენა ხდება პირველადი დიაგნოზის განსაზღვრისას და შემდგომ აღარ იცვლება, მიუხედავად იმისა, რომ შესაძლებელია მეტასტაზები იქნეს მოდებული ორგანიზმში და მდგომარეობა იყოს შეცვლილი. აქედან გამომდინარე, ამ სახელმწიფო პროგრამაში შეიძლება ჩართულნი იყვნენ პაციენტები პირველი ან მეორე სტადიის ეტაპზე. პაციენტის პროგრამაში ჩასართავად აუცილებელია, რომ: 1. ქრონიკული დაავადება იყოს ტერმინალურ სტადიაზე. ეს არის დაავადების სტადია, როდესაც შეუძლებელია მისგან განკურნება ან პაციენტის სიცოცხლის გახანგრძლივება; 2. კონკრეტული საჭიროებები, კერძოდ, ის, რომ პაციენტს აქვს გამოხატული სინდრომები, სიმპტომები, შეზღუდული აქვს საკუთარი თავის მოვლის შესაძლებლობა და საჭიროებს მზრუნველობას; 3. მისი სიცოცხლის ხანგრძლივობა არის ლიმიტირებული. ვინაიდან დაავადების შემოსაზღვრულობას ადგენს დარგის სპეციალისტი, პაციენტის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართვის დროს აუცილებელია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა - ფორმა IV-100/ა, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც სხვა დოკუმენტებით დგინდება იგივე მონაცემები ან ნიშნები აშკარად გამოხატულია, დადასტურებულია გარეგნულად და დამატებით კვლევებს არ საჭიროებს. ასეთია ძირითადად ონკოლოგიური პაციენტების შემთხვევაში. ასევე, აუცილებელი არ არის პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობაში - ფორმა IV-100/ა-ში მითითებული იყოს დაავადების სტადია.

ი----ბ ა-----ემ, სასამართლო სხდომაზე დასმულ შეკითხვებთან დაკავშირებით, განმარტა, რომ მედიცინა არის სუბიექტური მეცნიერება, ყველა შემთხვევა სუბიექტური და ინდივიდუალურია. აქედან გამომდინარე, რაღაცის პროგნოზირება შესაძლებელია სხვადასხვა კრიტერიუმზე დაყრდნობით. მისი ზუსტად განსაზღვრა შეუძლებელია და ეს დამოკიდებულია პრაქტიკულ გამოცდილებაზე. სპეციალისტის განმარტებით, როგორც ახსოვს, სახელმწიფო პროგრამის დასაწყისში მოთხოვნა არ იყო სუბსპეციალობის დამადასტურებელ სერტიფიკატთან დაკავშირებით, თუმცა შესაძლებელი იყო ამ კუთხით შესაბამისი კურსის გავლა და სერტიფიკატის მოპოვება.

სასამართლო სხდომაზე სპეციალისტის სტატუსით გამოკითხულმა მ-----ზ ხ-----
-ემ განმარტა, რომ 2010 წლიდან მუშაობს სსიპ სამედიცინო საქმიანობის
სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოში და წარმოადგენს 2013 წლის 1-----ოს
შედგენილი შემოწმების აქტზე ხელმომწერ პირს. მან დასმულ შეკითხვებთან
დაკავშირებით გაცემული პასუხებით დაადასტურა შემოწმების აქტში
მითითებული დარღვევების არსებობის ფაქტები.

დადგენილი სადავო ფაქტობრივი გარემოებები:

სასამართლომ აღნიშნა, რომ საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო
კოდექსის მე-17 მუხლის შესაბამისად, მოპასუხე ვალდებულია, წარადგინოს
წერილობითი პასუხი (შესაგებელი) და შესაბამისი მტკიცებულებები.

სასამართლომ, განსახილველ შემთხვევაში, მიიჩნია, რომ მოპასუხე მხარის
მიერ არ არის დასაბუთებული ის არგუმენტაცია, რომელსაც ემყარება მისი
განმარტებები სადავო ქმედების განხორციელებასთან დაკავშირებით.

3.3. დასკვნები სამართლებრივ გარემოებებთან დაკავშირებით:

საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსის მე-2 მუხლის პირველი
ნაწილის „გ“ ქვეპუნქტის თანახმად, სასამართლოში ადმინისტრაციული დავის
საგანს შეიძლება წარმოადგენდეს ადმინისტრაციული ორგანოს ვალდებულება
ქმედების განხორციელების თაობაზე. ამავე კოდექსის 24-ე მუხლის
საფუძველზე კი პირს უფლება აქვს სარჩელი შეიტანოს სასამართლოში
ქმედების განხორციელების მოთხოვნით. მოცემულ შემთხვევაში სსიპ
სოციალური მომსახურების სააგენტო ითხოვს ა(ა)იპ „პა-----
-----ს“

სახელმწიფო ბიუჯეტის სასარგებლოდ დაეკისროს 138237 ლარის გადახდა.

„ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონი აწესრიგებს
ურთიერთობებს სახელმწიფო ხელისუფლების ორგანოებს და ფიზიკურ და
იურიდიულ პირებს შორის მოქალაქეთა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში.
მითითებული კანონის მე-5 მუხლის შესაბამისად, საქართველოს მოქალაქესა
და საქართველოში სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირს უფლება
აქვთ, ისარგებლონ დადგენილი წესით დამტკიცებული ჯანმრთელობის დაცვის
სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სამედიცინო დახმარებით,
რასაც განახორციელებს სათანადო სამედიცინო საქმიანობის
სამართალსუბიექტი, განურჩევლად საკუთრებისა და სამართლებრივი
ფორმისა. ხოლო 21-ე მუხლის თანახმად, სამედიცინო საქმიანობის
სამართალსუბიექტს, რომელიც დადგენილი წესით მონაწილეობს

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში, შესრულებული სამუშაო უნაზღაურდება საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად დამტკიცებული ანაზღაურებისა და დაფინანსების წესების მიხედვით.

სადავო პერიოდში მოქმედი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-15 მუხლის თანახმად, ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის გატარებას უზრუნველყოფს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, რომელიც მისი კომპეტენციისათვის მიკუთვნებულ საკითხებზე შეიმუშავებს და გამოსცემს შესაბამის სამართლებრივ აქტებს, თუ საქართველოს კანონმდებლობით სხვა რამ არ არის დადგენილი. ამავე პერიოდში მოქმედი რედაქციის შესაბამისად, მითითებული ნორმატიული აქტი მე-3 მუხლის 3⁷ ქვეპუნქტით ადგენს, რომ კომპეტენტური სამსახური ეს არის საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ნორმატიული აქტით შექმნილი საჯარო სამართლის იურიდიული პირი, რომელიც ამ კანონით, ასევე თავისი დებულებითა და საქართველოს სხვა საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტებით განსაზღვრული უფლებამოსილებების ფარგლებში უზრუნველყოფს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის აღსრულებას და ამ სფეროში შესაბამისი მარეგულირებელი ფუნქციების შესრულებას.

„2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის №92 დადგენილების თანახმად, 2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების მიზანია მოსახლეობის მიზნობრივი ჯგუფებისათვის შექმნას ფინანსური გარანტიები სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის და უზრუნველყოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის წინაშე მდგარი ამოცანების შესრულება. ამავე დადგენილების მე-2 მუხლის პირველი პუნქტის თანახმად, დადგენილებით დამტკიცებული ჯანმრთელობის პროგრამების მოსარგებლეები არიან საქართველოს მოქალაქეები, თუ ცალკეული პროგრამით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული, ხოლო მე-3 მუხლის თანახმად კი, პროგრამების განხორციელებას უზრუნველყოფენ: ა) საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო; ბ) სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტო; გ) სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი”.

მითითებული დადგენილების მე-8 მუხლის თანახმად, პროგრამის ადმინისტრირებაში მონაწილე სახელმწიფო დაწესებულებებს წარმოადგენენ: ა) შესაბამისი პროგრამის განმახორციელებელი დაწესებულება; ბ)

სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტო. ხოლო მე-10 მუხლის მე-2 პუნქტის მიხედვით, პროგრამების ზედამხედველობას ახორციელებენ შესაბამისი პროგრამის განმახორციელებლები და/ან რეგულირების სააგენტო, დადგენილი უფლებამოსილების ფარგლებში.

„2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის №92 დადგენილების მე-17 მუხლის პირველი და მეორე პუნქტების შესაბამისად, ანაზღაურებული შემთხვევების დასრულებიდან 3 წლის განმავლობაში რეგულირების სააგენტოს მიერ ადგილზე წარმოებს მიმწოდებლების მიერ გაწეული მომსახურების რევიზია წინასწარ დადგენილი გეგმა-გრაფიკის მიხედვით. რევიზია ითვალისწინებს მიმწოდებელ დაწესებულებაში სამედიცინო დოკუმენტაციის შემოწმებას. რეგულირების სააგენტოს სარევიზიო ჯგუფი მიმწოდებლისგან ითხოვს საჭირო დოკუმენტაციას და ახორციელებს მის დეტალურ შემოწმებას, ხოლო დაწესებულება ვალდებულია სარევიზიო ჯგუფს მოთხოვნისთანავე წარუდგინოს ყველა საჭირო დოკუმენტაცია. ამავე მუხლის მე-3 პუნქტის თანახმად, რევიზიის დასრულების შემდეგ დგება აქტი, რომელსაც ხელს აწერენ სარევიზიო ჯგუფის წევრები და მიმწოდებელი მხარის პასუხისმგებელი პირები. აღმოჩენილი დარღვევების შემთხვევაში, აქტის საფუძველზე, მიმწოდებელს დაეკისრება ანაზღაურებული თანხის სახელმწიფო ბიუჯეტში დაბრუნება ან/და დამატებითი ფინანსური ჯარიმის გადახდა.

სასამართლომ სსიპ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს 2013 წლის 1-----ოს აქტით დაადგინა, რომ კომისიამ დაწესებულების მიერ წარმოდგენილი საფინანსო და სამედიცინო დოკუმენტაციის შესწავლის საფუძველზე გამოავლინა:

- დაწესებულების ადმინისტრაციის მიერ წარმოდგენილი „შესრულებული სამუშაოს ყოველთვიური პირველადი მიღება-ჩაბარების აქტებისა“ და ცნობის თანახმად საანგარიშო პერიოდში (2-----წ), „ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიულ პალიატიური მზრუნველობის“ კომპონენტის ფარგლებში, სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოში, დაწესებულების მიერ წარდგენილ იქნა 2-----.00 ლარის შესრულებული მომსახურების ანაზღაურებაზე მოთხოვნა, ცნობის თანახმად, სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოდან მიღებულ იქნა 2-----.00 ლარი. საანგარიშო პერიოდში, სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მომსახურება გაეწია 523 პირს. 523 ბენეფიციარიდან: გარდაიცვალა 133 ბენეფიციარი, სხვადასხვა მიზეზით, პროგრამის ფარგლებში მომსახურება შეუწყდა 23 ბენეფიციარს.

- „ცენტრში“, „ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის“ სახელმწიფო პროგრამის, „ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიული

პალიატიური მზრუნველობის“ კომპონენტის ფარგლებში, პალიატიურ მომსახურებას ახორციელებდნენ ექიმები, რომლებიც არ ფლობდნენ სუბსპეციალობის მოწმობას - „ტკივილის მედიცინა და პალიატიური მზრუნველობა“ („საექიმო სპეციალობათა მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის №136/ნ ბრძანების თანახმად);

- დაფიქსირდა უკანონო საექიმო საქმიანობის ფაქტები. კერძოდ: ექიმ ე. ბ-----ს არ გააჩნია სახელმწიფო სერტიფიკატი იმ საექიმო საქმიანობაში, რომელთა დამატებით კომპეტენციას წარმოადგენს სუბსპეციალობა - „ტკივილის მედიცინა და პალიატიური მზრუნველობა“ (დაირღვა „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სუბსპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის №136/ნ ბრძანების მოთხოვნები). ექიმ ე. ბ-----ის გუნდის მიერ სულ განხორციელებულია 1412 ვიზიტი (38 პაციენტიდან 10 არის ონკოლოგიური პაციენტი). აღნიშნულ ვიზიტებზე, სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მიღებულია 15532.00 ლარი. მითითებული 1412 ვიზიტიდან, 218 ვიზიტი (2398.00 ლარი) ასახულია წინამდებარე ინფორმაციის IV პუნქტში მითითებული ვიზიტების საერთო რაოდენობაში (აქედან, 20.12.12წ.-31.12.12წ. პერიოდში სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულ პაციენტებს განეკუთვნება 171 ვიზიტი, თანხით 1881.00 ლარი; 01.01.13წ.-01.04.13წ. – 47 ვიზიტი, თანხით 517.00 ლარი)). აღნიშნულიდან გამომდინარე, დარჩენილი 1194 (თანხით 13134.00 ლარი. აქედან, 20.12.12წ.-31.12.12წ. პერიოდში სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულ პაციენტებს განეკუთვნება 920 ვიზიტი, თანხით 10120.00 ლარი; 01.01.13წ.-01.04.13წ. – 274 ვიზიტი, თანხით 3014.00 ლარი) ვიზიტის შემთხვევაში დარღვეულია ის მოთხოვნა, რომელიც გათვალისწინებულია „2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის №92 დადგენილების 21-ე მუხლის მე-3 პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტით.

- „სახელმწიფო პროგრამაში“ მონაწილე 16 ექიმიდან 7 მათგანს გააჩნია სახელმწიფო სერტიფიკატი - „საოჯახო მედიცინა“-ში თუმცა, არ გააჩნიათ სახელმწიფო სერტიფიკატი იმ საექიმო საქმიანობაში, რომელთა დამატებით კომპეტენციას წარმოადგენს სუბსპეციალობა- „ტკივილის მედიცინა და პალიატიური მზრუნველობა“. ექიმთა/ექთანთა გუნდის მიერ სულ განხორციელებული 6337 ვიზიტის საერთო ღირებულებამ შეადგინა 69707.00 ლარი (აღნიშნული 6337 ვიზიტიდან 2908 მათგანი ასახულია შემდეგ ქვეპუნქტში);

- სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, 5844 ვიზიტი (აღნიშნული ვიზიტების დაფინანსებამ შეადგინა 64---.00 ლარი) განეკუთვნება: ა) ონკოლოგიურ პაციენტებს, რომელთა დიაგნოზებში გამოტანილია კიბოს I, ან II, ან III სტადია,

ან სტადია არ არის მითითებული; ბ) არაონკოლოგიურ პაციენტებს, რომელთა დიაგნოზები და ჯანმრთელობის მდგომარეობა არ იძლეოდა იმ დასკვნის საფუძველს, რომ პაციენტები იმყოფებიან ტერმინალურ სტადიაში ან/და შესაბამისი მკურნალობის ჩატარების შემდეგ, მათი მდგომარეობა არ გაუმჯობესდებოდა. მითითებული 5 844 ვიზიტიდან, 3 128 ვიზიტი (34 408.00 ლარი) განხორციელებულია გუნდის მიერ, სადაც ექიმებს არ გააჩნიათ სახელმწიფო სერტიფიკატი იმ საექიმო საქმიანობებში, რომელთა დამატებით კომპეტენციას წარმოადგენს სუბსპეციალობა - „ტკივილის მედიცინა და პალიატიური მზრუნველობა“). ამასთან, აღნიშნული 5 844 ვიზიტიდან: ა) 20.12.12-01.01.2013წ. პერიოდში სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულ პაციენტებს განეკუთვნება - 1762 ვიზიტი. აღნიშნულ ვიზიტებზე, სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოდან დაწესებულებას მიღებული აქვს 19382.00 ლარი; ბ) 01.01-01.04.2013წ. პერიოდში სახელმწიფო პროგრამაში ჩართულ პაციენტებს განეკუთვნება - 4082 ვიზიტი. აღნიშნულ ვიზიტებზე, სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოდან დაწესებულებას მიღებული აქვს 44902.00 ლარი.

- ძირითად შემთხვევებში, პაციენტები ჩართულნი არიან სახელმწიფო პროგრამაში იმ დიაგნოზების საფუძველზე, რაც დაფიქსირებულია სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გაცემული ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობებში (ფორმა IV-100ა). თუმცა არის შემთხვევები, როდესაც პალიატიური მზრუნველობის განმახორციელებელი დაწესებულების „ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათებში“ გამოტანილი დიაგნოზები/მონაცემები არ არის დაფიქსირებული აღნიშნულ ფორმაში ან/და არ შეესაბამება მასში გამოტანილ დიაგნოზებს/მონაცემებს, კერძოდ, პაციენტი მ-----ა ს-----ე, ბარათი №6-----, დიაგნოზი: ღ-----ე, ს-----ის შ/პ, IV კლ/ჯგ. სამედიცინო ბარათის სატიტულო გვერდზე გამოტანილია IV სტ (ექ. თ. ს-----ა-მ-----ი), რაც ფიქსირდება ფორმა IV-100/ა-ში ანალოგიური შემთხვევა პაციენტ ე-----ბ-----თან დაკავშირებით, ექ. თ. ს-----ა-მ-----ი); ასევე, ანკოლოგიური პაციენტების შემთხვევაში, ძირითადად გამოტანილია დამატებით დიაგნოზი: გულის უკმარისობა II ან III ხარისხი.

- რიგ შემთხვევებში, სამედიცინო ბარათების სატიტულო გვერდზე, ექიმის მიერ გამოტანილია დიაგნოზები, რომელიც არ არის განსაზღვრული მათი სახელმწიფო სერტიფიკატით მინიჭებულ საექიმო საქმიანობის ფარგლებში (აღნიშნული დიაგნოზები არ არის დაფიქსირებული სამედიცინო ბარათებში მოთავსებულ სამედიცინო დაწესებულებების (ამბულატორიული ან/და სტაციონალური) მიერ გაცემული ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობებში (IV-100/ა)), კერძოდ:

პაციენტი თ-----ტ-----ე (ბარათის №6-----, დაბ. 1---წ.) სატიტულო გვერდზე გამოტანილია დიაგნოზი (ექიმი ვ. შ-----ე. სახელმწიფო სერტიფიკატი - „საოჯახო მედიცინა“, „ზ/პროფილის ექიმი პედიატრი“): ორმხრივი ნეიროსენსორული სმნაჩლუნგობა 4 ხ. ღრმა გონებრივი ჩამორჩენილობა. წარმოდგენილ ფორმა IV-100/ა-ში დიაგნოზი - „ღრმა გონებრივი

ჩამორჩენილობა“ არ ფიქსირდება (ვიზიტების რაოდენობამ შეადგინა 48 (528 ლარი)).

პაციენტ დ----- ქ-----ის (ბარათის №1-----, დაბადებული 1--- წ.) სატიტულო გვერდზე ექიმის (დ. კ-----, სახელმწიფო სერტიფიკატი - „შინაგანი სნეულებები“) მიერ გამოტანილია დიაგნოზი: ა-----ს დაავადება, მარცხენამხრივი ჰ-----ი. თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლის შ/პ ქრონიკული პიელონეფრიტი, მ----- აფაზია, დ-----, დიაგნოზი - დ----- - წარმოდგენილ ფორმა IV-100/ა-ში არ ფიქსირდება (ვიზიტების რაოდენობამ შეადგინა 49 (539,00 ლარი)).

- არის შემთხვევა, როდესაც სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, პაციენტის (ა----- ზ-----ი, ბარათი №0-----) მომსახურების ანაზღაურებაზე, დაწესებულების მიერ 2012 წლის დეკემბერში მოთხოვნილია 5 ვიზიტის თანხა (55,00 ლარი). „ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათში“ არსებული მონაცემებით განხორციელებულია 4 ვიზიტი. ამდენად, დაწესებულებამ ზედმეტად მოითხოვა 1 ვიზიტის ანაზღაურება 11.00 ლარი.

- არის შემთხვევები, როდესაც „ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათებში“ არსებული მონაცემებით ექიმის პირველ ვიზიტს უსწრებს ექთნის რამდენიმე ვიზიტი და შემდეგ არის დაფიქსირებული ექიმის ვიზიტი (პაციენტის ობიექტური, სუბიექტური მონაცემები, შეფასებულია პაციენტის მდგომარეობა, მიცემულია დანიშნულება). აღნიშნულიდან გამომდინარე, ვერ ირკვევა, ექიმის ვიზიტამდე, ექთნის მიერ განხორციელებული სამედიცინო დახმარების სახე, მოცულობა, გამოყენებული პროცედურები და მედიკამენტები, ვის მიერ არის დანიშნული და რის საფუძველზე. ასევე, ბარათებში არ ფიქსირდება ექთნის მიერ რომელი და რა დოზით იქნა გამოყენებული მედიკამენტები.

ამრიგად, მოპასუხის მიერ, 2-----წ. პერიოდში, ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში შესრულებული მომსახურებისას დაირღვა „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-2 თავის მე-7 მუხლის მე-2 პუნქტის, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 თავის 28-ე მუხლის, „2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის №92 დადგენილების მე-11 დანართის მე-6 მუხლის პირველი პუნქტის, „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს შრომის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის N157/ნ ბრძანების მე-2 მუხლის მე-5 პუნქტის „ა“, „გ“ ქვეპუნქტისა და მე-6 პუნქტის, „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური

დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის №136/ნ ბრძანების მოთხოვნები. აღნიშნულიდან გამომდინარე, 7038 ვიზიტის შემთხვევაში (77418,00 ლარი) დარღვეულია ის მოთხოვნები, რომელიც გათვალისწინებულია 2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის №92 დადგენილების 21-ე მუხლის მე-3 პუნქტის „ა“, „გ“, „გ.ბ“, „ზ“, ქვეპუნქტებით. ასევე, დარღვეულია ის მოთხოვნა, რაც გათვალისწინებულია ამავე დადგენილების ამავე მუხლის მე-11 პუნქტით.

სასამართლომ განმარტა, რომ „2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის №92 დადგენილების 21-ე მუხლი ადგენს საჯარიმო სანქციებს და მათ დაკისრების წესს, კერძოდ, პირველი პუნქტის თანახმად, ზედამხედველობის ნებისმიერ ეტაპზე გამოვლენილი დარღვევებისას გამოყენებული იქნება სხვადასხვა ტიპის საჯარიმო სანქციები: ა) შემთხვევის სრულ ანაზღაურებაზე უარი; ბ) უკვე ანაზღაურებული შემთხვევისას თანხის უკან დაბრუნება; გ) დამატებითი ფინანსური ჯარიმა. ამავე მუხლის მე-3 პუნქტი კი ადგენს, რომ ანაზღაურებული თანხის სრულად უკან დაბრუნების საფუძვლებია: ა) თუ ძირითადი (პროგრამულ ანაზღაურებას დაქვემდებარებული) დიაგნოზი არ დასტურდება პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებული მონაცემებით ან დამძიმებულია, ან წარმოდგენილია თანმხლები დიაგნოზის სახით; ბ) თუ სრულად არ ჩატარებულა სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება; გ) თუ აღნიშნული შემთხვევა არ წარმოადგენს პროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებას: გ.ა) არ არის დაცული პროგრამის მოთხოვნა პაციენტის ასაკობრივ ზღვართან დაკავშირებით; გ.ბ) მომსახურება გაწეულია იმ დიაგნოზით, რომელიც არ არის გათვალისწინებული სახელმწიფო პროგრამით ანდა მიმწოდებელთან დადებული ხელშეკრულებით; დ) თუ მიმწოდებელი არ ფლობს ლიცენზიას/ნებართვას ან სანებართვო დანართს შესაბამის სამედიცინო საქმიანობაზე, ან აწარმოებს მაღალი რისკის სამედიცინო საქმიანობას სავალდებულო შეტყობინების გარეშე; ე) თუ მკურნალობის პროცესში ჩართული ყველა ექიმი არ ფლობს შესაბამის სახელმწიფო სერტიფიკატს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განხორციელებისათვის; ვ) თუ დადასტურდება, რომ სამედიცინო დაწესებულებისათვის პროგრამის მოსარგებლის მიმართვა/გარდაცვალება განპირობებულია ამ ან პროგრამის მონაწილე სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში მანამდე ჩატარებული არასრული ან/და უხარისხო სამედიცინო დახმარებით, თანხის დაბრუნება ხდება იმ დაწესებულების მიერ, რომლის მიზეზითაც უშუალოდ დაზარალდა მოსარგებლე; ზ) თუ შემთხვევის შესახებ მონაცემები ან/და დოკუმენტაცია არ ასახავს სინამდვილეს.

მითითებული კანონქვემდებარე აქტის 21-ე მუხლის მე-5 პუნქტის მიხედვით,

რევიზიისას გამოვლენილი დარღვევების შემთხვევაში გამოყენებული იქნება დამატებითი ფინანსური ჯარიმები. დამატებითი ფინანსური ჯარიმა შემსრულებელს არ ათავისუფლებს გამოვლენილი ხელშეკრულების პირობების დარღვევით მოთხოვნილი თანხების უკან დაბრუნებისაგან. ამავე მუხლის მე-11 პუნქტით კი გათვალისწინებულია, რომ სამედიცინო მომსახურების/საქონლის მიწოდებისას საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული მოთხოვნების დარღვევა (გარდა სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესისა), რომელიც გამოვლინდება რევიზიის დროს, გამოიწვევს მიმწოდებლის დაჯარიმებას შემთხვევის ღირებულების შესაბამისად, პროგრამის ფარგლებში ანაზღაურებული თანხის 10%-ით.

საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის 316-ე მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად, ვალდებულების ძალით კრედიტორი უფლებამოსილია მოსთხოვოს მოვალეს რაიმე მოქმედების შესრულება, ამავე კოდექსის 361-ე მუხლის მე-2 ნაწილის შესაბამისად კი, ვალდებულება უნდა შესრულდეს ჯეროვნად, კეთილსინდისიერად, დათქმულ დროსა და ადგილას.

საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის 992-ე მუხლის თანახმად, პირი, რომელიც სხვა პირს მართლსაწინააღმდეგო, განზრახი ან გაუფრთხილებელი მოქმედებით მიაყენებს ზიანს, ვალდებულია აუნაზღაუროს მას ეს ზიანი.

ზიანი მხოლოდ მაშინ ანაზღაურდება, თუკი პირი მოქმედებდა მართლსაწინააღმდეგოდ, პირის მოქმედება იყო განზრახი ან გაუფრთხილებელი (ანუ ბრალეული), უშუალოდ ამ მართლსაწინააღმდეგო, განზრახმა ან გაუფრთხილებელმა (ბრალეულმა) მოქმედებამ ზიანი მიაყენა სხვა პირს.

სასამართლომ მიიჩნია, რომ მოცემულ შემთხვევაში სახეზეა ზემოთ დასახელებული სამივე პირობის ერთდროულობა; შესაბამისად, მოპასუხე ვალდებულია აანაზღაუროს დამდგარი მატერიალური ზიანი; ამასთან, სარჩელით მოთხოვნილი ზიანის თანხის ოდენობა დასაბუთებულია, მოსარჩელე მოითხოვს სწორედ იმ ოდენობის თანხის ანაზღაურებას (138237 ლარის ოდენობით), რა რაოდენობის ანაზღაურებაც სახელმწიფოს მიერ გაიცა ა(ა)იპ „პა-----ის“ მიერ 2012-2013 წლების შემოწმების პერიოდში

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობების შემოწმებისა და ადმინისტრირების შედეგად გამოვლენილი დარღვევების გამო.

დადგენილია, რომ სსიპ სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს 2013 წლის 1-----ოს შემოწმების აქტით, საინსპექციო პერიოდში -

2012 წლის 2-----რიდან 2013 წლის 0-----მდე ა(ა)იპ „პა-----ის“

მიერ სახელმწიფო ბიუჯეტში აღსადგენმა თანხამ შეადგინა სულ - 138237 ლარი, აქედან: „ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში 20--- ლარის ოდენობით საჯარიმო სანქცია და ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ანაზღაურებული თანხის ბიუჯეტის სასარგებლოდ დაბრუნების ვალდებულება 118140 ლარი. ამასთან, საგულისხმოა შემოწმების აქტში მითითებულის საპირისპირო მტკიცებულებები მოპასუხის მიერ წარდგენილი არ ყოფილა, საწინააღმდეგო გარემოებები არ დადასტურებულა სასამართლო სხდომაზე სპეციალისტების სტატუსით გამოკითხულ პირთა ახსნა-განმარტებებითაც.

საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსის 33¹ მუხლის თანახმად, თუ ადმინისტრაციული ორგანოს მიერ რაიმე მოქმედების განხორციელება ან უარი რაიმე მოქმედების განხორციელებაზე უკანონოა და ის პირდაპირ და უშუალო (ინდივიდუალურ) ზიანს აყენებს მოსარჩელის კანონიერ უფლებას ან ინტერესს, სასამართლო ამ კოდექსის 24-ე მუხლში აღნიშნულ სარჩელთან დაკავშირებით გამოიტანს გადაწყვეტილებას, რომლითაც ადმინისტრაციულ ორგანოს ავალებს, განახორციელოს ეს მოქმედება ან თავი შეიკავოს ამ მოქმედების განხორციელებისაგან. ამდენად, იმისთვის, რომ სასამართლომ ადმინისტრაციული ორგანოს მიერ განხორციელებული მოქმედება უკანონოდ მიიჩნიოს, უნდა დადგინდეს ადმინისტრაციული ორგანოს მიერ განხორციელებული მოქმედების (უმოქმედობის) კანონშეუსაბამობა.

ამდენად, სასამართლომ მიიჩნია, რომ სარჩელი საფუძვლიანია და უნდა დაკმაყოფილდეს.

4.1. სააპელაციო საჩივრის ფაქტობრივი და სამართლებრივი საფუძვლები:

აპელანტის მოსაზრებით, სასამართლომ არასწორად დაადგინა სამედიცინო დაწესებულების მიერ კანონმდებლობის მოთხოვნათა დარღვევის ფაქტი. ამასთან, სასამართლომ გამოიყენა კანონი, რომელიც არ უნდა გამოეყენებინა, კერძოდ „საექიმო სპეციალობათა მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის №136/ნ ბრძანება, რომელიც ამავე მინისტრის 2012 წლის 13 სექტემბრის N01-64/ნ ბრძანებით ძალადაკარგულად არის გამოცხადებული 2013 წლის 1 იანვრიდან.

სააპელაციო საჩივრის თანახმად, სასამართლოს მიერ არასწორად იქნა დადგენილი სახელმწიფო პროგრამაში პაციენტთა ჩართვის კრიტერიუმები. დაავადების კლინიკური სტადია, როგორც წესი, არ იცვლება და მიჰყვება პაციენტს მთელი ცხოვრების განმავლობაში. არსებობს მრავალი მაგალითი, როდესაც პაციენტს ავთვისებიანი დაავადება უდგინდება დაავადების პირველ, მეორე ან მესამე სტადიაში, ხოლო შესაბამისი მკურნალობიდან გარკვეული დროის შემდგომ შორეულ ორგანოებში უვითარდება მეტასტაზური პროცესი. ამ შემთხვევაშიც, მიუხედავად გაჩენილი შორეული მეტასტაზებისა, დაავადების კლინიკური სტადია არ იცვლება და რჩება უცვლელი, იცვლება მხოლოდ პაციენტის კლინიკური ჯგუფი, რომელიც შეიძლება მერყეობდეს 1-დან მე-4-მდე, სადაც მე-4 კლინიკური ჯგუფი შეესაბამება სიმპტომატური დახმარების საჭიროებას. ონკოლოგიური პაციენტის კურაბელობის ხარისხი განისაზღვრება კონკრეტული მომენტისთვის პაციენტის ზოგადი მდგომარეობის, დაავადების გავრცელების, ანამნეზიური მონაცემების, კლინიკო - ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული მონაცემების, პაციენტის/ოჯახის თანხმობის (განგრძოს თუ არა სპეციფიკური მკურნალობა) კომპლექსური შეფასების საფუძველზე.

ჯანდაცვის მინისტრის 10.07.2008წ N1576 ბრძანების დანართი N1-ის მე-2 მუხლის მე-5 პუნქტის თანახმად, ავადმყოფების 3 ძირითად ჯგუფს, რომელთაც სიცოცხლის დასასრულს სპეციალიზირებული პალიატიური მზრუნველობა ესაჭიროებათ, წარმოადგენს: ა) მე-4 სტადიის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულნი; ბ) ტერმინალურ სტადიაში მყოფი შიდსით დაავადებულნი; გ) არაონკოლოგიურ ქრონიკული მოპროგრესე სენით დაავადებულნი ტერმინალურ სტადიაში (გულის, ფილტვების დეკომპენსაციის, ღვიძლისა და თირკმლების უკმარისობის სტადიები, გაფანტული სკლეროზი, თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის დარღვევების მძიმე შედეგები და სხვა). აპელანტი მიუთითებს, რომ მე-4 სტადიის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ პაციენტებში იგულისხმებოდა სწორედ მე-4 კლინიკური ჯგუფის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებული პაციენტები. აპელანტი აღნიშნავს, რომ სწორედ მითითებული ნორმის მოთხოვნათა დაცვით იქნენ პაციენტები ჩართული პროგრამაში - არაონკოლოგიური ქრონიკული მოპროგრესე სენით დაავადებულნი ტერმინალურ სტადიაში (გულის, ფილტვების დეკომპენსაციის, ღვიძლისა და თირკმლების უკმარისობის სტადიები, გაფანტული სკლეროზი, თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის დარღვევების მძიმე შედეგები და სხვა) მყოფი პაციენტები, რომელთაც ხსენებული ნორმის თანახმად, სიცოცხლის დასასრულს სწორედ სპეციალიზირებული პალიატიური მზრუნველობა ესაჭიროებათ.

სამედიცინო რეგულირების სააგენტომ მიუთითა, თითქოს პროგრამაში ჩართული იყვნენ პაციენტები, რომელთა დიაგნოზები და ჯანმრთელობის მდგომარეობა არ იძლეოდა იმ დასკვნის საფუძველს, რომ პაციენტები

იმყოფებიან ტერმინალურ სტადიაში ან შესაბამისი მკურნალობის ჩატარების შემდეგ მათი მდგომარეობა არ გაუმჯობესდებოდა, რაც აღნიშნული პაციენტთა ისტორიებით არ დასტურდება.

სააპელაციო საჩივრის მიხედვით, ფინანსური სანქციის განსაზღვრისას სასამართლომ ასევე არასწორად განმარტა კანონი. „2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის №92 დადგენილების 21-ე მუხლის მე-10 პუნქტის თანახმად, სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესის დარღვევა მიმწოდებლის მიერ, რომელიც გამოვლენილი იქნება რევიზიის დროს, გამოიწვევს ამ უკანასკნელის დაჯარიმებას შემთხვევის ღირებულების შესაბამისად, პროგრამის ფარგლებში ანაზღაურებული თანხის 10%-ით. ანუ, ნორმა ეხება არა საერთოდ მიღებული თანხის 10 პროცენტს, არამედ კონკრეტული შემთხვევის ღირებულების 10%-ს. ამავე მუხლის მე-11 პუნქტის თანახმად, სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისას საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული მოთხოვნების დარღვევა (გარდა სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესისა), რომელიც გამოვლინდება რევიზიის დროს, გამოიწვევს მიმწოდებლის დაჯარიმებას შემთხვევის ღირებულების შესაბამისად, პროგრამის ფარგლებში ანაზღაურებული თანხის 10%-ით. მოცემულ შემთხვევებშიც მითითებულია არა საერთოდ ორგანიზაციის მიერ მიღებული თანხის 10 პროცენტზე, არამედ კონკრეტული შემთხვევის ღირებულების 10%-ზე. აპელანტი ასევე მიუთითებს ამავე დადგენილების მე-11 დანართის მე-4 მუხლის „ა“ ქვეპუნქტზე, 21-ე მუხლის მე-16 პუნქტზე და აღნიშნავს, იმ შემთხვევაშიც კი, თუ სასამართლო გადაწყვეტს, რომ დასახელებული დარღვევებიდან რომელიმეს მართლაც ჰქონდა ადგილი, აუცილებლად სწორად უნდა იქნეს განსაზღვრული ფულადი სანქციის დაკისრების პრინციპი. ფულადი სანქცია დაანგარიშებული უნდა იქნეს სახელმწიფოს მიერ ორგანიზაციისათვის ანაზღაურებულ კონკრეტული ვიზიტისათვის განსაზღვრული თანხიდან, რომელიც დარღვევით იქნა განხორციელებული და არა ორგანიზაციისათვის მთლიანად ანაზღაურებული თანხიდან.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე აპელანტი სააპელაციო საჩივრის დაკმაყოფილებას მოითხოვს.

III ს ა მ ო ტ ი ვ ა ც ი ო ნ ა წ ი ლ ი:

5. გასაჩივრებული გადაწყვეტილების გაუქმების და ახალი გადაწყვეტილების მიღების დასაბუთება:

საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსის პირველი მუხლის მე-2

ნაწილის მიხედვით, თუ ამ კოდექსით სხვა რამ არ არის დადგენილი, ადმინისტრაციულ სამართალწარმოებაში გამოიყენება საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის დებულებანი.

საქართველოს სსკ-ის 377-ე მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად, სააპელაციო სასამართლო, ამოწმებს გადაწყვეტილებას სააპელაციო საჩივრის ფარგლებში, ფაქტობრივი და სამართლებრივი თვალსაზრისით. ამავე მუხლის მეორე ნაწილით სამართლებრივი თვალსაზრისით შემოწმებისას, სასამართლო ხელმძღვანელობს საქართველოს სსკ-ის 393-ე და 394-ე მუხლების მოთხოვნებით.

სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის 389-ე მუხლის მე-2 ნაწილის „ბ“ ქვეპუნქტის თანახმად, სააპელაციო სასამართლოს გადაწყვეტილება აღწერილობითი და სამოტივაციო ნაწილების ნაცვლად უნდა შეიცავდეს საქმის გარემოებებთან დაკავშირებით გასაჩივრებული გადაწყვეტილების დასკვნებზე მითითებას, შესაძლო ცვლილებების ან დამატებების გათვალისწინებით.

5.1. ფაქტობრივი დასაბუთება:

სააპელაციო სასამართლო ეთანხმება თბილისის საქალაქო სასამართლოს მითითებას საქმის უდავო ფაქტობრივ გარემოებებთან დაკავშირებით. სააპელაციო პალატის მოსაზრებით, სასამართლომ სწორად დაადგინა საქმის უდავო ფაქტობრივი გარემოებები, რასაც იზიარებს სააპელაციო პალატაც და მიუთითებს მათზე.

5.2. სამართლებრივი დასაბუთება:

სააპელაციო სასამართლო მიიჩნევს, რომ პირველი ინსტანციის სასამართლომ დადგენილ ფაქტობრივ გარემოებებს მისცა არასწორი სამართლებრივი შეფასება, არასწორად განმარტა კანონი, რამაც საბოლოოდ არასწორ გადაწყვეტილებამდე მიიყვანა პირველი ინსტანციის სასამართლო, რაც განაპირობებს გასაჩივრებული გადაწყვეტილების გაუქმებას.

განსახილველ შემთხვევაში სადავოა ა(ა)იპ „პა-----ისთვის“

სახელმწიფო ბიუჯეტის სასარგებლოდ 138 237 ლარის დაკისრების კანონიერება. გარემოებები, რომელთა საფუძველზეც სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო აპელანტისთვის სახელმწიფო ბიუჯეტის სასარგებლოდ თანხის დაკისრებას ითხოვს, მოცემულია სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს შემოწმების აქტში. ამდენად, სასამართლომ უნდა შეაფასოს შემოწმების აქტში ასახული

ფაქტობრივი გარემოებები რამდენად ქმნის სასარჩელო მოთხოვნის დაკმაყოფილების საფუძველს.

განსახილველ შემთხვევაში შემოწმების აქტი შეიცავს სამედიცინო დაწესებულების მიერ განხორციელებულ სხვადასხვა დარღვევაზე მითითებას. მათ შორის, სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოს 2013 წლის 1-----ოს შემოწმების აქტის თანახმად, განხორციელებულია უკანონო საექიმო საქმიანობა, ასევე, ცალკეულ შემთხვევებში ექიმების მიერ სათანადო სერტიფიკატების გარეშე არის გაწეული სამედიცინო მომსახურება.

კერძოდ, შემოწმების აქტის მიხედვით, „ცენტრში“, „ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობის“ სახელმწიფო პროგრამის, „ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობის“ კომპონენტის ფარგლებში, პალიატიურ მომსახურებას ახორციელებდნენ ექიმები, რომლებიც არ ფლობდნენ სუბსპეციალობის მოწმობას - „ტკივილის მედიცინა და პალიატიური მზრუნველობა“. ასევე, დაფიქსირდა უკანონო საექიმო საქმიანობის ფაქტები. კერძოდ: ექიმ ე. ბ-----ს არ გააჩნია სახელმწიფო სერტიფიკატი იმ საექიმო საქმიანობაში, რომელთა დამატებით კომპეტენციას წარმოადგენს სუბსპეციალობა - „ტკივილის მედიცინა და პალიატიური მზრუნველობა“, აღნიშნულით დაირღვა „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სუბსპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის №136/ნ ბრძანების მოთხოვნები. ასევე, დარღვეულია ის მოთხოვნა, რომელიც გათვალისწინებულია „2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის №92 დადგენილების 21-ე მუხლის მე-3 პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტით. „სახელმწიფო პროგრამაში“ მონაწილე 16 ექიმიდან 7 მათგანს გააჩნია სახელმწიფო სერტიფიკატი - „საოჯახო მედიცინაში“, თუმცა არ გააჩნიათ სახელმწიფო სერტიფიკატი იმ საექიმო საქმიანობაში, რომელთა დამატებით კომპეტენციას წარმოადგენს სუბსპეციალობა- „ტკივილის მედიცინა და პალიატიური მზრუნველობა“.

სააპელაციო პალატა მიუთითებს საქართველოს ადმინისტრაციულ სამართალდარღვევათა კოდექსის 44² მუხლის მესამე ნაწილზე, რომლის თანახმად, საექიმო საქმიანობა სახელმწიფო სერტიფიკატის გარეშე გამოიწვევს დაჯარიმებას 1000 ლარის ოდენობით.

„2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის N92 დადგენილების 21-ე მუხლის მე-3 პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტის თანახმად, **ანაზღაურებული**

თანხის სრულად უკან დაბრუნების საფუძველია, თუ მკურნალობის პროცესში ჩართული ყველა ექიმი არ ფლობს შესაბამის სახელმწიფო სერტიფიკატს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განხორციელებისათვის.

ამდენად, სახელმწიფო სერტიფიკატის მიღებამდე სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში პაციენტებისთვის გაწეული დამოუკიდებელი სამედიცინო მომსახურება ანაზღაურებული თანხის სრულად უკან დაბრუნების საფუძველია, თუმცა განსახილველ შემთხვევაში, საქმეში წარმოდგენილი შემოწმების აქტით არ დგინდება საქართველოს ადმინისტრაციული სამართალდარღვევათა კოდექსის 44² მუხლის მესამე ნაწილის საფუძველზე ექიმების მიმართ გამოყენებული იქნა თუ არა სანქცია სახელმწიფო სერტიფიკატის გარეშე დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განხორციელებისთვის, რაც არამართებულს ხდის „2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის N92 დადგენილების 21-ე მუხლის მე-3 პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტის გამოყენების შესაძლებლობას.

რაც შეეხება სერტიფიკატის არქონას, „2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის N92 დადგენილების მე-11 დანართის მე-6 მუხლის პირველ პუნქტის თანახმად, მე-3 მუხლის „ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებელია პირი, რომელიც აკმაყოფილებს შესაბამისი საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს, ჰყავს პალიატიური ზრუნვის მიწოდებისათვის კანონმდებლობით განსაზღვრული პროფილისა და კვალიფიკაციის მქონე სპეციალისტები, რომლებსაც დადასტურებულად აქვთ გავლილი გადამზადება პალიატიურ მზრუნველობაში, ახორციელებს მომსახურებას „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის N157/ნ ბრძანებით განსაზღვრული პირობებისა და მოცულობის დაცვით, ეთანხმება ვაუჩერის პირობებს და წერილობით დაადასტურებს პროგრამაში მონაწილეობის სურვილს. ამავე დადგენილების მე-11 დანართის მე-3 მუხლის „ა“ ქვეპუნქტის თანახმად კი, პროგრამის ფარგლებში იფარება ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობა, რომელიც მოიცავს ქ. თბილისის, ქ. ქუთაისის, თელავის, ზუგდიდის, ოზურგეთისა და გორის მუნიციპალიტეტში ინკურაბელურ პაციენტთა ბინაზე ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობის განხორციელებას შესაბამისი მობილური გუნდის მიერ.

მითითებულ საკითხთან დაკავშირებით გასათვალისწინებელია სადავო პერიოდი - 2012 წლის 2-----რიდან 2013 წლის 1 აპრილამდე. „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის N136/ნ ბრძანების სადავო პერიოდში მოქმედი რედაქციით „საოჯახო მედიცინის“ სუბსპეციალობად არ იყო გამოყოფილი „პალიატიური მზრუნველობა“. „პალიატიური მზრუნველობა“ „საოჯახო მედიცინას“ სუბსპეციალობად გამოეყო მხოლოდ აღნიშნულ ბრძანებაში 2014 წლის 7 თებერვლის ბრძანებით შესული ცვლილებით. ამასთან, „საექიმო სპეციალობათა, მომიჯნავე საექიმო სპეციალობათა და სუბსპეციალობების შესაბამისი სპეციალობების ნუსხის განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 18 აპრილის N136/ნ ბრძანების დღეს მოქმედი რედაქციის მიხედვით, **სუბსპეციალობის მოწმობა სავალდებულოა მხოლოდ სტაციონარული პალიატიური სერვისის მიმწოდებელი სუბიექტებისათვის.** „საექიმო სპეციალობათა პროფესიული კომპეტენციის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 30 მარტის N01-8/ნ ბრძანების N10 დანართის მიხედვით კი, **ამბულატორი პალიატიური მზრუნველობა შედის სპეციალობა - „საოჯახო მედიცინის“ კომპეტენციაში.**

ზემოაღნიშნულ სამართლებრივ საკითხთან მიმართებით გასათვალისწინებელია საქართველოს უზენაესი სასამართლოს 2018 წლის 19 აპრილის განჩინება ანალოგიურ საქმეზე (საქმე Nბს-831-827(კ-17)), რომელშიც საკასაციო სასამართლომ ზემოთ მითითებული ნორმების გათვალისწინებით აღნიშნა, რომ „ექიმს ჰქონდა უფლება რაიმე დამატებითი მოწმობის გარეშე ამბულატორიულად განეხორციელებინათ პალიატიური მზრუნველობა. მით უფრო, სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავდა ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიულ პალიატიურ მზრუნველობას. ზემოაღნიშნულ მსჯელობასთან ერთად, აგრეთვე გასათვალისწინებელია კასატორის არგუმენტი მასზედ, რომ „ტკივილის მედიცინასა და პალიატიურ მზრუნველობაში“ სუბსპეციალობის მოწმობა ქვეყნის მასშტაბით პირველად გაიცა მხოლოდ 2013 წლის ზაფხულში, ანუ სადავო პერიოდის დასრულების შემდგომ.“

ამდენად, სააპელაციო პალატა, სადავო პერიოდში მოქმედი კანონმდებლობის საფუძველზე, დადასტურებულად ვერ მიიჩნევს შემოწმების აქტში მითითებული დარღვევების არსებობას, რომ ადგილი ჰქონდა უკანონო საექიმო საქმიანობის განხორციელებას, შესაბამისი სერტიფიკატის არქონის გარეშე სამედიცინო მომსახურების გაწევას. შესაბამისად, აღნიშნული საფუძველით აპელანტისთვის თანხის დაბრუნების დავალების წინაპირობები არ არსებობს.

შემოწმების აქტით ასევე ირკვევა, რომ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, 5844 ვიზიტი განეკუთვნება: ა) ონკოლოგიურ პაციენტებს, რომელთა დიაგნოზებში გამოტანილია კიბოს I, ან II, ან III სტადია, ან სტადია არ არის მითითებული; ბ) არაონკოლოგიურ პაციენტებს, რომელთა დიაგნოზები და ჯანმრთელობის მდგომარეობა არ იძლეოდა იმ დასკვნის საფუძველს, რომ პაციენტები იმყოფებიან ტერმინალურ სტადიაში ან/და შესაბამისი მკურნალობის ჩატარების შემდეგ, მათი მდგომარეობა არ გაუმჯობესდებოდა. ძირითად შემთხვევებში, პაციენტები ჩართულნი არიან სახელმწიფო პროგრამაში იმ დიაგნოზების საფუძველზე, რაც დაფიქსირებულია სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გაცემული ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობებში (ფორმა IV-100ა). თუმცა არის შემთხვევები, როდესაც პალიატიური მზრუნველობის განმახორციელებელი დაწესებულების „ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათებში“ გამოტანილი დიაგნოზები/მონაცემები არ არის დაფიქსირებული აღნიშნულ ფორმაში ან/და არ შეესაბამება მასში გამოტანილ დიაგნოზებს/მონაცემებს. გარდა ამისა, მოსარჩელე ყურადღებას ამახვილებს მასზე, რომ პაციენტთა პროგრამაში ჩართვის ჯამური ხანგრძლივობა მნიშვნელოვნად გასცდა 6 თვეს.

სააპელაციო პალატა მიუთითებს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის N157/ნ ბრძანებით დამტკიცებულ „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციაზე“, რომლის პირველი მუხლი განსაზღვრავს, რომ პალიატიური მზრუნველობა ეწოდება „აქტიურ, მრავალპროფილურ მზრუნველობას იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება. მისი უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა და ავადმყოფთა სოციალური, ფსიქოლოგიური და სულიერი მხარდაჭერა. პალიატიური მზრუნველობის მიზანია ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების უკეთესი ხარისხის მიღწევა“ (Geneva: World Health Organization, 1990).

ინსტრუქციის მე-2 მუხლის პირველი პუნქტის შესაბამისად, პალიატიური მზრუნველობა გამოყენებულ უნდა იქნას ნებისმიერი ქრონიკული (საბოლოო ანგარიშით) უკურნებელი დაავადების შემთხვევაში. პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელოვანი ამოცანაა ტკივილის მოხსნა, ხოლო მე-2 პუნქტის მიხედვით, პალიატიური მზრუნველობა: ა) ამკვიდრებს ბოლომდე ღირსეული სიცოცხლის ფილოსოფიას, ამასთანავე ნორმალურ კანონზომიერ პროცესად მიიჩნევს სიკვდილს; ბ) ისწრაფვის, რაც შეიძლება დიდხანს უზრუნველყოს ავადმყოფის აქტიური ცხოვრების წესი; გ) სთავაზობს დახმარებას პაციენტის ოჯახს ავადმყოფობის მძიმე პერიოდში და ფსიქოლოგიურ მხარდაჭერას უცხადებს ახლობელი ადამიანის დაკარგვის

გამო; მიმართავს მრავალმხრივ პროფესიონალურ (ინტერდისციპლინურ) მიდგომას პაციენტისა და მისი ოჯახის ყველა მოთხოვნილების დასაკმაყოფილებლად; დ) ახდენს ადეკვატურ გაუტკივარებას და სხვა ფიზიკური სიმპტომების მოხსნას; აუმჯობესებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს და, ამასთანავე, გარკვეულწილად დადებითად მოქმედებს ავადმყოფობის მიმდინარეობაზე.

სააპელაციო პალატა მიუთითებს, რომ პალიატიური მზრუნველობა წარმოადგენს პაციენტებზე ორიენტირებულ სერვისს, რათა გაუწიოს მათ ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი დახმარება და, პირველ ყოვლისა, დაეხმაროს ტკივილების დაძლევაში. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაცია იძლევა პალიატიური მზრუნველობის შემდეგ განსაზღვრებას: პალიატიური მზრუნველობა არის სრულყოფილი, ეფექტური მზრუნველობა პაციენტზე მაშინ, როდესაც დაავადება აღარ ექვემდებარება მკურნალობას. უმთავრესი ხდება ტკივილისა და სხვა სიმპტომების, ფსიქოლოგიური, სოციალური და სულიერი პრობლემების კონტროლი. პალიატიური მზრუნველობის მიზანია პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრების სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესება.

აღსანიშნავია მინისტრთა კომიტეტის რეკომენდაცია REC (2003) 24 ევროპის საბჭოს წევრ სახელმწიფოებში პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზებისათვის, რომელშიც მითითებულია, რომ პალიატიური მზრუნველობა განამტკიცებს სიცოცხლეს და განიხილავს სიკვდილს ნორმალურ პროცესად. პალიატიური მზრუნველობა ეძიებს გზებს, რათა გაამხნევოს პაციენტები და უზრუნველყოს სასარგებლო, აქტიური ცხოვრების წესის შენარჩუნება გარდაცვალებამდე. პალიატიური მზრუნველობა მიზნად ისახავს სიცოცხლის ხარისხის გაუმჯობესებას. ბოლო წლებში „სიცოცხლის ხარისხის“ საკითხი მრავალი კვლევის საგანი გახდა. მნიშვნელოვანია ვაღიაროთ, რომ იგი არ წარმოადგენს მხოლოდ ფიზიკური კომფორტისა და ფუნქციონირების საზომს, არამედ არის ის „რატაც“, რისი განმარტებაც მხოლოდ თითოეულ პაციენტს შეუძლია და რაც, შესაძლოა, მნიშვნელოვნად შეიცვალოს დროთა განმავლობაში. პალიატიური მზრუნველობა მისაღებია დაავადების ადრეულ პერიოდშიც, დაავადების მართვასა და სიცოცხლის გამახანგრძლივებელ სხვა თერაპიებთან კავშირში. ისტორიულად, პალიატიური მზრუნველობა ასოცირდებოდა სასიკვდილოდ განწირულ ონკო პაციენტებზე მზრუნველობასთან. აღიარებულია, რომ პალიატიურ მზრუნველობას გაცილებით მეტის შეთავაზება შეუძლია პაციენტებისა და მათი ოჯახის წევრებისათვის დაავადების ადრეულ ეტაპებზე, თუნდაც იმ მომენტიდან, როდესაც დაავადება უკურნებელი ხდება და მისი პროგრესირების შეჩერება შეუძლებელია. ყოველივე აღნიშნული მოითხოვს, რომ პალიატიური მზრუნველობა ინტეგრირებული იქნას ჯანდაცვის სამსახურების სპექტრში საავადმყოფოებსა და თემზე დაფუძნებულ დაწესებულებებში.

„ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის N157/ნ ბრძანების მე-2 მუხლის მე-5 პუნქტის თანახმად, ავადმყოფების სამ ძირითად ჯგუფს, რომელთაც სიცოცხლის დასასრულს სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობა ესაჭიროებათ, წარმოადგენს: ა) მე-4 სტადიის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულნი; ბ) ტერმინალურ სტადიაშიმყოფი შიდსით დაავადებულნი; გ) არაონკოლოგიური ქრონიკული მოპროგრესე სენით დაავადებულნი ტერმინალურ სტადიაში (გულის, ფილტვების დეკომპენსაციის, ღვიძლისა და თირკმელების უკმარისობის სტადიები, გაფანტული სკლეროზი, თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის დარღვევის მძიმე შედეგები და სხვ.).

აღსანიშნავია, რომ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის N157/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის“ მე-12 მუხლის მე-5 პუნქტის შესაბამისად, IV კლინიკური ჯგუფის ონკოლოგიური ავადმყოფებისათვის ტკივილის დაუყოვნებელი მოხსნის აუცილებლობა ნაკარნახებია სამედიცინო და დეონტოლოგიური მოსაზრებებით: თუ ავადმყოფის სიცოცხლის გადარჩენა ყოველთვის არაა შესაძლებელი, ტკივილის მოხსნა, ტანჯვის შემსუბუქება ყოველთვის შეიძლება და უნდა განხორციელდეს.

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სასამართლო განმარტავს, რომ მართალია, ინსტრუქციის მე-2 მუხლის მე-5 პუნქტი ონკოლოგიურ პაციენტებთან მიმართებაში აქცენტს აკეთებს მე-4 სტადიის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულ პირებზე, მაგრამ პაციენტთა შერჩევის კრიტერიუმების დადგენა, უნდა განხორციელდეს ნორმათა კომპლექსური ანალიზის საფუძველზე, პალიატიური მზრუნველობის მნიშვნელობისა და პრინციპების გათვალისწინებით.

აღსანიშნავია, რომ ანალოგიურ საკითხან დაკავშირებით მიღებულ 2018 წლის 19 აპრილის განჩინებაში (საქმე Nბს-831-827(კ-17)) საკასაციო სასამართლომ გაიზიარა კასატორის (მოპასუხის) არგუმენტაცია, რომ „იმ ავადმყოფთა ჩამონათვალი, რომელთაც სიცოცხლის დასასრულს სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობა ესაჭიროებათ არ არის ამომწურავი, იქიდან გამომდინარე, რომ ზემოაღნიშნული ნორმა იძლევა ასეთი ავადმყოფების მხოლოდ სამი ძირითადი ჯგუფის ჩამონათვალს. შესაბამისად, მართალია, 54 054 ვიზიტის შემთხვევაში ონკოლოგიური პაციენტები, რომელთა დიაგნოზებშიც გამოტანილია კიბოს I, II ან III სტადია, ან სადაც სტადია

საერთოდ არ არის მითითებული, ვერ ხვდებიან პაციენტების იმ სამ ძირითად ჯგუფში, რომელთაც სიცოცხლის დასასრულს სპეციალიზებული პალიატიური მზრუნველობა ესაჭიროებათ, თუმცა აღნიშნული არ გამორიცხავს მათ მიმართ პალიატიური მზრუნველობის გამოყენების საჭიროებას. მით უფრო, გასათვალისწინებელია „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის N157/6 ბრძანების მე-2 მუხლის 1-ლი პუნქტი, რომლის თანახმადაც, პალიატიური მზრუნველობა გამოყენებულ უნდა იქნეს ნებისმიერი ქრონიკული (საბოლოო ანგარიშით) უკურნებელი დაავადების შემთხვევაში. ამასთან, „ქრონიკული ინკურაბელური დაავადებით შეპყრობილი პირების პალიატიური მზრუნველობით უზრუნველყოფის შესახებ ინსტრუქციის დამტკიცების თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 10 ივლისის N157/6 ბრძანების მე-2 მუხლის 1-ლი პუნქტის თანახმად, პალიატიური მზრუნველობისათვის პაციენტთა შერჩევის კრიტერიუმებია: ა) სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა არა უმეტეს 3-6 თვისა; ბ) შემდგომი მკურნალობის ნებისმიერი მცდელობის მიზანშეუწონლობა (სპეციალისტების მტკიცე რწმენის გათვალისწინებით, რომ დიაგნოზი სწორადაა დასმული); გ) ავადმყოფის ისეთი ჩივილები და სიმპტომები, რომლებიც სიმპტომური თერაპიისა და მოვლისათვის სპეციალურ ცოდნასა და უნარს საჭიროებს.“ საკასაციო სასამართლომ მიუთითა, რომ „აღნიშნული ნორმის დანაწესი ითვალისწინებს არა სამედიცინო მომსახურების გაწევის ხანგრძლივობას, არამედ სახელმწიფო პროგრამაში პაციენტების ჩართვის კრიტერიუმებს. შესაბამისად, ის გარემოება, რომ პაციენტები ჩართულნი იყვნენ პროგრამაში ხანგრძლივი (6 თვეზე მეტი) დროის განმავლობაში, არ ქმნიდა შპს „ონკოლოგიის სამედიცინო ცენტრის“ მიმართ სანქციის გამოყენების საფუძველს. მით უფრო, გასათვალისწინებელია ზემოაღნიშნული ბრძანების მე-2 მუხლის მე-4 პუნქტი, რომლის თანახმადაც, ავადმყოფს მკურნალობა უნდა გაეწიოს უკურნებელი დაავადების დიაგნოზის დასმისთანავე. რაც უფრო ადრე და სწორად იქნება ორგანიზებული და გაწეული ეს დახმარება, მით მეტია ალბათობა, რომ განხორციელდება დასახული ამოცანა - მიღწეულ იქნება ავადმყოფისა და მისი ოჯახის ცხოვრების ხარისხის მაქსიმალურად შესაძლებელ გაუმჯობესება.“

ასევე გასათვალისწინებელია პირველი ინსტანციის სასამართლოს მიერ დაკითხულ სპეციალისტთა პოზიციები. კერძოდ, პირველი ინსტანციის სასამართლო სხდომაზე სპეციალისტის სტატუსით გამოკითხულმა დ----რი კ----ამ განმარტა, რომ პალიატიური მკურნალობა შეიძლება გამოყენებული იყოს ნებისმიერი ქრონიკული დაავადების შემთხვევაში. სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში პაციენტმა შესაძლებელია მომსახურება მიიღოს 6 თვეზე მეტი პერიოდითაც. სასამართლო სხდომაზე სპეციალისტის სტატუსით

გამოკითხულმა ი----ბ ა-----ემ განმარტა, რომ პალიატიური მზრუნველობა მიმართულია ნებისმიერი ქრონიკული დაავადებისკენ, იმ დროს, როდესაც დაავადება არის უკურნებელი და სპეციფიკური მკურნალობა უშედეგოა ან ვერ უზრუნველყოფს პაციენტის განკურნებას. ეს არის ძირითადი ინდიკატორი პაციენტის სახელმწიფო პროგრამაში ჩართვისას. ამასთან, პაციენტს გამოხატული უნდა ჰქონდეს პალიატიური მზრუნველობის საჭიროება და ამასთან დაკავშირებით ოჯახმა თანხმობა უნდა განაცხადოს, ვინაიდან ამ დროს პაციენტი ფაქტობრივად უარს ამბობს სპეციფიკურ მკურნალობაზე და მისი სიცოცხლის ხანგრძლივობა არის დაახლოებით 6 თვე. ამ პერიოდის განსაზღვრა გულისხმობს პროგრამაში ჩართვის მომენტიდან, პაციენტის მდგომარეობის შეფასებას, სავარაუდო პროგნოზს გარდაიცვალის დაახლოებით 6 თვეში, თუმცა ეს არ არის უდავო გარემოება.

ზემოაღნიშნულ სამართლებრივ ნორმათა ურთიერთშეჯერების საფუძველზე, საქართველოს უზენაესი სასამართლოს განმარტების გათვალისწინებით, სააპელაციო პალატა ვერ გაიზიარებს მოსარჩელის პოზიციას, რომ პროგრამაში ჩართულნი იყვნენ ისეთი პირები, რომელთა დიაგნოზები და ჯანმრთელობის მდგომარეობა არ იძლეოდა იმ დასკვნის საფუძველს, რომ პაციენტები იმყოფებიან ტერმინალურ სტადიაში ან/და შესაბამისი მკურნალობის ჩატარების შემდეგ, მათი მდგომარეობა არ გაუმჯობესდებოდა. მოცემული ფაქტობრივი გარემოება არ დასტურდება იმ გარემოებით, რომ ონკოლოგიურ პაციენტთა დიაგნოზებში გამოტანილია კიბოს I, ან II, ან III სტადია, დარღვევის არსებობაზე ასევე არ მიუთითებს მხოლოდ ის ფაქტიც, რომ პაციენტთა ნაწილის პროგრამაში ჩართვის ჯამური ხანგრძლივობა მნიშვნელოვნად გასცდა 6 თვეს.

შემოწმების აქტის თანახმად, არსებობს შემთხვევები, როდესაც სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, პაციენტის (ა----- ზ-----ი, ბარათი №0-----) მომსახურების ანაზღაურებაზე დაწესებულების მიერ 2012 წლის დეკემბერში მოთხოვნილია 5 ვიზიტის თანხა (55,00 ლარი). „ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათში“ არსებული მონაცემებით განხორციელებულია 4 ვიზიტი. ამდენად, დაწესებულებამ ზედმეტად მოითხოვა 1 ვიზიტის ანაზღაურება - 11.00 ლარი. არის შემთხვევები, როდესაც „ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათებში“ არსებული მონაცემებით ექიმის პირველ ვიზიტს უსწრებს ექთნის რამდენიმე ვიზიტი და შემდეგ არის დაფიქსირებული ექიმის ვიზიტი (პაციენტის ობიექტური, სუბიექტური მონაცემები, შეფასებულია პაციენტის მდგომარეობა, მიცემულია დანიშნულება). აღნიშნულიდან გამომდინარე, ვერ ირკვევა, ექიმის ვიზიტამდე, ექთნის მიერ განხორციელებული სამედიცინო დახმარების სახე, მოცულობა, გამოყენებული პროცედურები და მედიკამენტები, ვის მიერ არის დანიშნული და რის საფუძველზე. ასევე, ბარათებში არ ფიქსირდება ექთნის მიერ რომელი და რა დოზით იქნა გამოყენებული მედიკამენტები. სააპელაციო პალატა მიიჩნევს,

რომ მოცემული ფაქტობრივი გარემოებების საფუძველზე საექიმო საქმიანობის განხორციელების უკანონობა, არასათანადო მკურნალობის გაწევა, შესაბამისი წესით დადგენილი და დადასტურებული არ არის.

„2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის N92 დადგენილების 21-ე მუხლის პირველი პუნქტი არეგულირებს ზედამხედველობის ნებისმიერ ეტაპზე გამოვლენილი დარღვევებისას სხვადასხვა ტიპის საჯარიმო სანქციების გამოყენების შესაძლებლობას. დადგენილების 21-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული სანქციის - თანხის უკან დაბრუნების საფუძლები განისაზღვრება ამავე დადგენილების 21-ე მუხლის მე-3 პუნქტით, რომლის თანახმად, ანაზღაურებული თანხის სრულად უკან დაბრუნების საფუძვლებია: ა) თუ ძირითადი (პროგრამულ ანაზღაურებას დაქვემდებარებული) დიაგნოზი არ დასტურდება პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებული მონაცემებით ან დამძიმებულია, ან წარმოდგენილია თანმხლები დიაგნოზის სახით; ბ) თუ სრულად არ ჩატარებულა სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება; გ) თუ აღნიშნული შემთხვევა არ წარმოადგენს პროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებას: გ.ა) არ არის დაცული პროგრამის მოთხოვნა პაციენტის ასაკობრივ ზღვართან დაკავშირებით; გ.ბ) მომსახურება გაწეულია იმ დიაგნოზით, რომელიც არ არის გათვალისწინებული სახელმწიფო პროგრამით ანდა მიმწოდებელთან დადებული ხელშეკრულებით; დ) თუ მიმწოდებელი არ ფლობს ლიცენზიას/ნებართვას ან სანებართვო დანართს შესაბამის სამედიცინო საქმიანობაზე, ან აწარმოებს მაღალი რისკის სამედიცინო საქმიანობას სავალდებულო შეტყობინების გარეშე; ე) თუ მკურნალობის პროცესში ჩართული ყველა ექიმი არ ფლობს შესაბამის სახელმწიფო სერტიფიკატს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განხორციელებისათვის; ვ) თუ დადასტურდება, რომ სამედიცინო დაწესებულებისათვის პროგრამის მოსარგებლის მიმართვა/გარდაცვალება განპირობებულია ამ ან პროგრამის მონაწილე სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში მანამდე ჩატარებული არასრული ან/და უხარისხო სამედიცინო დახმარებით, თანხის დაბრუნება ხდება იმ დაწესებულების მიერ, რომლის მიზეზითაც უშუალოდ დაზარალდა მოსარგებლე; ზ) თუ შემთხვევის შესახებ მონაცემები ან/და დოკუმენტაცია არ ასახავს სინამდვილეს.

„2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის N92 დადგენილების 21-ე მუხლის მე-11 პუნქტის თანახმად, სამედიცინო მომსახურების/საქონლის მიწოდებისას **საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული მოთხოვნების დარღვევა** (გარდა სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოების წესისა), რომელიც გამოვლინდება რევიზიის დროს, გამოიწვევს მიმწოდებლის დაჯარიმებას შემთხვევის ღირებულების შესაბამისად, პროგრამის ფარგლებში

ანაზღაურებული თანხის 10%-ით.

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, საქმეზე დადგენილი ფაქტობრივი გარემოებებისა და მათი სამართლებრივი შეფასების შედეგად, საკასაციო სასამართლოს მიერ გაკეთებული განმარტებების გათვალისწინებით, სააპელაციო სასამართლო მიიჩნევს, რომ არ დასტურდება აპელანტის (თავდაპირველი მოპასუხის) მიერ იმგვარი დარღვევების ჩადენა, რაც მისთვის თანხის დაკისრების საფუძველი გახდებოდა. არ დგინდება სამედიცინო დაწესებულების მიერ სამედიცინო მომსახურების გაწევისას საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული მოთხოვნების დარღვევა, შესაბამისად უკანონოა მისთვის თანხის დაბრუნების დავალება, ასევე ჯარიმის დაკისრება. ამდენად, სარჩელი უსაფუძვლოა და არ უნდა დაკმაყოფილდეს.

6. შემაჯამებელი სასამართლო დასკვნა:

სააპელაციო პალატა მიიჩნევს, რომ წარმოდგენილი სააპელაციო საჩივარი ქმნის სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის 393-ე და 394-ე მუხლების შემადგენლობას და გასაჩივრებული გადაწყვეტილების გაუქმების პროცესუალურ-სამართლებრივ საფუძველს. შესაბამისად, სააპელაციო საჩივარი უნდა დაკმაყოფილდეს, უნდა გაუქმდეს თბილისის საქალაქო სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა კოლეგიის 2017 წლის 10 აგვისტოს გადაწყვეტილება და მიღებული უნდა იქნას ახალი გადაწყვეტილება, რომლითაც სარჩელი არ დაკმაყოფილდება.

7. საპროცესო ხარჯები:

სააპელაციო პალატა განმარტავს, რომ საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის 53-ე მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად, იმ მხარის მიერ გაღებული ხარჯების გადახდა, რომლის სასარგებლოდაც იქნა გამოტანილი გადაწყვეტილება, ეკისრება მეორე მხარეს, თუნდაც ეს მხარე განთავისუფლებული იყოს სახელმწიფოს ბიუჯეტში სასამართლო ხარჯების გადახდისაგან. იმავე კოდექსის 55-ე მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად, სასამართლოს მიერ საქმის განხილვასთან დაკავშირებით გაწეული ხარჯები და სახელმწიფო ბაჟი, რომელთა გადახდისაგან განთავისუფლებული იყო მოსარჩელე, გადახდება მოპასუხეს ბიუჯეტის შემოსავლის სასარგებლოდ, მოთხოვნათა იმ ნაწილის პროპორციულად, რომელიც დაკმაყოფილებულია.

ვინაიდან წარმოდგენილი სააპელაციო საჩივარი დაკმაყოფილდა, ხოლო აპელანტს გადავადებული ჰქონდა სახელმწიფო ბაჟის გადახდა, სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს უნდა დაეკისროს სახელმწიფო

ბიუჯეტის სასარგებლოდ 5529,48 ლარის (ხუთი ათას ხუთას ოცდაცხრა ლარი და ორმოცდარვა თეთრი) გადახდა.

IV ს ა რ ე ზ ო ლ უ ც ი ო ნ ა წ ი ლ ი:

სააპელაციო სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა პალატამ იხელმძღვანელა საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსის პირველი, საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის 257-ე, 372-ე, 386-ე, 389-ე, 391-ე, 397-ე მუხლებით და

გ ა დ ა წ ყ ვ ი ტ ა:

1. ა(ა)იპ „პა-----ის“ სააპელაციო საჩივარი დაკმაყოფილდეს.
2. გაუქმდეს თბილისის საქალაქო სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა კოლეგიის 2017 წლის 10 აგვისტოს გადაწყვეტილება და მიღებული იქნას ახალი გადაწყვეტილება.
3. სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს სარჩელი არ დაკმაყოფილდეს.
4. სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს გადახდეს სახელმწიფო ბიუჯეტის სასარგებლოდ სახელმწიფო ბაჟის სახით 5529,48 ლარი(ხუთი ათას ხუთას ოცდაცხრა ლარი და ორმოცდარვა თეთრი).
5. გადაწყვეტილება შეიძლება გასაჩივრდეს კასაციის წესით, საქართველოს უზენაესი სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა პალატაში (მდებარე ქ. თბილისი, ძმები ზუბალაშვილების ქ. №32), დასაბუთებული გადაწყვეტილების მხარეთათვის გადაცემიდან 21 (ოცდაერთი) დღის ვადაში, თბილისის სააპელაციო სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა პალატის მეშვეობით (მდებარე ქ. თბილისი, გრ. რობაქიძის გამზირი №7ა).

თავმჯდომარე

მანანა ჩოხელი

მოსამართლეები

თამარ ონიანი

გიორგი ტყავაძე