

1. S06 თავის ტვინის შერყევა, ყველა შემთხვევაში გაუმართებელია „კომპიუტერული ტომოგრაფიის“ მოთხოვნა

“თავის ტვინის დახურული მცირე ტრავმის (ტვინის შერყევის) დიაგნოსტიკისა და მართვის” ეროვნული გაიდალინის მიხედვით კომპიუტერული ტომოგრაფია (კტ) – თავის მწვავე ტრავმების მართვაში არჩევის თვალსაზრისით პირველი რიგის გამოკვლევად არის მიჩნეული, ვინაიდან იგი არის ყველაზე სწრაფი და სენსიტიური ტესტი ინტრაკრანიალური ჰემორაგიების (განსაკუთრებით სუბარაქნოიდული ჰემორაგიის) აღმოსაჩენად. მცირე ტრავმების დროს ჰემორაგიის აღმოსაჩენად კტ უნდა ჩატარდეს ტრავმიდან მინიმუმ 2 საათის შემდეგ.

თუ კტ-სკანირება არ არის ხელმისაწვდომი, მრტ ითვლება მისაღებ არჩევანად გონების კარგვით მიმდინარე მცირე დახურული თავის ტრავმის შეფასებაში.

ქალას რენტგენოგრაფია – ბოლო პერიოდში გამოიყენება მხოლოდ შეზღუდულ სიტუაციებში. იგი მისაღები არჩევანია იმ შემთხვევებში, როდესაც კტ-სკანირება არ არის ხელმისაწვდომი; როდესაც ეჭვია ქალას დეპრესიულ მოტეხილობაზე პაციენტებში რბილი ქსოვილების ვრცელი ჰემატომით, რის გამოც რთულდება პალპაცია ქალას დეპრესიული მოტეხილობის აღმოსაჩენად;

მინიმალური ტრავმის მართვის რეკომენდაციების მიხედვით, თუ გადაუდებელი დახმარების ერთეულში შესული პაციენტის მდგომარეობა 1-2 სთის განმავლობაში სტაბილურია ის ეწერება ბინაზე ყოველგვარი რადიოლოგიური კვლევის გარეშე და დაკვირვება გრძელდება ბინაზე.

თუკი განვითარდა რომელიმე მდგომარეობა (მაგ. მზარდი თავის ტკივილი, ხშირი ლებინება, აგზნება/მილიანობა და ა.შ) საჭიროა თავის ტვინის კტ-ბავშვთა ნევროლოგის/ნევროლოგის, საჭიროებისას, ნეიროქირურგის კონსულტაცია;

მინიმალური ტრავმის დროს, კტ კვლევის ჩატარება და სტაციონირება (12-48 სთში) საჭიროა, როდესაც სახეზეა ექსტრაკრანიალური დაზიანებები, რომლებიც მოითხოვენ პიტალიზაციას ან სხვ. ხოლო მსუბუქი და საშუალო დახურული თავის ტრავმის დროს, როცა საჭიროა სტაციონარში მოთავსება, აუცილებელია კტ კვლევა.

პროგრამაში აღნიშნული კოდი მიეკუთვნება გადაუდებელ სტაციონარულ მომსახურებას. გაიდალინის შესაბამისად, სტაციონარულ შემთხვევას აუცილებლად სჭირდება კტ კვლევა. თუ კტ კვლევა ვერ ხერხდება, თავის ტვინის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია (მრტ) ან თავის ქალას რენტგენოგრაფია (2 პროექცია).

2. განმარტებას საჭიროებს R10 მუცლისა და მენჯის ტკივილი (ძლიერი ტკივილი, რომელიც საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას (იმ შემთხვევაში, როდესაც ჩატარებული კვლევების საფუძველზე საჭიროა რეფერალი პროფილურ კლინიკაში)

T9000013 – R10 : დადგენილების დანართში აღნიშნული კოდის გასწვრივ განმარტება ფორმულირდება შემდეგნაირად: „მუცლისა და მენჯის ტკივილი (ძლიერი ტკივილი, რომელიც საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას)(იმ შემთხვევებში, როდესაც ჩატარებული კვლევების საფუძველზე საჭიროა რეფერალი პროფილურ კლინიკაში)“-- რაც არ გულისხმობს სტაციონარული მკურნალობისთვის ამ ხელოვნური კოდის გამოყენების აკრძალვას. მეტიც, აღნიშნულ კოდს მიენიჭა დამატებითი ფუნქცია - გამოყენებულ იქნას რეფერალისთვისაც იმ შემთხვევაშიც, როცა პაიენტის დაყოვნება < 24 საათზე ან გადააჭარბა 24 საათს.

3. კორონაროგრაფიისთვის განკუთვნილი თანხა გაჭირვებით ფარავს ამ პროცედურის ხარჯებს, როგორ უნდა მოიქცნენ, როდესაც საქმე ეხება პაციენტს მიოკარდიუმის ინფარქტით, რომელსაც პროცედურის შემდგომ სჭირდება ჰოსპიტალური მკურნალობის გაგრძელება, საიდან უნდა დაიფაროს დამატებითი საწოლდღეების ხარჯი?

მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი მიეკუთვნება I დონის ინტენსიური მკურნალობა/მოვლის კოდებს, შესაბამისად, კორონაროგრაფიის შემდგომ დღეებში, მისი სტაციონარული მკურნალობა გაგრძელდება ინტენსიურის კოდით.

4. პაციენტის „არჩევანის“ დაშვება ექიმზე, VIP ოთახზე და ასევე სამედიცინო დანიშნულების საგნებზე?

„საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის“ 22-ე მუხლის მე-5 პუნქტის შესაბამისად, მიმწოდებლის მიერ წარმოდგენილი ტარიფი ითვალისწინებს პროგრამული შემთხვევის დასაწყისიდან მის დასრულებამდე სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტისთვის აღმოჩენილ ყველა სამედიცინო აუცილებლობით განპირობებულ ჩარევას, მათ შორის, გაუტკივარების, გამოყენებული მედიკამენტების, სხვა სამკურნალო თუ სახარჯი მასალისა და ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევების ღირებულებას, პოსტანესთეზიური მოვლისა და ინტენსიური მკურნალობა/მოვლის განყოფილებაში პაციენტის დაყოვნების გათვალისწინებით, როდესაც პაციენტები იმყოფებიან ერთი ან მეტი სასიცოცხლო ფუნქციის უკმარისობის განვითარების რისკის ქვეშ, აღენიშნებათ სტაბილური ჰემოდინამიკა და რესპირაცია, თუმცა ვიტალური ფუნქციების მოსალოდნელი გაუარესების გამო, საჭიროებენ მუდმივ ინტენსიურ მეთვალყურეობას და ფარმაკოლოგიურ ან/და მინიმალურ აპარატურულ მხარდაჭერას.

ამდენად, ტარიფი არ ითვალისწინებს იმ მომსახურების ხარჯებს, რომლებიც სამედიცინო აუცილებლობით არ არის განპირობებული (მ.შ. VIP ოთახი, კონკრეტული ექიმის არჩევა და სხვ)და შესაბამისად, ეს მომსახურებები პროგრამის ფარგლებში არ ანაზღაურდება. ჯანდაცვის კანონის მე-60 მუხლის თანახმად, პაციენტისათვის სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამის ფარგლების ზევით სამედიცინო მომსახურების გაწევისას სამედიცინო დაწესებულებასა და პაციენტს შორის დადგენილი

წესით ფორმდება ხელშეკრულება, რომელშიც ასახულია გასაწევი სამედიცინო მომსახურების და შესაბამისი ანაზღაურების პირობები და ოდენობა.

ხოლო სამედიცინო დანიშნულების საგნები (მწარმოებლის მიუხედავად) ტარიფის შემადგენელი ნაწილია. ამდენად მასზე დამატებითი გადახდის დაწესება პროგრამის მოსაგრებლებისათვის ეწინააღმდეგება „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის“ პირობებს.

იხილეთ ქვემოთ ამონარიდი მოკმედი კანონმდებლობიდან, რომელიც უდევს საფუძვლად ზემოაღნიშნულ განმარტებას:

1. საქართველოს კონსტიტუცია:

სახელმწიფო ზრუნავს ადამიანის ჯანმრთელობისა და სოციალურ დაცვაზე (მუხლი 5)
მოქალაქის უფლება ხელმისაწვდომ და ხარისხიან ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურებაზე უზრუნველყოფილია კანონით. (მუხლი 28)

სახელმწიფო აკონტროლებს ჯანმრთელობის დაცვის ყველა დაწესებულებას და სამედიცინო მომსახურების ხარისხს, არეგულირებს ფარმაცევტულ წარმოებას და ფარმაცევტული საშუალებების მიმოქცევას. (მუხლი 28)

2. პაციენტის უფლებების შესახებ კანონი

პაციენტს უფლება აქვს აირჩიოს და ნებისმიერ დროს შეიცვალოს სამედიცინო მომსახურების გამწევი. (მუხლი 8)

3. ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ კანონი

მუხლი 4. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში სახელმწიფო პოლიტიკის პრინციპებია:

- ა) მოსახლეობისათვის სამედიცინო დახმარების საყოველთაო და თანაბარი ხელმისაწვდომობა სახელმწიფოს ნაკისრი სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამებით გათვალისწინებული ვალდებულების ფარგლებში;
- ბ) ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში ადამიანის უფლებათა და თავისუფლებათა დაცვა, პაციენტის პატივის, ღირსებისა და მისი ავტონომიის აღიარება;
- ი) სახელმწიფოს პასუხისმგებლობა სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობასა და ხარისხზე;
- კ) სახელმწიფოს მიერ პროგრამული და მიზნობრივ-პროგრამული წესით ჯანმრთელობის დაცვის დაფინანსება;

მუხლი 5

საქართველოს მოქალაქესა და საქართველოში სტატუსის მქონე მოქალაქეობის არმქონე პირს უფლება აქვთ, ისარგებლონ დადგენილი წესით დამტკიცებული ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამებით გათვალისწინებული სამედიცინო დახმარებით, რასაც განახორციელებს სათანადო სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტი.

მუხლი 14

პაციენტს აქვს უფლება აირჩიოს ან შეიცვალოს სამედიცინო პერსონალი და, ან სამედიცინო დაწესებულება

ბა სადაზღვევო ხელშეკრულების პირობების გათვალისწინებით. ხელშეკრულება უნდა იძლეოდეს არჩევანის შესაძლებლობას.

მუხლი 16

1. ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს სახელმწიფო მართვის მექანიზმებია:

ა) სამედიცინო დახმარების ხარისხის კონტროლი;

ბ) პაციენტსა და სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს შორის ურთიერთობის სამართლებრივი უზრუნველყოფა;

გ) სამედიცინო პროგრამების შემუშავება და განხორციელება;

მუხლი 21

სამედიცინო საქმიანობის სამართალსუბიექტს, რომელიც დადგენილი წესით მონაწილეობს

ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო

პროგრამაში, შესრულებული სამუშაო უნაზღაურდება საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად დამტკიცებული ანაზღაურებისა და დაფინანსების წესების მიხედვით.

მუხლი 60

1. პაციენტისათვის სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამის ფარგლებში ზევით სამედიცინო მომსახურების გაწევისას სამედიცინო დაწესებულებასა და პაციენტს შორის დადგენილი წესით ფორმდება ხელშეკრულება, რომელშიც ასახულია გასაწევი სამედიცინო მომსახურების და შესაბამისი ანაზღაურების პირობები და ოდენობა.

4. საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა (მუხლი 22.)

მუხლი 20, პუნქტი 5

ვ) პროგრამის განმახორციელებელს და პროგრამის/ვაუჩერის მოსარგებლეს პროგრამულ მომსახურებაში არ გადაახდევინოს სხვა გადასახადი ან დამატებითი თანხა, გარდა ამ დადგენილებით განსაზღვრულისა;

მუხლი 22.

5. მიმწოდებლის მიერ ამ მუხლის მე-4 პუნქტით გათვალისწინებული წესით წარდგენილი ტარიფი უნდა ითვალისწინებდეს პროგრამული შემთხვევის დასაწყისიდან მის დასრულებამდე სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტისთვის აღმოჩენილ

ყველა სამედიცინო აუცილებლობით განპირობებულ ჩარევას, მათ შორის, გაუტკივარების, გამოყენებული მედიკამენტების, სხვა სამკურნალო თუ სახარჯი მასალისა და ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევების ღირებულებას, პოსტანესთეზიური მოვლისა და ინტენსიური მკურნალობის/მოვლის განყოფილებაში პაციენტის დაყოვნების გათვალისწინებით, როდესაც პაციენტები იმყოფებიან ერთი ან მეტი სასიცოცხლო ფუნქციის უკმარისობის განვითარების რისკის ქვეშ და ვიტალური ფუნქციების მოსალოდნელი გაუარესების გამო საჭიროებენ მუდმივ ინტენსიურ მეთვალყურეობასა და ფარმაკოლოგიურ ან/და მინიმალურ აპარატურულ მხარდაჭერას.

5. ბარიატრიის პრობლემა

ბოლო წლების განმავლობაში „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში შეინიშნებოდა კუჭზე ბარიატრიული (მაღალი ხარისხის სიმსუქნის გამო) ოპერაციების რაოდენობისა და ხარჯის ზრდის მზარდი დინამიკა, რაც განპირობებული იყო მიმწოდებელთა დიდი ნაწილის მიერ აღნიშნული სერვისის განვითარებით. საერთაშორისო გამოცდილება და მაღალი ხარისხის მეცნიერული მტკიცებულებები

მიუთითებს (ასახულია დიდი ბრიტანეთის ჯანმრთელობის და საუკეთესო კლინიკური პრაქტიკის ცენტრის გაიდლაინში, National Center for Health and Clinical Excellence), რომ ამ ტიპის ოპერაციების ჩატარებაზე გადაწყვეტილების მიღება ხდება შერჩეული დიეტისა და ხანგრძლივი დაკვირვების შემდეგ მხოლოდ მულტიდისციპლინური ჯგუფის გადაწყვეტილების საფუძველზე (მესამე საფეხური), სხეულის მასის ინდექსის და თანმხლები დაავადებების გათვალისწინებით. ჩვენს ქვეყანაში ბარიატრიული ქირურგიის გამოყენების სწრაფი ზრდა შესაძლოა, მიუთითებდეს ამ ინტერვენციის გამოყენებაზე კლინიკური აუცილებლობის გარდა სხვა შემთხვევებშიც.

აღნიშნულ მომსახურებაზე ცვლილების განხორციელებამდე გაცემული საგარანტიო ფურცელი ვალიდურია ვადის ამოწურვამდე.

ზემოაღნიშნული ოპერაციების დაფინანსების საკითხი შესაძლებელია განხილული იქნას „რეფერალური მომსახურების“ ფარგლებში შესაბამისი სამედიცინო დახმარების გაწევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღების მიზნით შექმნილი კომისიის მიერ, რომელიც სათანადო მონაცემების ანალიზის შემდეგ, განიხილავს მაძიებლისათვის დაფინანსების გაცემის შესაძლებლობას და განსაზღვრავს დაფინანსების მიზანშეწონილობას.

6. ერთი შემთხვევის ფარგლებში ჩატარებული განმეორებითი კარდიოქირურგიული ჩარევა ანაზღაურდება 50%-ით?

თუ ერთი შემთხვევის ფარგლებში განმეორებით ხორციელდება იგივე ქირურგიული ჩარევა, დამატებითი თანხით ანაზღაურება არ განხორციელდება საყოველთაო ჯან. დაცვის პროგრამით. თუ საუბარის განსხვავებულ ოპერაციულ ჩარევაზე, დადგენილების შესაბამისად დაფინანსდება 50 %-ით.

7. 36-ზე დადგენილების პირობებით, ე.წ. მიზნობრივი პაკეტის მოსარგებლეებისთვის გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება ანაზღაურდება ფაქტობრივი ხარჯის მიხედვით, არაუმეტეს დაწესებულების მიერ წარდგენილი ტარიფისა (მუხლი 22. პუნქტი 7). 520 დადგენილებით ყველა სხვა პაკეტის და კომპონენტის ფარგლებში კარდიოქირურგიული მომსახურება ანაზღაურდება სახელმწიფო ტარიფებით მიუხედავად ფაქტობრივი ხარჯისა. ამ პირობებიდან გამომდინარე, როგორ მოხდება „მიზნობრივი პაკეტის“ მოსარგებლეების გადაუდებელი კარდიოქირურგიული ოპერაციების ანაზღაურება თუ ფაქტობრივი ხარჯი იქნება ტარიფზე ნაკლები?

გამომდინარე იქიდან, რომ კარდიოქირურგიული ოპერაციები#520 დადგენილებით ნაზღაურდება ტარიფით (და არა კლინიკის შიგა სტანდარტით), მნიშვნელობა აღარ აქვს ფაქტიური ხარჯის ოდენობას, ანაზღაურდება განხორციელდება სახ. მიერ დადგენილი ტარიფით.

8. ცვლილების მიხედვით S6000053 ხელოვნურ კოდს დაემატა დაზუსტება. კერძოდ კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენების დროს გათვალისწინებულია ტრანსფუზიებიც. იმ შემთხვევაში, როდესაც ამ ნოზოლოგიის მართვისას ქირურგს არ აქვს ტრანსფუზიების წარმოების სუბსპეციალობა და ტრანსფუზიებს აწარმოებს რეანიმატოლოგი I დონის ინტენსიური ICD10 კოდით D62, ელექტრონული SetyobinebaSi S6000053 ხელოვნურ კოდთან ერთად უნდა აისახოს შემთხვევების ტექნიკურად ასახვასთან დაკავშირებით.

აღნიშნული კოდი არ გულისხმობს ჰემორტანსფუზიას კრიტიკული დონის ფარგლებში.