

საქართველოს მთავრობის

დადგენილება №141

2023 წლის 11 აპრილი

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](http://www.matsne.gov.ge), 22/02/2013, 470230000.10.003.017200) შეტანილ იქნეს ცვლილება და:

**1. დადგენილების 5<sup>6</sup> მუხლის „ა“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:**

„ა) ამ დადგენილებით გათვალისწინებულ, 2023 წლის 1 მარტამდე დამდგარ DRG მეთოდით ასანაზღაურებელ შემთხვევებზე არ გავრცელდეს №1 დანართის მე-15 მუხლის მე-2 პუნქტის „ზ“ ქვეპუნქტითა და მე-19 მუხლის პირველი პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული დამატებითი ფინანსური ჯარიმები;“.

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

**ა) მე-15 მუხლის:**

**ა.ა) მე-2 პუნქტის „კ“ ქვეპუნქტის „კ.ა“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:**

„კ.ა) ამ დადგენილებით გათვალისწინებული DRG მეთოდით დაფინანსებული სამედიცინო მომსახურებების დროს არ ანაზღაურდება ამ შემთხვევისთვის კლინიკის მიერ თავდაპირველად მოთხოვნილი DRG-ის ფასის 10%;“;

**ა.ბ) 6<sup>2</sup> პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:**

„6<sup>2</sup>. კრიტიკული მდგომარეობის დროს პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებიდან იმავე დიაგნოზით (ისეთი მომსახურების დროს, რომელიც არ ფინანსდება DRG მეთოდით) ან იმავე DRG ჯგუფის (ისეთი მომსახურების დროს, რომელიც ფინანსდება DRG მეთოდით) 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.“;

**ბ) მე-19 მუხლს მე-9 პუნქტის შემდეგ დაემატოს შემდეგი შინაარსის 9<sup>1</sup> პუნქტი:**



„9<sup>1</sup>. პროგრამის მოსარგებლისათვის მიმწოდებლის მხრიდან პროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებაზე უარის თქმის ან მომსახურების დაგვიანებით გაწევის (მისგან დამოუკიდებელი მიზეზების გარდა) ორზე მეტი შემთხვევა გამოიწვევს სამედიცინო დაწესებულებისთვის მიმწოდებლის სტატუსის 6 თვით შეჩერებას. გეოგრაფიული ხელმისაწვდომობის შეფერხების შემთხვევაში და/ან სხვა ობიექტური აუცილებლობისას ამ პირობისაგან გამონაკლისი დაიშვება სამინისტროსთან შეთანხმებით.

**შენიშვნა:** ამ პუნქტის მიზნებისთვის, №1 დანართის 23-ე მუხლის 62-ე პუნქტით გათვალისწინებული მიმწოდებლის სტატუსის აღდგენის შემდეგ მიმწოდებლის მიმართ ამოქმედდება ამ მუხლის მე-9 და ამ პუნქტით გათვალისწინებული საერთო წესი.“;

**გ) მე-20 მუხლის მე-5 პუნქტის „ზ<sup>2</sup>“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:**

„ზ<sup>2</sup>) უზრუნველყოს პაციენტისთვის ზედმეტად გადახდილი თანხის დაბრუნება ინსპექტირების შესაბამისი მიღება-ჩაბარების აქტის გაფორმებიდან არაუგვიანეს 30 კალენდარული დღის ვადაში, თუ საბოლოოდ გენერირებული DRG-ის შედეგად გამოვლინდა, რომ პაციენტის თანაგადახდის წილი ნაკლებია პაციენტის მიერ გადახდილ თანხაზე;“;

**დ) 22-ე მუხლის მე-2 პუნქტის პრეამბულა ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:**

„2. 21-ე მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული გეგმური ამბულატორიული მომსახურებისათვის პროგრამაში მონაწილე დაწესებულებების დაფინანსება ხორციელდება კაპიტაციური მეთოდით (გარდა „პირველადი და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში 17.2.1 და 17.3 დანართებით განსაზღვრული მიმწოდებლებისთვის ამ უკანასკნელი პროგრამის ფარგლებში განსაზღვრული მომსახურების მოცულობის მიწოდებისთვის), რომლის დროსაც ერთი მოსარგებლის მომსახურების ფიქსირებული ღირებულება შეადგენს თვეში:“;

**ე) 23-ე მუხლის:**

**ე.ა) მე-9 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:**

„9. დაუშვებელია პროგრამის მოსარგებლის მკურნალობის ერთსა და იმავე ეპიზოდზე ერთისა და იმავე ნოზოლოგიური კოდის (ისეთი მომსახურების დროს, რომელიც არ ფინანსდება DRG მეთოდით) ან ერთისა და იმავე DRG ჯგუფის (ისეთი მომსახურების დროს, რომელიც ფინანსდება DRG მეთოდით) სხვადასხვა კლინიკაში გამოყენება, გარდა კრიტიკული მდგომარეობებისა, პროგრამის მე-15 მუხლის 6<sup>1</sup> პუნქტით გათვალისწინებული და „ახალი კორონავირუსული დაავადების COVID 19-ის მართვის“ სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში დამდგარი შემთხვევებისა.“;

**ე.ბ) მე-60 პუნქტის შემდეგ დაემატოს შემდეგი შინაარსის 61-ე და 62-ე პუნქტები:**

„61. ამ დანართის მე-19 მუხლის 9<sup>1</sup> 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.

62. სამედიცინო დაწესებულება, რომელსაც ამ მუხლის 61-ე პუნქტის თანახმად შეუჩერდა მიმწოდებლის სტატუსი, უფლებამოსილია, სტატუსის შეჩერებიდან 6 თვის შემდეგ მიმართოს განმახორციელებელს მიმწოდებლის სტატუსის აღდგენის თაობაზე, შესაბამისი განცხადებით.“;

**ვ) №1.1 დანართის (სამედიცინო მომსახურების პირობები ამ დადგენილების დანართ №1-ის მე-2 მუხლის პირველი პუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლებისათვის) პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტის „ბ.ა<sup>2</sup>“ და „ბ.ბ“ ქვეპუნქტები ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:**

„ბ.ა<sup>2</sup>) ამ პუნქტის „ბ.ა.ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურება ითვალისწინებს პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ის, მაგრამ არაუმეტეს 1500 ლარის (ლიმიტის ფარგლებში)



თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან;

ბ.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 პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ის, მაგრამ არაუმეტეს 1500 ლარის (ლიმიტის ფარგლებში) თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან. თანაგადახდას არ ითვალისწინებს კარდიოქირურგიული და ონკოლოგიური ოპერაციები და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევები 18 წლამდე ასაკის მოსარგებლებსათვის;“;

**ზ) №1.3 დანართის (სამედიცინო მომსახურების პირობები ამ დადგენილების დანართ №1-ის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლებსათვის) მე-2 პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტის „გ.ა<sup>1</sup>.ბ“ და „გ.ბ“ ქვეპუნქტები ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:**

„გ.ა<sup>1</sup>.ბ) „გ.ა.ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურება ითვალისწინებს ასანაზღაურებელი თანხის 20%-ის, მაგრამ არაუმეტეს 1000 ლარის 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, მაგრამ არაუმეტეს 500 ლარისა. 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;

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, მაგრამ არაუმეტეს 1000 ლარის თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან (ლიმიტის ფარგლებში), გარდა ამ დადგენილების დანართ №1-ის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტის „ბ.ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლებისა (საპენსიო ასაკის პირები), რომელთათვისაც თანაგადახდა შეადგენს 10%-ს, მაგრამ არაუმეტეს 500 ლარისა (ლიმიტის ფარგლებში). თანაგადახდას არ ითვალისწინებს ნეონატალური ასაკი და ამ ასაკში დაწყებული შემთხვევები, ასევე კარდიოქირურგიული და ონკოლოგიური ოპერაციები და მათთან დაკავშირებული გამოკვლევები 0 – 5 წლის (ჩათვლით) ასაკის მოსარგებლებისა და შშმ ბავშვებისათვის, ასევე თანაგადახდას არ ექვემდებარება საპენსიო ასაკის ვეტერანისთვის ან მკვეთრად გამოხატული შშმ ვეტერანისთვის გაწეული სამედიცინო მომსახურება;“;

**თ) №1.5 დანართის (სამედიცინო მომსახურების პირობები ამ დადგენილების დანართ №1-ის მე-2 მუხლის 3<sup>1</sup> და 3<sup>2</sup> პუნქტებით განსაზღვრული მოსარგებლებსათვის) პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:**

„ა) მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება ანაზღაურდება DRG-ის ღირებულების 70%-ის ოდენობით, მოსარგებლის მხრიდან თანაგადახდა შეადგენს 30%-ს, მაგრამ არაუმეტეს 1500 ლარისა. ამასთან, დანართ №1-ის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლებსათვის მომსახურება ფინანსდება DRG-ის ღირებულების 80%-ის ოდენობით. მოსარგებლის მხრიდან თანაგადახდა შეადგენს 20%-ს, მაგრამ არაუმეტეს 1000 ლარისა, ხოლო დადგენილების დანართ №1-ის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლებსათვის მიწოდებული მომსახურება არ ექვემდებარება თანაგადახდას;“;

**ი) №1.7 დანართის („ინფექციური დაავადებების მართვა“) მე-3 პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:**

„ა) „ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მომსახურება ითვალისწინებს ასანაზღაურებელი თანხის 30%-ის, მაგრამ არაუმეტეს 1500 ლარის თანაგადახდას მოსარგებლის მხრიდან. ამასთან:



ა.ა) თანაგადახდას არ ითვალისწინებს ამ დადგენილებით დამტკიცებული №1 დანართის მე-2 მუხლის მე-2 პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით განსაზღვრული მოსარგებლეებისათვის 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 მოსარგებლეებისათვის (გარდა საპენსიო ასაკის პირებისა) თანაგადახდა შეადგენს 20%-ს, მაგრამ არაუმეტეს 1000 ლარისა, ხოლო საპენსიო ასაკის პირებისთვის (ქალები – 60 წლიდან, მამაკაცები – 65 წლიდან) მოსარგებლის მხრიდან თანაგადახდა შეადგენს 10%-ს, მაგრამ არაუმეტეს 500 ლარისა;“.

## **მუხლი 2**

1. დადგენილება, გარდა პირველი მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ და „ე.ბ“ ქვეპუნქტებისა, ამოქმედდეს გამოქვეყნებისთანავე, ხოლო პირველი მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ და „ე.ბ“ ქვეპუნქტები ამოქმედდეს 2023 წლის 15 მაისიდან.

2. დადგენილების პირველი მუხლის პირველი პუნქტისა და მე-2 პუნქტის „ა.ბ“ და „ე.ა“ ქვეპუნქტების მოქმედება გავრცელდეს 2022 წლის 1 ნოემბრიდან წარმოშობილ ურთიერთობებზე.

**პრემიერ-მინისტრი**

**ირაკლი ღარიბაშვილი**

