



საქართველო

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

ქ. ბათუმი

„29“ 06 2017 წ.

ბრძანება № 12/81

„მოსახლეობისათვის ინდივიდუალური სამედიცინო დახმარების ქვეპროგრამის განხორციელებასთან დაკავშირებით გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 30 იანვრის N12/99 ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე

„აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის 2017 წლის რესპუბლიკური ბიუჯეტის შესახებ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონში ცვლილების შეტანის თაობაზე“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონისა (46-უ.ს.რ.ს. 23.06.2017) და საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 63-ე მუხლის შესაბამისად,

ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა :

1. შეტანილ იქნეს ცვლილება „მოსახლეობისათვის ინდივიდუალური სამედიცინო დახმარების ქვეპროგრამის განხორციელებასთან დაკავშირებით გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2016 წლის 30 იანვრის N12/99 ბრძანებაში და ბრძანების პირველი პუნქტის „დ“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული მოსახლეობისათვის ინდივიდუალური სამედიცინო დახმარების ქვეპროგრამის შესრულების, 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 წესით.
3. ბრძანება ძალაშია ხელმოწერისთანავე.

მ ი ნ ი ს ტ რ ი



ზაალ მიქელაძე

შეთანხმებულია: ლ. სურმანიძე ლ. სურმანიძე

შემსრულებელი მ. ფაღავა მ. ფაღავა

ნ. მგელაძე ნ. მგელაძე



ა) თუ ძირითადი (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 მიმწოდებელ 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, ამ შემთხვევაში მკურნალობის ღირებულების დაფარვა ხდება ამ დაწესებულების მიერ და მიმწოდებელს არა აქვს უფლება თანხების ანაზღაურება მოთხოვოს პაციენტს.

ვ) თუ შემთხვევის შესახებ მონაცემები ან/და დოკუმენტაცია არ ასახავს სინამდვილეს.

თ) თუ მიმწოდებელი გაწეული მომსახურების ასანაზღაურებლად შემსყიდველს დოკუმენტაციას წარუდგენს მომსახურების გაწევიდან 90 კალენდარული დღის შემდეგ.

აღნიშნული შემთხვევები სახელშეკრულებო ვალდებულებების ინსპექტირების დროს დაფიქსირდება დადგენილი წესით და მათი ღირებულება მიმწოდებლის მიერ ექვემდებარება დაბრუნებას შემსყიდველისათვის. „დ“; „ე“ და „თ“ 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/ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათში. აღნიშნულის შეუსრულებლობის ან არჯეროვნად შესრულების შემთხვევაში, დაწესებულების მიმართ გამოყენებული იქნას ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საჯარიმო სანქციები.

ქვეპროგრამის ფარგლებში პაციენტზე გაწეული სამედიცინო მომსახურება ანაზღაურდება ფაქტიური ხარჯის მიხედვით, არაუმეტეს წინასწარ ანგარიშ-ფაქტურაში მითითებული თანხისა (შიდა სტანდარტის ტარიფი, გარდა კრიტიკული მდგომარეობისა). შემსყიდველის მიერ ფაქტიური ხარჯი დაფინანსდება წინამდებარე შესრულების წესით გათვალისწინებული პროპორციების დაცვით, მაგრამ არაუმეტეს სამედიცინო ვაუჩერში მითითებული თანხისა. დარჩენილ თანხას ფარავს პაციენტი.

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 შეუსრულებლობის შემთხვევაში გამოყენებული იქნას ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საჯარიმო სანქციები.

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

- სამინისტროში ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების ამსახველი დოკუმენტების (ანგარიშ-ფაქტურა, ანაზღაურების მოთხოვნის უწყისი, 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 გაწეული 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 დაისმება 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).
- ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებების მიხედვით საბოლოო ანგარიშსწორება (ან უკვე წარმოებულის კორექტირება) განხორციელდება მას შემდეგ, რაც სახელშეკრულებო ვალდებულებების ინსპექტირების შემდეგ დაზუსტდება ასანაზღაურებელი თანხა და მომსახურება ჩაითვლება მიღებულად (გაფორმდება მიღება-ჩაბარების აქტი).

კერძო ნაწილი

მოსახლეობის ინდივიდუალური სამედიცინო დახმარების ქვეპროგრამით განხორციელდება განსაზღვრული სოციალური კატეგორიის მოსახლეობისათვის სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული იმ ფინანსური რისკების დაცვა, რომელიც ვერ იფარება მოქმედი სახელმწიფო პროგრამებით.

ქვეპროგრამის მოსარგებლედ განისაზღვრება საქართველოს მოქალაქეები, რომლებიც 2017 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის პერიოდისათვის უწყვეტად

რეგისტრირებულნი არიან აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკის ტერიტორიაზე და აკმაყოფილებენ ერთ-ერთ შემდეგ პირობას:

- პაციენტები სტიქიური მოვლენებისა და კატასტროფების შედეგად გამოწვეული დაზიანებებით;
- სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში რეგისტრირებული ოჯახების წევრები, რომლებსაც მინიჭებული აქვთ 200 000-ის ჩათვლით სარეიტინგო ქულა;
- შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის მქონე პირები;
- ომის ვეტერანები; ტერიტორიული მთლიანობისათვის ომში მონაწილეები, დაღუპულთა ოჯახის წევრები (დედა, მამა, მეუღლე, შვილები);
- მრავალშვილიანი (18 წლამდე ასაკის 5 და მეტი შვილი) ოჯახის წევრები;
- ჩერნობილის ატომური ელექტროსადგურის ავარიის შედეგების სალიკვიდაციო სამუშაოების მონაწილეები;
- პოლიტიკური რეპრესიების მსხვერპლად აღიარებული პირები;
- უსახლკაროთა თავშესაფარის კონტინგენტი;
- უსახლკაროები;
- მარტოხელა მშობელი და მისი არასრულწლოვანი შვილები (18 წლამდე);
- ტრეფიკინგისა და ძალადობის მსხვერპლი პირები;
- პაციენტები, რომლებსაც ამ დროისთვის არა აქვთ მინიჭებული 200 000 - მდე სარეიტინგო ქულა, მაგრამ მათი მატერიალური მდგომარეობა არ იძლევა საშუალებას დააფინანსოს აუცილებელი სამედიცინო მომსახურება, რაც დასტურდება ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებიდან წარმოდგენილი შუამდგომლობით.

გადაწყვეტილებას ბენეფიციართა სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების შესახებ ღებულობს შესაბამისი კომისია (შემდეგ-კომისია), რომლის შემადგენლობა განისაზღვრება აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ინდივიდუალურ-სამართლებრივი აქტით.

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება განხორციელდება სამედიცინო ვაუჩერის (შემდეგ-ვაუჩერი) საშუალებით.

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

- განცხადება;
- პირადობის დამადასტურებელი მოწმობის ასლი ან სხვა დოკუმენტი, რომლითაც შესაძლებელია პირის იდენტიფიკაცია;
- ქვეპროგრამის ბენეფიციარობის დამადასტურებელი საბუთი ან შუამდგომლობა ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებიდან მოქალაქის სოციალურ-ეკონომიური მდგომარეობის აღწერით;
- ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ - ფორმა №IV-100/ა (პაციენტის დიაგნოზი, ჩარევები და გამოკვლევები მითითებული უნდა იყოს ქვეყანაში დადგენილი კლასიფიკატორების შესაბამისად);
- სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაცემული ანგარიშ-ფაქტურა.

- ღვიძლის ტრანსპლანტაციის შემთხვევაში ამონაწერი საქართველოს ტრანსპლანტოლოგთა ასოციაციის ეთიკური კომისიის სხდომის ოქმიდან;

ქვეპროგრამის ფარგლებში მკურნალობა დაფინანსდება ფაქტიური ხარჯით შემდეგი პროპორციებით:

მკურნალობის ღირებულება - 1000 ლარის ჩათვლით - 100%-ით;

მკურნალობის ღირებულება - 1000 ლარზე მეტი - 2000 ლარის ჩათვლით - 90%-ით;

მკურნალობის ღირებულება - 2000 ლარზე მეტი - 3000 ლარის ჩათვლით - 80%-ით;

მკურნალობის ღირებულება - 3000 ლარზე მეტი - 70%-ით, მაგრამ არაუმეტეს 7000 ლარისა.

პაციენტები სტიქიური მოვლენებისა და კატასტროფების შედეგად გამოწვეული დაზიანებებით სამედიცინო დაწესებულებიდან წარმოდგენილი ანგარიშ-ფაქტურის მიხედვით დაფინანსდება სრულად (თანაგადახდის გარეშე) არაუმეტეს 10 000 ლარისა;

აჭარის რეგიონში არსებული უმწეოთა თავშესაფარის კონტიგენტის და უსახლკაროების მკურნალობა დაფინანსდება თანაგადახდის გარეშე ზღვრული ტარიფით არაუმეტეს 3000 ლარისა.

იმ შემთხვევებში, როცა გარკვეული მაღალტექნოლოგიური დიაგნოსტიკური კვლევის დაფინანსება გათვალისწინებულია „ამბულატორიული მაღალტექნოლოგიური დიაგნოსტიკური კვლევის ქვეპროგრამით," მაგრამ პაციენტი არ წარმოდგენს მის ბენეფიციარს, მაშინ პაციენტის გამოკვლევები „მოსახლეობისათვის ინდივიდუალური სამედიცინო დახმარების ქვეპროგრამის“ ფარგლებში დაფინანსდეს წარმოდგენილი ანგარიშ-ფაქტურის 70 % - ით, მაგრამ არაუმეტეს „ამბულატორიული მაღალტექნოლოგიური დიაგნოსტიკური კვლევის ქვეპროგრამით," გათვალისწინებული ტარიფების 80 %-ისა.

ყოველთვიურად 1000 ლარზე ნაკლები შემოსავლის მქონე მოქალაქეების, თვითდასაქმებულების, არარეგულარული შემოსავლის მქონე მოქალაქეების სამედიცინო მომსახურება, რომელთა ბენეფიციარობა განსაზღვრულია ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებიდან წარმოდგენილი შუამდგომლობით, არ დაფინანსდება, თუ პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხა არ აღემატება 500 ლარს; თუ პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხა აღემატება 500 ლარს, პაციენტის თანაგადახდა შეადგენს პროგრამის ფარგლებში ასანაზღაურებელი თანხის 30%, მაგრამ არანაკლებ 500 ლარისა.

ქვეპროგრამის მაღალი რესურსტევადობის გამო გეგმიური მკურნალობის დაფინანსებისას გამოყენებული იქნება რიგითობისა და მოცდის პრინციპი.

ქვეპროგრამით პირველი რიგის პრიორიტეტი ენიჭებათ სტიქიური მოვლენების, კატასტროფების დროს დაზიანებულებს, 18 წლამდე ასაკის ბავშვებს, მოქალაქეებს, რომელთა ოჯახებს „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში“ მინიჭებული აქვთ 200 000-ის ჩათვლით სარეიტინგო ქულა.

სამედიცინო მომსახურების დაფინანსების შესახებ პაციენტმა ან მისმა წარმომადგენელმა აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს უნდა მომართოს პაციენტის მკურნალობის დაწყებამდე ან მკურნალობის პროცესში (სტაციონარიდან გაწერამდე).

იმ შემთხვევაში, როდესაც პაციენტი მისი ან მისი წარმომადგენლის მოთხოვნით გადაჰყავთ ქვეპროგრამაში მონაწილე სხვა სამკურნალო დაწესებულებაში, მაშინ სამედიცინო

ვაუჩერით დაიფარება მკურნალობის ხარჯები მათ მიერ არჩეულ ერთ-ერთ სამედიცინო დაწესებულებაში, დაუშვებელია ქვეპროგრამის მოსარგებლის სამედიცინო მომსახურების

ერთსა და იმავე ეპიზოდზე ერთი და იგივე ნოზოლოგიური კოდის სხვადასხვა კლინიკაში დაფინანსება ან მკურნალობის გახანგრძლივების შემთხვევაში განმეორებით დაფინანსება.

სტაციონარულ მკურნალობაზე მყოფი (სამედიცინო მომსახურება, რომელიც საჭიროებს პაციენტის სტაციონარში 24 (ოცდაოთხი) საათზე მეტი დროით მოთავსებას და რომელიც არ წარმოადგენს დღის სტაციონარულ სამედიცინო მომსახურებას) პაციენტის გარდაცვალების შემთხვევაში დაფინანსების საკითხის განხილვის მიზნით პაციენტის წარმომადგენელმა აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს უნდა მომართონ გარდაცვალებიდან არაუგვიანეს 10 დღის განმავლობაში. საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის, ინდივიდუალური და კორპორაციული დაზღვევის მოსარგებლეები ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებით (არსებული პროპორციების დაცვით) ისარგებლებენ შესაბამისი ლიმიტის ამოწურვის შემდეგ. (გადაუდებელი თერაპიული მდგომარეობების შემთხვევაში 5 საწოლ დღის ამოწურვის შემდეგ). ქვეპროგრამის ფარგლებში აღნიშნული კატეგორიის ბენეფიციარების მკურნალობის წლიური ლიმიტი შეადგენს 5 000 ლარს, ხოლო პაციენტები სტიქიური მოვლენებისა და კატასტროფების შედეგად გამოწვეული დაზიანებებით დაფინანსდება თანაგადახდის გარეშე არაუმეტეს 10000 ლარისა, გარდა იმ პირებისა, რომელთა წლიური შემოსავალი არის 40 000 ლარი და მეტი,

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის მოსარგებლეს, რომელიც თავისი ან მისი კანონიერი წარმომადგენლების სურვილით იცვლის/ტოვებს სამედიცინო დაწესებულებას, მიუხედავად სამედიცინო პერსონალის გაფრთხილებისა (რაც დადასტურებული უნდა იყოს პაციენტის ან მისი კანონიერი წარმომადგენლის ხელმოწერით), მეორე დაწესებულებაში მკურნალობის გაგრძელება ან რეჰაბილიტაცია სამინისტროს ქვეპროგრამის ფარგლებში არ დაუფინანსდება.

საქართველოს მოქალაქეები, რომლებიც 2017 წლის 01 იანვრის მდგომარეობით უწყვეტად არიან რეგისტრირებულნი აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე და საჭიროებენ ღვიძლის ტრანსპლანტაციის ჩატარებას (საქართველოს სამკურნალო პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში) დაფინანსდებიან ერთჯერადად 50 000 ლარის ფარგლებში. წლის განმავლობაში ღვიძლის ტრანსპლანტაციის ხარჯები დაუფინანსდება 5 პაციენტს რიგითობისა და მოცდის პრინციპის გათვალისწინებით ქირურგ-ტრანსპლანტოლოგის მიერ წარმოდგენილი დასკვნის შესაბამისად

ქვეპროგრამის მოცულობით არ დაფინანსდება

ქვეპროგრამის მოცულობით არ დაფინანსდება:

- ა) სამედიცინო ჩვენებისა და ექიმის დანიშნულების გარეშე სამედიცინო მომსახურება; თვითმკურნალობა; ამბულატორიული მკურნალობისათვის მედიკამენტების ხარჯები;
- ბ) საზღვარგარეთ გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები;
- გ) სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა;
- დ) ესთეტიკური ქირურგია, კოსმეტიკური მიზნით ჩატარებული სამედიცინო მომსახურება;
- ე.) ნებისმიერი სახის გენეტიკური კვლევა, მეტაბოლური დარღვევების სკრინინგი და ამბულატორიულად ჩატარებული სისხლის, შარდის, განავლის ნებისმიერი სახის კლინიკო-დიაგნოსტიკური და ბაქტერიოლოგიური კვლევები.

ვ) სექსუალური დარღვევების, უშვილობის მკურნალობის (მათ შორის ხელოვნური განაყოფიერების) ხარჯები;

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

თ) თუ სამედიცინო მომსახურების საჭიროება დადგა თვითდაშავების, კრიმინალურ აქტებში მონაწილეობის ან ექიმის დანიშნულების გარეშე მოხმარებული ნარკოტიკული და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ზემოქმედების შედეგად, ასევე ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები.

ი) ორგანოთა ტრანსპლანტაციის ხარჯები; (გარდა საქართველოს სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში ჩატარებული ღვიძლის ტრანსპლანტაციის დაფინანსებისა);

კ) პირები, რომელთა წლიური შემოსავალი არის 40 000 ლარი და მეტი, გარდა საპენსიო ასაკის პირებისა, ასევე არ დაფინანსდება წლიური 40 000 ლარზე ნაკლები და თვიური 1000 ლარი და მეტი შემოსავლის მქონე პირები გარდა ღვიძლის ტრანსპლანტაციისა.

ლ) უკვე ჩატარებული სამედიცინო მომსახურება (პაციენტის სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ);

მ) მოქმედი ადგილობრივი პროგრამებით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურება გარდა ამბულატორიული მაღალტექნოლოგიური დიაგნოსტიკური კვლევის ქვეპროგრამით განსაზღვრული მომსახურებისა;

ნ) სამედიცინო პროგრამებით გათვალისწინებული თანაგადახდა მოსარგებლის მხრიდან.