

საქართველოს მთავრობის

დადგენილება №507

2022 წლის 26 ოქტომბერი

ქ. თბილისი

„საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე

მუხლი 1

„ნორმატიული აქტების შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონის მე-20 მუხლის მე-4 პუნქტის შესაბამისად, „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილებაში (www.matsne.gov.ge, 22/02/2013, 470230000.10.003.017200) შეტანილ იქნეს ცვლილება და:

1. დადგენილების:

ა) მე-3 მუხლის მე-2 და მე-3 პუნქტები ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„2. პროგრამით გათვალისწინებულ მოსარგებლე პირთათვის პროგრამით დადგენილი პირობების დამატებით ჯანმრთელობის დაზღვევის მომსახურების გაწევისა და ორმაგი დაზღვევის შემთხვევაში, ასანაზღაურებელი ოდენობის გაანგარიშების მიზნით, საქართველოში მოქმედ სადაზღვევო კომპანიებს მიეცეთ წვდომა პროგრამით მოსარგებლე პირთა კატეგორიისა და სადაზღვევო კომპანიის (სადაც დაზღვეულია მოსარგებლე) შესახებ ინფორმაციაზე. სსიპ – ინფორმაციული ტექნოლოგიების სააგენტოს (შემდგომში – ITA) მიერ, ურთიერთშეთანხმებული ფორმატით, უზრუნველყოფილ იქნეს სადაზღვევო კომპანიების წვდომა აღნიშნულ ინფორმაციაზე.“

3. სამედიცინო დაწესებულებების მიერ გადაუდებელი სამედიცინო შემთხვევების ეფექტიანად მართვის მიზნით, ITA-ის მიერ უზრუნველყოფილ უნდა იქნეს სამედიცინო დაწესებულებების წვდომა მოსარგებლე პირების კატეგორიის, აგრეთვე კერძო დაზღვევის არსებობის შემთხვევაში – სადაზღვევო კომპანიის შესახებ ინფორმაციაზე.“;

ბ) მე-4 მუხლის „ა“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ა) საქართველოს იუსტიციის სამინისტროს მმართველობის სფეროში მოქმედმა სსიპ – სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტომ 2021 წლის 1 იანვრიდან უზრუნველყოს მის მიერ რეგისტრირებული/აღრიცხული პროგრამის მოსარგებლე ფიზიკური პირების შესახებ მონაცემებზე სააგენტოს წვდომა, აგრეთვე 2021 წლის 1 იანვრიდან 2023 წლის 1 იანვრამდე პერიოდში სააგენტოს მიაწოდოს (წვდომადი გახადოს) განახლებული მონაცემები წინა თვის ბოლო კალენდარული დღის მდგომარეობით მის მიერ რეგისტრირებული/აღრიცხული ფიზიკური პირების შესახებ, შეთანხმებული ფორმატით;“;

გ) 5⁵ მუხლის შემდეგ დაემატოს შემდეგი შინაარსის 5⁶ მუხლი:

„მუხლი 5⁶. ამ დადგენილებით გათვალისწინებული DRG მეთოდით დაფინანსებული მომსახურების შემთხვევებზე 2023 წლის 1 იანვრამდე არ გავრცელდეს №1 დანართის მე-19 მუხლის პირველი პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული დამატებითი ფინანსური ჯარიმები.“.

2. დადგენილებით დამტკიცებული №1 დანართის („საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა“):



ა) მე-2 მუხლის პირველი პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„გ) კერძო სადაზღვევო სქემებში ჩართული პირებისა, სსიპ – საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურის მიერ მიწოდებულ მონაცემებზე დაყრდნობით (აღნიშნული პირობა არ ეხება №1 დანართის 21-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ა.ა“ და „ა.ბ“ ქვეპუნქტებით განსაზღვრულ პირებს), თუ პროგრამით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული.“;

ბ) მე-11 მუხლის:

ბ.ა) მე-2 პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ე) პაციენტის ერთი დაწესებულებიდან სხვა დაწესებულებაში გადაყვანის შემთხვევაში, გადაყვანი დაწესებულება ვალდებულია:

ე.ა) ამ დადგენილებით გათვალისწინებული DRG მეთოდით დაფინანსებული მომსახურების შემთხვევაში დააფიქსიროს ინფორმაცია რეფერალის შესახებ პაციენტის გადაყვანიდან არაუგვიანეს 72 საათისა. წინააღმდეგ შემთხვევაში, შემთხვევის ეს ეპიზოდი არ ანაზღაურდება;

ე.ბ) ამ დადგენილებით გათვალისწინებული ისეთი მომსახურების შემთხვევაში, რომელიც არ ფინანსდება DRG მეთოდით, განმახორციელებლის მიერ დადგენილი ფორმით დააფიქსიროს პაციენტზე გაწეული მომსახურების ფაქტობრივი დანახარჯი პაციენტის გადაყვანიდან არაუგვიანეს 72 საათისა. წინააღმდეგ შემთხვევაში, შემთხვევის ეს ეპიზოდი არ ანაზღაურდება.“;

ბ.ბ) მე-4 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„4. შემთხვევის კოდის ცვლილების ან დამატების შემთხვევაში მიმწოდებელი ვალდებულია, გააკეთოს განმეორებითი შეტყობინება არაუგვიანეს შემთხვევის დასრულებულად დაფიქსირებისა, გარდა DRG მეთოდით დაფინანსებული ისეთი შემთხვევებისა, როდესაც საბოლოო დიაგნოზის დადგენისთვის საჭირო კვლევების ხანგრძლივობა აღემატება სტაციონარში დაყოვნების პერიოდს.“;

ბ.გ) მე-5 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„5. სპეციალური ელექტრონული პროგრამის საშუალებით შეტყობინების საფუძველზე დაფიქსირებული სამედიცინო შემთხვევის დასრულებულად დაფიქსირება უნდა მოხდეს:

ა) ამ დადგენილებით გათვალისწინებული DRG მეთოდით დაფინანსებული მომსახურების შემთხვევაში – პაციენტის გაწერის დღეს, მაგრამ არაუგვიანეს გაწერიდან 24 საათისა, მათ შორის, ისეთ შემთხვევებში, როდესაც საბოლოო დიაგნოზის დადგენისთვის საჭირო კვლევების ხანგრძლივობა აღემატება სტაციონარში დაყოვნების პერიოდს და ასევე ამ მუხლის მე-2 პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებულ შემთხვევებში;

ბ) ამ დადგენილებით გათვალისწინებული ისეთი მომსახურების შემთხვევაში, რომელიც არ ფინანსდება DRG მეთოდით – პაციენტის გაწერიდან არაუგვიანეს 24 საათის განმავლობაში, გარდა ისეთი შემთხვევებისა, როდესაც საბოლოო დიაგნოზის დადგენისთვის საჭირო კვლევების ხანგრძლივობა აღემატება სტაციონარში დაყოვნების პერიოდს და ასევე ამ მუხლის მე-2 პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული შემთხვევებისა.“;

გ) მე-15 მუხლის:

გ.ა) მე-2 პუნქტის:

გ.ა.ა) „ზ“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ზ) თუ სახეზეა №1 დანართის მე-11 მუხლის მე-4 პუნქტით გათვალისწინებული გარემოება, ანაზღაურებას არ დაექვემდებარება შემთხვევის დასრულებულად დაფიქსირების შემდეგ დამატებული ან შეცვლილი კოდი, გარდა DRG მეთოდით დაფინანსებული ისეთი შემთხვევებისა, როდესაც საბოლოო დიაგნოზის დადგენისთვის საჭირო კვლევების ხანგრძლივობა აღემატება სტაციონარში



დაყოვნების პერიოდს;“;

გ.ა.ბ) „ი“ და „კ“ ქვეპუნქტები ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ი) დადგენილებით გათვალისწინებული, ფაქტობრივი ხარჯით დასაფინანსებელი მომსახურების შემთხვევებში, ადგილი აქვს კალკულაციაში წარდგენილი ფინანსური ინფორმაციის შეუსაბამობას მოთხოვნილ ჯამურ თანხასთან ან ჩატარებული მომსახურების მოცულობასთან;

კ) 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:

კ.ა) ამ დადგენილებით გათვალისწინებული DRG მეთოდით დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებების დროს არ ანაზღაურდება ამ შემთხვევისთვის საბოლოოდ დაგენერირებული DRG-ით ასანაზღაურებელი თანხის 10%;

კ.ბ) ამ დადგენილებით გათვალისწინებული ისეთი მომსახურების დროს, რომელიც არ ფინანსდება DRG მეთოდით, არ ანაზღაურდება არასწორად დაფიქსირებული პროგრამული შემთხვევა/შემთხვევები და მასთან ერთად არ ანაზღაურდება ამ მკურნალობის ეპიზოდის/შემთხვევის ასანაზღაურებელი თანხის 10%.“;

გ.ბ) მე-6 პუნქტის:

გ.ბ.ა) „ა“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ა) თუ ადგილი აქვს სამედიცინო დაწესებულებაში განთავსებული პაციენტის გარდაცვალებას 24 საათზე ადრე – ფაქტობრივი ხარჯის მიხედვით, მაგრამ არა უმეტეს განსაზღვრული ტარიფისა, გარდა DRG მეთოდით დაფინანსებული შემთხვევებისა, რომლის დროსაც ანაზღაურება ხდება DRG-ის შესაბამისად;“;

გ.ბ.ბ) „გ“, „დ“, „ე“ და „ვ“ ქვეპუნქტები ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„გ) კრიტიკული მდგომარეობის დროს პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებიდან სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანისას – მომსახურების ღირებულება ანაზღაურდება ამავე მუხლის 6² პუნქტის შესაბამისად;

დ) ამ დადგენილებით გათვალისწინებული ისეთი მომსახურების დროს, რომელიც არ ფინანსდება DRG მეთოდით (მათ შორის, ხანგრძლივი (მკურნალობის დაწყებიდან ორი თვე და მეტი) სამედიცინო მომსახურების გაწევის შემთხვევაში) ინტენსიური მკურნალობის/მოვლის დონეების ცვლილების ან/და პაციენტის სხვა განყოფილებაში გადაყვანისას – დღის მომსახურების ღირებულების გადაანგარიშება მოხდება პროგრამული შემთხვევის ფარგლებში გატარებული სრული საათის რაოდენობის მიხედვით;

ე) თვალისა და თვალის დანამატების ტრავმის დროს – DRG-ის შესაბამისად;

ვ) მე-11 მუხლის მე-6 პუნქტით განსაზღვრულ შემთხვევებში ანაზღაურება ხდება ფაქტობრივი ხარჯის მიხედვით, მაგრამ არაუმეტეს წინასწარ განსაზღვრული ტარიფისა, გარდა DRG მეთოდით დაფინანსებული შემთხვევებისა, რომლის დროსაც ანაზღაურება ხდება DRG-ის შესაბამისად;“;

გ.გ) 6¹ პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„6¹. გადაუდებელი/კრიტიკული მდგომარეობის დროს გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების (EMERGENCY) დაწესებულებიდან (რომელიც ექვემდებარება რეგულირებას ტექნიკური რეგლამენტით) პაციენტის სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანის შემთხვევაში – გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების (EMERGENCY) დაწესებულებისთვის მომსახურების ღირებულება გადაანგარიშდება;



ა) ამ დადგენილებით გათვალისწინებული DRG მეთოდით დაფინანსებულ შემთხვევაში – DRG-ის ღირებულების 10%-ის ოდენობით;

ბ) ამ დადგენილებით გათვალისწინებული ისეთი მომსახურების დროს, რომელიც არ ფინანსდება DRG მეთოდით – ფაქტობრივი ხარჯის მიხედვით, მაგრამ არაუმეტეს განსაზღვრული ტარიფისა.“;

გ.დ) 6¹ პუნქტის შემდეგ დაემატოს შემდეგი შინაარსის 6² პუნქტი:

„6². კრიტიკული მდგომარეობის დროს პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებიდან იმავე დიაგნოზით სხვა სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანისას (მათ შორის, პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში 24 საათზე ნაკლები დროით დაყოვნებისას):

ა) ამ დადგენილებით გათვალისწინებული DRG მეთოდით დაფინანსებულ შემთხვევაში – გადამყვან დაწესებულებას აუნაზღაურდება DRG-ის ღირებულების 10%, ხოლო მეორე დაწესებულებას – DRG-ის ღირებულების 90%;

ბ) ამ დადგენილებით გათვალისწინებული ისეთი მომსახურების დროს, რომელიც არ ფინანსდება DRG მეთოდით, გადაყვანის დღისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას მიიღებს ორივე დაწესებულება. დღის მომსახურების ღირებულების გადაანგარიშება მოხდება დაწესებულებაში გატარებული სრული საათის რაოდენობის მიხედვით.“;

დ) მე-19 მუხლის:

დ.ა) მე-13 პუნქტის შემდეგ დაემატოს შემდეგი შინაარსის 13¹ პუნქტი:

„13¹. იმ შემთხვევაში, თუ კონტროლისას/რევიზიისას გამოვლინდება, რომ მიმწოდებელმა DRG მეთოდით დაფინანსებული პროგრამული მომსახურებისათვის მოსარგებლეს გადაახდევინა მოსარგებლის მიერ პროგრამით განსაზღვრულ ასანაზღაურებელ თანხაზე მეტი (მათ შორის, VIP მომსახურებაზე – აყვანილი ექიმი/ექთანი, არჩეული პალატა/სახარჯი მასალა), მიმწოდებელი იხდის ჯარიმას განმახორციელებლის მიერ ამ შემთხვევისათვის პროგრამით ასანაზღაურებელი/ანაზღაურებული თანხის სამმაგი ოდენობის სახით. ამასთან, დარღვევის გამოვლენიდან მისი განმეორებით ჩადენა დამატებით გამოიწვევს სამედიცინო დაწესებულებებისთვის მიმწოდებლის სტატუსის შეჩერებას 6 თვით.“

შენიშვნა: ამ პუნქტის მიზნებისთვის დანართ №1-ის 23-ე მუხლის 56-ე პუნქტით გათვალისწინებული მიმწოდებლის სტატუსის აღდგენის შემდეგ, ამ პუნქტით გათვალისწინებული დარღვევისას გამოიყენება საერთო წესი (ჯარიმა, განმეორებით შემთხვევაში – დამატებით მიმწოდებლის სტატუსის შეჩერება).“;

დ.ბ) 18² პუნქტის შემდეგ დაემატოს შემდეგი შინაარსის 18³ პუნქტი:

„18³. ამ პროგრამის მე-20 მუხლის მე-5 პუნქტის „ვ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მოთხოვნების დარღვევა, რომელიც გამოვლინდება კონტროლის/რევიზიის დროს, გამოიწვევს მიმწოდებლის დაჯარიმებას განმახორციელებლის მიერ საკონტროლო/სარევიზიო პერიოდში პროგრამის/კომპონენტის ფარგლებში ასანაზღაურებელი/ანაზღაურებული თანხის 1%-ით.“;

ე) მე-20 მუხლის მე-5 პუნქტის:

ე.ა) „ვ“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ვ) პროგრამის განმახორციელებელსა და პროგრამის/ვაუჩერის მოსარგებლეს პროგრამულ მომსახურებაში არ გადაახდევინოს სხვა გადასახადი ან დამატებითი თანხა (მათ შორის, DRG მეთოდით დაფინანსებულ შემთხვევებში, დამატებით ასევე VIP მომსახურებაზე – აყვანილი ექიმი/ექთანი, არჩეული პალატა/სახარჯი მასალა), გარდა ამ დადგენილებით განსაზღვრულისა“;



ბ) „ზ¹“ ქვეპუნქტის შემდეგ დაემატოს შემდეგი შინაარსის „ზ²“ ქვეპუნქტი:

„ზ²) უზრუნველყოს პაციენტისათვის ზედმეტად გადახდილი თანხის დაბრუნება, თუ საბოლოოდ გენერირებული DRG-ის შედეგად გამოვლინდა, რომ პაციენტის თანაგადახდის წილი ნაკლებია პაციენტის მიერ გადახდილ თანხაზე;“;

გ) „ო“ ქვეპუნქტის შემდეგ დაემატოს შემდეგი შინაარსის „პ“ ქვეპუნქტი:

„პ) უზრუნველყოს ლაბორატორიული კვლევების ჩატარება ისეთ დაწესებულებებში, რომლებსაც დანერგილი აქვთ ხარისხის გარე კონტროლის ღონისძიებები.“;

გ) 21-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ა.გ“ და „ა.დ“ ქვეპუნქტები ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ა.გ) ამავე დადგენილების მე-4 მუხლის „კ¹“ ქვეპუნქტის შესაბამისად განსაზღვრული თვიური 1,000 ლარზე ნაკლები შემოსავლის მქონე ან სხვა:

ა.გ.ა) დაზღვევის არმქონე პირებისთვის – სამედიცინო მომსახურებას დანართ №1.1-ის შესაბამისად;

ა.გ.ბ) იმ პირებისთვის, რომლებიც ამავე დადგენილების მე-4 მუხლის „ი¹“ ქვეპუნქტის შესაბამისად, სსიპ – საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურიდან მიღებული ინფორმაციით, სარგებლობენ ჯანმრთელობის დაზღვევით – სამედიცინო მომსახურებას დანართ №1.1-ის პირველი პუნქტის „ა.ვ“, „ბ.ა.ა“ და „ბ.გ“ ქვეპუნქტების შესაბამისად;

ა.გ.გ) იმ შემთხვევაში, თუ რაიმე მიზეზით ამ პუნქტის „ა.გ.ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრულ პირს შეუწყდა სადაზღვევო კონტრაქტის მოქმედება და აღარ არის დაზღვეული, ასეთი (დაზღვევის არმქონე) პირი, სადაზღვევო კონტრაქტის შეწყვეტიდან 6 თვის განმავლობაში, უფლებამოსილი იქნება, მიიღოს ამ დადგენილების დანართ №1.1-ის პირველი პუნქტის „ა.ა“, „ა.ვ“, „ბ.ა“ და „ბ.გ“ ქვეპუნქტებით განსაზღვრული მომსახურება, ხოლო ამ ვადის გასვლის შემდეგ ისარგებლოს კატეგორიის შესაბამისი დანართ №1.1-ით განსაზღვრული პაკეტით;

ა.დ) ამავე დადგენილების მე-4 მუხლის „კ¹“ ქვეპუნქტის შესაბამისად განსაზღვრული წლიური 40 000 ლარზე ნაკლები და თვიური 1,000 ლარი და მეტი შემოსავლის მქონე:

ა.დ.ა) დაზღვევის არმქონე პირებისთვის – სამედიცინო მომსახურებას დანართ №1.1-ის პირველი პუნქტის „ა.ა“ და „ბ“ ქვეპუნქტების შესაბამისად;

ა.დ.ბ) იმ პირებისთვის, რომლებიც ამავე დადგენილების მე-4 მუხლის „ი¹“ ქვეპუნქტის შესაბამისად, სსიპ – საქართველოს დაზღვევის სახელმწიფო ზედამხედველობის სამსახურიდან მიღებული ინფორმაციით, სარგებლობენ ჯანმრთელობის დაზღვევით – სამედიცინო მომსახურებას დანართ №1.1-ის პირველი პუნქტის „ბ.გ“ (გარდა სხივური თერაპიისა) ქვეპუნქტის შესაბამისად;

ა.დ.გ) იმ შემთხვევაში, თუ რაიმე მიზეზით ამ პუნქტის „ა.დ.ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრულ პირს შეუწყდა სადაზღვევო კონტრაქტის მოქმედება და აღარ არის დაზღვეული, ასეთი (დაზღვევის არმქონე) პირი სადაზღვევო კონტრაქტის შეწყვეტიდან 6 თვის განმავლობაში უფლებამოსილი იქნება, მიიღოს ამ დადგენილების დანართ №1.1-ის პირველი პუნქტის „ა.ა“, „ბ.ა“ და „ბ.გ“ (გარდა სხივური თერაპიისა) ქვეპუნქტებით განსაზღვრული მომსახურება, ხოლო ამ ვადის გასვლის შემდეგ ისარგებლოს კატეგორიის შესაბამისი დანართ №1.1-ით განსაზღვრული პაკეტით;“;

ზ) 22-ე მუხლის:

ზ.ა) მე-7 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„7. 21-ე მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული სტაციონარული მომსახურება (გარდა ნეონატალური ასაკის (ნეონატალურ ასაკში დაწყებული) ინტენსიური მოვლის/მკურნალობის (№1.2 დანართის მე-2 პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტი), კომბუსტიოლოგიის (დანართ №1.2-ის მე-2 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტი) ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობის (დანართ №1.1-ის პირველი პუნქტის „ბ.გ“,



დანართ №1.3-ის პირველი პუნქტის „გ.გ“ და მე-2 პუნქტის „გ.გ“, დანართ №1.4-ის პირველი პუნქტის „ბ.გ“ ქვეპუნქტები), მშობიარობის/საკეისრო კვეთის (დანართ №1.5-ის პირველი პუნქტის „გ“ და „დ“ ქვეპუნქტები და მე-2 პუნქტი), გულის თანდაყოლილი მანკების მკურნალობის (დანართი №1.11), თრომბოლიზის/თრომბექტომიის (ინსულტის შემთხვევაში) და დანართ №1.12-ით (სტომატოლოგიური მომსახურება ზოგადი ანესთეზიით) განსაზღვრული მომსახურებისა) ფინანსდება დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების დაფინანსების (DRG) მეთოდით, ამასთან:

- ა) DRG ჯგუფის გენერირება ხდება შემთხვევის დასრულებულად დაფიქსირებისას;
- ბ) თანაგადახდის წილის ათვლა ხდება DRG ჯგუფისთვის განსაზღვრული ღირებულებიდან;

გ) ხანგრძლივი (მკურნალობის დაწყებიდან 60 დღე და მეტი) სამედიცინო მომსახურების გაწევის შემთხვევაში, პირველ 60 დღეში გაწეული მომსახურება ფინანსდება დიაგნოზთან შეჭიდული ჯგუფების დაფინანსების (DRG) მეთოდით, ხოლო შემდეგ დანართ №1.2-ის მე-2 პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტის შესაბამისად;

დ) ინსულტის მკურნალობა ფინანსდება DRG მეთოდით, ხოლო თრომბოლიზის და თრომბექტომიის ჩარევის ტარიფები მტკიცდება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით;

ე) DRG-ის კოდები, საბაზისო ღირებულება, წონა, ფასები და ასევე გადახედვის ვადები მტკიცდება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის შესაბამისი ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით.“;

ზ.ბ) 7¹ პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„7¹. 21-ე მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრულ სტაციონარში ხანგრძლივი დაყოვნებისა (60 დღე და მეტი) და ნეონატალური ასაკის (ნეონატალურ ასაკში დაწყებული) ინტენსიური მოვლის/მკურნალობის მომსახურების (მათ შორის, საწოლებზე უწყვეტად 14, 21 და 45 დღის შემდეგ დაყოვნება, თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპია და სისხლისა და სისხლის კომპონენტების გადასხმა) ანაზღაურება ხდება №1.2 დანართის მე-2 პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული ტარიფის მიხედვით, რომელიც გამოთვლილია სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების მიერ ფაქტობრივად შესრულებული სამუშაოს გათვალისწინებით.“;

ზ.გ) 7² პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„7². №1.2 დანართის მე-2 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული კომბუსტიოლოგიის მომსახურების ანაზღაურება ხდება ფაქტობრივი ხარჯის მიხედვით, მაგრამ არა უმეტეს ამავე ქვეპუნქტით განსაზღვრული ტარიფისა, რომელიც გამოთვლილია სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლების მიერ წარდგენილი ტარიფების მედიანის მიხედვით.“;

ზ.დ) 7³ პუნქტი ამოღებულ იქნეს;

ზ.ე) მე-8 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„8. №1.1 დანართის პირველი პუნქტის „ბ.გ“ ქვეპუნქტით, №1.3 დანართის პირველი პუნქტის „გ.გ“ და მე-2 პუნქტის „გ.გ“ ქვეპუნქტებითა და №1.4 დანართის პირველი პუნქტის „ბ.გ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურების ღირებულებას განმახორციელებელი ანაზღაურებს შემდეგი წესის შესაბამისად:

- ა) დადგენილებით განსაზღვრული მომსახურების ყოველი ერთეულისათვის მიმწოდებლების მიერ წარდგენილი ფასთა განაწილების ქვედა მეოთხედი განისაზღვრება როგორც ტარიფის არეალი, რომლის ფარგლებშიც მოხდება ანაზღაურება, შესაბამისი პროცენტული თანაგადახდის გათვალისწინებით. იმ შემთხვევაში, თუ მომსახურების ღირებულება გადააჭარბებს აღნიშნული ტარიფის არეალს, თანაგადახდის ოდენობის ათვლა მოხდება ტარიფის არეალის მაქსიმალური



სიდიდიდან;

ბ) ქიმიო და ჰორმონული პრეპარატებით პაციენტთა უზრუნველყოფის შემთხვევაში, ტარიფის არეალს წარმოადგენს ფასთა განაწილების ქვედა ნახევარი, რომლის ფარგლებშიც მოხდება ანაზღაურება, შესაბამისი პროცენტული თანაგადახდის გათვალისწინებით. იმ შემთხვევაში, თუ მომსახურების ღირებულება გადააჭარბებს აღნიშნული ტარიფის არეალს, თანაგადახდის ოდენობის ათვლა მოხდება მოცემული ტარიფის არეალის მაქსიმალური სიდიდიდან.“;

ზ.ვ) 8² პუნქტი ამოღებულ იქნეს;

ზ.ზ) მე-10 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„10. ამ დადგენილებით გათვალისწინებული ისეთი მომსახურების დროს, რომელიც არ ფინანსდება DRG მეთოდით, ორი და მეტი ნოზოლოგიური კოდის არსებობის შემთხვევაში, ანაზღაურდება ძირითადი ნოზოლოგიური კოდის ლიმიტის მთლიანი ღირებულებისა და თითოეული დამატებითი კოდის ლიმიტის 50%-ის ჯამი, გარდა კრიტიკული მდგომარეობებისა.“;

თ) 23-ე მუხლის:

თ.ა) 9¹ პუნქტი ამოღებულ იქნეს;

თ.ბ) მე-10 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„10. პროგრამის მოსარგებლის გარდაცვალების შემთხვევაში, დაწესებულება უფლებამოსილია მოითხოვოს მხოლოდ გაწეული ფაქტობრივი ხარჯის ანაზღაურება, მაგრამ არაუმეტეს პროგრამით დადგენილი ღირებულებისა, გარდა DRG მეთოდით დაფინანსებული შემთხვევებისა, რომლის დროსაც ანაზღაურება ხდება DRG-ის შესაბამისად.“;

თ.გ) მე-16 პუნქტი ამოღებულ იქნეს;

თ.დ) 21-ე პუნქტის შემდეგ დაემატოს შემდეგი შინაარსის 21¹ პუნქტი:

„21¹. ამ პროგრამის მიზენებისთვის, DRG მეთოდით დაფინანსებულ შემთხვევებში, კრიტიკულ შემთხვევად განიხილება – გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურების ის შემთხვევა, როდესაც სტაციონარში დაყოვნების განმავლობაში პაციენტი საჭიროებს II-III დონის კრიტიკული მდგომარეობების მართვას რეანიმაციულ განყოფილებაში არანაკლებ 24 საათისა.“;

თ.ე) 29¹ პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„29¹. ბენეფიციარს შეუძლია კონკრეტული შემთხვევის დროს უარი თქვას აღნიშნული დადგენილების პირობებით სარგებლობაზე, რისთვისაც მან ან მისმა კანონიერმა წარმომადგენელმა განცხადებით უნდა მიმართოს განმახორციელებელს. აღნიშნული შემთხვევის ფარგლებში პირი ერთჯერადად კარგავს უფლებას, ისარგებლოს პროგრამით განსაზღვრული პირობებით.“;

თ.ვ) 50-ე პუნქტი ამოღებულ იქნეს;

თ.ზ) 52-ე პუნქტის შემდეგ დაემატოს შემდეგი შინაარსის 53-ე, 54-ე, 55-ე და 56-ე პუნქტები:

„53. სტაციონარული მომსახურების კომპონენტების (რომელთა დაფინანსება 2022 წლის 1 ნოემბრიდან ხორციელდება DRG მეთოდოლოგიით) ფარგლებში დამდგარი შემთხვევები, რომლებიც დასრულდა ან გრძელდება 2022 წლის 1 ნოემბრის შემდგომ პერიოდში, დასრულდეს იმავე პირობებით, რომლითაც დაიწყო მომსახურება.“

54. სააგენტო მიმწოდებელთან კოორდინაციით უზრუნველყოფს 2022 წლის 1 ნოემბრამდე გეგმურ მომსახურებაზე გაცემული საგარანტიო ფურცლის (რომლის დაფინანსება 2022 წლის 1 ნოემბრიდან ხორციელდება DRG მეთოდოლოგიით) ჩანაცვლებას, მათი ვადის ამოწურვამდე.



55. მე-19 მუხლის 13¹ პუნქტით გათვალისწინებული პირობების მიხედვით, მიმწოდებლის სტატუსის შეჩერების შემთხვევაში, აღნიშნულ დაწესებულებაში დამდგარი პროგრამული მომსახურება, რომელიც დასრულდა ან გრძელდება მიმწოდებლის სტატუსის შეჩერების შემდგომ პერიოდში, დასრულდეს პროგრამის ფარგლებში იმავე დაწესებულებაში, სადაც დაიწყო მომსახურება.

56. სამედიცინო დაწესებულება, რომელსაც ამ მუხლის 55-ე პუნქტის თანახმად შეუჩერდა მიმწოდებლის სტატუსი, უფლებამოსილია, სტატუსის შეჩერებიდან 6 თვის შემდეგ მიმართოს განმახორციელებელს მიმწოდებლის სტატუსის აღდგენის თაობაზე შესაბამისი განცხადებით.“;

ო) №1.1 დანართის („სამედიცინო მომსახურების პირობები ამ დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისათვის“) პირველი პუნქტის:

ი.ა) „ბ.ა“, „ბ.ა¹“ და „ბ.ა²“ ქვეპუნქტები ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ბ.ა) გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება – ლიმიტი ერთეულ შემთხვევაზე – 15 000 ლარი:

ბ.ა.ა) №1.2 დანართში მითითებული კრიტიკული მდგომარეობები (II-III დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლა) და კომბუსტიოლოგია;

ბ.ა.ბ) გადაუდებელი მდგომარეობები;

ბ.ა¹) ამ პუნქტის „ბ.ა.ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან;

ბ.ა²) ამ პუნქტის „ბ.ა.ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურება ითვალისწინებს პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ის თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან;“;

ი.ბ) „ბ.გ“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ბ.გ) ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა (მათ შორის, დღის სტაციონარი), კერძოდ, ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია და სხივური თერაპია, ასევე საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის (შემდგომში – მინისტრი) შესაბამისი ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით განსაზღვრული ნუსხის შესაბამისად, საქართველოში რეგისტრირებული სიმსივნის საწინააღმდეგო მედიკამენტებით (მონოკლონური ანტისხეულები, პროტეინკინაზის ინჰიბიტორები, ბისფოსფონატები) მკურნალობა და ზემოაღნიშნულ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევები და მედიკამენტები (გარდა ჯანდაცვის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებული ონკოჰემატოლოგიური მომსახურებისა) – წლიური ლიმიტი 25 000 ლარი – ანაზღაურდება სრულად, მოსარგებლის მხრიდან თანაგადახდის გარეშე;“;

კ) №1.2 დანართის („გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების პირობები“) მე-2 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„2. გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება:

ა) კრიტიკული მდგომარეობები/ინტენსიური თერაპია:

№	დასახელება	განმარტება
1	I დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლა	<p>ინტენსიური მკურნალობა/მოვლა პაციენტებისთვის, რომლებიც ვიტალური ფუნქციების მოსალოდნელი გაუარესების გამო, საჭიროებენ მუდმივ ინტენსიურ მეთვალყურეობას და ფარმაკოლოგიურ ან/და მინიმალურ აპარატურულ მხარდაჭერას ან/და თირკმლის ჩანაცვლებით თერაპიას**.</p> <p>ეს პაციენტები იმყოფებიან ერთი ან მეტი სასიცოცხლო ფუნქციის უკმარისობის განვითარების რისკის ქვეშ, მათ შორის, არიან პაციენტები, რომელთაც მოეხსნათ ერთი ან მეტი სასიცოცხლო ფუნქციის მწვავე</p>



ინტენსიური
მკურნალობა/მოვლა
პაციენტებისთვის,
რომლებსაც
აღენიშნებათ:

1. ერთი
სასიცოცხლო
ფუნქციის მწვავე
უკმარისობა (გარდა
თირკმლის მწვავე
უკმარისობისა,
რომელიც
საჭიროებს
მხოლოდ
თირკმლის
ჩანაცვლებით
თერაპიას) და
საჭიროებენ
ფარმაკოლოგიურ
და ერთი
სასიცოცხლო
ფუნქციის
აპარატურულ
მხარდაჭერას
(მართვითი
სუნთქვა)

2. 2 ან მეტი
სასიცოცხლო
ფუნქციის მწვავე
უკმარისობა,
საჭიროებენ 2 ან
მეტი სასიცოცხლო
ფუნქციის
აპარატურულ
მხარდაჭერას (მაგ.,
მართვითი სუნთქვა,
თირკმლის
ჩანაცვლებითი
თერაპია**) და/ან

3. ერთი
სასიცოცხლო
ფუნქციის მწვავე
უკმარისობა,
საჭიროებენ ერთი
სასიცოცხლო
ფუნქციის
აპარატურულ
მხარდაჭერას (მაგ.,
მართვითი სუნთქვა,
თირკმლის
ჩანაცვლებითი
თერაპია**) და
პარენტერალურ
კვებას და/ან

4. ერთი
სასიცოცხლო
ფუნქციის მწვავე
უკმარისობა და
ნოზოკომიური
ინფექცია,
საჭიროებენ ერთი
სასიცოცხლო
ფუნქციის
აპარატურულ
მხარდაჭერას (მაგ.,
მართვითი სუნთქვა,
თირკმლის
ჩანაცვლებითი
თერაპია**)

კრიტიკული მდგომარეობები –

2

II-III დონის ინტენსიური
მკურნალობა/მოვლა



3	თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპია	თირკმლის მწვავე უკმარისობის დროს, უშუალოდ დიალიზის ერთი სეანსის ღირებულება
4	სისხლი და სისხლის კომპონენტები	სისხლისა და სისხლის კომპონენტების გადასხმის ერთი ტრანსფუზიის სრული ღირებულება

**** უშუალოდ დიალიზის სეანსის ღირებულება არ არის გათვალისწინებული (იხ.: №3 პუნქტი) – ამ დადგენილებით გათვალისწინებული ისეთი მომსახურების შემთხვევაში, რომელიც არ ფინანსდება DRG მეთოდით.**

სტაციონარში ხანგრძლივი დაყოვნების/ქრონიკული მოვლის ტარიფები (ლარი)	
	დაყოვნება >60 ს/დ
I დონე	90
II-III დონე	140
თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპია (1 სეანსი)	120
სისხლისა და სისხლის კომპონენტების გადასხმა (ერთი ტრანსფუზია)	80.

ნეონატალური ასაკის (ნეონატალურ ასაკში დაწყებული) ინტენსიური მოვლის/მკურნალობის ტარიფები (ლარი)				
დონე	დაყოვნება ≤ 14 ს/დ	დაყოვნება > 14ს/დ ≤ 21ს/დ	დაყოვნება > 21ს/დ ≤ 45ს/დ	დაყოვნება >45ს/დ
I	200	150	140	80
II-III	420	350	250	150
	თირკმლის ჩანაცვლებითი თერაპია (1 სეანსი)	120		
	სისხლისა და სისხლის კომპონენტების გადასხმა (ერთი ტრანსფუზია)	80;		



ბ) კომპუსტიოლოგია:

	დასახელება	დაზუსტება	ჩარევის დასახელება	ტარიფი (ლარი)
	თერმული, ქიმიური და ელექტროკონტაქტური დაზიანება (დამწვრობა, მოყინვა) – დაზიანების ხარისხის, ფართობის, ლოკალიზაციისა და პაციენტის ასაკის მიხედვით	კრიტიკული მდგომარეობა/ გადაუდებელი ქირურგია	კრიტიკული მდგომარეობის მართვა/შეხვევა, ნეკროზული ქსოვილის ამოკვეთა, აუტოდერმოპლასტიკა, ნეკრექტომია, ნეკროტომია, ამპუტაცია	
1	თერმული, ქიმიური და ელექტროკონტაქტური დაზიანება (კრიტიკული) ინტენსიური თერაპიის საწოლ-დღე			750
2	თერმული, ქიმიური და ელექტროკონტაქტური დაზიანება (საწოლ-დღე) ქირურგია/კონსერვატიული მკურნალობა			320
3	ნეკრექტომია უნარკოზოდ			100
4	ნეკრექტომია ნარკოზით			500
5	აუტოტრანსპლანტაცია: კანის ტრანსპლანტაცია (1-5%-მდე ფართზე)			450
6	აუტოტრანსპლანტაცია: კანის ტრანსპლანტაცია 1-5%-მდე. ნარკოზით			650
7	აუტოტრანსპლანტაცია: კანის ტრანსპლანტაცია 6-9%-მდე. ნარკოზით			1000
8	აუტოტრანსპლანტაცია: 10-20%-მდე ფართზე; ნარკოზით			1200
9	ოპერაციები სახეზე, მტევანზე, ნარკოზით			1200
10	აუტოჰომოდერმოტრანსპლანტაცია. ამპუტაცია, ეგზარტიკულაცია, ტრეპანაცია ნარკოზით			1800
11	ნაადრევი ნეკრექტომია თანამედროვე მეთოდებით წარმოებული 1 ხელის მტევანზე ან ტერფზე, 1-5%-მდე ფართზე			2000
12	ნაადრევი ნეკრექტომია თანამედროვე მეთოდებით წარმოებული 2 ხელის მტევანზე ან ტერფზე, 5-10%-მდე ფართზე			4000
13	ნაადრევი ნეკრექტომია თანამედროვე მეთოდებით წარმოებული 0-1%-მდე ფართზე			1000
14	კანის გადანერგვა ასოზე			1200
15	მთლიანი კანის გადანერგვა სახსრის არეში			1400
16	ღრმა დეფექტის აღდგენა სისხლმარღვოვან მკვებაზე ფეხზე ქსოვილების გადანაცვლებით			2500
17	ნეკროზული უბნების მოცილება მთელი სისქის კანის გადანერგვით 0-1%-მდე ფართზე			1800
18	პირველადი ქირურგიული ღრმა ნეკრექტომია ზოგადი ანესთეზიით			1600.“;

ლ) №1.3 დანართის („სამედიცინო მომსახურების პირობები ამ დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლებებისათვის“):

ლ.ა) პირველი პუნქტის:



ლ.ა.ა) „გ.ა“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„გ.ა) გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება:

გ.ა.ა) №1.2 დანართში მითითებული კრიტიკული მდგომარეობები (II-III დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლა) და კომბუსტიოლოგია;

გ.ა.ბ) გადაუდებელი მდგომარეობები, მათ შორის, ინფექციურ დაავადებებსა და ინკურაბელური პაციენტების პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია, გართულებულ ორსულობასთან, მშობიარობასა და ლოგინობის ხანასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია;“;

ლ.ა.ბ) „გ.გ“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„გ.გ) ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა და დიაგნოსტიკა (მათ შორის, დღის სტაციონარი), კერძოდ, ჰორმონოთერაპია, ქიმიოთერაპია და სხივური თერაპია, ასევე მინისტრის შესაბამისი ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით განსაზღვრული ნუსხის შესაბამისად, საქართველოში რეგისტრირებული სიმსივნის საწინააღმდეგო მედიკამენტებით (მონოკლონური ანტისხეულები, პროტეინკინაზის ინჰიბიტორები, ბისფოსფონატები) მკურნალობა და ზემოაღნიშნულ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევები და მედიკამენტები (გარდა ჯანდაცვის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებული ონკოპემატოლოგიური მომსახურებისა): წლიური ლიმიტი – 25 000 ლარი – ანაზღაურდება სრულად, მოსარგებლის მხრიდან თანაგადახდის გარეშე;“;

ლ.ა.გ) „გ.დ“ ქვეპუნქტი ამოღებულ იქნეს;

ლ.ბ) მე-2 პუნქტის:

ლ.ბ.ა) „გ.ა“ და „გ.ა¹“ ქვეპუნქტები ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„გ.ა) გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება:

გ.ა.ა) №1.2 დანართში მითითებული კრიტიკული მდგომარეობები (II-III დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლა) და კომბუსტიოლოგია;

გ.ა.ბ) გადაუდებელი მდგომარეობები, მათ შორის, ინფექციურ დაავადებებსა და ინკურაბელური პაციენტების პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია, გართულებულ ორსულობასთან, მშობიარობასა და ლოგინობის ხანასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია;

გ.ა¹) ამ პუნქტის „გ.ა“ ქვეპუნქტის:

გ.ა¹.ა) „გ.ა.ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან;

გ.ა¹.ბ) „გ.ა.ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურება ითვალისწინებს ასანაზღაურებელი თანხის 20%-ის თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან, გარდა ამ დადგენილების №1 დანართის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ.ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლებისა (საპენსიო ასაკის პირები), რომელთათვისაც თანაგადახდა შეადგენს 10%-ს. თანაგადახდას არ ითვალისწინებს ნეონატალური ასაკი და ამ ასაკში დაწყებული შემთხვევები, ასევე ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის მოსარგებლებისა და შშმ ბავშვებისათვის, ასევე თანაგადახდას არ ექვემდებარება საპენსიო ასაკის ვეტერანისთვის ან მკვეთრად გამოხატული შშმ ვეტერანისთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურება;“;

ლ.ბ.ბ) „გ.გ“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„გ.გ) ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა და დიაგნოსტიკა (მათ შორის, დღის სტაციონარი),



კერძოდ, ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია და სხივური თერაპია, ასევე, მინისტრის შესაბამისი ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით განსაზღვრული ნუსხის შესაბამისად, საქართველოში რეგისტრირებული სიმსივნის საწინააღმდეგო მედიკამენტებით (მონოკლონური ანტისხეულები, პროტეინკინაზის ინჰიბიტორები, ბისფოსფონატები) მკურნალობა და ზემოაღნიშნულ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევები და მედიკამენტები (გარდა ჯანდაცვის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებული ონკოპემატოლოგიური მომსახურებისა) – წლიური ლიმიტი – 25 000 ლარი – ანაზღაურდება სრულად, მოსარგებლის მხრიდან თანაგადახდის გარეშე;

ლ.ბ.გ) „გ.დ“ ქვეპუნქტი ამოღებულ იქნეს;

მ) №1.4 დანართის („სამედიცინო მომსახურების პირობები ამ დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის მე-3 პუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისათვის“) პირველი პუნქტის:

მ.ა) „ბ.ა“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ბ.ა) გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება:

ბ.ა.ა) №1.2 დანართში მითითებული კრიტიკული მდგომარეობები (II-III დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლა) და კომპუსტიოლოგია;

ბ.ა.ბ) გადაუდებელი მდგომარეობები;“;

მ.ბ) „ბ.გ“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ბ.გ) ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა (მათ შორის, დღის სტაციონარი), კერძოდ, ჰორმონოთერაპია, ქიმიოთერაპია და სხივური თერაპია, ასევე, მინისტრის შესაბამისი ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტით განსაზღვრული ნუსხის შესაბამისად, საქართველოში რეგისტრირებული სიმსივნის საწინააღმდეგო მედიკამენტებით (მონოკლონური ანტისხეულები, პროტეინკინაზის ინჰიბიტორები, ბისფოსფონატები) მკურნალობა და ზემოაღნიშნულ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევები და მედიკამენტები (გარდა ჯანდაცვის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებული ონკოპემატოლოგიური მომსახურებისა): წლიური ლიმიტი – 25 000 ლარი – ანაზღაურდება სრულად, მოსარგებლის მხრიდან თანაგადახდის გარეშე;“;

მ.გ) „ბ.დ“ ქვეპუნქტი ამოღებულ იქნეს;

ნ) №1.5 დანართის („სამედიცინო მომსახურების პირობები ამ დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის 3¹ და 3² პუნქტებით განსაზღვრული მოსარგებლეებისათვის“) პირველი პუნქტის „ა“ და „ბ“ ქვეპუნქტები ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ა) მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება ანაზღაურდება DRG-ის ღირებულების 70%-ის ოდენობით. ამასთან, დანართი №1-ის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისათვის მომსახურება ფინანსდება DRG-ის ღირებულების 80%-ის ოდენობით, ხოლო დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისათვის მიწოდებული მომსახურება არ ექვემდებარება თანაგადახდას;

ბ) მელოგინეთა სეფსისის მკურნალობა – ანაზღაურდება სრულად, DRG-ის შესაბამისად;“;

ო) №1.7 დანართის („ინფექციური დაავადებების მართვა“):

ო.ა) პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ა) ინფექციური დაავადებების (მათ შორის, სეფსისი, პარაზიტოლოგია) სტაციონარულ მკურნალობას;“;

ო.ბ) მე-2 პუნქტი ამოღებულ იქნეს;



ო.გ) მე-3 პუნქტის „ა“ და „ბ“ ქვეპუნქტები ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ა) „ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურება ითვალისწინებს ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ის თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან. ამასთან:

ა.ა) თანაგადახდას არ ითვალისწინებს ამავე დადგენილებით დამტკიცებული №1 დანართის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლებისათვის გაწეული სამედიცინო მომსახურება, ასევე – „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლებიდან ნეონატალური ასაკი და ამ ასაკში დაწყებული შემთხვევები და ასაკით პენსიონერი ვეტერანისა და მკვეთრად გამოხატული შშმ ვეტერანისთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურება;

ა.ბ) ამ დადგენილებით დამტკიცებული №1 დანართის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლებისათვის (გარდა საპენსიო ასაკის პირებისა) თანაგადახდა შეადგენს 20%-ს, ხოლო საპენსიო ასაკის პირებისთვის (ქალები – 60 წლიდან, მამაკაცები – 65 წლიდან) მოსარგებლის მხრიდან თანაგადახდა შეადგენს 10%-ს;

ბ) „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული კრიტიკული მდგომარეობები (II-III დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლა) მომსახურება არ ითვალისწინებს თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან და ფინანსდება დანართ №1.1-ში, დანართ №1.3-სა და დანართ №1.4-ში მითითებული ლიმიტების შესაბამისად;“;

პ) №1.7.1 დანართი („პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება და შემთხვევის ღირებულებები“) ამოღებულ იქნეს;

ჟ) №1.8 დანართის („პროგრამით გათვალისწინებული კარდიოქირურგია/ინტერვენციული კარდიოლოგია/რიტმოლოგიის მომსახურება და შემთხვევის ღირებულებები“) პირველი პუნქტი ამოღებულ იქნეს.

მუხლი 2

დადგენილება ამოქმედდეს 2022 წლის 1 ნოემბრიდან.

პრემიერ-მინისტრი

ირაკლი ღარიბაშვილი

