

საქართველოს მთავრობის

დადგენილება №396

2013 წლის 31 დეკემბერი

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 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 შემდეგი ცვლილება:

1. დადგენილების:

ა) პირველი მუხლი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„მუხლი 1. „საქართველოს მთავრობის სტრუქტურის, უფლებამოსილებისა და საქმიანობის წესის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-5 მუხლის „ო“ ქვეპუნქტის, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ საქართველოს კანონის მე-19 მუხლისა და „სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ“ საქართველოს კანონის პირველი მუხლის 3¹ პუნქტის „კ“ ქვეპუნქტის გათვალისწინებით, დამტკიცდეს თანდართული „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა“;

ბ) მე-2 მუხლი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„მუხლი 2. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ამოქმედების ვადად განისაზღვროს 2013 წლის 28 თებერვალი.“;

გ) 2¹ მუხლი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„მუხლი 2¹

საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებით დამტკიცებული „სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების“ მე-5 მუხლის მე-7, მე-8 და 8¹ პუნქტებით, მე-12 ან მე-13 მუხლებით ან/და საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებით დამტკიცებული „ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში 0-5 წლის (ჩათვლით) ბავშვების, საპენსიო ასაკის მოსახლეობის, სტუდენტების, შშმ ბავშვების და მკვეთრად გამოხატული შშმპ ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებები და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების“ მე-5 მუხლის მე-4, მე-5 და 5¹ პუნქტებით, მე-12 ან მე-13 მუხლებით განსაზღვრული გარემოებების დადგომისას, როდესაც ადგილი აქვს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების შეუფერხებელი მიწოდებისა და დაფინანსების გაგრძელებას, იმავე დადგენილებებით განსაზღვრული მოსარგებლების მოცვა განხორციელდეს „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს მათთვის ზემოთ მოყვანილი დადგენილებებით განსაზღვრული სადაზღვევო ვაუჩერის შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიწოდება.“;

დ) მე-5 მუხლი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„მუხლი 5. ამ დადგენილებით გათვალისწინებული ღონისძიებები დაფინანსდეს შესაბამისი წლის



სახელმწიფო ბიუჯეტით გათვალისწინებული მიზნობრივი სახსრებიდან.“.

2. დადგენილებით დამტკიცებული დანართი №1-ის (2013 წლის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა):

ა) სათაური ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით :

„საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა“;

ბ) პირველი მუხლი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„მუხლი 1. პროგრამის მიზანი

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის (შემდგომში – პროგრამა) მიზანია:

ა) ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე საქართველოს მოსახლეობისათვის შექმნას ფინანსური უზრუნველყოფა სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის, კერძოდ:

ა.ა) პირველადი ჯანდაცვის მომსახურებაზე მოსახლეობის გეოგრაფიული და ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდა;

ა.ბ) ამბულატორიული მომსახურების მოხმარების გაზრდა ძვირადღირებული და მაღალტექნოლოგიური ჰოსპიტალური მომსახურების მოხმარების რაციონალიზაციის მიზნით;

ა.გ) მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება გადაუდებელ და გეგმიურ სტაციონარულ და ამბულატორიულ მომსახურებაზე ფინანსური ხელმისაწვდომობის გაზრდის გზით.

ბ) ამ დადგენილების 2¹ მუხლის შესაბამისად, საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 ან/და 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებებით განსაზღვრული შესაბამისი მოსარგებლებებისათვის შექმნას ფინანსური უზრუნველყოფა იმავე დადგენილებებით განსაზღვრული სადაზღვევო ვაუჩერის შესაბამის სამედიცინო მომსახურებებზე;

გ) ჯანმრთელობის დაზღვევის არმქონე ვეტერანებისთვის შექმნას ფინანსური უზრუნველყოფა ამ დადგენილებით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობისათვის.“;

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

„გ) 2013 წლის 1 ივლისის მდგომარეობით კერძო სადაზღვევო სქემებში ჩართული პირებისა. იმ შემთხვევაში, თუ ამა თუ იმ მიზეზით შეწყდა სადაზღვევო კონტრაქტის მოქმედება, ასეთი პირები უფლებამოსილი იქნებიან მიიღონ ამ დადგენილების დანართი №1.1-ის პირველი პუნქტის „ა.ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურება, ასევე „ა.დ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული სისხლის საერთო ანალიზი და შარდის საერთო ანალიზი, „ბ.დ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურება (2014 წლის 1 იანვრიდან) და დანართი №1.2-ით გათვალისწინებული გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება;“;

დ) მე-15 მუხლის მე-7 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„7. სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებად ამ სახელმწიფო პროგრამაში განხილული უნდა იქნეს მხოლოდ ის შემთხვევები, რომლებიც საჭიროებენ პაციენტის სტაციონარში 24 საათზე მეტი დროით მოთავსებას (გარდა თვალისა და თვალის დანამატების ტრავმების დროს გასაწევი გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებისა). შესაბამისად, სტაციონარში მკურნალობის 24 სთ-ზე ნაკლები დროით დაყოვნება (გარდა კრიტიკული მდგომარეობების მართვის, ლეტალური გამოსავლის შემთხვევების და თვალისა და თვალის დანამატების ტრავმებისა) პროგრამის მიზნებიდან გამომდინარე არ განიხილება სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების შემთხვევად.“;

ე) 21-ე მუხლის მე-2 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„2. პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების აღნიშნული პირობები ექვემდებარება გადახედვას.“;

ვ) 22-ე მუხლის:



ვ.ა) მე-2 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„2. 21-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ა“ და „გ“ ქვეპუნქტებით განსაზღვრული გეგმური ამბულატორიული მომსახურებისათვის პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებების დაფინანსება ხორციელდება კაპიტაციური მეთოდით (გარდა „სოფლის ექიმის“ ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მონაწილე მიმწოდებლებისთვის ამ უკანასკნელი პროგრამის ფარგლებში განსაზღვრული მომსახურების მოცულობის მიწოდებისთვის), რომლის დროსაც ერთი მოსარგებლის მომსახურების ფიქსირებული ღირებულება შეადგენს თვეში:

ა) დანართი №1.1-ის პირველი პუნქტის „ა.ა“ ქვეპუნქტით და დანართი №1.3-ის პირველი პუნქტის „ბ.ა“ და „ბ.ვ“ ქვეპუნქტებით, დანართი №1.3-ის მე-2 პუნქტის „ბ.ა“ და „ბ.ვ“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებული მომსახურებისათვის 0,86 ლარს;

ბ) დანართი №1.1-ის პირველი პუნქტის „ა.ბ“, „ა.გ“ და „ა.ე“ ქვეპუნქტებით და დანართი №1.3-ის პირველი პუნქტის „ბ.ბ“, „ბ.გ“, „ბ.დ“ და „ბ.ე“ ქვეპუნქტებით, დანართი №1.3-ის მე-2 პუნქტის „ბ.ბ“, „ბ.გ“, „ბ.დ“ და „ბ.ე“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებული მომსახურებისათვის 1,07 ლარს (მათ შორის, დანართი №1.1-ის პირველი პუნქტის „ა.დ“ ქვეპუნქტში მითითებული სისხლის საერთო ანალიზის და შარდის საერთო ანალიზისათვის - 0,25 ლარი);

გ) დანართი №1.4-ის პირველი პუნქტის „ა.ა“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული მომსახურებისათვის 0,86 ლარს;

დ) დანართი №1.4-ის პირველი პუნქტის „ა.ბ“, „ა.გ“ და „ა.ე“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებული მომსახურებისათვის 1,29 ლარს (მათ შორის, დანართი №1.4-ის პირველი პუნქტის „ა.დ“ ქვეპუნქტში მითითებული სისხლის საერთო ანალიზის და შარდის საერთო ანალიზისათვის - 0,25 ლარი).“;

ვ.ბ) მე-3 და მე-4 პუნქტები ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„3. 21-ე მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული ამბულატორიული მომსახურებისათვის მიმწოდებელი დაწესებულებისთვის ასანაზღაურებელი თანხის მოცულობა განისაზღვრება საანგარიშგებო თვის ბოლო რიცხვის მდგომარეობით დარეგისტრირებული მოსარგებლეების შესაბამისად, ამასთან, მიმწოდებელი ვალდებულია ბენეფიციარს მიაწოდოს პროგრამით განსაზღვრული მომსახურება მოსარგებლედ რეგისტრაციის თარიღიდან.

4. 21-ე მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული გეგმური და გადაუდებელი სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი ვალდებულია განაცხადის თანახმად (წერილობითი დასტური პროგრამაში მონაწილეობის შესახებ), განმახორციელებელთან წარმოადგინოს დანართი №1.1-ით, დანართი №1.2-ით, დანართი №1.3-ით და დანართი №1.4-ით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების შესაბამისი ღირებულებები ელექტრონული ფორმატით, სამედიცინო დაწესებულებების საინფორმაციო პორტალზე, ხოლო შემდგომ - დოკუმენტური ფორმით. ამასთან, ეს ღირებულებები არ უნდა აღემატებოდეს საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებითა და საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებით განსაზღვრული მოსარგებლეებისათვის გაწეული შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების და/ან შესაბამის ხელშეკრულებებში ბოლო 1 წლის განმავლობაში დაფიქსირებულ ისტორიულ მინიმალურ ღირებულებას (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), მაქსიმუმ 10 პროცენტის განაღდებას გადახრით.“;

ვ.გ) მე-6, მე-7 და მე-8 პუნქტები ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„6. 21-ე მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული გადაუდებელი და გეგმური სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელს უფლება აქვს მოახდინოს განმახორციელებელთან წარმოდგენილი დანართი №1.1-ით, №1.2-ით, №1.3-ით და დანართი №1.4-ით განსაზღვრული მომსახურების ღირებულების კორექტირება ამავე მუხლის მე-4 პუნქტში მითითებული კრიტერიუმების დაცვით, განმახორციელებლის მიერ განსაზღვრული წესით. ამასთან, თუ ადგილი აქვს ღირებულების მატებას, აღნიშნული განხორციელება მხოლოდ მიმწოდებლის მიერ წარმოდგენილ არგუმენტებზე განმახორციელებლის მიერ წერილობითი დასტურის შემთხვევაში.

7. 21-ე მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული გაწეული გადაუდებელი სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურების ღირებულებას განმახორციელებელი ანაზღაურებს ფაქტიური ხარჯის მიხედვით, მაგრამ არაუმეტეს ამავე მუხლის მე-4 პუნქტის მიხედვით განსაზღვრული ღირებულებისა.



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

ა) დადგენილებით განსაზღვრული მომსახურების ყოველი ერთეულისათვის მიმწოდებლების მიერ წარმოდგენილი 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.“;

ვ.დ) მე-9 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„9. დანართი №1.1-ით, №1.2-ით, №1.3-ით და №1.4-ით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურებებისათვის წარმოდგენილი ღირებულებების ამავე მუხლის მე-4 პუნქტით განსაზღვრულ კრიტერიუმებთან შესაბამისობაზე პასუხისმგებლობა ეკისრება თავად მიმწოდებელს. იმ შემთხვევაში, თუ მიმწოდებლის მიერ წარმოდგენილი ფასები არ შეესაბამება ამავე მუხლის მე-4 პუნქტით განსაზღვრულ კრიტერიუმებს, რაც, თავის მხრივ, გამოიწვევს საბიუჯეტო სახსრების არამიზნობრივ ხარჯვას, მიღებული იქნება საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებული ზომები.“;

ვ.ე) მე-13 პუნქტი ამოღებულ იქნეს;

ვ.ვ) მე-14 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„14. ამ პროგრამის 21-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ და „გ“ ქვეპუნქტებით განსაზღვრულ სამედიცინო მომსახურებებზე გავრცელდეს იგივე ზოგადი პირობები, რაც ამ პროგრამის 21-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურებებისათვის, თუ თავად ამ დადგენილებით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული.“;

ზ) 23-ე მუხლის:

ზ.ა) პირველი, მე-2 და მე-3 პუნქტები ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„1. 21-ე მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებისათვის არამატერიალიზებული სამედიცინო ვაუჩერის მოსარგებლედ ითვლება პირი, რომელიც რეგისტრირებულია შესაბამის მიმწოდებელთან.

2. 21-ე მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებისათვის არამატერიალიზებული სამედიცინო ვაუჩერის მოსარგებლეს პროგრამით განსაზღვრული მომსახურების მისაღებად საჭირო რეგისტრაციისათვის აქვს თავისუფალი არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობა პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებებს შორის იმ პირობით, რომ მოსარგებლეს სამედიცინო დაწესებულების შეცვლა შეუძლია ყოველ ორ თვეში ერთხელ.

3. 21-ე მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებისათვის პროგრამაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულებებმა უნდა განახორციელონ პროგრამის მოსარგებლეთა რეგისტრაცია და პროგრამის განმახორციელებელთან ინფორმაციის წარდგენა პროგრამით განსაზღვრული პერიოდის დაწყების მომდევნო თვის ბოლო რიცხვამდე და შემდეგ ყოველთვიურად ამავე მუხლის მე-5 პუნქტის შესაბამისად.“;

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

„5. 21-ე მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებისათვის სამედიცინო ვაუჩერის მოსარგებლეთა მონაცემთა ბაზის ფორმირება/განახლება ხორციელდება მომსახურების მიმწოდებლის მიერ სამინისტროს ვებგვერდზე, ჯანმრთელობის დაცვის ერთიან საინფორმაციო სისტემაში



განთავსებულ „ბენეფიციართა რეგისტრაციის მოდულში“ სამოქალაქო რეესტრის მონაცემებზე დაყრდნობით.“;

ზ.გ) მე-11, მე-12 და მე-13 პუნქტები ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„11. 21-ე მუხლის პირველი პუნქტით გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების მიმწოდებელი ვალდებულია აწარმოოს მიმაგრებული კონტინგენტის აღრიცხვა (მათ შორის, ასაცრელი კონტინგენტი) და რუტინული ვაქცინაციის მიმდინარეობის და განმახორციელებლის მიერ დადგენილი სხვა სტატისტიკური მაჩვენებლების შესახებ ინფორმაცია დადგენილი ფორმისა და წესის შესაბამისად მიაწოდოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის რეგიონალურ/რაიონულ ცენტრებს.

12. 21-ე მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების ზედამხედველობა ხორციელდება გეგმურ ამბულატორიულ შემთხვევათა ზედამხედველობის წესის შესაბამისად.

13. 21-ე მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული გადაუდებელი სტაციონარული და ამბულატორიული მომსახურების ზედამხედველობა ხორციელდება გადაუდებელ სამედიცინო შემთხვევათა ზედამხედველობის წესის შესაბამისად.“;

ზ.დ) მე-16 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„16. 21-ე მუხლით განსაზღვრული გეგმური ქირურგიული ოპერაციების ხარჯები ანაზღაურდება განმახორციელებლის მიერ შერჩეულ შესაბამისად უფლებამოსილ სამედიცინო დაწესებულებებში. განმახორციელებელი ვალდებულია მოსარგებლეს შესთავაზოს გარკვეული ალტერნატივები, შესაძლებლობის ფარგლებში, კონკრეტული შემთხვევიდან გამომდინარე. ამასთან, დანართი №1.3-ის პირველი პუნქტის „გ.ბ“ და „გ.გ“ ქვეპუნქტებით განსაზღვრული მომსახურების თანაგადახდის გარეშე მისაღებად დაწესებულების შერჩევა მოხდება პროგრამის 22-ე მუხლის მე-8 პუნქტით განსაზღვრულ სატარიფო არეალში მოხვედრილ დაწესებულებებს შორის. იმ შემთხვევაში, თუ სატარიფო არეალში მოხვედრილი დაწესებულებები არ აკმაყოფილებენ გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის პრინციპს, მიმწოდებლის შერჩევა მოხდება სატარიფო არეალთან ყველაზე ახლოს მდგომი ღირებულების მქონე სამედიცინო დაწესებულებაში, გეოგრაფიული პრინციპის დაცვით.“;

ზ.ე) 22-ე პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„22. ამ პროგრამის 21-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ბ“ და „გ“ ქვეპუნქტებით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების დამატებითი პირობები იგივეა, რაც 21-ე მუხლის პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურებისათვის, თუ თავად ამ დადგენილებით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული.“;

თ) 22-ე მუხლს დაემატოს 25-ე-29-ე პუნქტები შემდეგი რედაქციით:

„25. იმ შემთხვევაში, თუ ამ დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტით განსაზღვრული საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებით განსაზღვრულ კატეგორიას შეეცვალა სტატუსი და აღარ განეკუთვნება ამ უკანასკნელი დადგენილებით განსაზღვრულ კატეგორიას, მაშინ მას ამ დადგენილების დანართი №1.3-ის პირველი პუნქტით განსაზღვრული პირობები უნარჩუნდება სადაზღვევო პერიოდის ბოლომდე, მაგრამ არაუგვიანეს საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებით დამტკიცებული ვაუჩერის პირობების მე-13 მუხლით განსაზღვრული გარემოებების დადგომის თარიღისა და შემდეგ ხდება ამ დადგენილების დანართი №1.1-ით, დანართი №1.3-ის მე-2 პუნქტით ან დანართი №1.4-ით განსაზღვრული პირობების ან საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილების მოსარგებლე, ხოლო იმ შემთხვევაში, თუ ამ დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული ან დანართი №1-ის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტით განსაზღვრული 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებებით განსაზღვრულ პირს მიენიჭება ამ დადგენილების 2¹ მუხლის შესაბამისი საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებით განსაზღვრული კატეგორია, მაშინ იგი კატეგორიის მინიჭების შემდეგი თვის პირველი რიცხვიდან ხდება ამ დადგენილების დანართი №1.3-ის პირველი პუნქტით განსაზღვრული პირობების მოსარგებლე.

26. იმ შემთხვევაში, თუ ამ დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული პირი ხდება დანართი №1-ის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტით განსაზღვრული 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებით განსაზღვრული კატეგორია ან ენიჭება დანართი №1-ის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტით განსაზღვრული საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებით განსაზღვრული



პირის სტატუსი, მაშინ იგი ავტომატურად, ჩართვის შესაბამისი კრიტერიუმების დაცვით ხდება ამ დადგენილების დანართი №1.3-ის პირველი ან მე-2 პუნქტით განსაზღვრული პირობების ან საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილების მოსარგებლე.

27. საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილების ბენეფიციარის მიერ აღნიშნული დადგენილების პირობებით სარგებლობაზე უარის თქმის შემთხვევაში იგი კარგავს უფლებას, ისარგებლოს ამ უკანასკნელი დადგენილებით და საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებით განსაზღვრული პროგრამით, ასევე, შესაბამისად საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილების დანართი №1.3-ით განსაზღვრული პირობებით - უარის თქმის მომდევნო თვიდან ერთი კალენდარული წლის განმავლობაში, მაგრამ არა უგვიანეს საქართველოს მთავრობის №218 დადგენილებით დამტკიცებული ვაუჩერის პირობების მე-13 მუხლით განსაზღვრული გარემოებების (პროგრამის შეწყვეტა) დადგომის თარიღისა. ამ ვადის გასვლის შემდეგ, ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობის მიზნით, პირი ვალდებულია განცხადებით მიმართოს სააგენტოს. ამ შემთხვევაში პირი 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილების დანართი №1.3-ის პირველი ან მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული მომსახურებით სარგებლობის უფლებას მოიპოვებს განცხადებით მიმართვის შემდეგი თვის პირველი რიცხვიდან, თუ პირი განეკუთვნება დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტით განსაზღვრულ ბენეფიციართა კატეგორიას.

28. საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილების ბენეფიციარის მიერ აღნიშნული დადგენილების პირობებით სარგებლობაზე უარის თქმის შემთხვევაში იგი კარგავს უფლებას, ისარგებლოს ამ უკანასკნელი დადგენილებით, ასევე, საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილების დანართი №1.3-ის მე-2 პუნქტით განსაზღვრული პირობებით, უარის თქმის მომდევნო თვიდან ერთი კალენდარული წლის განმავლობაში, მაგრამ არა უგვიანეს საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებით დამტკიცებული ვაუჩერის პირობების მე-13 მუხლით განსაზღვრული გარემოებების (პროგრამის შეწყვეტა) დადგომის თარიღისა და იგი ხდება საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილების დანართი №1.1-ით განსაზღვრული პირობების მოსარგებლე. ამ ვადის გასვლის შემდეგ, ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამაში მონაწილეობის მიზნით, პირი ვალდებულია განცხადებით მიმართოს სააგენტოს. ამ შემთხვევაში პირი 2013 წლის 21 თებერვლის №36 დადგენილების დანართი №1.3-ის მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული მომსახურებით სარგებლობის უფლებას მოიპოვებს განცხადებით მიმართვის შემდეგი თვის პირველი რიცხვიდან, თუ პირი განეკუთვნება დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტით განსაზღვრულ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებით განსაზღვრულ ბენეფიციართა კატეგორიას.

29. დაუშვებელია მოსარგებლის სურვილის ან უარის განცხადების შემთხვევაში ამ დადგენილებით დამტკიცებული დანართი №1.1-ით, დანართი №1.3-ის პირველი და მე-2 პუნქტებით და დანართი №1.4-ით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურებების პირობების შეცვლა.“;

ი) 24-ე მუხლი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„მუხლი 24. პროგრამის ბიუჯეტი

პროგრამის ბიუჯეტი განისაზღვრება დადგენილების მე-5 მუხლის მიხედვით საქართველოს შესაბამისი წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის შესახებ საქართველოს კანონით მოსახლეობის „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამისათვის“ გათვალისწინებული ასიგნების შესაბამისად.“.

3. დადგენილების დანართი №1.2-ის (გადაუდებელი ამბულატორიული და სტაციონარული მომსახურების პირობები) მე-2 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტის 9.5. პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„9.5.	K40.9	ცალმხრივი ან დაუზუსტებელი საზარდულის თიაქარი გაუვალობის ან განგრენის გარეშე	JASB JASL30 JASW96	საზარდულის თიაქრის აღდგენითი ოპერაციები; ომენტექტომია (ბადექონის ამოკვეთა); სხვა ოპერაციები მუცლის კედელზე, ჯორჯალზე, პერიტონეუმზე და ბადექონზე	ბადექონის ნეკროზის გამო ჩაჭედვის შემთხვევაში.“.
-------	-------	---	--------------------------	---	---

4. დადგენილების დანართი №1.3-ის (სამედიცინო მომსახურების პირობები ამ დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისათვის):



ა) პირველი პუნქტის:

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

„ბ) ამბულატორიული მომსახურება (გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პირველადად ოჯახის ან სოფლის, ან უბნის ექიმთან მიმართვის საფუძველზე), (სოფლის ექიმის/ექთნის მომსახურება განხორციელდება ჯანდაცვის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში):

ბ.ა) ოჯახის ან სოფლის, ან უბნის ექიმის და ექთნის მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება, მათ შორის, პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული ვაქცინაციით უზრუნველყოფა (მხოლოდ აცრა-ვიზიტი), ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და რისკ-ფაქტორების შეფასება, პრევენციული ღონისძიებები, დაავადებათა დიაგნოსტიკა და მართვა, პალიატიური მზრუნველობა, ასევე საჭიროების შემთხვევაში, მომსახურება ბინაზე (კომპეტენციის ფარგლებში);

ბ.ბ) ექიმ-სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმის დანიშნულებით;

ბ.გ) ექიმის დანიშნულებით ამბულატორიულ დონეზე ნებისმიერი სახის ინსტრუმენტული გამოკვლევები: ელექტროკარდიოგრაფიული, ექოსკოპიური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები (რენტგენოსკოპია, რენტგენოგრაფია, მამოგრაფია);

ბ.დ) ექიმის დანიშნულებით ამბულატორიულ დონეზე კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები: სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, კრეატინინი, ჰემოგლობინი, განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე, ორსულობის ტესტი;

ბ.ე) შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა (შშმპ) სოციალური ექსპერტიზისათვის, კერძოდ, შშმპ-ის სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა (კომპიუტერული ტომოგრაფია და ბირთვულ-მაგნიტურ-რეზონანსული გამოკვლევები);

ბ.ვ) ამბულატორიულ დონეზე ყველა სახის სამედიცინო ცნობების, დასკვნებისა და რეცეპტების გაცემა (მათ შორის, ინკურაბელური პაციენტებისათვის ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების რეცეპტების გაცემა), გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული ფორმა №IV-100/ა, სსიპ – საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს მომსახურების სააგენტოში ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შენახვის/ტარების უფლების მისაღებად წარსადგენი ცნობებისა;

ბ.ზ) გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება (მათ შორის, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში შესყიდული სპეციფიკური შრატებითა და ვაქცინებით მომსახურების უზრუნველყოფა).“.

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

„გ.გ) ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა და დიაგნოსტიკა, კერძოდ, ჰორმონოთერაპია, ქიმიოთერაპია და სხივური თერაპია, აგრეთვე ამ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევები და მედიკამენტები (გარდა ჯანდაცვის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებული ონკოპედატოლოგიური მომსახურებისა): წლიური ლიმიტი – 12 000 ლარი;“.

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

„ბ) ამბულატორიული მომსახურება (გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პირველადად ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმთან მიმართვის საფუძველზე), (სოფლის ექიმის/ექთნის მომსახურება განხორციელდება ჯანდაცვის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში):

ბ.ა) ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმის და ექთნის მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება, მათ შორის, პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული ვაქცინაციით უზრუნველყოფა (მხოლოდ აცრა-ვიზიტი), ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და რისკ-ფაქტორების შეფასება, პრევენციული ღონისძიებები, დაავადებათა დიაგნოსტიკა და მართვა, პალიატიური მზრუნველობა, ასევე, საჭიროების შემთხვევაში, მომსახურება ბინაზე (კომპეტენციის ფარგლებში);

ბ.ბ) ექიმ-სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმის დანიშნულებით;



ბ.გ) ექიმის დანიშნულებით ამბულატორიულ დონეზე ნებისმიერი სახის ინსტრუმენტული გამოკვლევები: ელექტროკარდიოგრაფიული, ექოსკოპიური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები (რენტგენოსკოპია, რენტგენოგრაფია, მამოგრაფია და კომპიუტერული ტომოგრაფია) – კომპიუტერული ტომოგრაფია ითვალისწინებს ასანაზღაურებელი თანხის 20%-ის თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან, გარდა საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილების ვაჭერის პირობების მე-2 მუხლის მე-3 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლებისა (საპენსიო ასაკის პირები), რომელთათვისაც თანაგადახდა შეადგენს 10%-ს;

ბ.დ) ექიმის დანიშნულებით ამბულატორიულ დონეზე კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები: სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, კრეატინინი, ჰემოგლობინი, ქოლესტერინი სისხლში, შრატმი ლიპიდების განსაზღვრა, განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე;

ბ.ე) შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა (შშმპ) სოციალური ექსპერტიზისათვის, კერძოდ, შშმპ-ის სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაგნიტურ-ბირთვულ-რეზონანსული გამოკვლევებისა;

ბ.ვ) ამბულატორიულ დონეზე ყველა სახის სამედიცინო ცნობების, დასკვნებისა და რეცეპტების გაცემა (მათ შორის, ინკურაბელური პაციენტებისათვის ტკივილგამაყუჩებელი მედიკამენტების რეცეპტების გაცემა) (გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული ფორმა NIV-100/ა, სსიპ – საქართველოს შინაგან საქმეთა სამინისტროს მომსახურების სააგენტოში ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შენახვის/ტარების უფლების მისაღებად წარსადგენი ცნობებისა);

ბ.ზ) გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება (მათ შორის, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში შესყიდული სპეციფიკური შრატებითა და ვაქცინებით მომსახურების უზრუნველყოფა).“.

5. დადგენილების დანართი №1.4-ის (სამედიცინო მომსახურების პირობები ამ დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის მე-3 პუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლებისათვის) პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„ა) ამბულატორიული მომსახურება (გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პირველადად ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმთან მიმართვის საფუძველზე), (სოფლის ექიმის/ექთნის მომსახურება განხორციელდება ჯანდაცვის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში):

ა.ა) ოჯახის ან უბნის ექიმის და ექთნის მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება, მათ შორის:

ა.ა.ა) პროფილაქტიკური აცრების ეროვნული კალენდრით გათვალისწინებული ვაქცინაციით უზრუნველყოფა (მხოლოდ აკრა-ვიზიტი) და სამიზნე მოსახლეობის ადეკვატური მოცვა;

ა.ა.ბ) ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და რისკ-ფაქტორების შეფასება, პრევენციული ღონისძიებები;

ა.ა.გ) დაავადებათა დიაგნოსტიკა, მართვა და რეფერალი საჭიროების შესაბამისად;

ა.ა.დ) ლაბორატორიული გამოკვლევები ექსპრეს დიაგნოსტიკური მეთოდით: შარდის ანალიზი, გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში;

ა.ა.ე) ფთიზიატრიული, ფსიქიატრიული და ენდოკრინული პაციენტების გამოვლენა და რეფერალი სპეციალიზებულ დაწესებულებაში;

ა.ა.ვ) ინკურაბელური და შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულთა მეთვალყურეობა;

ა.ა.ზ) ამბულატორიულ დონეზე სამედიცინო საჭიროებიდან გამომდინარე სამედიცინო დოკუმენტაციის (მათ შორის, საანგარიშგებო და სტატისტიკური ფორმები) წარმოება, სამედიცინო საჭიროებიდან გამომდინარე, სამედიცინო ცნობებისა და რეცეპტების გაცემა (გარდა სამსახურის დაწყებასთან დაკავშირებული, ავტომობილის მართვის მოწმობისა და იარაღის შეძენის ნებართვის მისაღებად წარსადგენი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობებისა);

ა.ა.თ) სამედიცინო პრაქტიკის წარმოება ქვეყანაში დამტკიცებული გაიდლაინების და პროტოკოლების და/ან აღიარებული საერთაშორისო პრაქტიკის შესაბამისად;



ა.ა.ი) სამედიცინო საჭიროებიდან გამომდინარე, მომსახურება ბინაზე (კომპეტენციის ფარგლებში).

ა.ბ) ქვემოთ ჩამოთვლილი ექიმ-სპეციალისტების მიერ მიწოდებული ამბულატორიული მომსახურება ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმის დანიშნულებით: ენდოკრინოლოგი, ოფთალმოლოგი, კარდიოლოგი, ნევროლოგი, ოტორინოლარინგოლოგი, გინეკოლოგი, უროლოგი - ანაზღაურდება სრულად;

ა.გ) ექიმის დანიშნულებით ამბულატორიულ დონეზე შემდეგი სახის ინსტრუმენტული გამოკვლევები: ელექტროკარდიოგრაფია, მუცლის ღრუს ექოსკოპია (სისტემების მიხედვით, ტრანსსაბდომინალურად) და გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია, ელექტროკარდიოგრაფია, მუცლის ღრუს ექოსკოპია და გულმკერდის რენტგენოსკოპია/რენტგენოგრაფია – ანაზღაურდება სრულად;

ა.დ) ექიმის დანიშნულებით ამბულატორიულ დონეზე კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები: სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, გლუკოზა პერიფერიულ სისხლში, კრეატინინი, ქოლესტერინი სისხლში, შრატში ლიპიდების განსაზღვრა, განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე, პროთრომბინის დრო (INR), ღვიძლის ფუნქციური სინჯები: ALT, AST, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციური სინჯი TSH - ანაზღაურდება სრულად;

ა.ე) შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა (შშმპ) სოციალური ექსპერტიზისათვის, კერძოდ, შშმპ-ის სტატუსის მისანიჭებლად საჭირო გამოკვლევები, გარდა მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევებისა;

ა.ვ) გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება (მათ შორის, ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში შესყიდული სპეციფიკური შრატებითა და ვაქცინებით მომსახურების უზრუნველყოფა) დანართი №1.2-ის შესაბამისად.“.

მუხლი 2

დადგენილება ამოქმედდეს 2014 წლის 1 იანვრიდან.

პრემიერ-მინისტრი

ირაკლი ღარიბაშვილი

