



საქართველო
აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრი

ქ. ბათუმი

„01“ 08 2023 წ.

ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა N 12/99

„გულის ქირურგიის დამატებითი სამედიცინო მომსახურების ქვეპროგრამის განხორციელებასთან დაკავშირებით გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2022 წლის 27 დეკემბრის N12/131 ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე

საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 63-ე მუხლის, „აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის 2023 წლის რესპუბლიკური ბიუჯეტის შესახებ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონში ცვლილების შეტანის თაობაზე“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონისა (31 ივლისი 2023 წ. N79-რს) და აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის 2013 წლის 8 მაისის N4 დადგენილებით დამტკიცებული აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების მე-4 მუხლის მე-2 პუნქტის „მ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად,

ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა :

1. შეტანილ იქნას ცვლილება „გულის ქირურგიის დამატებითი სამედიცინო მომსახურების ქვეპროგრამის განხორციელებასთან დაკავშირებით გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2022 წლის 27 დეკემბრის N12/131 ბრძანებაში და ბრძანების პირველი პუნქტის „დ“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული „გულის ქირურგიის დამატებითი სამედიცინო მომსახურების ქვეპროგრამის, აღრიცხვის, ანგარიშგებისა და ანაზღაურების წესი“ ჩამოყალიბდეს თანდართული რედაქციით.
2. ბრძანება შეიძლება გასაჩივრდეს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობაში ერთი თვის ვადაში (მის.: ქ. ბათუმი, კონსტანტინე გამსახურდიას ქ. N9) და შემდეგ ბათუმის საქალაქო სასამართლოში (მის.: ქ. ბათუმი, ზუბალაშვილის ქუჩა N30), კანონმდებლობით დადგენილი წესი
3. ბრძანება ძალაშია 2023 წლის 01 აგვისტოდან.

მ ი ნ ი ს ტ რ ი

ნ. ნიჟარაძე



ნინო ნიჟარაძე

**გულის ქირურგიის დამატებითი სამედიცინო მომსახურების ქვეპროგრამის შესრულების
აღრიცხვის, ანგარიშგებისა და ანაზღაურების წესი**

ზოგადი ნაწილი

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (შემდგომში - „შემსყიდველი“) გულის ქირურგიის დამატებითი სამედიცინო მომსახურების ქვეპროგრამის (შემდგომში-ქვეპროგრამის) განხორციელებაში მონაწილე დაწესებულებას (შემდგომში - „მიმწოდებელი“) შესრულებულ მომსახურებას უნაზღაურებს წინამდებარე წესისა და ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობების დაცვით.

შესრულებულ მომსახურებად ჩაითვლება დაწესებულების მიერ პაციენტისათვის გაწეული სამედიცინო დახმარება, რომლის ღირებულება არ უნდა აღემატებოდეს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრულ ტარიფს. იმ სამედიცინო მომსახურების შემთხვევაში, რომლის ღირებულება არ არის განსაზღვრული საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, შესრულებულ მომსახურებად ჩაითვლება პაციენტისათვის გაწეული სამედიცინო დახმარება მისი ფაქტიური ღირებულებით (ფაქტიური ხარჯი) არაუმეტეს წინასწარ ანგარიშ-ფაქტურაში მითითებული თანხისა (შიდა სტანდარტის ტარიფი), რომელიც უნდა მოიცავდეს სამედიცინო მომსახურების შემადგენელ ყველა კომპონენტს (პირდაპირ ხარჯებს, არაპირდაპირ ხარჯებს და მოგებას).

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურება, რომლის ღირებულება განსაზღვრულია და შესაბამისად, ფინანსდება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, ბენეფიციარებს დაუფინანსდებათ იმ სამედიცინო დაწესებულებაში, რომლებიც ჩართულნი არიან „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში“ შესაბამისი კომპონენტით. (კარდიოქირურგია/ინტერვენციული კარდიოლოგია/რიტმოლოგია).

მიმწოდებელმა ხელშეკრულებით გათვალისწინებული მომსახურების შესრულების ასანაზღაურებლად შემსყიდველს უნდა წარუდგინოს შემდეგი დოკუმენტები: ა) ორ ცალად შევსებული ანგარიშ-ფაქტურა, რომელზეც მითითებულია ქვეპროგრამის ფარგლებში მიმწოდებლის მიერ შესრულებული სამუშაოს (ასანაზღაურებელი თანხის) მოცულობა; ბ) ფაქტიურად შესრულებული მომსახურების ჩამონათვალი; გ) შესრულებული სამუშაოს მიღება-ჩაბარების აქტი; დ) სამედიცინო ვაუჩერის ასლი.

ანგარიშ-ფაქტურას და შესრულებული მომსახურების ჩამონათვალის დოკუმენტურ ფორმას ერთი და იგივე ნომერი უნდა დაესვას;

აუცილებელია! შემსყიდველთან წარდგენილი დოკუმენტების ასლი ინახებოდეს მიმწოდებელთან.

მიმწოდებელმა შესრულებული მომსახურების ასანაზღაურებლად დოკუმენტაცია შემსყიდველს უნდა წარუდგინოს გაწეული მომსახურების დასრულებიდან არაუმეტეს 30 კალენდარულ დღეში, ხოლო დეკემბრის თვეში გაწეული მომსახურების შემთხვევაში არაუმეტეს 25 დეკემბრისა. აღნიშნულ ვადაში დოკუმენტაციის წარმოუდგენლობის შემთხვევაში მიმწოდებელი შემსყიდველს უხდის პირგასამტეხლოს შემთხვევის ღირებულების 2%-ის ოდენობით, ხოლო მომსახურების გაწევიდან 60 კალენდარული დღის შემდეგ წარდგენილი დოკუმენტაცია არ განიხილება და შესაბამისად, გაწეული მომსახურება შემსყიდველის მიერ არ ანაზღაურდება გარდა გამონაკლისი შემთხვევებისა, რა დროსაც არ გაგრცელდება წინამდებარე წესისა და შესაბამისი ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საჯარიმო სანქციები.

გამონაკლისი!

- აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მოსახლეობისათვის უწყვეტი სამედიცინო მომსახურების მიწოდების მიზნით, ქვეპროგრამის ფარგლებში დაფინანსდება 2022 წელს გაცემული ვაუჩერებით გაწეული სამედიცინო მომსახურება, რომელთა დაფინანსება ვერ განხორციელდა 2022 წელს. გაწეული მომსახურების დოკუმენტაცია მიმწოდებლის მიერ ასანაზღაურებლად შემსყიდველს უნდა წარედგინოს მომსახურების დასრულებიდან არაუმეტეს 30 კალენდარულ დღეში. აღნიშნულ ვადაში დოკუმენტაციის წარმოდგენლობის შემთხვევაში გაწეული მომსახურება არ ანაზღაურდება.

- აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მოსახლეობის უწყვეტი სამედიცინო მომსახურების მიზნით, მიმწოდებლის მიერ გაწეული მომსახურებისათვის 2022 წელს, წინამდებარე წესით გათვალისწინებულ ვადებში ასანაზღაურებლად წარმოდგენილი შესრულებული სამუშაოს დამადასტურებელი დოკუმენტაცია, რომელიც საბიუჯეტო ასიგნებების არ არსებობის გამო ვერ დაფინანსდა, ანაზღაურებული იქნეს „აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის 2023 წლის რესპუბლიკური ბიუჯეტის შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონის 21-ე მუხლის შესაბამისად.

სამინისტროს მიერ არ დაფინანსდება:

ა) თუ ქვეპროგრამით ანაზღაურებას დაქვემდებარებული დიაგნოზი არ დასტურდება პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებული მონაცემებით ან დამძიმებულია;

ბ) თუ არ ჩატარებულა ან ჩატარებული სამედიცინო მომსახურება არ წარმოადგენს ქვეპროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებას;

გ) თუ მიმწოდებელი მომსახურების გაწევის მომენტში არ ფლობდა მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრულ მოცემული სამედიცინო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელ დოკუმენტს;

დ) თუ მკურნალობის პროცესში ჩართული ყველა ექიმი არ ფლობს შესაბამის სახელმწიფო სერტიფიკატს დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის განხორციელებისათვის;

ე) თუ შესაბამისი სამსახურების მიერ დადასტურდება, რომ სამედიცინო დაწესებულებისათვის ქვეპროგრამით მოსარგებლის მიმართვა/გარდაცვალება განპირობებულია ამ სამედიცინო დაწესებულებაში (დაწესებულების ბრალეულობით) მანამდე ჩატარებული არასრული ან/და უხარისხო სამედიცინო დახმარებით (მოცემულ შემთხვევაში სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დაფარვა ხდება ამ დაწესებულების მიერ და მიმწოდებელს არ აქვს უფლება თანხების ანაზღაურება მოთხოვოს პაციენტს);

ვ) თუ სამედიცინო მომსახურება, რომლის ღირებულება განსაზღვრულია საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით, გაწეულია იმ სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელიც არ არის ჩართული „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში“ შესაბამისი კომპონენტით. (კარდიოქირურგია/ინტერვენციული კარდიოლოგია/რითმოლოგია).

ზ) თუ მიმწოდებელი გაწეული მომსახურების ასანაზღაურებლად შემსყიდველს დოკუმენტაციას წარუდგენს მომსახურების გაწევიდან 60 კალენდარული დღის შემდეგ.

აღნიშნული შემთხვევები დადგენილი წესით დაფიქსირდება სახელშეკრულებო ვალდებულებების ინსპექტირების დროს და მათი ღირებულება მიმწოდებლის მიერ ექვემდებარება დაბრუნებას შემსყიდველისათვის. „გ“; „დ“; „ე“ და „ზ“ ქვეპუნქტების შემთხვევაში მიმწოდებელს არ აქვს უფლება შემსყიდველისათვის დაბრუნებული ან/და შემსყიდველის მიერ დაუფინანსებელი თანხების ანაზღაურება მოთხოვოს პაციენტს.

ქვეპროგრამით მოსარგებლისათვის ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობისა და ღირებულების შესახებ სრული ინფორმაცია ასახული უნდა იყოს სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათში. აღნიშნულის შეუსრულებლობის ან არაჯეროვნად შესრულების შემთხვევაში, დაწესებულების მიმართ გამოყენებული იქნება ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საჯარიმო სანქციები.

აუცილებელია! სამედიცინო დოკუმენტაციაში ინახებოდეს პაციენტთან გაფორმებული შესაბამისი დოკუმენტი სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე; სამედიცინო ვაუჩერისა და პაციენტის პირადობის მოწმობის ასლები; თანაგადახდის დაფარვის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი, ხოლო თანადაფინანსების გადაუხდელობის ან არასრულად გადახდის შემთხვევაში შესაბამისი

დოკუმენტი. აღნიშნულის შესრულებლობის შემთხვევაში გამოყენებული იქნება ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საჯარიმო სანქციები.

შესყიდვის ობიექტის (მომსახურების) მიღება-ჩაბარება და ინსპექტირება განხორციელდება:

- სამინისტროში ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების ამსახველი დოკუმენტების (ანგარიშ-ფაქტურა, შესრულებული მომსახურების ჩამონათვალი) მონაცემთა კომპიუტერულ-პროგრამული დამუშავების საფუძველზე, შემსყიდველისა და მიმწოდებლის უფლებამოსილ პირებს შორის შესაბამისი აქტის გაფორმებით. მიმწოდებლის წარმომადგენლის გამოუცხადებლობისას შემსყიდველი აფორმებს ცალმხრივად აქტს;
- წელიწადში ერთხელ, წარმოდგენილი დოკუმენტების საფუძველზე ფორმდება საფინანსო ვალდებულებების შედარების აქტი.
- სახელშეკრულებო ვალდებულებების ინსპექტირება გაწეულ მომსახურებაზე შესაბამისი აქტის გაფორმებით შეიძლება განხორციელდეს, როგორც ხელშეკრულების მოქმედების ნებისმიერ ეტაპზე, ასევე ხელშეკრულების მოქმედების დასრულების შემდეგაც კანონმდებლობის შესაბამისად;
- სახელშეკრულებო ვალდებულებების ინსპექტირებისას დაწესებულება ვალდებულია ინსპექტირების ჯგუფს მოთხოვნისთანავე წარუდგინოს ქვეპროგრამის ბენეფიციარის მკურნალობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სამედიცინო, სტატისტიკური თუ ფინანსური ინფორმაცია.
- იმ შემთხვევაში თუ მიმწოდებლის მიზეზით ხელშეკრულების შესრულების ინსპექტირება და აქტის გაფორმება არ მოხდება მას შეუჩერდება დაფინანსება, ხოლო ორი კვირის განმავლობაში აღნიშნულის მოუგვარებლობისას შესაძლებელია დაისვას საკითხი მიმწოდებელთან ხელშეკრულების მოქმედების შეწყვეტის შესახებ;
- ინსპექტირების შედეგებზე გაფორმებულ აქტში დაფიქსირებული არაკორექტულად (ზედმეტად) მოთხოვნილი თანხა მიმწოდებლის მიერ დაბრუნებული უნდა იქნას შემსყიდველისათვის ან/და ბენეფიციარისთვის ხელშეკრულების შესაბამისად (თუ მიმწოდებლის მიერ ინსპექტირების განხორციელებამდე გამოვლენილია დარღვევები და გატარებულია შესაბამისი ღონისძიებები მაშინ მათზე არ გავრცელდება ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საჯარიმო სანქციები).

კერძო ნაწილი

გულის ქირურგიის დამატებითი სამედიცინო მომსახურების ქვეპროგრამის მიზანია მოსახლეობის დამატებით კარდიოქირურგიულ მომსახურებაზე (სამედიცინო მომსახურება, რომელიც არ ფინანსირდება სახელმწიფო ბიუჯეტით დაფინანსებული სამედიცინო პროგრამებით) ფინანსური ხელმისაწვდომობა, საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით დაფინანსებული კარდიოქირურგიული ოპერაციების თანაგადახდისა და გეგმიური გულის ან/და კორონარული არტერიების ანგიოგრაფიის დაფინანსება DRG მეთოდით განსაზღვრული საბაზისო ღირებულების ფარგლებში ქვეპროგრამით განსაზღვრული პროპორციების დაცვით. ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება განხორციელდება სამედიცინო ვაუჩერის (შემდეგ-ვაუჩერი) საშუალებით.

ქვეპროგრამაში ჩართვის (ვაუჩერის გაცემის) მიზნით წარმოდგენილი უნდა იქნეს შემდეგი დოკუმენტები:

- მოქალაქის განცხადება;
- ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ - ფორმა NIV-100/ა (პაციენტის დიაგნოზი, ჩარევები და გამოკვლევები მითითებული უნდა იყოს ქვეყანაში დადგენილი კლასიფიკატორების შესაბამისად);
- სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაცემული ანგარიშ-ფაქტურა
- პირადობის დამადასტურებელი მოწმობის ასლი ან სხვა დოკუმენტი, რომლითაც შესაძლებელია პირის იდენტიფიკაცია;

- ყველა სხვა დოკუმენტი ქვეპროგრამის განმახორციელებლის მოთხოვნის შესაბამისად.

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების სარგებლობის უფლება ენიჭებათ 2023 წლის 1 იანვრის მდგომარეობითა და ვაუჩერის გაცემის პერიოდისათვის აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკის ტერიტორიაზე უწყვეტად რეგისტრირებულ საქართველოს მოქალაქეებს. (წყვეტილობის არსებობის შემთხვევაში, პირი არ უნდა იყოს რეგისტრირებული აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ადმინისტრაციული ტერიტორიის გარეთ).

სამედიცინო მომსახურება, რომელიც ფინანსირდება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში, ბენეფიციარს ნებისმიერ შემთხვევაში დაუფინანსდება მხოლოდ იმ სამედიცინო დაწესებულებაში, რომელიც მონაწილეობს „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში“.

ა) ქვეპროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურება, რომლის ღირებულება არ არის განსაზღვრული DRG მეთოდით, დაფინანსდება ფაქტიური ხარჯით, არაუმეტეს დაწესებულების მიერ გაცემული წინასწარ ანგარიშ-ფაქტურაში (შიდა სტანდარტის ტარიფი) მითითებული თანხისა, შემდეგი პროპორციების დაცვით:

მკურნალობის ღირებულება - 3000 ლარის ჩათვლით დაფინანსდება -100%-ით;

მკურნალობის ღირებულება - 3000 ლარზე მეტი დაფინანსდება - 90%-ით;

ბ) ქვეპროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურება, რომლის ღირებულება განსაზღვრულია და შესაბამისად ფინანსდება DRG მეთოდით განსაზღვრული საბაზისო ღირებულების ფარგლებში, მაგრამ რაიმე მიზეზის გამო ბენეფიციარი ვერ ხვდება ზემოთ აღნიშნულ პროგრამაში (არის მინიმალური პაკეტის მფლობელი, ამოწურული აქვს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული წლიური ლიმიტი და სხვა) ყველა შემთხვევაში სამინისტროს მიერ დაფინანსდება DRG მეთოდით განსაზღვრული საბაზისო ღირებულების, 90%-ით.

„სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ რეგისტრირებული 70 000-ის ჩათვლით სარეიტინგო ქულის მქონე პაციენტები სამედიცინო დაწესებულებიდან წარმოდგენილი ანგარიშ-ფაქტურის მიხედვით დაფინანსდება სრულად.

გ) თანადაფინანსება:

ბენეფიციარებს სოციალური სტატუსის მიუხედავად დაუფინანსდებათ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით დაფინანსებული გეგმიური და ურგენტული კარდიოქირურგიული სამედიცინო მომსახურების თანაგადახდა DRG მეთოდით განსაზღვრული საბაზისო ღირებულების ფარგლებში სრულად.

დ) გეგმიური გულის ან /და კორონალური არტერიების ანგიოგრაფიის დაფინანსება

სხვადასხვა სოციალური კატეგორიის მქონე პაციენტებისათვის სტატუსის გათვალისწინებით გულის ან/და კორონალური არტერიების ანგიოგრაფია დაფინანსდება სამკურნალო დაწესებულებიდან წარმოდგენილი ანგარიშ-ფაქტურის (შიდა სტანდარტის ტარიფი) მიხედვით, არაუმეტეს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის DRG მეთოდით განსაზღვრული საბაზისო ღირებულებისა, შემდეგი პროპორციების დაცვით:

- 200 000-ის ჩათვლით სარეიტინგო ქულის მქონე პაციენტები, შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე პირები; ომის ვეტერანები; ტერიტორიული მთლიანობისათვის ომში მონაწილეები, დაღუპულთა ოჯახის წევრები (დედა, მამა, მეუღლე, შვილები); მრავალშვილიანი (18 წლამდე ასაკის 4 და მეტი შვილი ან/და ნაშვილები) ოჯახის წევრები; პოლიტიკური რეპრესიების მსხვერპლად აღიარებული პირები; მარტოხელა მშობელი, უსახლკაროთა თავშესაფარის კონტინგენტი, უსახლკაროები, ტრეფიკინგისა და ძალადობის მსხვერპლი პირები - 100 %-ით,

- ასაკით პენსიონერებსა და მიზნობრივი ჯგუფის ბენეფიციარებს (გარდა ზემოთ აღნიშნული ბენეფიციარებისა) -90%-ით;

- ინდივიდუალური და კორპორაციული დაზღვევის მოსარგებლეები, რომელთაც არ უფინანსდებათ ან ამოწურებათ აღნიშნული ეპიზოდისათვის განაზღვრული შესაბამისი

სადაზღვევო ლიმიტის ზღვრული ტარიფი ქვეპროგრამით დაუფინანსდებათ ა) ქვეპუნქტის შემთხვევაში შიდა სტანდარტის ტარიფამდე დარჩენილი თანხის 90%. არაუმეტეს 10 000 ლარისა. ბ) და გ) ქვეპუნქტების შემთხვევაში საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის DRG მეთოდით განსაზღვრული საბაზისო ღირებულების ფარგლებში, დარჩენილი თანხის 90% არაუმეტეს 10 000 ლარისა. ხოლო 70 000-ის ჩათვლით სარეიტინგო ქულის მქონე პაციენტებს დაუფინანსდება დარჩენილი თანხა სრულად- არაუმეტეს 10000 ლარისა

საჭიროების შემთხვევაში გეგმიური სამედიცინო მომსახურების დროს ქვეპროგრამით ბენეფიციარების დასაფინანსებლად გამოყენებული იქნება რიგითობისა და მოცდის პრინციპი არაუმეტეს 1 თვისა.

სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების შესახებ პაციენტმა ან მისმა წარმომადგენელმა აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს უნდა მომართოს პაციენტის მკურნალობის დაწყებამდე, მკურნალობის პროცესში ან სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ 10 სამუშაო დღის განმავლობაში.

ქვეპროგრამის მოცულობით არ დაფინანსდება: საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის DRG მეთოდით განსაზღვრული საბაზისო ღირებულებაზე მეტად მოთხოვნილი თანხა, ასევე არ დაფინანსდება პირები, რომელთა წლიური შემოსავალი არის 40 000 ლარი და მეტი, საზღვარგარეთ ჩატარებული სამედიცინო მომსახურება.

ზოგად და კერძო ნაწილებს შორის ურთიერთშეუსაბამობის შემთხვევაში უპირატესობა ენიჭება კერძო ნაწილის შესაბამის განმარტებას.