

საქართველოს მთავრობის

დადგენილება №111

2013 წლის 16 მაისი

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. დადგენილებას მე-2 მუხლის შემდეგ დაემატოს 2¹ მუხლი 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 ან მე-12 მუხლით 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 შშმ ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებები და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების“ მე-5 მუხლის მე-4, მე-5 და 5¹ პუნქტებით ან მე-12 მუხლით 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 მოსარგებლეების მოცვა განხორციელდეს „2013 წლის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს მათთვის ზემოთ მოყვანილი დადგენილებებით განსაზღვრული სადაზღვევო ვაუჩერის შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიწოდება.“.

2. დადგენილებით დამტკიცებული პროგრამის (2013 წლის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამა):

ა) პირველი და მე-2 მუხლები ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„მუხლი 1. პროგრამის მიზანი

2013 წლის 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 მკერდადღირებული და მაღალტექნოლოგიური ჰოსპიტალური მომსახურების მოხმარების რაციონალიზაციის მიზნით;

ა.გ) მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება გადაუდებელ 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 მოსარგებლეებისათვის შექმნას ფინანსური უზრუნველყოფა იმავე დადგენილებებით განსაზღვრული სადაზღვევო ვაუჩერის შესაბამის სამედიცინო მომსახურებებზე.

მუხლი 2. პროგრამის მოსარგებლეები

1. ამ დადგენილებით დამტკიცებული ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეები არიან საქართველოს მოქალაქეობის დამადასტურებელი დოკუმენტის, პირადობის ნეიტრალური მოწმობის, ნეიტრალური სამგზავრო დოკუმენტის მქონე პირები და საქართველოში სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირები, გარდა:

ა) „სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებით განსაზღვრული მოსარგებლეებისა;

ბ) „ჯანმრთელობის დაზღვევის სახელმწიფო პროგრამების ფარგლებში 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის ბავშვების, 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალების და 65 წლის და ზემოთ ასაკის მამაკაცების (საპენსიო ასაკის მოსახლეობა), სტუდენტების, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვთა და მკვეთრად გამოხატული შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა ჯანმრთელობის დაზღვევის მიზნით გასატარებელი ღონისძიებებისა და სადაზღვევო ვაუჩერის პირობების განსაზღვრის შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებით განსაზღვრული მოსარგებლეებისა;

გ) 2013 წლის 28 თებერვლის მდგომარეობით კერძო სადაზღვევო სქემებში ჩართული პირებისა;

დ) იმ ბრალდებული/მსჯავრდებული პირებისა, რომლებიც იმყოფებიან პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებაში.

2. ამ დადგენილების 2¹ მუხლის შესაბამისად, დადგენილების მოსარგებლეებად შესაძლოა განისაზღვრონ საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 ან/და 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებებით განსაზღვრული მოსარგებლეები, მათ შორის, რომელთა მზღვეველია შესაბამის სამედიცინო რაიონში გამოვლენილი სადაზღვევო კომპანია. აღნიშნული პუნქტის ფარგლებში ამ დადგენილების მოსარგებლედ განსაზღვრისათვის (ბაზების ფორმირება, პროგრამაში ჩართვისა და გასვლის პირობები) გამოიყენება საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 ან/და 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებების პირობები.“;

ბ) მე-9 მუხლის მე-4 პუნქტს დაემატოს „გ“ ქვეპუნქტი შემდეგი რედაქციით:

„გ) გეგმური სტაციონარული მომსახურება.“;

გ) მე-10 მუხლი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„მუხლი 10. პირის მოსარგებლედ ცნობა/რეგისტრაცია

1. პროგრამის ფარგლებში არამატერიალიზებული ვაუჩერის მეშვეობით განხორციელებული სამედიცინო მომსახურების შემთხვევაში, პირის მოსარგებლედ ცნობა ხდება პირის მიერ პროგრამის ფარგლებში განსაზღვრული მოსარგებლის კრიტერიუმების დაკმაყოფილებისა და მიმწოდებლის მიერ განხორციელებული შეტყობინების დროს ან ანგარიშგების წარდგენის შემთხვევაში, როგორც ეს არის განსაზღვრული პროგრამის ცალკეული კომპონენტის პირობებით.

2. იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო მომსახურების მიწოდება ხორციელდება განმახორციელებლის მიერ გაცემული მატერიალიზებული სამედიცინო ვაუჩერის/თანხმობის წერილის საფუძველზე, პირის მოსარგებლედ ცნობისთვის საჭიროა, ინდივიდმა ან მისმა ნდობით აღჭურვილმა პირმა შესაბამისი პროგრამის/ქვეპროგრამის განმახორციელებელთან წარადგინოს სამედიცინო საჭიროების დამადასტურებელი ცნობა (ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ცნობა – ფორმა NIV-100/ა), პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის (18 წლამდე ასაკის მოქალაქეთა შემთხვევაში, დასაშვებია დაბადების მოწმობა) ასლი, კალკულაცია – საჭიროების შემთხვევაში, და შეავსოს შესაბამისი ფორმის განაცხადი. განაცხადის ფორმას განსაზღვრავს განმახორციელებელი.



3. განმხორციელებელმა უნდა უზრუნველყოს შესაბამისი მატერიალიზებული ვაუჩერის/თანხმობის წერილის გაცემა განაცხადის მიღებიდან არა უმეტეს 15 სამუშაო დღისა ან შემაფერხებელი გარემოებების შესახებ, წერილობით აცნობოს განმცხადებელს.“;

დ) მე-18 მუხლი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„მუხლი 18. გეგმურ სტაციონარულ და ამბულატორიულ შემთხვევათა ზედამხედველობა

1. გეგმურ სტაციონარულ შემთხვევათა ზედამხედველობა შედგება შემდეგი ეტაპებისგან:

ა) პირის მოსარგებლედ ცნობა/რეგისტრაცია;

ბ) შეტყობინება შემთხვევის შესახებ;

გ) შეტყობინების საფუძველზე, შემთხვევის შერჩევითი შემოწმება;

დ) ანგარიშის წარდგენა;

ე) საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ინსპექტირება;

ვ) შესრულებული სამუშაოს ანაზღაურება ან ანაზღაურებაზე უარი;

ზ) გაწეული მომსახურების კონტროლი და ვალდებულებების ინსპექტირება (შემდგომში – რევიზია).

2. გეგმურ ამბულატორიულ შემთხვევათა ზედამხედველობა შედგება შემდეგი ეტაპებისგან:

ა) ანგარიშის წარდგენა;

ბ) საანგარიშგებო დოკუმენტაციის ინსპექტირება;

გ) ანაზღაურება ან ანაზღაურებაზე უარი;

დ) შესრულებული სამუშაოს რევიზია.

3. გეგმური ამბულატორიის შემთხვევაში ანგარიშგებისას მიმწოდებლის მიერ წარდგენილი უნდა იყოს მხოლოდ დადგენილი ფორმის შემთხვევათა რეესტრი და ხარჯის დამადასტურებელი დოკუმენტი, თუ დამატებითი პირობებით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული.“;

ე) 21-ე მუხლი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„მუხლი 21. მომსახურების მოცულობა

პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს:

ა) ამ დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისათვის ამბულატორიულ მომსახურებას დანართი №1.1-ის შესაბამისად;

ბ) ამ დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისათვის გადაუდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ მკურნალობას დანართი №1.2-ის შესაბამისად;

გ) ამ დადგენილების დანართი №1-ის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისათვის სამედიცინო მომსახურებას დანართი №1.3-ის შესაბამისად.“;

ვ) 22-ე მუხლის პირველი პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„1. პროგრამის ფარგლებში მომსახურების დაფინანსება ხორციელდება არამატერიალიზებული ან მატერიალიზებული სამედიცინო ვაუჩერის მეშვეობით.“;

ზ) 22-ე მუხლს დაემატოს მე-12 პუნქტი შემდეგი რედაქციით:



„12. ამ პროგრამის 21-ე მუხლის „გ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული სამედიცინო მომსახურების ღირებულებების განსაზღვრისათვის 2013 წლის 1 ივლისამდე განმახორციელებელი ხელმძღვანელობს შესაბამის სადაზღვევო კომპანიასა და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს შორის არსებული სახელშეკრულებო ურთიერთობებით, რომლებიც მოქმედია საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 და 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებების ფარგლებში. სხვა შემთხვევაში, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი ვალდებულია წარმოადგინოს სამედიცინო მომსახურების ისეთი ღირებულება, რომელიც არ უნდა აღემატებოდეს საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 და 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებების ფარგლებში მოსარგებლებისათვის გაწეული შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების ბოლო ერთი წლის განმავლობაში დაფიქსირებულ ისტორიულ მინიმალურ ღირებულებას, მაქსიმუმ 10%-იანი გადახრით.“;

თ) 23-ე მუხლს დაემატოს მე-14-17 პუნქტები შემდეგი რედაქციით:

„14. 21-ე მუხლის „გ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების მიღების საჭიროების შემთხვევაში მოსარგებლისათვის არ უნდა არსებობდეს რაიმე ბარიერი და შეზღუდვა სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის არჩევისას.

15. 21-ე მუხლის „გ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული გეგმური მომსახურების მიღებისას მოლოდინის პერიოდი არ უნდა აღემატებოდეს: საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებით განსაზღვრული მოსარგებლებისათვის - 6 თვეს, ხოლო საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებით განსაზღვრული მოსარგებლებისათვის - 4 თვეს. თუმცა, მოლოდინის პერიოდის ხანგრძლივობა სამედიცინო ჩვენებით უნდა განისაზღვროს.

16. 21-ე მუხლის „გ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული გეგმური ქირურგიული ოპერაციების ხარჯები ანაზღაურდება მხოლოდ განმახორციელებლის მიერ შერჩეულ შესაბამისად უფლებამოსილ სამედიცინო დაწესებულებებში. განმახორციელებელი ვალდებულია მოსარგებლეს შესთავაზოს გარკვეული ალტერნატივები, შესაძლებლობის ფარგლებში, კონკრეტული შემთხვევიდან გამომდინარე.

17. 21-ე მუხლის „გ“ ქვეპუნქტით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურება მოსარგებლებს მიეწოდებათ სრული მოცულობით სამედიცინო აუცილებლობის პრინციპის გათვალისწინებით, დადგენილებაში მითითებული თანაგადახდის ფარგლებში.“.

მუხლი 2

დადგენილებას დაემატოს დანართი №1.3 თანდართული რედაქციით.

მუხლი 3

დადგენილება ამოქმედდეს 2013 წლის 10 მაისიდან.

პრემიერ-მინისტრი

ბიძინა ივანიშვილი

„დანართი №1.3

სამედიცინო მომსახურების პირობები

1. საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილებით განსაზღვრული მოსარგებლებისათვის პროგრამა ითვალისწინებს ქვემოთ ჩამოთვლილი სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას:

ა) სასწრაფო სამედიცინო მომსახურება და სამედიცინო ტრანსპორტირება:

ა.ა) სასწრაფო დახმარების ბრიგადის მიერ გაწეული მომსახურება და საჭიროების შემთხვევაში – სამედიცინო ჩვენებით პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის უზრუნველყოფა შესაბამისი პროფილის უახლოეს კლინიკაში (აღნიშნული მომსახურება განხორციელდება ჯანდაცვის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში);

ა.ბ) კრიტიკული და გადაუდებელი მდგომარეობების რეფერალური შემთხვევების მართვა, ადგილზე რეფერალური ბრიგადის მიერ გაწეული კონსულტაცია, მდგომარეობის სტაბილიზაცია, გართულებული შემთხვევების სამედიცინო ტრანსპორტირება (სპეციალური აპარატურით აღჭურვილი რეანიმობილით) (აღნიშნული მომსახურება განხორციელდება ჯანდაცვის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში);



ბ) ამბულატორიული მომსახურება (გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პირველადად ოჯახის ან სოფლის, ან უბნის ექიმთან მიმართვის საფუძველზე);

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);

გ) სტაციონარული მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება:

გ.ა) გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება, მათ შორის, ინფექციურ დაავადებებთან და ინკურაბელური პაციენტების პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია, გართულებულ ორსულობასთან, მშობიარობასა და ლოგინობის ხანასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია;

გ.ბ) გეგმური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი), ასევე გეგმურ ქირურგიულ ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული წინასაოპერაციო, ოპერაციის მსვლელობისას განხორციელებული და პოსტოპერაციული პერიოდის ყველა ტიპის ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები: წლიური ლიმიტი – 15 000 ლარი;

გ.გ) ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა და დიაგნოსტიკა, კერძოდ, ქიმიოთერაპია და სხივური თერაპია, აგრეთვე ამ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევები და მედიკამენტები: წლიური ლიმიტი – 12 000 ლარი;

გ.დ) მშობიარობა: ლიმიტი – 500 ლარი, საკეისრო კვეთა: ლიმიტი – 800 ლარი;

დ) სამკურნალო საშუალებების ხარჯები – სამკურნალო საშუალებათა ნუსხის მიხედვით. ანაზღაურდება წლიური ლიმიტის 50 ლარის ფარგლებში, 50 პროცენტის თანაგადახდით, ხოლო 2012 წლის 1 სექტემბრიდან საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 დადგენილების ვაუჩერის პირობების მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტის „ა“ და „ა¹“ ქვეპუნქტებით განსაზღვრული 60 წლის და ზემოთ ასაკის ქალებისა და 65 წლის და ზემოთ ასაკის მამაკაცებისათვის (საპენსიო ასაკის მოსახლეობა) წლიური ლიმიტი განისაზღვროს 200 ლარით, 50 პროცენტის თანაგადახდით.

2. საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებით განსაზღვრული მოსარგებლეებისათვის პროგრამა ითვალისწინებს ქვემოთ ჩამოთვლილი სამედიცინო მომსახურების



ხარჯების ანაზღაურებას:

ა) სასწრაფო სამედიცინო მომსახურება და სამედიცინო ტრანსპორტირება:

ა.ა) სასწრაფო დახმარების ბრიგადის მიერ გაწეული მომსახურება და საჭიროების შემთხვევაში – სამედიცინო ჩვენებით პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის უზრუნველყოფა შესაბამისი პროფილის უახლოეს კლინიკაში (აღნიშნული მომსახურება განხორციელდება ჯანდაცვის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში);

ა.ბ) კრიტიკული და გადაუდებელი მდგომარეობების რეფერალური შემთხვევების მართვა, ადგილზე რეფერალური ბრიგადის მიერ გაწეული კონსულტაცია, მდგომარეობის სტაბილიზაცია, გართულებული შემთხვევების სამედიცინო ტრანსპორტირება (სპეციალური აპარატურით აღჭურვილი რეანომობილით) (აღნიშნული მომსახურება განხორციელდება ჯანდაცვის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში);

ბ) ამბულატორიული მომსახურება (გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ პირველადად ოჯახის ან სოფლის ან უბნის ექიმთან მიმართვის საფუძველზე):

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 ვაუჩერის 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, შრატში 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);

გ) სტაციონარული მომსახურება:

გ.ა) გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება, მათ შორის, ინფექციურ დაავადებებთან და ინკურაბელური პაციენტების პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია, გართულებულ ორსულობასთან, მშობიარობასა და ლოგინობის ხანასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია, ითვალისწინებს ასანაზღაურებელი თანხის 20%-ის თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან, გარდა საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილების ვაუჩერის პირობების მე-2 მუხლის მე-3 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლებისა (საპენსიო ასაკის პირები), რომელთათვისაც თანაგადახდა შეადგენს 10%-ს. თანაგადახდას არ ითვალისწინებს კრიტიკული მდგომარეობები, ნეონატალური ასაკი და ამ ასაკში



დაწყებული შემთხვევები, ასევე ინკურაბელურ პალიატიურ მზრუნველობასთან დაკავშირებული ჰოსპიტალიზაცია 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის მოსარგებლეებისა და შშმ ბავშვებისათვის;

გ.ბ) გეგმური ქირურგიული ოპერაციები (მათ შორის, დღის სტაციონარი), ასევე გეგმურ ქირურგიულ ჰოსპიტალიზაციასთან დაკავშირებული წინასაოპერაციო, ოპერაციის მსვლელობისას განხორციელებული და პოსტოპერაციული პერიოდის ყველა ტიპის ლაბორატორიული, ინსტრუმენტული გამოკვლევები - წლიური ლიმიტი 15 000 ლარი. ითვალისწინებს 20%-იან თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან, გარდა საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილების ვაუჩერის პირობების მე-2 მუხლის მე-3 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისა (საპენსიო ასაკის პირები), რომელთათვისაც თანაგადახდა შეადგენს 10%-ს. თანაგადახდას არ ითვალისწინებს ნეონატალური ასაკი და ამ ასაკში დაწყებული შემთხვევები, ასევე კარდიოქირურგიული და ონკოლოგიური ოპერაციები და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევები 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის მოსარგებლეებისა და შშმ ბავშვებისათვის;

გ.გ) ონკოლოგიურ პაციენტთა მკურნალობა და დიაგნოსტიკა, კერძოდ, ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია და სხივური თერაპია, აგრეთვე ამ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევები და მედიკამენტები - წლიური ლიმიტი 15 000 ლარი. ითვალისწინებს 20%-იან თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან, გარდა საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილების ვაუჩერის პირობების მე-2 მუხლის მე-3 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისა (საპენსიო ასაკის პირები), რომელთათვისაც თანაგადახდა შეადგენს 10%-ს და ასევე გარდა 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის მოსარგებლეებისა და შშმ ბავშვებისა, რომელთათვისაც სრულად ანაზღაურდება მომსახურების ხარჯები;

გ.დ) მშობიარობა (საკეისრო კვეთის ჩათვლით) - ლიმიტი 500 ლარი. ითვალისწინებს ასანაზღაურებელი თანხის 20%-ის თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან;

დ) ამბულატორიული სამკურნალო საშუალებები:

დ.ა) 0-5 წლის (ჩათვლით) ასაკის პირებისათვის ანაზღაურდება სამკურნალო საშუალებათა დამტკიცებული ნუსხით. ანაზღაურდება წლიური ლიმიტის 50 ლარის ფარგლებში, 50%-ის თანაგადახდით მოსარგებლის მხრიდან;

დ.ბ) საპენსიო ასაკის მოსახლეობისათვის, მკვეთრად გამოხატული შშმ და შშმ ბავშვებისათვის ანაზღაურდება სამკურნალო საშუალებათა დამტკიცებული ნუსხის მიხედვით. ანაზღაურდება წლიური ლიმიტის 100 ლარის ფარგლებში, 50%-ის თანაგადახდით მოსარგებლის მხრიდან.

3. საქართველოს მთავრობის 2009 წლის 9 დეკემბრის №218 და 2012 წლის 7 მაისის №165 დადგენილებების მოსარგებლეთათვის ამ პროგრამის ფარგლებში არ ანაზღაურდება ქვემოთ ჩამოთვლილი სამედიცინო მომსახურებისათვის გაწეული ხარჯები:

ა) შესაბამისი წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის ფარგლებში სხვა სახელმწიფო ჯანდაცვითი პროგრამებით დაფარული ხარჯები და მომსახურებები;

ბ) თერაპიული პროფილის გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურება;

გ) სამედიცინო ჩვენებისა და ექიმის დანიშნულების გარეშე მკურნალობა, თვითმკურნალობა;

დ) საზღვარგარეთ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები;

ე) სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა;

ვ) ესთეტიკური ქირურგიის, კოსმეტიკური მიზნით ჩატარებული მკურნალობა;

ზ) სექსუალური დარღვევების, უშვილობის მკურნალობის ხარჯები;

თ) აივ-ინფექციის/შიდსის, ქრონიკული ჰეპატიტის სპეციფიკურ ანტივირუსულ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები;

ი) თუ სამედიცინო მომსახურების საჭიროება დადგა ტერორისტულ ან კრიმინალურ აქტებში მონაწილეობის, ან არალეგალურად მოხმარებული ნარკოტიკული ნივთიერებების ზემოქმედების შედეგად;

კ) ორგანოთა ტრანსპლანტაციის, აგრეთვე ეგზოპროთეზირების ხარჯები.

