

საქმე №-----

საქმე №3/5046-18



გ ა დ ა წ ყ ვ ე ტ ი ლ ე ბ ა

საქართველოს სახელით

22 თებერვალი, 2018 წელი

ქ. თბილისი

თბილისის საქალაქო სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა კოლეგია
მოსამართლე - ლეილა გოგიშვილი
სხდომის მდივანი - ანა მგელაძე

მოსარჩელე - სს „ს-----ი“ (შპს „მ-----
-----ოს“ უფლებამონაცვლე)

წარმომადგენლები - მ-----ე, ნ-----ე

მოპასუხე - სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტო

წარმომადგენელი - ლ-----

დავის საგანი - ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტების
ბათილად ცნობა

აღწერილობითი ნაწილი

1. სასარჩელო მოთხოვნა

1.1. ბათილად იქნეს ცნობილი სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს
საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტის
უფროსის 2017 წლის 29 ნოემბრის №----- გადაწყვეტილება „საყოველთაო
ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში გაწეული
მომსახურების ანაზღაურებაზე უარის თქმის შესახებ პაციენტების: ნ-----
-----ის, დ-----ისა და დ-----ის შემთხვევებში
აუნაზღაურებელი თანხის ნაწილში, ხოლო პაციენტების: ე-----ისა
და თ-----ის შემთხვევებში - სრულად;

1.2. ბათილად იქნეს ცნობილი სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს
2018 წლის 24 ივლისის №----- გადაწყვეტილება შპს „მ-----

-----ოს” №----- ადმინისტრაციული საჩივრის ნაწილობრივ დაკმაყოფილების შესახებ პაციენტების: ნ-----ის, დ-----ისა და დ-----ის შემთხვევებში აუნაზღაურებელი თანხის ნაწილში საჩივრის დაკმაყოფილებაზე უარის თქმის, ხოლო პაციენტების: ე-----ისა და თ-----ის შემთხვევებში - საჩივრის დაკმაყოფილებაზე უარის თქმის შესახებ.

(დაზუსტებული სასარჩელო მოთხოვნა, იხ. ტომი 1, ს.ფ. 258-278).

2. მოპასუხის პოზიცია

2.1. მოპასუხე - სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს წარმომადგენელმა წარმოდგენილი შესაგებლით სარჩელი არ ცნო და განმარტა, რომ გასაჩივრებული ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტები გამოცემულია კანონის მოთხოვნათა სრული დაცვით, რის გამოც არ არსებობს მათი ბათილად ცნობის სამართლებრივი საფუძვლები.

3. ფაქტობრივი გარემოებები

3.1. დადგენილი ფაქტობრივი გარემოებები

3.1.1. შპს „მ-----ოს“ 2017 წლის 12 ივნისის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობით (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV-100/ა) და №----- სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათით დგინდება, რომ **პაციენტი - ე-----ი** (დაბ. თარიღი 22.06.2015წ.; შემთხვევის №-----) 2017 წლის 08 ივნისს მოათავსეს შპს „მ-----ოს“ ნეირო მეცნიერებათა დეპარტამენტში. დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი: Z03.3. დაკვირვება, როცა ეჭვია ნერვული სისტემის დაზიანებაზე”.

მოკლე ანამნეზი: 5 დღის წინ პაციენტს დაეწყო ტემპერატურის მატება 39⁰, მრავალჯერადი ღებინება, პნევმონიის დიაგნოზით მკურნალობდა მარნეულის საავადმყოფოში, ბოლო 3 დღეა გამოეხატა ძილიანობა, ცხელების გარეშე. 08.06-ში მიმართეს ი-----ს. შესვლისას გაკეთდა თავის ტვინის კტ კვლევა, სადაც კეროვანი დაზიანება არ აღმოჩნდა. მშობელმა უარი განაცხადა ლუმბალური პუნქციის ჩატარებაზე. პაციენტი მოთავსდა ნეირო მეცნიერებათა დეპარტამენტში შესაბამისი კვლევებისა და დინამიკაში მონიტორინგის მიზნით.

ჩატერებული დიაგნოსტიკური კვლევები და კონსულტაციები: სისხლის საერთო ანალიზი, PH და ელექტროლიტები, C რეაქტიული ცილა, სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, გულმკერდის, მუცლის ღრუს რენტგენოგრაფია, მუცლის ღრუს ექოსკოპია, თავის ტვინის კომპიუტერული ტომოგრაფია, პედიატრის, გასტროენტეროლოგის, ქირურგის კონსულტაციები.

ჩატარებული მკურნალობა: სიმპტომური მეთვალყურეობა.

პაციენტის მდგომარეობა სტაციონარიდან გაწერისას (12.06.2017წ.): გაუმჯობესებული. მიეცა სამკურნალო და შრომითი რეკომენდაციები.

2017 წლის 12 ივნისს შპს „მ-----ოს“ მიერ გაკეთდა შეტყობინება და ინფორმაცია სამედიცინო შემთხვევების რეგისტრაციის მოდულში გადაცემულია, როგორც გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება, ხელოვნური კოდით: SUR180661, Z03.3. დაკვირვება, როცა ეჭვია ნერვული სისტემის დაზიანებაზე.

სასამართლო ეყრდნობა შემდეგ მტკიცებულებებს:

- სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი №---- (ტომი 1, ს.ფ. 31-54);
- შპს „მ-----ოს“ 2017 წლის 12 ივნისის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV -100/ა) (ტომი 1, ს.ფ. 32);
- სამედიცინო შემთხვევების რეგისტრაციის მოდული (ტომი 1, ს.ფ. 49-54).

3.1.2. შპს „მ-----ოს“ 2017 წლის 09 ივნისის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობით (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV-100/ა) და №---- სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათით დგინდება, რომ **პაციენტი - თ-----ი** (დაბ. თარიღი 04.09.2013წ.; შემთხვევის №-----) 2017 წლის 08 ივნისს მოათავსეს შპს „მ-----ოს“ ნეირო მეცნიერებათა დეპარტამენტში. დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი: S06.0. „თავის ტვინის შერყევა“.

მოკლე ანამნეზი: პაციენტმა 08.06.17-ში მიიღო თავის ტვინის მცირე ტრავმა (დაგორდა კიბის საფეხურიდან, დაარტყა თავი), გონება არ დაუკარგავს, გამოხატული იყო სისუსტე, ადინამია, თავბრუ, გულისრევა. აღნიშნული ჩივილებით მიყვანილ იქნა კლინიკის გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტში, სადაც აღენიშნა ლებინება, პაციენტი იყო ძლიერ ადინამიური, ძილიანი, აღენიშნებოდა გულისრევა, რის გამოც შემდგომი მეთვალყურეობისა და სიმპტომური მართვის მიზნით გადაყვანილ იქნა ნეირო მეცნიერებათა დეპარტამენტში.

ჩატარებული დიაგნოსტიკური კვლევები და კონსულტაციები: სისხლის საერთო ანალიზი, C ჰეპატიტი (სწრაფი ტესტი), ხერხემლის სვეტის რენტგენოგრაფია, შრდ-სასქესო სისტემის სონოგრაფია, თავის ტვინის CT - პათოლოგიის გარეშე.

ჩატარებული მკურნალობა: სტაციონარული მეთვალყურეობა.

პაციენტის მდგომარეობა სტაციონარიდან გაწერისას (09.06.2017წ.): გაუმჯობესებული. მიეცა სამკურნალო და შრომითი რეკომენდაციები.

2017 წლის 09 ივნისს შპს „მ-----ოს“ მიერ გაკეთდა შეტყობინება და ინფორმაცია სამედიცინო შემთხვევების რეგისტრაციის მოდულში გადაცემულია, როგორც გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება, ხელოვნური კოდით: 6140000068/1, S06.0. თავის ტვინის შერყევა.

სასამართლო ეყრდნობა შემდეგ მტკიცებულებებს:

- სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი №---- (ტომი 1, ს.ფ. 55-73);
- შპს „მ-----ოს“ 2017 წლის 09 ივნისის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV -100/ა) (ტომი 1, ს.ფ. 57);
- სამედიცინო შემთხვევის რეგისტრაციის მოდული (ტომი 1, ს.ფ. 68-73).

3.1.3. შპს „მ-----ოს“ 2017 წლის 21 ივნისის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობით (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV-100/ა) და №---- სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათით დგინდება, რომ **პაციენტი - დ-----ი** (დაბ. თარიღი 10.02.2015წ.; შემთხვევის №-----) 2017 წლის 15 ივნისს მოათავსეს შპს „მ-----ოს“ რესპირაციული მედიცინის დეპარტამენტში. დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი: J96.0. სუნთქვის მწვავე უკმარისობა J18.9. პნევმონია დაუზუსტებელი.

პაციენტის სამედიცინო ბარათით დგინდება, რომ იგი ჰოსპიტალიზებული ი-----ში მკურნალობდა 15.06.17 წლის 16:50 სთ.-დან 21.06.17 წლის 10:30 სთ.-მდე. პაციენტი კლინიკაში შევიდა დიაგნოზით - „მწვავე ბრონქიტი, დაუზუსტებელი J20.9“. აღნიშნული დასტურდება გულმკერდის რენტგენოგრაფიული კვლევის დასკვნით: „ფილტვები - შებერილი, სისხლძარღვოვანი სურათი - გაღარიბებული, დეფორმირებული, ფესვები არ დიფერენცირდება“. პაციენტს შემოსვლისას აღნიშნებოდა ტაქიპნოე, გულმკერდის აუსკულტაციური მონაცემებით - დიფუზური მსტვინავი ხიხინი (აღნიშნული მიუთითებს მწვავე ბრონქიტის არსებობას). პაციენტი მოთავსდა რესპირაციული მედიცინის დეპარტამენტში. დინამიკაში გაღრმავდა სუნთქვის უკმარისობის კლინიკა, რის გამოც პაციენტი გადავიდა კრიტიკული მედიცინის დეპარტამენტში. ამასთან, სიმძიმის გამო, პაციენტი საჭიროებდა კ.ტ. კვლევას, რომელიც ჩატარდა პაციენტის გადაყვანის პერიოდში. აღნიშნული მომსახურების ეპიზოდი (15.06.17 წლის 16:50 სთ.-დან 15.06.17 წლის 23:15 სთ.-მდე) სამინისტროს ელექტრონულ მოდულში დაფიქსირებულია დიაგნოზით: „მწვავე ბრონქიტი, დაუზუსტებელი J20.9“. როგორც აღინიშნა, 15.06.17 წლის 23:15 სთ.-ზე პაციენტი გადავიდა კრიტიკული მედიცინის დეპარტამენტში, სუნთქვის უკმარისობის გამო. ჩატარებული კ.ტ. კვლევით გამოვლინდა ინფილტრაციული ცვლილებები, რამაც უკვე მიუთითა დიაგნოზზე - „მწვავე

პნევმონია, დაუზუსტებელი J18.9“. კრიტიკული მედიცინის დეპარტამენტში პაციენტი მკურნალობდა სუნთქვის უკმარისობის გამო 15.06.17 წლის 23:15 სთ.-დან 19:06.17 წლის 14:00 სთ.-მდე. შესაბამისად, აღნიშნული ეპიზოდის დაფინანსება მოთხოვნილია I დონის ინტენსიური თერაპიისა და მოვლის ფარგლებში, დიაგნოზით - “სუნთქვის მწვავე უკმარისობა J96.0“. მოგვიანებით (19:06.17 წლის 14:00 სთ.-დან), პაციენტს უკვე მოეხსნა სუნთქვის უკმარისობის ნიშნები, შესაბამისად, პაციენტმა მკურნალობა განაგრძო პნევმონიის გამო და 21.06.17 წლის 10:30 სთ.-ზე გაეწერა კლინიკიდან. მომსახურების ეს უკანასკნელი ეპიზოდი დაფიქსირებულია დიაგნოზით - „მწვავე პნევმონია, დაუზუსტებელი J18.9“.

სასამართლო ეყრდნობა შემდეგ მტკიცებულებებს:

- სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი №----- (ტომი 1, ს.ფ. 99-132);
- შპს „მ-----ოს“ 2017 წლის 21 ივნისის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV -100/ა) (ტომი 1, ს.ფ. 100-101);
- სამედიცინო შემთხვევის რეგისტრაციის მოდული (ტომი 1, ს.ფ. 127-132).

3.1.4. შპს „მ-----ოს“ 2017 წლის 30 ივნისის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობით (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV-100/ა) და №----- სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათით დგინდება, რომ **პაციენტი - დ-----ე** (დაბ. თარიღი 15.03.2017წ.; შემთხვევის №-----) 2017 წლის 26 ივნისს მოათავსეს შპს „მ-----ოს“ ჩვილ ბავშვთა და ახალშობილთა დეპარტამენტში. დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი: J06.8 ზედა სასუნთქი გზების სხვა მწვავე ინფექციები მრავლობითი ლოკალიზაციის; N39.0 საშარდე გზების ინფექციები დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის.

მოკლე ანამნეზი: პაციენტი დაბადებულია პირველი ორსულობიდან და პირველი მშობიარობიდან, ორსულობა მიმდინარეობდა ფიზიოლოგიურად, მშობიარობა 40კვ. გესტაციით, ფიზიოლოგიურად, ახალშობილი დაიბადა მასით 3600, 49სმ, ჭიპლარის რამდენიმე მარყუჟით, რაიმე ჩარევა ახალშობილს არ დაჭირვებია, ძუძუზე მიიყვანე რამდენიმე საათში, ჭიპლარის ტაკვი მოვარდა მე-4 დღეს, ბინაზე გაეწერა მე-5 დღეს. დაავადება დაეწყო 24/6-დან მაღალი ტემპერატურით, მსუბუქად გამოხატული კატარალური მოვლენებით, ხახის რკალების ჰიპერემიით. ბინაზე მკურნალობა არ ჩატარებია.

ჩატარებული დიაგნოსტიკური კვლევები და კონსულტაციები: მუცლის ღრუს ორგანოს ექოსკოპია, სისხლის საერთო ანალიზი, სისხლის ბიოქიმიური კვლევა, შარდის საერთო ანალიზი.

ჩატარებული მკურნალობა: ცეფტრეაქსონი, ინფუზიური თერაპია, სიმპტომური საშუალებები.

პაციენტის მდგომარეობა სტაციონარიდან გაწერისას (30.06.2017წ.): გაუმჯობესებული. მიეცა სამკურნალო და შრომითი რეკომენდაციები.

2017 წლის 30 ივნისს შპს „მ-----ოს“ მიერ გაკეთდა შეტყობინება და ინფორმაცია სამედიცინო შემთხვევების რეგისტრაციის მოდულში გადაცემულია, როგორც გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება, დიაგნოზი: 9000000015/1 - N39.0 საშარდე გზების ინფექცია დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის, 900000007/1 - J06.8 ზედა სასუნთქი გზების სხვა მწვავე ინფექციები მრავლობითი ლოკალიზაციის.

სასამართლო ეყრდნობა შემდეგ მტკიცებულებებს:

- სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი №----- (ტომი 1, ს.ფ. 133-155);
- შპს „მ-----ოს“ 2017 წლის 30 ივნისის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV -100/ა) (ტომი 1, ს.ფ. 135);
- სამედიცინო შემთხვევის რეგისტრაციის მოდული (ტომი 1, ს.ფ. 149-155).

3.1.5. შპს „მ-----ოს“ 2017 წლის 11, 21 და 27 ივნისის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ №-----, №----- და №----- ცნობებით (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV-100/ა) და №----- სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათით დგინდება, რომ **პაციენტი - ნ-----ი** (დაბ. თარიღი 21.04.2017წ.; შემთხვევის №-----) 2017 წლის 26 ივნისს მოათავსეს შპს „მ-----ოს“ ჩვილ ბავშვთა და ახალშობილთა დეპარტამენტში.

დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი №----- ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობის მიხედვით: R57.1 ჰიპოვოლემიური შოკი; R11 გულისრევა და პირღებინება.

მოკლე ანამნეზი: პაციენტი - ნ-----ი, 1 თვის და 20 დღის შევიდა კლინიკაში კომაში შემდეგი ანამნეზით: ავად არის 3 დღეა, დაიწყო ცხელებით, რის გამო მიმართეს პედიატრს. დაენიშნა ანტიბაქტერიული მკურნალობა ბაქტოქსით. ანტიბიოტიკის მიღებიდან 2 დღეში მდგომარეობა გაუარესდა, აღენიშნა ნაწლავთა გახსიერებული მოქმედება, სითხისა და ლორწოს შემცველი მასებით, გამოიხატა ძლიერი ჭირვეულობა, ღებინება, არ იღებდა საკვებს, რის გამოც მიმართეს ი-----ს.

ჩატარებული დიაგნოსტიკური კვლევები და კონსულტაციები: ელექტროლიტები, სისხლის საერთო ანალიზი, სისხლის ჯგუფი და რეზუსი, სისხლის ბიოქიმიური კვლევა.

ჩატარებული მკურნალობა: ინფუზური თერაპია, ანტიბიოტიკოთერაპია-ცეფტრიაქსონი, სიმპტომური საშუალებები.

პაციენტის მდგომარეობა სტაციონარიდან გაწერისას (11.06.2017წ.): გაუარესებული. პაციენტი საჭიროებდა ინტენსიურ თერაპიას და შემდგომ კვლევებს, რისთვისაც პაციენტი გადაყვანილ იქნა კრიტიკული მედიცინის დეპარტამენტში.

დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი №---- **ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობის მიხედვით:** R57.1 ჰიპოვოლემიური შოკი; R65.9 სისტემური ანთებითი პასუხის სინდრომი, დაუზუსტებელი; E25.0 ფერმენტების დეფიციტთან დაკავშირებული თანდაყოლილი ადრენოგენიტალური დარღვევები; K52.9 არაინფექციური გასტროენტერიტი და კოლიტი, დაუზუსტებელი.

ჩატარებული დიაგნოსტიკური კვლევები და კონსულტაციები: ელექტროლიტები, სისხლის საერთო ანალიზი, სისხლის ჯგუფი და რეზუსი, სისხლის ბიოქიმიური კვლევა, შსა, გსა, ექოკარდიოგრაფია, კორტიზოლი, 17 OHP, TSH. კონსულტაციები: ენდოკრინოლოგი, ალერგოლოგი.

ჩატარებული მკურნალობა: ინფუზური თერაპია კრისტალოიდით და კოლოიდით, ანტიბიოტიკოთერაპია, ჰორმონული თერაპია, სიმპტომური მკურნალობა.

პაციენტის მდგომარეობა სტაციონარიდან გაწერისას (21.06.2017წ.): გაუმჯობესებული. პაციენტი შემდგომი მონიტორინგისა და მკურნალობისათვის გადავიდა ნეონატოლოგიურ დეპარტამენტში.

დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი №---- **ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობის მიხედვით:** R57.1 ჰიპოვოლემიური შოკი; K52.9 არაინფექციური გასტროენტერიტი და კოლიტი, დაუზუსტებელი; E25.0 ფერმენტების დეფიციტთან დაკავშირებული თანდაყოლილი ადრენოგენიტალური დარღვევები; D64.9 ანემია, დაუზუსტებელი; R11 გულისრევა და პირღებინება.

ჩატარებული დიაგნოსტიკური კვლევები და კონსულტაციები: ელექტროლიტები, სისხლის საერთო ანალიზი, სისხლის ჯგუფი და რეზუსი, სისხლის ბიოქიმიური კვლევა, შსა, გსა, ექოკარდიოგრაფია, კორტიზოლი, 17 OHP, TSH. კონსულტაციები: ენდოკრინოლოგი, ალერგოლოგი, უროლოგი.

ჩატარებული მკურნალობა: ინფუზური თერაპია კრისტალოიდით და კოლოიდით, ანტიბიოტიკოთერაპია-ცეფტრიაქსონი, მერონემი, ვანკოვერი, მეტრონიდაზოლი, ჰორმონული თერაპია-ჰიდროკორტიზონი, სიმპტომური მკურნალობა.

პაციენტის მდგომარეობა სტაციონარიდან გაწერისას (27.06.2017წ.): გაუმჯობესებული. მიეცა სამკურნალო და შრომითი რეკომენდაციები.

2017 წლის 28 ივნისს შპს „მ-----ოს“ მიერ გაკეთდა შეტყობინება და ინფორმაცია სამედიცინო შემთხვევების რეგისტრაციის მოდულში გადაცემულია, როგორც გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება, დიაგნოზი: SUR1325010 - K52.9 არაინფექციური გასტროენტერიტი და კოლიტი, დაუზუსტებელი; 9100000003/1 - R11 გულისრევა და პირღებინება, INT0001 - R65,9 - I დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლა.

სასამართლო ეყრდნობა შემდეგ მტკიცებულებებს:

- სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი №---- (ტომი 1, ს.ფ. 166-245);
- შპს „მ-----ოს“ 2017 წლის 11 ივნისის №--- --, 21 ივნისის №---- და 27 ივნისის №---- ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობები (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV -100/ა) (ტომი 1, ს.ფ. 167-168);
- სამედიცინო შემთხვევის რეგისტრაციის მოდული (ტომი 1, ს.ფ. 239-245).

3.1.6. შპს „მ-----ოს“ №----- „ანაზღაურებაზე უარის“ და „სადავო“ სტატუსის მქონე შემთხვევათა რეესტრის თანახმად, №-----, №-----, №-----, №----- და №----- წარდგენილ შემთხვევებს, შემთხვევის ტიპი - გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება, სახელმწიფო პროგრამით ასანაზღაურებელი თანხა (ლარებში) - შემთხვევების შესაბამისად: 644.68, 336, 1392.43, 1104 და 3952.84, განესაზღვრა სტატუსი - არ ანაზღაურდება.

სასამართლო ეყრდნობა შემდეგ მტკიცებულებას:

- შპს „მ-----ოს“ №----- „ანაზღაურებაზე უარის“ და „სადავო“ სტატუსის მქონე შემთხვევათა რეესტრი (ტომი 1, ს.ფ. 26).

3.1.7. სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტის უფროსის 2017 წლის 29 ნოემბრის №----- გადაწყვეტილების თანახმად, პაციენტები, ე-----ი, თ-----ი, დ-----ი, დ-----ე და ნ-----ი, წარმოადგენენ „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილებით დამტკიცებული პროგრამის დანართი 1.3-ის მეორე პუნქტით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების პირობებით მოსარგებლეებს, რომლებიც 2017 წლის ივნისის თვის საანგარიშგებო პერიოდში მკურნალობდნენ შპს „მ.იაშვილის სახელობის ბავშვთა ცენტრალურ საავადმყოფოში“ გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურების კომპონენტით.

ამასთან, პაციენტი ე-----ი მკურნალობდა დიაგნოზით: SUR180661 - Z03.3. დაკვირვება, როცა ეჭვია ნერვული სისტემის დაზიანებაზე“. ინსპექტირების ეტაპზე აღნიშნული შემთხვევა ჩაითვალა გეგმიურ თერაპიად. შესაბამისად, შემთხვევას, №-----, განესაზღვრა სტატუსი „არ ექვემდებარება ანაზღაურებას“

საქართველოს მთავრობის 36-ე დადგენილების, დანართი 1, მე-15 მუხლის, მე-2 პუნქტის, „ე“ ქვეპუნქტის თანახმად („წარდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაციის ინსპექტირების შედეგად, განმახორციელებელი მიიჩნევს, რომ მოწოდებული ინფორმაცია არ ემთხვევა შეტყობინებაში არსებულ ინფორმაცია და/ან არ აკმაყოფილებს პროგრამით განსაზღვრულ სამედიცინო მომსახურების პირობებს“).

პაციენტი თ-----ი მკურნალობდა დიაგნოზით: 6140000068/1, S06.0. თავის ტვინის შერყევა. მონიტორინგის დროს მიჩნეულ იქნა, რომ აღნიშნული შემთხვევის მკურნალობის სრული ეპიზოდი არ ექვემდებარებოდა ანაზღაურებას, კერძოდ, გადაცემული ICD10 კოდი არ შეესაბამებოდა დასკვნით კლინიკურ დიაგნოზს. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სამედიცინო შემთხვევას №----- ინსპექტირების ეტაპზე განესაზღვრა სტატუსი „არ ექვემდებარება ანაზღაურებას“, საქართველოს მთავრობის 36-ე დადგენილების, დანართი 1, მე-15 მუხლის, მე-2 პუნქტის, „ე“ ქვეპუნქტის თანახმად.

პაციენტი დ-----ი მკურნალობდა დიაგნოზით: 9000000011/1 - J18.9- პნევმონია, დაუზუსტებული; 9000000012/1 - J20.9 - მწვავე ზრონქიტი, დაუზუსტებული; INT001 - J96.0 - I დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლა. ინსპექტირების ეტაპზე არ ანაზღაურდა 9000000012/1.

პაციენტი დ-----ე მკურნალობდა დიაგნოზით: 9000000015/1 - N39.0 საშარდე გზების ინფექცია დაუზუსტებული ლოკალიზაციის, 900000007/1 - J06.8 ზედა სასუნთქი გზების სხვა მწვავე ინფექციები მრავლობითი ლოკალიზაციის. ინსპექტირების ეტაპზე არ ანაზღაურდა 900000007/1.

პაციენტი ნ-----ი მკურნალობდა დიაგნოზით: SUR1325010 - K52.9 არაინფექციური გასტროენტერიტი და კოლიტი, დაუზუსტებული; 9100000003/1 - J06.8 - R11 გულისრევა და პირღებინება, INT0001 - R65,9 - I დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლა. ინსპექტირების ეტაპზე არ ანაზღაურდა 9100000003/1.

ინსპექტირების ეტაპზე მიჩნეულ იქნა, რომ ანაზღაურებას ექვემდებარებოდა ძირითადი ნოზოლოგიური კოდი და შემთხვევა უნდა ანაზღაურებულიყო საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მე-15 მუხლის მე-2 პუნქტის „კ“ ქვეპუნქტის პირობების საფუძველზე (როდესაც ადგილი აქვს მიმწოდებლის მიერ შეტყობინების სისტემაში ერთი მკურნალობის ეპიზოდის/შემთხვევის ფარგლებში დაფიქსირებული რამდენიმე პროგრამული შემთხვევიდან რომელიმე პროგრამული შემთხვევ(ებ)ის შესახებ ინფორმაციის, მათ შორის, შესაბამისი კოდ(ებ)ის არასწორად დაფიქსირებას. ასეთ შემთხვევაში, არ ანაზღაურდება არასწორად დაფიქსირებული პროგრამული შემთხვევა/შემთხვევები და მასთან ერთად, არ ანაზღაურდება ამ მკურნალობის ეპიზოდის/შემთხვევის ასანაზღაურებელი თანხის 10%). მაგრამ მიმწოდებელი არ დაეთანხმა და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის

ადმინისტრირების წესის პირობების დაცვით მოითხოვა სრულად სამედიცინო შემთხვევის განხილვა საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსით და/ან ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსით დადგენილი პირობებით. შესაბამისად, სამედიცინო შემთხვევებს №-----, №----- და №-----, განესაზღვრათ სტატუსი - „არ ანაზღაურდება“.

სასამართლო ეყრდნობა შემდეგ მტკიცებულებას:

- სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტის უფროსის 2017 წლის 29 ნოემბრის №----- გადაწყვეტილება „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში გაწეული მომსახურების ანაზღაურებაზე უარის თქმის შესახებ (ტომი 1, ს.ფ. 23-25).

3.1.8. 2017 წლის 28 დეკემბერს შპს „მ-----ოს“ დირექტორმა №----- ადმინისტრაციული საჩივრით მიმართა სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს და მოითხოვა სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტის უფროსის 2017 წლის 29 ნოემბრის №----- გადაწყვეტილების ბათილად ცნობა და შემთხვევების ანაზღაურება.

სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2018 წლის 24 ივლისის №----- გადაწყვეტილებით შპს „მ-----ოს“ 2017 წლის 28 დეკემბრის №----- ადმინისტრაციული საჩივარი დაკმაყოფილდა ნაწილობრივ: პაციენტების: ნ-----ის, დ-----ისა და დ-----ის შემთხვევები ანაზღაურდა პროგრამის მე-15 მუხლის მე-2 პუნქტის „კ“ ქვეპუნქტის პირობების დაცვით, ხოლო პაციენტების: ე-----ისა და თ-----ის სამედიცინო მომსახურების ანაზღაურების ნაწილში, ადმინისტრაციული საჩივარი არ დაკმაყოფილდა.

სასამართლო ეყრდნობა შემდეგ მტკიცებულებებს:

- შპს „მ-----ოს“ 2017 წლის 28 დეკემბრის №----- ადმინისტრაციული საჩივარი (ტომი 2, ს.ფ. 13-19);

- სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2018 წლის 24 ივლისის №----- გადაწყვეტილება შპს „მ-----ოს“ №----- ადმინისტრაციული საჩივრის ნაწილობრივ დაკმაყოფილების შესახებ (ტომი 1, ს.ფ. 27-30).

3.1.9. საქმეში წარმოდგენილა პედიატრთა და ნეონატოლოგთა კავშირ „ა-----ს“ 2018 წლის 19 სექტემბრის №09/04 დასკვნა, რომლის თანახმად, შპს „მ-----ოს“ კითხვაზე №----- სამედიცინო ბარათის (პაციენტი - ნ-----ი) მიხედვით დასტურდება თუ არა დიაგნოზი R11 გულისრევა და პირღებინება, მითითებულია, რომ პაციენტს აღენიშნებოდა

ლებინება ყველა კვების შემდეგ, რის ფონზეც გამოხატული იყო დეჰიდრატაცია. ვინაიდან ლებინებამ მიიღო შეუპოვარი ხასიათი, გამოხატული იყო ასევე გახშირებული ნაწლავთა მოქმედება სითხის დიდი რაოდენობით შემცველი მასით, განვითარდა ჰიპოვოლემია და პაციენტი (1 თვის და 20 დღის ვაჟი) გადაყვანილ იქნა კმდ-ში.

ამავე დასკვნის თანახმად, დეჰიდრატაცია საჭიროებდა კორექტირებას, ვინაიდან ბავშვი პერიოდულად ვერ იღებდა სითხეს და აღენიშნებოდა ლებინება, საჭიროებდა რეჰიდრატაციას ინტრავენური ინფუზიის სახით და **წარმოადგენდა გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებას.** (სახელმწიფო პროტოკოლი სავარაუდო ინფექციური წარმოშობის დიარეისა და გასტროენტერიტის მართვა ბავშვებში; ვირუსული დიარეის მართვა ბავშვთა ასაკში - http://old.moh.gov.ge/files/01_GEO/janis_sistema/gaidlaini/gaidlain-protokol/158.pdf, http://old.moh.gov.ge/files/01_GEO/janis_sistema/gaidlaini/gaidlain-protokol/157.pdf). ასევე პაციენტს აღენიშნებოდა ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობის კრიტერიუმები - საშუალო სიმძიმის დეჰიდრატაცია და მძიმე დეჰიდრატაციის განვითარების მაღალი რისკი (ასაკი 3 თვე, მრავალჯერადი ლებინება, პრეოროლად სითხის მიღების შეუძლებლობა). ნებისმიერი ეტიოლოგიის გასტროენტერიტის და დიარეის დროს ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებებია (სახელმწიფო პროტოკოლი სავარაუდო ინფექციური წარმოშობის დიარეისა და გასტროენტერიტის მართვა. ბავშვებში; ვირუსული დიარეის მართვა ბავშვთა ასაკში - http://old.moh.gov.ge/files/41_GEO/Mann_sistema/gaidlaini/gaidlain_protokol/158.pdf http://old.moh.gov.ge/files/01_GEO/ann_sistema/gaidlaini/gaidlain-protokol/157.pdf): 3 თვემდე ასაკი; ჰიპოვოლემიური შოკი; საშუალო სიმძიმის და მძიმე დეჰიდრატაცია (**აღენიშნებოდა პაციენტს**); ნევროლოგიური დარღვევები (ლეთარგია, კრუნჩხვა); შეუპოვარი ლებინება (**ასევე აღენიშნებოდა პაციენტს**); მაღალი ცხელება; ფონური დაავადებები (დიაბეტი, თირკმლის უკმარისობა, გულის მანკი, მალნუტრიცია); დეჰიდრატაციის განვითარების მაღალი რისკი (**აღენიშნებოდა პაციენტს**); არაეფექტური ორალური რეჰიდრატაცია (**აღენიშნებოდა პაციენტს**); ბინაზე ადექვატური მოვლის, სოციალური და ტრანსპორტირების პრობლემები; ეჭვი ქირურგიულ პათოლოგიაზე. **აღნიშნულის გამო პაციენტი საჭიროებდა ჰოსპიტალურ მკურნალობას. დაავადების ამ ეტაპზე ჰოსპიტალიზაციის პირველ დღეს გულისრევა და პირღებინება წარმოადგენდა წინასწარ სამუშაო კლინიკურ დიაგნოზს.**

კლინიკის კითხვაზე, რამდენად შესაძლებელია პაციენტთან, რომელთანაც სახეზეა 2 ან მეტი ნოზოლოგია, ნოზოლოგიები წარმოადგენდეს პარალელურად განვითარებულს და საჭიროებდეს დროის ერთ მონაკვეთში დამოუკიდებელ მკურნალობას, დასკვნაში აღნიშნულია, რომ **როდესაც საუბარია დამოუკიდებელ ნოზოლოგიებზე, როგორც აღნიშნული პაციენტის შემთხვევაში** (1 - გულისრევა და ლებინების ფონზე განვითარებული ჰიპოვოლემიური შოკი, 2 - სისტემური ანთებითი პასუხის სინდრომი და 3 - ფერმენტების დეფიციტთან დაკავშირებული თანდაყოლილი

ადრენოგენიტალური დარღვევები) **საჭიროა ყველა ნოზოლოგიის მკურნალობა, ვინაიდან პათოგენეზურად მათი მკურნალობა განსხვავებულია და მხოლოდ ერთი ნოზოლოგიის დამოუკიდებლად მკურნალობა არ იქნება საკმარისი დანარჩენი ნოზოლოგიისგან განსაკუთრებლად.**

პაციენტთან გულისრევა და ღებინება დაკავშირებული იყო გასტროენტერიტთან და კოლიტთან და ადეკვატური მკურნალობის მიუხედავად განვითარდა ჰიპოვოლემიური შოკი, რომელიც საჭიროებდა აქტიურ რეჰიდრატაციას. გასტროენტერიტი არაინფექციური ბუნების იყო რაც დასტურდება განავლის ბაქტერიოლოგიური კვლევის შედეგებით - პათოლოგიური მიკრობის ამოთესვა არ მოხდა. მისგან დამოუკიდებლად პაციენტს აღენიშნებოდა სისტემური ანთებითი პასუხის სინდრომი (რაც დასტურდება ლაბორატორიული მონაცემებით - ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ფორმულის მარცხნივ გადახრით, CRP მატება) **საჭიროებდა ანტიბიოტიკოთერაპიას და მხოლოდ რეჰიდრატაციით ამ სინდრომის განკურნება ვერ მოხერხდებოდა.** და ბოლოს, პაციენტს ასევე აღენიშნებოდა გენეტიკური პათოლოგია ფერმენტების დეფიციტთან დაკავშირებული თანდაყოლილი ადრენოგენიტალური დარღვევები, რაც გამოწვეულია ფერმენტების თანდაყოლილი დეფიციტით და საჭიროებს ჰორმონის ჩანაცვლებით თერაპიას და აღნიშნული დაავადება არ კუპირდებოდა რეჰიდრატაციითა და ანტიბიოტიკოთერაპიით (Deborah P Merk, MD, MS, - Treatment of classic congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency in infants and children This topic last updated: Nov 03,2016).

სისტემური ანთებითი პასუხის სინდრომის არსებობითვის აუცილებელია მინიმუმ 2 კრიტერიუმის არსებობა: ტემპერატურა $>38.5^{\circ}\text{C}$ ან $<36^{\circ}\text{C}$; ტაქიკარდია; ტაქიპნოე; ლეიკოციტების რაოდენობის მატება ან კლება ან უმწიფარი ნეიტროფილები $>10\%$ -ზე. პაციენტთან გამოხატული იყო ტაქიკარდია; ტაქიპნოე და მაღალი ლეიკოციტოზი $25.1 \times 10^9/\text{ლ}$ და უმწიფარი ლეიკოციტების მატება 23%-მდე(ჩხირბირთვიანი 14, მეტამიელოციტი 3, მიელოციტი 6, ჯამში 23%). (Wendy 3 Pomerantz, MD, MS, Scott L Weiss, MD - Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) and sepsis in children: Definitions, epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis - This topic last updated: Oct 11, 2016. Up-to-date).

ჰოსპიტალიზაციის პირველ დღეს გულისრევა და პირღებინება წარმოადგენდა წინასწარ სამუშაო კლინიკურ დიაგნოზს. გულისრევა და პირღებინება ICD-10-ში გამოყოფილია როგორც დიაგნოზი, თუმცა იგი არ არის დამოუკიდებელი ნოზოლოგია და წარმოადგენს, მრავალი დაავადების სიმპტომს. ამიტომ აღნიშნული დიაგნოზი გამოიყენება როგორც წინასწარი კლინიკური დიაგნოზი მისი ეტიოლოგიის დადგენამდე.

სასამართლო ეყრდნობა შემდეგ მტკიცებულებას:

- პედიატრთა და ნეონატოლოგთა კავშირ „ა-----ს“ 2018 წლის 19 სექტემბრის

3.1.10. საქმეში წარმოდგენილი ა. ლ-----
-თა ასოციაციის 2018 წლის 26 სექტემბრის №1412/11 დასკვნაში №-----
სამედიცინო ბარათთან (პაციენტი - თ-----ი) დაკავშირებით
მითითებულია, რომ ასოციაცია დეტალურად გაეცნო პაციენტის ავადმყოფობის
ისტორიას: ანამნეზს, ავადმყოფობის მიმდინარეობას, ჩატარებულ სამედიცინო
მომსახურეობის დეტალებს. ანამნეზიდან ირკვევა, რომ პაციენტს თავის ტვინის
ტრამვის შემდგომ განუვითარდა ადინამია, ძილიანობა, სისუსტე, განმეორებითი
ღებინება, თავის ტკივილი. გასინჯვით ცნს -ის დაზიანების ფოკალური ნიშნები
არ იპყრობდა ყურადღებას. ჩატარებული თავის ტვინის კტ კვლევით ტრამპული
თავის ტვინის სტრუქტურული დაზიანება გამოირიცხა. **აღნიშნული
კლინიკური გასინჯვის და კტ მონაცემის მიხედვით მდგომარეობა
შესაბამება, თავის ტვინის შერყევის დიაგნოზს ICD კოდით S06.6.**

სასამართლო ეყრდნობა შემდეგ მტკიცებულებას:

- ა. ლ-----თა ასოციაციის 2018 წლის 26
სექტემბრის №1412/11 დასკვნა (ტომი 2, ს.ფ. 37).

3.1.11. საქმეში წარმოდგენილი ა. ლ-----
-თა ასოციაციის 2018 წლის 26 სექტემბრის №1413/11 დასკვნაში №-----
სამედიცინო ბარათთან (პაციენტი - ე-----ი) დაკავშირებით
მითითებულია, რომ ასოციაცია დეტალურად გაეცნო პაციენტის ავადმყოფობის
ისტორიას: ანამნეზს, ავადმყოფობის მიმდინარეობას, ჩატარებულ სამედიცინო
მომსახურეობის დეტალებს. ანამნეზში ფიგურირებს რამდენიმე დღიანი
ცხელება და მრავალჯერადი ღებინება, მკურნალობა ქ. მარნეულში პნევმონიის
დიაგნოზით, სადაც გამოიხატა ახალი ნევროლოგიური ჩივილი ადინამიის,
სისუსტის და ძილიანობის სახით, რაც გახდა მიზეზი შპს „მ. იაშვილის სახ.
ბავშვთა ცენტრალურ საავადმყოფოში“ პაციენტის მივლინების. ამავე დასკვნაში
აღნიშნულია, რომ გადაუდებელ დეპარტამენტში ექიმის მიერ პაციენტის
ცნობიერების დონე აღწერილია როგორც ძილიანი, ფოკალური ნევროლოგიური
დეფიციტის და დადებითი მენინგეალური ნიშნების გარეშე. პაციენტის ასაკის
გათვალისწინებით აღნიშნული ნევროლოგიური სიმპტომი სიცოცხლისთვის
სახიფათოა და საჭიროებს გადაუდებელ კვლევებს, სტაციონარულ
მეთვალყურეობას და საჭიროების შემთხვევაში შესაბამის მართვას.
გადაუდებელ დეპარტამენტში ჩატარდა თავის ტვინის კტ კვლევა რაც პირველი
რიგის სადიაგნოსტიკო გადაუდებელი კვლევაა აღნიშნული ჩივილის
შემთხვევაში, ექიმს კტ კვლევა მიზანმიმართულად და გადაუდებელ რეჟიმში
აქვს ჩატარებული.

კვლევის მეორე ეტაპზე საჭიროდ ჩაითვალა ლუმბალური პუნქცია, რაზეც
მშობელმა უარი განაცხადა. **პაციენტი, ანამნეზის (ცხელება, პნევმონია),
ნევროლოგიური სტატუსის (ძილიანობა) და ასაკის გათვალისწინებით (**

<2წ.), ითვლება, როგორც მაღალი რისკის პაციენტი, რის გამოც მას ესაჭიროებოდა მკაცრი სტაციონარული მეთვალყურეობის გაგრძელება და დამატებითი სადიაგნოსტიკო ტესტები ან/და უკვე ჩატარებული კვლევების დინამიკაში გამოვლენა.

სასამართლო ეყრდნობა შემდეგ მტკიცებულებას:

- ა. ლ-----თა ასოციაციის 2018 წლის 26 სექტემბრის №1413/11 დასკვნა (ტომი 2, ს.ფ. 36).

3.1.12. საქმეში ასევე წარმოდგენილია მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორის, საქართველოს რესპირაციული ასოციაციის გამგეობის თავმჯდომარის, პულმონოლოგიაში აკრედიტაციის ევროპული საბჭოს ექსპერტის - ი-----ის 2018 წლის 04 ოქტომბრის №1450/11 დასკვნა, რომლის თანახმად, შპს „მ-----ოს“ კითხვაზე: **№----- სამედიცინო ბარათის (პაციენტი - დ-----ი)** მიხედვით, დასტურდება თუ არა დიაგნოზი მწვავე ბრონქიტი, დასკვნაში მითითებულია, რომ როგორც სამედიცინო დოკუმენტაციიდან ირკვევა, პაციენტმა (ასაკი 2 წლის) სამედიცინო დაწესებულებას მიმართა 2 დღიანი ანამნეზით, ცხელებით, შეტევითი ხველით, სუთქვის გაძნელებით და გახშორებით (R-52). ობიექტურად ქოშინი აუსკულტაციით მოისმინებოდა გაფანტული, მშრალი, მსტვინავი ხიხინი სატურაცია 85%.

აღნიშნული ჩივილები, ანამნეზური და ობიექტური მონაცემები შეესაბამება დასმულ დიაგნოზს „მწვავე ბრონქიტი, დაუზუსტებელი, ბრონქოსპაზმით“ და სრულ შესატყვისობაშია ეროვნულ გაიდლაინთან [http://www.moh.gov.ge/ka/guidelines/]. აქედან გამომდინარე, №----- სამედიცინო ბარათის მიხედვით დიაგნოზი მწვავე ბრონქიტი დასტურდება.

შპს „მ-----ოს“ კითხვაზე: **№----- სამედიცინო ბარათის (პაციენტი - დ-----ე)** მიხედვით, დასტურდება თუ არა დიაგნოზი ზედა სასუნთქი გზების ინფექციები, მრავლობითი ლოკალიზაციის, დასკვნაში მითითებულია, რომ პაციენტი კლინიკაში შევიდა ორდღიანი ანამნეზით, მაღალი ტემპერატურით, შემცივნებით, ცხვირიდან სუნთქვის გაძნელებით, ერთჯერადი ღებინებით, ჭირვეულობით, უმადობით. ყველა ეს ნიშანი დამახასიათებელია მწვავე რესპირაციული ინფექციისთვის. ობიექტური კვლევით აღნიშნულია ხახის რკალები ჰიპერემია და მარცვლოვანება, ყველაფერი ეს მიუთითებს დიაგნოზზე „ზემო სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციები, მრავლობითი ლოკალიზაციის“ (რინიტი, ფარინგიტი).

ხოლო კითხვაზე, რამდენად შესაძლებელია, პაციენტთან, რომელთანაც სხეუა 2 (ან მეტი) ნოზოლოგია, ეს ნოზოლოგიები წარმოადგენდეს პარალელურად განვითარებულს და საჭიროებდეს დროის ერთ მონაკვეთში დამოუკიდებელ მკურნალობას, ასევე, შესაძლებელია თუ არა, გულისრევა და პირღებინება განიხილებოდეს, როგორც თანმხლები დიაგნოზი და არა როგორც ძირითადი დიაგნოზის ცალსახა გართულება, დაკვნაში ვკითხულობთ, რომ **პედიატრიულ პაციენტებთან შესაძლებელია, რომ 2 (ან მეტი) ნოზოლოგია წარმოადგენდეს პარალელურად განვითარებულ დაავადებებს, რომელთაც დამოუკიდებელი მკურნალობა სჭირდებათ.** ასე მაგალითად, ადენოვირუსმა ინფექციამ შეიძლება ერთდროულად განაპირობოს ფარინგიტი, კონიუნქტივიტი და ორივე ამ ნოზოლოგიას დამოუკიდებელი მკურნალობა სჭირდება (Diagnosis of Pediatric Acute Adenovirus infections: Is a Positive PCR Sufficient? Eunkyung Song, Hyanyu Wang, Adriana E. Kajon, Doug Salamon et al. Pediatr Infect Dis J. 2016 Aug; 35(8): 827-834.).

ამავე დასკვნის თანახმად, **გულისრევა და პირღებინება შეიძლება განიხილებოდეს, როგორც თანმხლები დიაგნოზი და არა როგორც ძირითადი დიაგნოზის ცალსახა გართულება. ბავშვის ორგანიზმის ანატომიურ ფიზიოლოგიური თავისებურებებიდან გამომდინარე** (კუჭის კარდიალური ნაწილის არასრულფასოვანი განვითარება, საყლაპავის ფიზიოლოგიური შევიწროებების არარსებობა), პირიქით, უმეტეს პედიატრიულ პაციენტებში სწორედ თანმხლებ მდგომარეობას წარმოადგენს და არა, როგორც ძირითადი დიაგნოზის ცალსახა გართულებას.

სასამართლო ეყრდნობა შემდეგ მტკიცებულებას:

- მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორის, საქართველოს რესპირაციული ასოციაციის გამგეობის თავმჯდომარის, პულმონოლოგიაში აკრედიტაციის ევროპული საბჭოს ექსპერტის - ი-----ის 2018 წლის 04 ოქტომბრის №1450/11 დასკვნა (ტომი 2, ს.ფ. 34-35).

სამოტივაციო ნაწილი

4. შემაჯამებელი სასამართლო დასკვნა

საქმეში არსებული მასალების შესწავლის, მხარეთა ახსნა-განმარტებების მოსმენის, სარჩელის ფაქტობრივი და სამართლებრივი საფუძვლიანობის შემოწმებისა და საქმეში არსებული მტკიცებულებების სამართლებრივი შეფასების შედეგად, სასამართლო მივიდა დასკვნამდე, რომ სს „ს-----ის“ მიერ აღძრული სარჩელი საფუძვლიანია და უნდა დაკმაყოფილდეს.

5. კანონები, რომლებითაც სასამართლომ იხელმძღვანელა

საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელი ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილება, საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო კოდექსი, საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსი, საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსი.

6. სამართლებრივი შეფასება

6.1. საერთაშორისო სამართლის რიგი უმნიშვნელოვანესი წყაროები (ადამიანის უფლებათა საყოველთაო დეკლარაცია, სამოქალაქო და პოლიტიკური უფლებების შესახებ საერთაშორისო პაქტი, ასევე რეგიონალური მნიშვნელობის - კერძოდ ევროპის საბჭოს ფარგლებში მოქმედი უმნიშვნელოვანესი დოკუმენტი - ადამიანის უფლებათა და ძირითად თავისუფლებათა დაცვის ევროპული კონვენცია), განსაზღვრავენ რა ადამიანის იმ ძირითად უფლებებს, რომლებიც კაცობრიობის განვითარების დღევანდელ ეტაპზე განუსხვისებელია ყოველი გონიერი არსებისაგან, ადგენენ მათი დაცვის გარანტიებსა და ასეთი დაცვის განხორციელების საზედამხებდელ მოქმედებებს, ერთ-ერთ უმთავრეს უფლებად, სწორედ სასამართლოსადმი მიმართვის, ასევე სამართლიანი, დამოუკიდებელი და მიუკერძოებელი სასამართლოთი პირის უზრუნველყოფის ვალდებულებას აწესებენ.

საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსის პირველი მუხლის მეორე ნაწილის თანახმად, თუ ამ კოდექსით სხვა რამ არ არის დადგენილი, ადმინისტრაციულ სამართალწარმოებაში გამოიყენება საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის დებულებანი. ამ კოდექსის მე-2 მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად, მხარეები იწყებენ საქმის წარმოებას სასამართლოში, ამ კოდექსში ჩამოყალიბებული წესების შესაბამისად, სარჩელის ან განცხადების შეტანის გზით. ისინი განსაზღვრავენ დავის საგანს და თვითონვე იღებენ გადაწყვეტილებას სარჩელის (განცხადების) შეტანის შესახებ. მოთხოვნის, ანუ დავის საგნის განსაზღვრა წარმოადგენს უაღრესად მნიშვნელოვან და პრინციპული ხასიათის მოთხოვნას, გამომდინარე იქიდანაც, რომ სასამართლო იხილავს სარჩელს და გამოაქვს გადაწყვეტილება სწორედ ამ სასარჩელო მოთხოვნის ფარგლებში. დისპოზიციურობის პრინციპიდან გამომდინარე, მხოლოდ მოსარჩელეს აქვს უფლება განსაზღვროს სარჩელის საგანი, შეცვალოს, გაზარდოს, შეამციროს იგი და ა.შ.

საერთაშორისო სამართლის ერთ-ერთ უმნიშვნელოვანეს წყაროს, რომელიც საქართველოს კონსტიტუციით, "საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებების შესახებ" საქართველოს კანონისა და "ნორმატიული აქტების შესახებ" საქართველოს კანონის შესაბამისად საქართველოში პირდაპირი მოქმედებს, ადამიანის უფლებების და ძირითადი თავისუფლებების დაცვის ევროპული კონვენცია წარმოადგენს. კონვენციის მე-6 მუხლის თანახმად, ყოველ

ადამიანს მისი სამოქალაქო უფლებების და მოვალეობების განსაზღვრისას საქმის სამართლიანი და საჯარო განხილვის უფლება აქვს გონივრულ ვადაში დამოუკიდებელი და მიუკერძოებელი სასამართლოს მიერ, რომელიც შექმნილია კანონის საფუძველზე.

სამართლიანი და თანასწორუფლებიანი საზოგადოების არსებობის მთავარი წინაპირობაა, რომ ყველას ჰქონდეს უფლება მონაწილეობა მიიღოს იმ მნიშვნელოვანი გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში, რომელიც გავლენას ახდენს მის საარსებო გარემოზე, ჯანმრთელობასა და სოციალურ სტატუსზე. თავად სოციალურ უფლებებში მოიაზრება უფლება ჯანმრთელობის დაცვაზე, რაც უპირველესად სამედიცინო მომსახურების მიღების უფლებას მოიცავს. ზოგადად **ჯანმრთელობის უფლება**, როგორც ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი უფლება ადამიანის უფლებათა შორის, მოხსენიებულია რამდენიმე საერთაშორისო დოკუმენტში (ეკონომიკური, სოციალური და კულტურული უფლებების საერთაშორისო პაქტის მე-12 მუხლი და ბავშვთა უფლებების კონვენციის 24-ე, მუხლი). ევროპის სოციალური ქარტიის მე-11 (ჯანმრთელობის დაცვის უფლება) და მე-13 მუხლები (სოციალური და სამედიცინო დახმარების მიღების უფლება) ექსკლუზიურად ამ უფლებას ეხება და განმარტავს, რომ „სოციალური და სამედიცინო დახმარების ეფექტური გამოყენების უზრუნველსაყოფად, მონაწილე მხარეები ღებულობენ ვალდებულებას, ნებისმიერმა პიროვნებამ, რომელსაც არ გააჩნია ადექვატური რესურსები, ან არ შეუძლია მოიპოვოს ეს რესურსები საკუთარი მცდელობის, ან სხვა წყაროების შედეგად, განსაკუთრებით სოციალური დახმარების სფეროდან, უზრუნველყოფილი უნდა იქნას ადექვატური დახმარებით, ხოლო ავადმყოფობის შემთხვევაში მიიღოს აუცილებელი დახმარება. უზრუნველყოფილი იქნას, რომ ამგვარმა დახმარებამ არ გამოიწვიოს პოლიტიკური ან სოციალური უფლებების შემცირება იმ პირებისათვის, ვინც დახმარებას იღებს. უზრუნველყოფილი იქნას, რომ ყველას შეეძლოს მიიღოს ასეთი რჩევა და ინდივიდუალური დახმარება სათანადო სახელმწიფო, ან კერძო სამსახურებიდან, რათა ლიკვიდირებული ან შემსუბუქებული იყოს პირადი ან ოჯახის მოთხოვნილებები.“ ამ მნიშვნელოვანმა უფლებამ ასახვა პოვა ასევე საქართველოს კონსტიტუციაში, რომლის 37-ე მუხლი ადგენს, რომ ყველას აქვს უფლება ისარგებლოს ჯანმრთელობის დახმარებით, როგორც ხელმისაწვდომი სამედიცინო დახმარების საშუალებით. კანონით დადგენილი წესით განსაზღვრულ პირობებში უზრუნველყოფილია უფასო სამედიცინო დახმარება.

6.2. საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსის 22-ე მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად, სარჩელი შეიძლება აღიძრას ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის ბათილად ცნობის მოთხოვნით.

საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის მე-2 მუხლის პირველი ნაწილის „დ“ ქვეპუნქტის თანახმად, ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-

სამართლებრივი აქტი არის ადმინისტრაციული ორგანოს მიერ ადმინისტრაციული კანონმდებლობის საფუძველზე გამოცემული ინდივიდუალური სამართლებრივი აქტი, რომელიც აწესებს, ცვლის, წყვეტს ან ადასტურებს პირის ან პირთა შეზღუდული წრის უფლებებსა და მოვალეობებს. ინდივიდუალურ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივ აქტად ჩაითვლება აგრეთვე ადმინისტრაციული ორგანოს მიერ მიღებული გადაწყვეტილება მის უფლებამოსილებას მიკუთვნებული საკითხის დაკმაყოფილებაზე განმცხადებლისათვის უარის თქმის შესახებ, ასევე ადმინისტრაციული ორგანოს მიერ გამოცემული ან დადასტურებული დოკუმენტი, რომელსაც შეიძლება მოჰყვეს სამართლებრივი შედეგები.

მოცემულ შემთხვევაში სასამართლოს მიაჩნია, რომ გასაჩივრებული - სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტის უფროსის 2017 წლის 29 ნოემბრის №----- გადაწყვეტილება „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში გაწეული მომსახურების ანაზღაურებაზე უარის თქმის შესახებ და სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2018 წლის 24 ივლისის №----- გადაწყვეტილება შპს „მ-----“-ს” №----- ადმინისტრაციული საჩივრის ნაწილობრივ დაკმაყოფილების შესახებ, საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის მე-2 მუხლის საფუძველზე წარმოადგენს ადმინისტრაციულ-სამართლებრივ აქტებს და დავის განხილვისას უნდა შემოწმდეს მათი შესაბამისობა, როგორც საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსით დადგენილი აქტის გამოცემის მომწესრიგებელ შესაბამის ნორმებთან, ასევე სხვა საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე ნორმატიული აქტების დებულებებთან.

6.3. „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილების მე-15 მუხლის პირველი პუნქტის მიხედვით, შემთხვევები შეიძლება კლასიფიცირდეს ორ ჯგუფად: ა) ასანაზღაურებელი შემთხვევა; ბ) შემთხვევა, რომელიც არ ექვემდებარება ანაზღაურებას. ამავე მუხლის მე-2 პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტის თანახმად, ანაზღაურებას არ ექვემდებარება შემთხვევა, როდესაც წარდგენილი სამედიცინო დოკუმენტაციის ინსპექტირების შედეგად, განმახორციელებელი მიიჩნევს, რომ მიწოდებული ინფორმაცია არ ემთხვევა შეტყობინებაში არსებულ ინფორმაციას და/ან არ აკმაყოფილებს პროგრამით განსაზღვრულ სამედიცინო მომსახურების პირობებს. ამავე მუხლის „კ“ ქვეპუნქტის თანახმად კი, ანაზღაურებას არ ექვემდებარება შემთხვევა, როდესაც ადგილი აქვს მიმწოდებლის მიერ შეტყობინების სისტემაში ერთი მკურნალობის ეპიზოდის/შემთხვევის ფარგლებში დაფიქსირებული რამდენიმე პროგრამული შემთხვევიდან რომელიმე პროგრამული შემთხვევ(ებ)ის შესახებ ინფორმაციის, მათ შორის, შესაბამისი კოდ(ებ)ის არასწორად დაფიქსირებას. ასეთ შემთხვევაში, არ ანაზღაურდება არასწორად დაფიქსირებული პროგრამული

შემთხვევა/შემთხვევები და მასთან ერთად, არ ანაზღაურდება ამ მკურნალობის ეპიზოდის/შემთხვევის ასანაზღაურებელი თანხის 10%. მოცემულ შემთხვევაში, სწორედ აღნიშნული პირობების დარღვევა გახდა მოსარჩელეთათვის „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში გაწეული მომსახურების ანაზღაურებაზე უარის თქმის საფუძველი.

სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტის უფროსის 2017 წლის 29 ნოემბრის №----- გადაწყვეტილებით დადგენილია, რომ პაციენტები, **ე-----ი, თ-----ი, დ-----ი, დ-----ე და ნ-----ი, წარმოადგენენ** „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილებით დამტკიცებული პროგრამის დანართი 1.3-ის მეორე პუნქტით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების პირობებით მოსარგებლეებს, რომლებიც 2017 წლის ივნისის თვის საანგარიშგებო პერიოდში მკურნალობდნენ შპს „მ.იაშვილის სახელობის ბავშვთა ცენტრალურ საავადმყოფოში“ გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურების კომპონენტით.

6.3.1. ამავე გადაწყვეტილების თანახმად, **პაციენტი ე-----ი** მკურნალობდა დიაგნოზით: SUR180661 - Z03.3. დაკვირვება, როცა ეჭვია ნერვული სისტემის დაზიანებაზე“. ინსპექტირების ეტაპზე აღნიშნული შემთხვევა ჩაითვალა გეგმიურ თერაპიად. შესაბამისად, შემთხვევას, №-----, განესაზღვრა სტატუსი „არ ექვემდებარება ანაზღაურებას“ საქართველოს მთავრობის 36-ე დადგენილების, დანართი 1, მე-15 მუხლის, მე-2 პუნქტის, „ე“ ქვეპუნქტის თანახმად.

სასამართლო ვერ გაიზიარებს მოპასუხის პოზიციას ე-----ის სამედიცინო შემთხვევასთან დაკავშირებით და მიუთითებს შპს „მ-----ოს“ 2017 წლის 12 ივნისის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობაზე (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV-100/ა) და №----- სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათზე, რომლითაც დგინდება, რომ პაციენტი - ე-----ი 2017 წლის 08 ივნისს მოათავსეს შპს „მ-----ოს“ ნეირო მეცნიერებათა დეპარტამენტში. დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი: Z03.3. დაკვირვება, როცა ეჭვია ნერვული სისტემის დაზიანებაზე“. მოკლე ანამნეზი: 5 დღის წინ პაციენტს დაეწყო ტემპერატურის მატება 39⁰, მრავალჯერადი ღებინება, პნევმონიის დიაგნოზით მკურნალობდა მარნეულის საავადმყოფოში, ბოლო 3 დღეა გამოეხატა ძილიანობა, ცხელების გარეშე. 08.06-ში მიმართეს ი-----ს. შესვლისას გაკეთდა თავის ტვინის კტ კვლევა, სადაც კეროვანი დაზიანება არ აღმოჩნდა. მშობელმა უარი განაცხადა ლუმიბალური პუნქციის ჩატარებაზე. პაციენტი მოთავსდა ნეირო მეცნიერებათა დეპარტამენტში შესაბამისი კვლევებისა და დინამიკაში მონიტორინგის მიზნით. ჩატერებული

დიაგნოსტიკური კვლევები და კონსულტაციები: სისხლის საერთო ანალიზი, PH და ელექტროლიტები, C რეაქტიული ცილა, სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, გულმკერდის, მუცლის ღრუს რენტგენოგრაფია, მუცლის ღრუს ექოსკოპია, თავის ტვინის კომპიუტერული ტომოგრაფია, პედიატრის, გასტროენტეროლოგის, ქირურგის კონსულტაციები. ჩატარებული მკურნალობა: სიმპტომური მეთვალყურეობა. შესაბამისად, 2017 წლის 12 ივნისს შპს „მ-----ოს“ მიერ გაკეთდა შეტყობინება და ინფორმაცია სამედიცინო შემთხვევების რეგისტრაციის მოდულში გადაცემულია, როგორც გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება, ხელოვნური კოდით: SUR180661, Z03.3. დაკვირვება, როცა ეჭვია ნერვული სისტემის დაზიანებაზე.

აღნიშნულ სამედიცინო შემთხვევასთან დაკავშირებით სასამართლო ასევე ყურადღებას ამახვილებს საქმეში მტკიცებულების სახით წარმოდგენილ ა. ლ-----თა ასოციაციის 2018 წლის 26 სექტემბრის №1413/11 დასკვნაზე, სადაც №----- სამედიცინო ბარათთან (პაციენტი - ე-----ი) დაკავშირებით მითითებულია, რომ ასოციაცია დეტალურად გაეცნო პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიას: ანამნეზს, ავადმყოფობის მიმდინარეობას, ჩატარებულ სამედიცინო მომსახურეობის დეტალებს. ანამნეზში ფიგურირებს რამდენიმე დღიანი ცხელება და მრავალჯერადი ღებინება, მკურნალობა ქ. მარნეულში პნევმონიის დიაგნოზით, სადაც გამოიხატა ახალი ნევროლოგიური ჩივილი ადინამიის, სისუსტის და ძილიანობის სახით, რაც გახდა მიზეზი შპს „მ. იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალურ საავადმყოფოში“ პაციენტის მივლინების. ამავე დასკვნაში აღნიშნულია, რომ გადაუდებელ დეპარტამენტში ექიმის მიერ პაციენტის ცნობიერების დონე აღწერილია როგორც ძილიანი, ფოკალური ნევროლოგიური დეფიციტის და დადებითი მენინგეალური ნიშნების გარეშე. პაციენტის ასაკის გათვალისწინებით აღნიშნული ნევროლოგიური სიმპტომი სიცოცხლისთვის საშიფათოა და საჭიროებს გადაუდებელ კვლევებს, სტაციონარულ მეთვალყურეობას და საჭიროების შემთხვევაში შესაბამის მართვას. გადაუდებელ დეპარტამენტში ჩატარდა თავის ტვინისკტ კვლევა რაც პირველი რიგის სადიაგნოსტიკო გადაუდებელი კვლევაა აღნიშნული ჩივილის შემთხვევაში, ექიმს კტ კვლევა მიზანმიმართულად და გადაუდებელ რეჟიმში აქვს ჩატარებული. კვლევის მეორე ეტაპზე საჭიროდ ჩაითვალა ლუმბალური პუნქცია, რაზეც მშობელმა უარი განაცხადა. **პაციენტი, ანამნეზის (ცხელება, პნევმონია), ნევროლოგიური სტატუსის (ძილიანობა) და ასაკის გათვალისწინებით (<2წ.), ითვლება, როგორც მაღალი რისკის პაციენტი, რის გამოც მას ესაჭიროებოდა მკაცრი სტაციონარული მეთვალყურეობის გაგრძელება და დამატებითი სადიაგნოსტიკო ტესტები ან/და უკვე ჩატარებული კვლევების დინამიკაში გამეორება.**

ყოველივე აღნიშნულიდან გამომდინარე ნათელია, რომ ე-----ი

წარმოადგენდა მაღალი რისკის პაციენტს და ესაჭიროებოდა მკაცრი სტაციონარული მეთვალყურეობა, რაც ვერ იქნება განხილული გეგმიურ თერაპიად. სასამართლო ვერ გაიზიარებს მოპასუხის პოზიციას მითითებულ სამედიცინო შემთხვევასთან დაკავშირებით და მიიჩნევს, რომ მიწოდებული ინფორმაცია სრულად ემთხვევა სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებულ ინფორმაციას და აკმაყოფილებს პროგრამით განსაზღვრულ სამედიცინო მომსახურების პირობებს. შესაბამისად, ე-----ის სამედიცინო შემთხვევის ნაწილში არ არსებობდა შემთხვევის ანაზღაურებაზე უარის თქმის საფუძველი.

6.3.2. პაციენტი თ-----ი მკურნალობდა დიაგნოზით: 6140000068/1, S06.0. თავის ტვინის შერყევა. მონიტორინგის დროს მიჩნეულ იქნა, რომ აღნიშნული შემთხვევის მკურნალობის სრული ეპიზოდი არ ექვემდებარებოდა ანაზღაურებას, კერძოდ, გადაცემული ICD10 კოდი არ შეესაბამებოდა დასკვნით კლინიკურ დიაგნოზს. ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სამედიცინო შემთხვევას №----- ინსპექტირების ეტაპზე განესაზღვრა სტატუსი „არ ექვემდებარება ანაზღაურებას“, საქართველოს მთავრობის 36-ე დადგენილების, დანართი 1, მე-15 მუხლის, მე-2 პუნქტის, „ე“ ქვეპუნქტის თანახმად.

მოცემულ სამედიცინო შემთხვევასთან დაკავშირებით სასამართლო მიიჩნევს, რომ მოპასუხის მოსაზრება, თითქოს გადაცემული კლინიკური დიაგნოზი არ შეესაბამება დასკვნით კლინიკურ დიაგნოზს, უსაფუძვლოა და მიუთითებს შპს „მ-----ოს“ 2017 წლის 09 ივნისის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობაზე (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV-100/ა) და №----- სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათზე, საიდანაც დგინდება, რომ პაციენტი - თ-----ი 2017 წლის 08 ივნისს მოათავსეს შპს „მ-----ოს“ ნეირო მეცნიერებათა დეპარტამენტში. დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი: S06.0. „თავის ტვინის შერყევა“. მოკლე ანამნეზი: პაციენტმა 08.06.17-ში მიიღო თავის ტვინის მცირე ტრავმა (დაგორდა კიბის საფეხურიდან, დაარტყა თავი), გონება არ დაუკარგავს, გამოხატული იყო სისუსტე, ადინამია, თავბრუ, გულისრევა. აღნიშნული ჩივილებით მიყვანილ იქნა კლინიკის გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტში, სადაც აღენიშნა ლებინება, პაციენტი იყო ძლიერ ადინამიური, ძილიანი, აღენიშნებოდა გულისრევა, რის გამოც შემდგომი მეთვალყურეობისა და სიმპტომური მართვის მიზნით გადაყვანილ იქნა ნეირო მეცნიერებათა დეპარტამენტში. ჩატერებული დიაგნოსტიკური კვლევები და კონსულტაციები: სისხლის საერთო ანალიზი, C ჰეპატიტი (სწრაფი ტესტი), ხერხემლის სვეტის რენტგენოგრაფია, შრდ-სასქესო სისტემის სონოგრაფია, თავის ტვინის CT - პათოლოგიის გარეშე. ჩატარებული მკურნალობა: სტაციონარული მეთვალყურეობა. შესაბამისად, 2017 წლის 09 ივნისს შპს „მ-----ოს“ მიერ გაკეთდა შეტყობინება და ინფორმაცია სამედიცინო შემთხვევების რეგისტრაციის მოდულში გადაცემულია, როგორც გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება,

ხელოვნური კოდით: 6140000068/1, S06.0. თავის ტვინის შერყევა.

სასამართლო ასევე მიუთითებს საქმეში მტკიცებულების სახით წარმოდგენილ ა. ლ-----თა ასოციაციის 2018 წლის 26 სექტემბრის №1412/11 დასკვნაზე, სადაც №----- სამედიცინო ბარათთან (პაციენტი - თ-----ი) დაკავშირებით მითითებულია, რომ ასოციაცია დეტალურად გაეცნო პაციენტის ავადმყოფობის ისტორიას: ანამნეზს, ავადმყოფობის მიმდინარეობას, ჩატარებულ სამედიცინო მომსახურების დეტალებს. ანამნეზიდან ირკვევა, რომ პაციენტს თავის ტვინის ტრამვის შემდგომ განუვითარდა ადინამია, ძილიანობა, სისუსტე, განმეორებითი ღებინება, თავის ტკივილი. გასინჯვით ცნს -ის დაზიანების ფოკალური ნიშნები არ იპყრობდა ყურადღებას. ჩატარებული თავის ტვინის კტ კვლევით ტრამპული თავის ტვინის სტრუქტურული დაზიანება გამოირიცხა. **აღნიშნული კლინიკური გასინჯვის და კტ მონაცემის მიხედვით მდგომარეობა შესაბამეა, თავის ტვინის შერყევის დიაგნოზს ICD კოდით S06.6.**

სასამართლო განმარტავს, რომ პაციენტის სამედიცინო ბარათით და მითითებული დასკვნით ცალსახად დასტურდება გადაცემული ICD10 კოდის შესაბამისობა დასკვნით კლინიკურ დიაგნოზთან. შესაბამისად, მიწოდებული ინფორმაცია ემთხვევა შეტყობინებაში არსებულ ინფორმაციას და აკმაყოფილებს პროგრამით განსაზღვრულ სამედიცინო მომსახურების პირობებს, რაც აღნიშნული სამედიცინო შემთხვევის ნაწილში, შემთხვევის ანაზღაურების საფუძველს წარმოადგენს.

6.3.3. **პაციენტი დ-----ი** მკურნალობდა დიაგნოზით: 9000000011/1 - J18.9-პნევმონია, დაუზუსტებული; 9000000012/1 - J20.9 - მწვავე ზრონქიტი, დაუზუსტებული; INT001 - J96.0 - I დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლა. ინსპექტირების ეტაპზე არ ანაზღაურდა 9000000012/1, ვინაიდან მიჩნეულ იქნა, რომ ანაზღაურებას ექვემდებარებოდა ძირითადი ნოზოლოგიური კოდი და შემთხვევა უნდა ანაზღაურებულიყო საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მე-15 მუხლის მე-2 პუნქტის „კ“ ქვეპუნქტის პირობების საფუძველზე (როდესაც ადგილი აქვს მიმწოდებლის მიერ შეტყობინების სისტემაში ერთი მკურნალობის ეპიზოდის/შემთხვევის ფარგლებში დაფიქსირებული რამდენიმე პროგრამული შემთხვევიდან რომელიმე პროგრამული შემთხვევ(ებ)ის შესახებ ინფორმაციის, მათ შორის, შესაბამისი კოდ(ებ)ის არასწორად დაფიქსირებას. ასეთ შემთხვევაში, არ ანაზღაურდება არასწორად დაფიქსირებული პროგრამული შემთხვევა/შემთხვევები და მასთან ერთად, არ ანაზღაურდება ამ მკურნალობის ეპიზოდის/შემთხვევის ასანაზღაურებელი თანხის 10%). მაგრამ მიმწოდებელი არ დაეთანხმა და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ადმინისტრირების წესის პირობების დაცვით მოითხოვა სრულად სამედიცინო შემთხვევის განხილვა საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსით და/ან ადმინისტრაციული

საპროცესო კოდექსით დადგენილი პირობებით.

მოცემულ შემთხვევაში პაციენტის სამედიცინო ბარათით დგინდება, რომ იგი ჰოსპიტალიზებული იყო ი-----ში 15.06.17 წლის 16:50 სთ.-დან 21.06.17 წლის 10:30 სთ.-მდე. პაციენტი კლინიკაში შევიდა დიაგნოზით - „მწვავე ბრონქიტი, დაუზუსტებელი J20.9“. აღნიშნული დასტურდება გულმკერდის რენტგენოგრაფიული კვლევის დასკვნით: „ფილტვები - შებერილი, სისხლძარღვოვანი სურათი - გაღარიბებული, დეფორმირებული, ფესვები არ დიფერენცირდება“. პაციენტს შემოსვლისას აღნიშნებოდა ტაქიპნოე, გულმკერდის აუსკულტაციური მონაცემებით - დიფუზური მსტვინავი ხიხინი (აღნიშნული მიუთითებს მწვავე ბრონქიტის არსებობას). პაციენტი მოთავსდა რესპირაციული მედიცინის დეპარტამენტში. იქიდან გამომდინარე, რომ დინამიკაში გაღრმავდა სუნთქვის უკმარისობის კლინიკა, სიმძიმის გათვალისწინებით, პაციენტი გადავიდა კრიტიკული მედიცინის დეპარტამენტში. ამასთან, სიმძიმის გამო, პაციენტი საჭიროებდა კ.ტ. კვლევას, რომელიც ჩატარდა პაციენტის გადაყვანის პერიოდში. აღნიშნული მომსახურების ეპიზოდი (15.06.17 წლის 16:50 სთ.-დან 15.06.17 წლის 23:15 სთ.-მდე) სამინისტროს ელექტრონულ მოდულში დაფიქსირებულია დიაგნოზით: „მწვავე ბრონქიტი, დაუზუსტებელი J20.9“. როგორც აღინიშნა, 15.06.17 წლის 23:15 სთ.-ზე პაციენტი გადავიდა კრიტიკული მედიცინის დეპარტამენტში, სუნთქვის უკმარისობის გამო. ჩატარებული კ.ტ. კვლევით გამოვლინდა ინფილტრაციული ცვლილებები, რამაც უკვე მიუთითა დიაგნოზზე - „მწვავე პნევმონია, დაუზუსტებელი J18.9“. კრიტიკული მედიცინის დეპარტამენტში პაციენტი მკურნალობდა სუნთქვის უკმარისობის გამო 15.06.17 წლის 23:15 სთ.-დან 19.06.17 წლის 14:00 სთ.-მდე. შესაბამისად, აღნიშნული ეპიზოდის დაფინანსება მოთხოვნილია I დონის ინტენსიური თერაპიისა და მოვლის ფარგლებში, დიაგნოზით - „სუნთქვის მწვავე უკმარისობა J96.0“. მოგვიანებით (19.06.17 წლის 14:00 სთ.-დან), პაციენტს უკვე მოეხსნა სუნთქვის უკმარისობის ნიშნები, შესაბამისად, პაციენტმა მკურნალობა განაგრძო პნევმონიის გამო და 21.06.17 წლის 10:30 სთ.-ზე გაეწერა კლინიკიდან. მომსახურების ეს უკანასკნელი ეპიზოდი დაფიქსირებულია დიაგნოზით - „მწვავე პნევმონია, დაუზუსტებელი J18.9“.

საქმეში ასევე წარმოდგენილია მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორის, საქართველოს რესპირაციული ასოციაციის გამგეობის თავმჯდომარის, პულმონოლოგიაში აკრედიტაციის ევროპული საბჭოს ექსპერტის - ი-----ის 2018 წლის 04 ოქტომბრის №1450/11 დასკვნა, რომლის თანახმად, შპს „მ-----
-----ოს“ კითხვაზე: **№----- სამედიცინო ბარათის (პაციენტი - დ-----ი)** მიხედვით, დასტურდება თუ არა დიაგნოზი მწვავე ბრონქიტი, დასკვნაში მითითებულია, რომ როგორც სამედიცინო დოკუმენტაციიდან ირკვევა, პაციენტმა (ასაკი 2 წლის) სამედიცინო დაწესებულებას მიმართა 2

დღიანი ანამნეზით, ცხელებით, შეტევითი ხველით, სუთქვის გაძნელებით და გახშირებით (R-52). ობიექტურად ქოშინი აუსკულტაციით მოისმინებოდა

გაფანტული, მშრალი, მსტვინავი ხიხინი სატურაცია 85%. **აღნიშნული ჩივილები, ანამნეზური და ობიექტური მონაცემები შეესაბამება დასმულ დიაგნოზს „მწვავე ბრონქიტი, დაუზუსტებელი, ბრონქოსპაზმით“ და სრულ შესატყვისობაშია ეროვნულ გაიდლაინთან [http://www.moh.gov.ge/ka/guidelines/]. აქედან გამომდინარე, №----- სამედიცინო ბარათის მიხედვით დიაგნოზი მწვავე ბრონქიტი დასტურდება.**

საქართველოს მთავრობის 36-ე დადგენილების 22-ე მუხლის მე-5 პუნქტის თანახმად, მიმწოდებლის მიერ ამ მუხლის მე-4 პუნქტით გათვალისწინებული წესით წარდგენილი ტარიფი უნდა ითვალისწინებდეს პროგრამული შემთხვევის დასაწყისიდან მის დასრულებამდე სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტისთვის აღმოჩენილ ყველა სამედიცინო აუცილებლობით განპირობებულ ჩარევას, მათ შორის, გაუტკივარების, გამოყენებული მედიკამენტების, სხვა სამკურნალო თუ სახარჯი მასალისა და ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევების ღირებულებას, პოსტანესთეზიური მოვლისა და ინტენსიური მკურნალობის/მოვლის განყოფილებაში პაციენტის დაყოვნების გათვალისწინებით, როდესაც პაციენტები იმყოფებიან ერთი ან მეტი სასიცოცხლო ფუნქციის უკმარისობის განვითარების რისკის ქვეშ და ვიტალური ფუნქციების მოსალოდნელი გაუარესების გამო საჭიროებენ მუდმივ ინტენსიურ მეთვალყურეობასა და ფარმაცოლოგიურ ან/და მინიმალურ აპარატურულ მხარდაჭერას. აღნიშნული მუხლი მოიცავს მითითებას პროგრამულ შემთხვევაზე, კერძოდ, მისი დასაწყისიდან დასრულებამდე აღმოჩენილ ყველა სამედიცინო აუცილებლობით განპირობებულ ჩარევაზე და არა ზოგადად - შემთხვევაზე.

შესაბამისად, მითითებული სამართლებრივი ნორმებისა და ფაქტობრივი გარემოებების გათვალისწინებით, სასამართლო მიიჩნევს, რომ გადაცემული და სამედიცინო ბარათში არსებული ინფორმაცია სრულად შეესაბამება ერთმანეთს, ადგილი არ ჰქონია კოდ(ებ)ის არასწორად დაფიქსირების ფაქტს, რაც იმას ნიშნავს, რომ აღნიშნული სამედიცინო შემთხვევა სრულად ექვემდებარება ანაზღაურებას.

6.3.4. პაციენტი დ-----ე მკურნალობდა დიაგნოზით: 9000000015/1 - N39.0 საშარდე გზების ინფექცია დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის, 900000007/1 - J06.8 ზედა სასუნთქი გზების სხვა მწვავე ინფექციები მრავლობითი ლოკალიზაციის. ინსპექტირების ეტაპზე არ ანაზღაურდა 900000007/1, ვინაიდან მიჩნეულ იქნა, რომ ანაზღაურებას ექვემდებარებოდა ძირითადი ნოზოლოგიური კოდი და შემთხვევა უნდა ანაზღაურებულიყო საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მე-15 მუხლის მე-2 პუნქტის „კ“ ქვეპუნქტის პირობების

საფუძველზე (როდესაც ადგილი აქვს მიმწოდებლის მიერ შეტყობინების სისტემაში ერთი მკურნალობის ეპიზოდის/შემთხვევის ფარგლებში დაფიქსირებული რამდენიმე პროგრამული შემთხვევიდან რომელიმე პროგრამული შემთხვევ(ებ)ის შესახებ ინფორმაციის, მათ შორის, შესაბამისი კოდ(ებ)ის არასწორად დაფიქსირებას. ასეთ შემთხვევაში, არ ანაზღაურდება არასწორად დაფიქსირებული პროგრამული შემთხვევა/შემთხვევები და მასთან ერთად, არ ანაზღაურდება ამ მკურნალობის ეპიზოდის/შემთხვევის ასანაზღაურებელი თანხის 10%). მაგრამ მიმწოდებელი არ დაეთანხმა და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ადმინისტრირების წესის პირობების დაცვით მოითხოვა სრულად სამედიცინო შემთხვევის განხილვა საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსით და/ან ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსით დადგენილი პირობებით.

სასამართლო მიუთითებს შპს „მ-----ოს“ 2017 წლის 30 ივნისის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობაზე (სამედიცინო დოკუმენტაცია ფორმა №IV-100/ა) და №----- სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათზე, რომლითაც დგინდება, რომ პაციენტი - დ----- --ე 2017 წლის 26 ივნისს მოათავსეს შპს „მ-----ოს“ ჩვილ ბავშვთა და ახალშობილთა დეპარტამენტში. დასკვნა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან სრული დიაგნოზი: J06.8 ზედა სასუნთქი გზების სხვა მწვავე ინფექციები მრავლობითი ლოკალიზაციის; N39.0 საშარდე გზების ინფექციები დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის. მოკლე ანამნეზი: პაციენტი დაბადებულია პირველი ორსულობიდან და პირველი მშობიარობიდან, ორსულობა მიმდინარეობდა ფიზიოლოგიურად, მშობიარობა 40კვ. გესტაციით, ფიზიოლოგიურად, ახალშობილი დაიბადა მასით 3600, 49სმ, ჭიპლარის რამდენიმე მარყუჟით, რაიმე ჩარევა ახალშობილს არ დაჭირვებია, ძუძუზე მიიყვანე რამდენიმე საათში, ჭიპლარის ტაკვი მოვარდა მე-4 დღეს, ბინაზე გაეწერა მე-5 დღეს. დაავადება დაეწყო 24/6-დან მაღალი ტემპერატურით, მსუბუქად გამოხატული კატარალური მოვლენებით, ხანის რკალების ჰიპერემიით. ბინაზე მკურნალობა არ ჩატარებია. ჩატარებული დიაგნოსტიკური კვლევები და კონსულტაციები: მუცლის ღრუს ორგანოს ექოსკოპია, სისხლის საერთო ანალიზი, სისხლის ბიოქიმიური კვლევა, შარდის საერთო ანალიზი. ჩატარებული მკურნალობა: ცეფტრიაქსონი, ინფუზური თერაპია, სიმპტომური საშუალებები. შესაბამისად, 2017 წლის 30 ივნისს შპს „მ-----ოს“ მიერ გაკეთდა შეტყობინება და ინფორმაცია სამედიცინო შემთხვევების რეგისტრაციის მოდულში გადაცემულია, როგორც გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება, დიაგნოზი: 9000000015/1 - N39.0 საშარდე გზების ინფექცია დაუზუსტებელი ლოკალიზაციის, 900000007/1 - J06.8 ზედა სასუნთქი გზების სხვა მწვავე ინფექციები მრავლობითი ლოკალიზაციის.

მნიშვნელოვანია ასევე საქმეში მტკიცებულების სახით წარმოდგენილი მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო

უნივერსიტეტის პროფესორის, საქართველოს რესპირაციული ასოციაციის გამგეობის თავმჯდომარის, პულმონოლოგიაში აკრედიტაციის ევროპული საბჭოს ექსპერტის - ი-----ის 2018 წლის 04 ოქტომბრის №1450/11 დასკვნა, რომლის თანახმად, შპს „მ-----ოს“ კითხვაზე: **№-----**

სამედიცინო ბარათის (პაციენტი - დ-----ე) მიხედვით, დასტურდება თუ არა დიაგნოზი ზედა სასუნთქი გზების ინფექციები, მრავლობითი ლოკალიზაციის, დასკვნაში მითითებულია, რომ პაციენტი კლინიკაში შევიდა ორდღიანი ანამნეზით, მაღალი ტემპერატურით, შემცივნებით, ცხვირიდან სუნთქვის გაძნელებით, ერთჯერადი ღებინებით, ჭირვეულობით, უმადობით. ყველა ეს ნიშანი დამახასიათებელია მწვავე რესპირაციული ინფექციისთვის. ობიექტური კვლევით აღნიშნულია ხახის რკალები ჰიპერემია და მარცვლოვანება, ყველაფერი ეს მიუთითებს დიაგნოზზე „ზემო სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციები, მრავლობითი ლოკალიზაციის“ (რინიტი, ფარინგიტი). ხოლო კითხვაზე, რამდენად შესაძლებელია, პაციენტთან, რომელთანაც სხეუმა 2 (ან მეტი) ნოზოლოგია, ეს ნოზოლოგიები წარმოადგენდეს პარალელურად განვითარებულს და საჭიროებდეს დროის ერთ მონაკვეთში დამოუკიდებელ მკურნალობას, ასევე, შესაძლებელია თუ არა, გულისრევა და პირღებინება განიხილებოდეს, როგორც თანმხლები დიაგნოზი და არა როგორც ძირითადი დიაგნოზის ცალსახა გართულება, დასკვნაში ვკითხულობთ, რომ **პედიატრიულ პაციენტებთან შესაძლებელია, რომ 2 (ან მეტი) ნოზოლოგია წარმოადგენდეს პარალელურად განვითარებულ დაავადებებს, რომელთაც დამოუკიდებელი მკურნალობა სჭირდებათ. ამავე დასკვნის თანახმად, **გულისრევა და პირღებინება შეიძლება განიხილებოდეს, როგორც თანმხლები დიაგნოზი და არა როგორც ძირითადი დიაგნოზის ცალსახა გართულება. ბავშვის ორგანიზმის ანატომიურ ფიზიოლოგიური თავისებურებებიდან გამომდინარე** (კუჭის კარდიალური ნაწილის არასრულფასოვანი განვითარება, საყლაპავის ფიზიოლოგიური შევიწროებების არარსებობა), პირიქით, უმეტეს პედიატრიულ პაციენტებში სწორედ თანმხლებ მდგომარეობას წარმოადგენს და არა, როგორც ძირითადი დიაგნოზის ცალსახა გართულებას.**

ყოველივე ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, სასამართლო მიიჩნევს, რომ სამედიცინო ბარათში არსებული ინფორმაციით დასტურდება დიაგნოზები - ზედა სასუნთქი გზების ინფექცია, დაუზუსტებელი და საშარდე გზების ინფექცია. შესაბამისად, აღნიშნული სამედიცინო შემთხვევაც უნდა დაექვემდებაროს ანაზღაურებას.

6.3.5. პაციენტი ნ-----ი მკურნალობდა დიაგნოზით: SUR1325010 - K52.9 არაინფექციური გასტროენტერიტი და კოლიტი, დაუზუსტებელი; 9100000003/1 - J06.8 - R11 გულისრევა და პირღებინება, INT0001 - R65,9 - I დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლა. ინსპექტირების ეტაპზე არ ანაზღაურდა 9100000003/1, ვინაიდან ინსპექტირების ეტაპზე მიჩნეულ იქნა, რომ

ანაზღაურებას ექვემდებარებოდა ძირითადი ნოზოლოგიური კოდი და შემთხვევა უნდა ანაზღაურებულიყო საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მე-15 მუხლის მე-2 პუნქტის „კ“ ქვეპუნქტის პირობების საფუძველზე (როდესაც ადგილი აქვს მიმწოდებლის მიერ შეტყობინების სისტემაში ერთი მკურნალობის ეპიზოდის/შემთხვევის ფარგლებში დაფიქსირებული რამდენიმე პროგრამული შემთხვევიდან რომელიმე პროგრამული შემთხვევ(ებ)ის შესახებ ინფორმაციის, მათ შორის, შესაბამისი კოდ(ებ)ის არასწორად დაფიქსირებას. ასეთ შემთხვევაში, არ ანაზღაურდება არასწორად დაფიქსირებული პროგრამული შემთხვევა/შემთხვევები და მასთან ერთად, არ ანაზღაურდება ამ მკურნალობის ეპიზოდის/შემთხვევის ასანაზღაურებელი თანხის 10%). მაგრამ მიმწოდებელი არ დაეთანხმა და საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამის ადმინისტრირების წესის პირობების დაცვით მოითხოვა სრულად სამედიცინო შემთხვევის განხილვა საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსით და/ან ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსით დადგენილი პირობებით.

მოცემულ შემთხვევაში სასამართლო სრულად იზიარებს მოსარჩელე მხარის პოზიციას და განმარტავს, რომ პაციენტ ნ-----ის შემთხვევაში, დიაგნოზი - გულისრევა და პირღებინება R11 სამინისტროს ელექტრონულ მოდულში ფიქსირდება 10.06.17 წლის 09:52 სთ.-დან 11.06.2017 წლის 11:00 სთ.-მდე პერიოდში. აღნიშნული დასტურდება სამედიცინო ბარათში არსებული ინფორმაციით, კერძოდ, სამედიცინო ბარათით ცალსახად დასტურდება, რომ პაციენტს აღენიშნებოდა შეუპოვარი ღებინება ყოველი კვების შემდეგ. საჭიროებდა ინფუზურ თერაპიას. 11.06.17 წლის 11:00 სთ.-დან 21.06.17 16:00 სთ.-მდე სამინისტროს ელექტრონულ მოდულში, დიაგნოზის გრაფაში უკვე ფიქსირდება - სისტემური ანთებითი პასუხის სინდრომი, დაუზუსტებელი R65.9. მოგვიანებით, 11.06.17 წლის 11:00 სთ.-დან პაციენტმა მკურნალობა განაგრძო კრიტიკული მედიცინის დეპარტამენტში, სიმძიმის გამო. პაციენტს აღენიშნებოდა მარმარილოსებრი სიჭრელე, ცივი კიდურები, ცხელება, ლეიკოციტოზი, პულსი - ტაქიკარდიული, ნაწლავთა მოქმედება - წყლიანი, განავლოვანი მასებით, გახშირებული, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები - მომატებული. ასევე, გამოხატული იყო ელექტროლიტური დისბალანსი, ანემია. იქიდან გამომდინარე, რომ ყოველივე ზემოაღნიშნული მიუთითებს სისტემითი ანთებითი რეაქციის სინდრომის არსებობას, რომლის სავარაუდო მიზეზად მიჩნეულ იქნა ბაქტერიული ინფექცია, ჩატარდა რიგი კლინიკურ-ლაბორატორიული კვლევები, თუმცა, ჩატარებული კვლევების შედეგად, ბაქტერიული ინფექციის არსებობა არ დადასტურდა. კ.მ.დ.-ში გაწეული მომსახურების ეპიზოდი სამინისტროს ელექტრონულ პორტალზე ფიქსირდება I დონის ინტენსიური თერაპიითა და მოვლით, დიაგნოზით - სისტემური ანთებითი პასუხის სინდრომი, დაუზუსტებელი R65.9. 21.06.17 წლის 16:00 სთ.-ზე, მდგომარეობის სტაბილიზაციის შემდეგ, პაციენტი გადაყვანილი იქნა კრიტიკული მედიცინის დეპარტამენტიდან. პაციენტმა მკურნალობა განაგრძო

გასტროენტერიტისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომატიკის გამო. ვინაიდან დაავადების ბაქტერიული გენეზი არ დადასტურდა, პაციენტს დაესვა საბოლოო კლინიკური დიაგნოზი - არაინფექციური გასტროენტერიტი და კოლიტი, დაუზუსტებელი, რაც სამინისტროს ელექტრონულ მოდულში ფიქსირდება 21.06.17 წლის 16:00 საათიდან 27.06.17 წლის 15:00 საათის ჩათვლით პერიოდზე. 27.06.17 წლის 15:00 საათზე პაციენტი გამოიწვეთებული მდგომარეობით გაეწერა კლინიკიდან.

აღნიშნულ სამედიცინო შემთხვევასთან დაკავშირებით, სასამართლო ყურადღებას ამახვილებს ასევე პედიატრთა და ნეონატოლოგთა კავშირ „ა-----
---ს“ 2018 წლის 19 სექტემბრის №09/04 დასკვნაზე, რომლის თანახმად, შპს „მ-----
-----ოს“ კითხვაზე **№----- სამედიცინო**

ბარათის (პაციენტი - ნ-----ი) მიხედვით დასტურდება თუ არა დიაგნოზი R11 გულისრევა და პირღებინება, მითითებულია, რომ პაციენტს აღენიშნებოდა ღებინება ყველა კვების შემდეგ, რის ფონზეც გამოხატული იყო დეჰიდრატაცია. ვინაიდან ღებინებამ მიიღო შეუპოვარი ხასიათი, გამოხატული იყო ასევე გახშირებული ნაწლავთა მოქმედება სითხის დიდი რაოდენობით შემცველი მასით, განვითარდა ჰიპოვოლემია და პაციენტი (1 თვის და 20 დღის ვაჟი) გადაყვანილ იქნა კმდ-ში. ამავე დასკვნის თანახმად, დეჰიდრატაცია საჭიროებდა კორექტირებას, ვინაიდან ბავშვი პერიოდულად ვერ იღებდა სითხეს და აღენიშნებოდა ღებინება, საჭიროებდა რეჰიდრატაციას ინტრავენური ინფუზიის სახით და **წარმოადგენდა გადაუდებელი ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებას**. ასევე პაციენტს აღენიშნებოდა ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობის კრიტერიუმები - საშუალო სიმძიმის დეჰიდრატაცია და მძიმე დეჰიდრატაციის განვითარების მაღალი რისკი (ასაკი 3 თვე, მრავალჯერადი ღებინება, პრეორულად სითხის მიღების შეუძლებლობა). ნებისმიერი ეტიოლოგიის გასტროენტერიტის და დიარეის დროს ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებებია 3 თვემდე ასაკი; ჰიპოვოლემიური შოკი; საშუალო სიმძიმის და მძიმე დეჰიდრატაცია (**აღენიშნებოდა პაციენტს**); ნევროლოგიური დარღვევები (ლეთარგია, კრუნჩხვა); შეუპოვარი ღებინება (**ასევე აღენიშნებოდა პაციენტს**); მაღალი ცხელება; ფონური დაავადებები (დიაბეტი, თირკმლის უკმარისობა, გულის მანკი, მალნუტრიცია); დეჰიდრატაციის განვითარების მაღალი რისკი (**აღენიშნებოდა პაციენტს**); არაეფექტური ორალური რეჰიდრატაცია (**აღენიშნებოდა პაციენტს**); ბინაზე ადექვატური მოვლის, სოციალური და ტრანსპორტირების პრობლემები; ეჭვი ქირურგიულ პათოლოგიაზე. **აღნიშნულის გამო პაციენტი საჭიროებდა ჰოსპიტალურ მკურნალობას. დაავადების ამ ეტაპზე ჰოსპიტალიზაციის პირველ დღეს გულისრევა და პირღებინება წარმოადგენდა წინასწარ სამუშაო კლინიკურ დიაგნოზს.**

დასკვნაში ასევე აღნიშნულია, რომ **როდესაც საუბარია დამოუკიდებელ ნოზოლოგიებზე, როგორც აღნიშნული პაციენტის შემთხვევაში (1 - გულისრევა და ღებინების ფონზე განვითარებული ჰიპოვოლემიური შოკი, 2 -**

სისტემური ანთებითი პასუხის სინდრომი და 3 - ფერმენტების დეფიციტთან დაკავშირებული თანდაყოლილი ადრენოგენიტალური დარღვევები) **საჭიროა ყველა ნოზოლოგიის მკურნალობა, ვინაიდან პათოგენეზურად მათი მკურნალობა განსხვავებულია და მხოლოდ ერთი ნოზოლოგიის დამოუკიდებლად მკურნალობა არ იქნება საკმარისი დანარჩენი ნოზოლოგიისგან განსაკუთრებლად.**

დასკვნაში ასევე მითითებულია, რომ პაციენტთან გულისრევა და ღებინება დაკავშირებული იყო გასტროენტერიტთან და კოლიტთან და ადეკვატური მკურნალობის მიუხედავად განვითარდა ჰიპოვოლემიური შოკი, რომელიც საჭიროებდა აქტიურ რეპიდრატაციას. გასტროენტერიტი არაინფექციური ბუნების იყო რაც დასტურდება განავლის ბაქტერიოლოგიური კვლევის შედეგებით - პათოლოგიური მიკრობის ამოთესვა არ მოხდა. მისგან დამოუკიდებლად პაციენტს აღენიშნებოდა სისტემური ანთებითი პასუხის სინდრომი (რაც დასტურდება ლაბორატორიული მონაცემებით - ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ფორმულის მარცხნივ გადახრით, CRP მატება) **საჭიროებდა ანტიბიოტიკოთერაპიას და მხოლოდ რეპიდრატაციით ამ სინდრომის განკურნება ვერ მოხერხდებოდა.** და ბოლოს, პაციენტს ასევე აღენიშნებოდა გენეტიკური პათოლოგია ფერმენტების დეფიციტთან დაკავშირებული თანდაყოლილი ადრენოგენიტალური დარღვევები, რაც გამოწვეულია ფერმენტების თანდაყოლილი დეფიციტით და საჭიროებს ჰორმონის ჩანაცვლებით თერაპიას და აღნიშნული დაავადება არ კუპირდებოდა რეპიდრატაციითა და ანტიბიოტიკოთერაპიით.

სისტემური ანთებითი პასუხის სინდრომის არსებობითვის აუცილებელია მინიმუმ 2 კრიტერიუმის არსებობა: ტემპერატურა $>38.5^{\circ}\text{C}$ ან $<36^{\circ}\text{C}$; ტაქიკარდია; ტაქიპნოე; ლეიკოციტების რაოდენობის მატება ან კლება ან უმწიფარი ნეიტროფილები $>10\%$ -ზე. პაციენტთან გამოხატული იყო ტაქიკარდია; ტაქიპნოე და მაღალი ლეიკოციტოზი $25.1 \times 10^9/\text{ლ}$ და უმწიფარი ლეიკოციტების მატება 23%-მდე(ჩხირბირთვიანი 14, მეტამიელოციტი 3, მიელოციტი 6, ჯამში 23%).

ჰოსპიტალიზაციის პირველ დღეს გულისრევა და პირღებინება წარმოადგენდა წინასწარ სამუშაო კლინიკურ დიაგნოზს. გულისრევა და პირღებინება ICD-10-ში გამოყოფილია როგორც დიაგნოზი, თუმცა იგი არ არის დამოუკიდებელი ნოზოლოგია და წარმოადგენს, მრავალი დაავადების სიმპტომს. ამიტომ აღნიშნული დიაგნოზი გამოიყენება როგორც წინასწარი კლინიკური დიაგნოზი მისი ეტიოლოგიის დადგენამდე.

ამდენად, სასამართლო მიიჩნევს, რომ სამედიცინო ბარათში არსებული ინფორმაცია სრულად შეესაბამება სამინისტროს ელექტრონულ მოდულში არსებულ ინფორმაციას. პაციენტი საჭიროებდა მკურნალობას ყველა ჩამოთვლილი ნოზოლოგიით, რაც მითითებული სამედიცინო შემთხვევის სრულად ანაზღაურების საფუძველს წარმოადგენს.

6.4. საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 60¹ მუხლში ჩამოთვლილია ის საფუძვლები, რომელთა არსებობის შემთხვევაშიც შესაძლებელია ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის ბათილად ცნობა. კერძოდ,- დასახელებული მუხლის პირველი ნაწილი ადგენს, რომ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტი ბათილია, თუ იგი ეწინააღმდეგება კანონს ან არსებითად დარღვეულია მისი მომზადების ან გამოცემის კანონმდებლობით დადგენილი სხვა მოთხოვნები. ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის მომზადების ან გამოცემის წესის არსებით დარღვევად ჩაითვლება ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის გამოცემა ამ კოდექსის 32-ე ან 34-ე მუხლით გათვალისწინებული წესის დარღვევით ჩატარებულ სხდომაზე ან კანონით გათვალისწინებული ადმინისტრაციული წარმოების სახის დარღვევით, ანდა კანონის ისეთი დარღვევა, რომლის არარსებობის შემთხვევაში მოცემულ საკითხზე მიღებული იქნებოდა სხვაგვარი გადაწყვეტილება.

საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსის 32-ე მუხლის პირველი ნაწილის შესაბამისად, თუ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტი ან მისი ნაწილი კანონს ეწინააღმდეგება და ის პირდაპირ და უშუალო (ინდივიდუალურ) ზიანს აყენებს მოსარჩელის კანონიერ უფლებას, ან ინტერესს ან უკანონოდ ზღუდავს მის უფლებას, სასამართლო ამ კოდექსის 22-ე მუხლში აღნიშნულ სარჩელთან დაკავშირებით გამოიტანს გადაწყვეტილებას ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის ბათილად ცნობის შესახებ.

სასამართლო მიუთითებს საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსის მე-17 მუხლზე, რომლის თანახმად, მოპასუხე ვალდებულია, წარადგინოს წერილობითი პასუხი (შესაგებელი) და შესაბამისი მტკიცებულებები. ამასთან, თუ კანონით სხვა რამ არ არის დადგენილი, ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის არარა აქტად აღიარების, ბათილად ცნობის ან ძალადაკარგულად გამოცხადების შესახებ სარჩელის წარდგენის შემთხვევაში მტკიცების ტვირთი ეკისრება ადმინისტრაციულ ორგანოს, რომელმაც გამოსცა ეს აქტი. დასახელებული ნორმის საფუძველზე ადმინისტრაციული პროცესის თავისებურებას წარმოადგენს ის, რომ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის ბათილად ცნობის შემთხვევაში მტკიცების ტვირთი ანუ მტკიცების მოვალეობა, თუ კანონით სხვა რამ არ არის დადგენილი, ეკისრება იმ ადმინისტრაციულ ორგანოს, რომელმაც გამოსცა ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტი. თუმცა სასამართლოს მიაჩნია, რომ მტკიცების ტვირთის ადმინისტრაციული ორგანოსათვის დაკისრება არ უნდა განიმარტოს არასწორად, ისე როგორც მისი პროცესუალური მოწინააღმდეგე მხარის - მოსარჩელის გათავისუფლება სარჩელის დასაბუთების ვალდებულებისაგან.

მოცემულ შემთხვევაში, სასამართლო მიიჩნევს, რომ მოსარჩელისგან განსხვავებით, რომლის მიერაც წარმოდგენილი იქნა შესაბამისი პროფილის

ექიმთა (ექსპერტთა) დასკვნები, მოპასუხე მხარემ ვერ უზრუნველყო იმ მტკიცებულებათა წარმოდგენა, რომლებიც დაადასტურებდა სადავო ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტების გამოცემის კანონიერებას, რიც გამოც, სასამართლო მიიჩნევს, რომ სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტის უფროსის 2017 წლის 29 ნოემბრის №----- გადაწყვეტილება „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში გაწეული მომსახურების ანაზღაურებაზე უარის თქმის შესახებ (გასაჩივრებულ ნაწილში), როგორც ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტი, კანონის მოთხოვნათა დარღვევით არის მიღებული და იგი მოსარჩელის კანონიერ ინტერესებს პირდაპირ და უშუალო ზიანს აყენებს, რის გამოც იგი ბათილად უნდა იქნეს ცნობილი.

6.5. მოსარჩელის მოთხოვნას ასევე წარმოადგენს სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2018 წლის 24 ივლისის №----- გადაწყვეტილების ბათილად ცნობა შპს „მ-----ის“ №----- ადმინისტრაციული საჩივრის ნაწილობრივ დაკმაყოფილების შესახებ პაციენტების: ნ-----ის, დ-----ისა და დ-----ის შემთხვევებში აუნაზღაურებელი თანხის ნაწილში საჩივრის დაკმაყოფილებაზე უარის თქმის, ხოლო პაციენტების: ე-----ისა და თ-----ის შემთხვევებში - საჩივრის დაკმაყოფილებაზე უარის თქმის შესახებ.

საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 60¹ მუხლის მესამე ნაწილის თანახმად, ადმინისტრაციულ-სამართლებრივ აქტს ბათილად ცნობს მისი გამომცემი ადმინისტრაციული ორგანო, ხოლო საჩივრის ან სარჩელის შემთხვევაში – ზემდგომი ადმინისტრაციული ორგანო ან სასამართლო. ამავე კოდექსის 185-ე მუხლის თანახმად, თუ ამ თავით სხვა რამ არ არის დადგენილი, ადმინისტრაციულ საჩივართან დაკავშირებით ადმინისტრაციული წარმოებისას გამოიყენება ამ კოდექსის VI თავით გათვალისწინებული დებულებანი.

საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 201-ე მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად, ადმინისტრაციულ ორგანოს ადმინისტრაციული საჩივრის განხილვის შედეგად გამოაქვს ერთერთი შემდეგი გადაწყვეტილება: ა) ადმინისტრაციული საჩივრის დაკმაყოფილების შესახებ; ბ) ადმინისტრაციული საჩივრის დაკმაყოფილებაზე უარის თქმის თაობაზე; გ) ადმინისტრაციული საჩივრის ნაწილობრივ დაკმაყოფილების შესახებ. ამავე მუხლის მე-3 ნაწილის თანახმად, ადმინისტრაციულ საჩივართან დაკავშირებულ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივ აქტს კანონიერებისა და მიზანშეწონილობის თვალსაზრისით ამოწმებს ადმინისტრაციული ორგანო, ხოლო ამავე მუხლის მე-4 ნაწილის მიხედვით კი, ადმინისტრაციული საჩივრის განმხილველი ადმინისტრაციული ორგანო ვალდებულია შეამოწმოს, აკმაყოფილებს თუ არა ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტი კანონის იმ მოთხოვნას, რომელიც ადმინისტრაციული

საჩივრის წარმდგენ პირს ანიჭებს რაიმე უფლებას ან უპირატესობას.

სასამართლოს მიაჩნია, რომ მოცემულ შემთხვევაში იმდენად, რამდენადაც დადგენილი იქნა, რომ სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტის უფროსის 2017 წლის 29 ნოემბრის №----- გადაწყვეტილება „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში გაწეული მომსახურების ანაზღაურებაზე უარის თქმის შესახებ პაციენტების: ნ-----ის, დ-----ისა და დ-----ის შემთხვევებში აუნაზღაურებელი თანხის ნაწილში, ხოლო პაციენტების: ე-----ისა და თ-----ის შემთხვევებში - სრულად, როგორც ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტი, კანონის მოთხოვნათა დარღვევით არის მიღებული და მოსარჩელის კანონიერ ინტერესებს პირდაპირ და უშუალო ზიანს აყენებს, აღნიშნული გარემოება თავის მხრივ გასაჩივრებული აქტის ბათილად ცნობის სამართლებრივ საფუძველს წარმოადგენს, შესაბამისად, ბათილად უნდა იქნეს ცნობილი სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2018 წლის 24 ივლისის №----- გადაწყვეტილება შპს „მ-----ის“ №----- ადმინისტრაციული საჩივრის ნაწილობრივ დაკმაყოფილების შესახებ პაციენტების: ნ-----ის, დ-----ისა და დ-----ის შემთხვევებში აუნაზღაურებელი თანხის ნაწილში საჩივრის დაკმაყოფილებაზე უარის თქმის, ხოლო პაციენტების: ე-----ისა და თ-----ის შემთხვევებში - საჩივრის დაკმაყოფილებაზე უარის თქმის შესახებ, მით უფრო მაშინ, როდესაც ადმინისტრაციულ საჩივარს, როგორც უფლების დაცვის საშუალებას, მხარისთვის განსაკუთრებული ინტერესი გააჩნია და ადმინისტრაციული წარმოება ადმინისტრაციულ საჩივართან დაკავშირებით გულისხმობს ინდივიდუალურ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტის კანონიერების გადამოწმებას, რომელიც თავის თავში მოიცავს აქტის, როგორც ფორმალური, ისე მატერიალური კანონიერების გადამოწმებას. სასამართლო მიუთითებს, რომ სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს, როგორც საჩივრის განმხილველ ორგანოს, გასაჩივრებული აქტის კანონიერებისა და მიზანშეწონილობის გადამოწმების ვალდებულება წარმოეშვა მაღალი ხარისხით, რაც გულისხმობს იმას, რომ მის მიერ გამოკვლეული უნდა ყოფილიყო საქმისთვის მნიშვნელობის მქონე ყველა გარემოება და აღნიშნულის საფუძველზე მიღებული უნდა ყოფილიყო გადაწყვეტილება საჩივრის დაკმაყოფილების ან საჩივრის დაკმაყოფილებაზე უარის თქმის შესახებ.

7. საპროცესო ხარჯები

საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსის მე-10 მუხლის მეორე ნაწილის შესაბამისად, თუ ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტი გამოცემული იყო საქმის გარემოებების სათანადო გამოკვლევის გარეშე, ადმინისტრაციული ორგანო ვალდებულია აანაზღაუროს

პროცესის ხარჯები მის სასარგებლოდ გადაწყვეტილების გამოტანის შემთხვევაშიც. საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის 53-ე მუხლის პირველი ნაწილის თანახმად კი, იმ მხარის მიერ გაღებული ხარჯების გადახდა, რომლის სასარგებლოდაც იქნა გამოტანილი გადაწყვეტილება, ეკისრება მეორე მხარეს, თუნდაც ეს მხარე განთავისუფლებული იყოს სახელმწიფო ბიუჯეტში სასამართლო ხარჯების გადახდისაგან. შესაბამისად, სარჩელის დაკმაყოფილების გამო, მოპასუხეს - სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს, მოსარჩელე სს „ს-----ის“ სასარგებლოდ უნდა დაეკისროს 100 (ასი) ლარის გადახდა ამ უკანასკნელის მიერ სარჩელზე გადახდილი სახელმწიფო ბაჟის სანაცვლოდ.

სარეზოლუციო ნაწილი:

სასამართლომ იხელმძღვანელა საქართველოს ადმინისტრაციული საპროცესო კოდექსის პირველი, მე-2, მე-3, მე-4, მე-10, 22-ე, 32-ე მუხლებით, საქართველოს სამოქალაქო საპროცესო კოდექსის მე-8, 244-ე, 248-ე, 249-ე, 257-ე, 364-ე, 367-ე, 369-ე მუხლებით და

გ ა დ ა წ ყ ვ ი ტ ა

1. სს „ს-----ის“ სარჩელი დაკმაყოფილდეს.
2. ნაწილობრივ, თ-----ის, დ-----ის, ე-----ის, დ-----ისა და ნ-----ის სამედიცინო შემთხვევების ანაზღაურებაზე უარის თქმის ნაწილში, ბათილად იქნეს ცნობილი სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტის უფროსის 2017 წლის 29 ნოემბრის №----- გადაწყვეტილება „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში გაწეული მომსახურების ანაზღაურებაზე უარის თქმის შესახებ და სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2018 წლის 24 ივლისის №----- გადაწყვეტილება შპს „მ-----ის“ №----- ადმინისტრაციული საჩივრის ნაწილობრივ დაკმაყოფილების შესახებ.
3. სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს სს „ს-----ის“ სასარგებლოდ დაეკისროს სახელმწიფო ბაჟის ანაზღაურება 100 ლარის ოდენობით.
4. გადაწყვეტილება შეიძლება გასაჩივრდეს მხარეთათვის დასაბუთებული გადაწყვეტილების გადაცემიდან 14 (თოთხმეტი) დღის ვადაში, თბილისის სააპელაციო სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა პალატაში (მდებარე თბილისი, გრ. რობაქიძის N7ა) სააპელაციო საჩივრის შეტანის გზით, თბილისის საქალაქო სასამართლოს ადმინისტრაციულ საქმეთა კოლეგიის (მდებარე თბილისი, დ. აღმაშენებლის ხეივანი მე-12 კმ. N6) მეშვეობით.

მოსამართლე:

ლექილა გოგიშვილი