



საჯარო სამართლის იურიდიული პირი  
სოციალური მომსახურების სააგენტო  
**ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა**



KA030461610170415

№ 04-119/თ

23 / აპრილი / 2015 წ.

**„C ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე სახელმწიფო პროგრამის“ „C ჰეპატიტით დაავადებულ პირთა დიაგნოსტიკის“ კომპონენტის მიმწოდებელთა რეგისტრაციის განაცხადის ფორმის და რეგისტრაციის წესის დამტკიცების თაობაზე**

საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 20 აპრილის N169 დადგენილებით დამტკიცებული „C ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე სახელმწიფო პროგრამის“ (შემდგომში-პროგრამა) მე-3 მუხლის და მე-4 მუხლის პირველი პუნქტის გათვალისწინებით, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს 2015 წლის 23 აპრილის N01/28452 წერილის საფუძველზე, ამავე პროგრამის „C ჰეპატიტით დაავადებულ პირთა დიაგნოსტიკის“ (შემდგომში-კომპონენტი) კომპონენტით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა რეგისტრაციის მიზნით, საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 53-ე მუხლისა და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 ივნისის N190/ნ ბრძანებით დამტკიცებული „საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სოციალური მომსახურების სააგენტოს დებულების“ მე-4 მუხლის საფუძველზე,

**ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ე:**

**1. დამტკიცდეს:**

ა) „C ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე“ სახელმწიფო პროგრამის „C ჰეპატიტით დაავადებულ პირთა დიაგნოსტიკის“ კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის თაობაზე განაცხადის“ ფორმა (დანართი N1; შემდგომში ბრძანებასა და მის დანართებში - „განაცხადი“);

ბ) „C ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე“ სახელმწიფო პროგრამის „C ჰეპატიტით დაავადებულ პირთა დიაგნოსტიკის“ კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის ფორმის შევსებისა და წარდგენის წესი“ (დანართი N2; შემდგომში-„წესი“).

2. ქალაქ თბილისში კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველ პირთა ინფორმირება და დახმარება „განაცხადის“ ფორმის შევსებასთან დაკავშირებით, წარმოებს სააგენტოს ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დეპარტამენტში.

3. ქალაქ თბილისში, სათანადო წესით შევსებული, მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირის, უფლებამოსილი პირის ხელმოწერით და ბეჭდით დამოწმებული (არსებობის შემთხვევაში) „განაცხადის“ მიღება წარმოებს სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში.

4. სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულების (სოციალური მომსახურების სამხარეო ცენტრები, აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ფილიალი, რაიონული (საქალაქო) განყოფილება და სოციალური მომსახურების ცენტრები, გარდა ქ. თბილისის სოციალური მომსახურების ცენტრებისა) უფროსებს დაევალოთ:

ა) უზრუნველყონ კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირებისათვის წინამდებარე ბრძანებით დამტკიცებული „განაცხადის“ ფორმის და „წესის“ ხელმისაწვდომობა;

ბ) განსაზღვრონ/გამოყონ მათ დაქვემდებარებაში მყოფი თანამშრომელი, რომელიც უზრუნველყოფს კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირების ინფორმირებას და დახმარებას „განაცხადის“ ფორმის შევსებასთან დაკავშირებით;

გ) უზრუნველყონ კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირების მიერ სათანადო წესით შევსებული, მიმწოდებლის უფლებამოსილი პირის ხელმოწერით და ბეჭდით დამოწმებული „განაცხადების“ მიღების (განაცხადს თან უნდა დაერთოს მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირის ლიცენზიის/ნებართვის ქსეროასლები, კანონმდებლობით ასეთის არსებობის შემთხვევაში) და მათი აღრიცხვის (განაცხადის მიღების დღე) მიზნით, საჭირო ღონისძიებების გატარება;

დ) დაუყოვნებლივ (იმავე სამუშაო დღეს), უზრუნველყონ სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში (ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დეპარტამენტი) ამ პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად მიღებული და აღრიცხული „განაცხადის“ ელექტრონული სახით წარდგება, ელექტრონული მართვის სისტემის მეშვეობით, შესაბამისი წერილის საფუძველზე, „განაცხადის“ მიღებისთანავე;

ე) რაიონულმა (საქალაქო) განყოფილებებმა და სოციალური მომსახურების ცენტრებმა (გარდა თბილისისა) – „განაცხადის“ ორიგინალის შესაბამისი სოციალური მომსახურების სამხარეო ცენტრისათვის/ფილიალისათვის გადაცემა შესაძლო პერიოდულობით, მაგრამ აღრიცხვიდან არაუგვიანეს ერთი თვის ვადაში.

5. სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულებში შესული „განაცხადის“ ფორმები, თანდართულ დოკუმენტებთან ერთად, თავს იყრის შესაბამის სოციალური მომსახურების სამხარეო ცენტრებში ან აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ფილიალში. სააგენტოს რაიონული (საქალაქო) განყოფილებები და სოციალური მომსახურების ცენტრები (გარდა ქ. თბილისისა) მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირის მიერ შემოტანილი „განაცხადების“ (თანდართულ ყველა დოკუმენტთან ერთად) ფორმებს (ორიგინალი), ამ „განაცხადის“ მიღებიდან არაუგვიანეს ერთი თვის ვადაში, უგზავნის შესაბამის სოციალური მომსახურების სამხარეო ცენტრს ან აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ფილიალს.

6. გათვალისწინებული იქნეს, რომ მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირის მიერ „განაცხადის“ შევსებასა და წარმოდგენასთან ერთად, „განაცხადს“ უნდა ერთოდეს სათანადო ლიცენზიის/ნებართვის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი (კანონმდებლობით ასეთის არსებობის შემთხვევაში) და მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობისათვის სავალდებულო შეტყობინებების რეესტრში რეგისტრაციის შესახებ ინფორმაცია (სსიპ-სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოში შესაბამისი შეტყობინების გაკეთებისა და ამ შეტყობინების შესახებ დადასტურებული ინფორმაცია), აგრეთვე დადგენილების N1 დანართის (სერვისების მიმწოდებლის პირობები) 4.2.3 პუნქტით გათვალისწინებული დოკუმენტები.

7. სააგენტოს ადმინისტრაციულმა დეპარტამენტმა (გ. გოგოლაძე), საჯარო გაცნობის მიზნით, უზრუნველყოს წინამდებარე ბრძანების და მისი დანართების განთავსება სააგენტოს ვებ-გვერდზე ([www.ssa.gov.ge](http://www.ssa.gov.ge)).

8. ბრძანების შესრულების კოორდინაცია დაევალოს სააგენტოს ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დეპარტამენტის უფროსს (კახაბერ ჩხარტიშვილს).

9. ბრძანება ძალაშია ხელმოწერის დღიდან.

სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს  
დირექტორი, საქართველოს შრომის,  
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის  
მინისტრის მოადგილე

ზაზა სოფრომაძე



„C ჰეპატიტის მართვის პირველი ეტაპის ღონისძიებების უზრუნველყოფის თაობაზე“  
სახელმწიფო პროგრამის „C ჰეპატიტით დაავადებულ პირთა დიაგნოსტიკის“  
კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად  
რეგისტრაციის თაობაზე

(ფორმა ივსება დადგენილი წესის შესაბამისად)

სამედიცინო დაწესებულების რეკვიზიტები

მითითებული მონაცემები გამოყენებული იქნება პროგრამის ფარგლებში  
ოფიციალური ურთიერთობებისათვის

დაწესებულების სრული დასახელება

საიდენტიფიკაციო კოდი:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

იურიდიული მისამართი

ქალაქი/მუნიციპალიტეტი:	მისამართი:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ფაქტობრივი (მომსახურების მიწოდების)  
მისამართი

ქალაქი/მუნიციპალიტეტი:	მისამართი:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

საკონტაქტო ტელეფონის ნომრები

ელექტრონული ფოსტა

საბანკო რეკვიზიტები

საბანკო დაწესებულების დასახელება:

ბანკის კოდი:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ანგარიშის ნომერი:

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი

სახელი, გვარი:	პირადი ნომერი <input type="text"/>
----------------	---------------------------------------

პირადი ტელეფონის ნომერი (მობილური)	<input type="text"/>
------------------------------------	----------------------

პირადი ელექტრონული ფოსტა	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი)

ხელმოწერა



სამედიცინოდაწესებულების ხელმძღვანელი

• ვადასტურებთ განაცხადში დაფიქსირებული მონაცემების სისწორეს, მათ შორის, აღნიშნული პროგრამის კომპონენტის/ქვეკომპონენტის ფარგლებში, შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სურვილს და გამოვთქვამთ მზადყოფნას, შევასრულოთ საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით, მათ შორის, აღნიშნული სახელმწიფო პროგრამით და სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტოს ინდივიდუალურ – სამართლებრივი აქტ(ებ)ით გათვალისწინებული შესაბამისი ვალდებულებები.

• სრულად ვიცნობთ პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობას, მისი ადმინისტრირების პირობებს, ვაკმაყოფილებთ შესაბამისი საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს და ვიღებთ პასუხისმგებლობას, როგორც მიმწოდებელი, პროგრამით ნაკისრი ვალდებულებების სრულ და ჯეროვან შესრულებაზე, რასაც გავცანით და ორგანიზაციის სახელით, ვადასტურებთ განაცხადზე ხელმოწერით.

ხელმოწერა

სამედიცინოდაწე  
სებულებისზე  
დი

შენიშვნა:

\*დაუშვებელია განაცხადის დამოწმება ფაქსიმილიის (ფოტომექანიკური წესით) გამოყენებით.

**ინფორაცია შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზიის/ნებართვის შესახებ**

*(ივსება შესაბამისი საქმიანობის ლიცენზიის/ნებართვის საჭიროების, აგრეთვე, იმ პროგრამებში მონაწილეობის შემთხვევაში, რომელთა მომსახურების მოცულობა და დამატებითი პირობები ითვალსწინებს საქმიანობებს, როდესაც სავალდებულოა დამატებითი სანებართვო პირობების დაკმაყოფილება ან მაღალი რისკის შემცველი საქმიანობების შესახებ სავალდებულო შეტყობინებათა რეესტრში რეგისტრაცია)*

N	ლიცენზიის ( ნებართვის) დასახელება	ლიცენზიის (ნებართვის) ნომერი
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

ხელმოწერა



**„C ჰეპატიტის მართვის“ სახელმწიფო პროგრამის „დიაგნოსტიკის კომპონენტით“  
გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად  
რეგისტრაციის განაცხადის ფორმის  
შევსებისა და წარდგენის წესი**

1. „C ჰეპატიტის მართვის“ სახელმწიფო პროგრამის (შემდგომში-პროგრამა) „დიაგნოსტიკის კომპონენტით“ (შემდგომში-კომპონენტი) გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის ფორმის (შემდგომში-განაცხადი) ამ წესის შესაბამისად შევსება წარმოადგენს აღნიშნული პროგრამის განმახორციელებელსა (სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტო-შემდგომში სააგენტო) და მიმწოდებელს შორის შეთანხმებას, პროგრამით და მისი რეალიზაციის დამატებითი პირობებით (არსებობის შემთხვევაში) განსაზღვრული ვალდებულებების შესრულებაზე, კერძოდ, „განაცხადის“ რეგისტრაციის საფუძველზე, მიმწოდებელი კისრულობს სააგენტოს წინაშე პასუხისმგებლობას, კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებთან ერთად, სრულად შეასრულოს პროგრამით/კომპონენტით/ქვეკომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების მოცულობა და პროგრამით დადგენილი სხვა მოთხოვნები.

2. ამ წესის პირველი პუნქტის გათვალისწინებით, კომპონენტით განსაზღვრული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველ პირს მოეთხოვება:

ა) აკმაყოფილებდეს შესაბამისი სამედიცინო საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს (ფლობდეს ლიცენზიას/ნებართვას, აკმაყოფილებდეს დამატებით სანებართვო პირობებს საქმიანობების შესაბამისად, კანონმდებლობით გათვალისწინებულ შემთხვევებში, უნდა ჰქონდეს მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის სავალდებულო შეტყობინებების რეესტრში რეგისტრაცია) და პროგრამის N1 დანართით დადგენილ პირობებს;

ბ) ყურადღებით გაეცნოს პროგრამას, მისი ადმინისტრირების, მათ შორის, ზედამხედველობის პირობებს, პროგრამის ფარგლებში საკუთარ უფლებებსა და ვალდებულებებს, „განაცხადის“ ფორმას, წინამდებარე „წესსა“ და პროგრამის განმახორციელებლის მიერ პროგრამის ადმინისტრირების მიზნებისათვის გამოცემულ ადმინისტრაციულ-სამართლებრივ აქტებს (არსებობის შემთხვევაში).

3. „განაცხადის“ ფორმა მოიცავს:

ა) მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირის რეკვიზიტებს (დასახელება, საიდენტიფიკაციო კოდი, იურიდიული და ფაქტობრივი მისამართი, საკონტაქტო

ტელეფონი, ელექტრონული ფოსტა, საბანკო რეკვიზიტები), კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების მიწოდების უფლების დადასტურებას და ნებას;

ბ) მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირის ინფორმაციას ლიცენზიის/ნებართვის შესახებ. პირი ვალდებულია, „განაცხადის“ შესაბამის ნაწილში (გვერდზე) პირადად გააკეთოს ასევე ჩანაწერი იმ საქმიანობებზე, რომლებშიც აკმაყოფილებს დამატებით სანებართვო პირობებს ან მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს (სავალდებულო შეტყობინებების რეესტრში რეგისტრაცია). ლიცენზიის/ნებართვის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლები ან მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობისათვის სავალდებულო შეტყობინებების რეესტრში რეგისტრაციის შესახებ ინფორმაცია (სსიპ – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოში შესაბამისი შეტყობინების გაკეთებისა და ამ შეტყობინების მიღების შესახებ დადასტურებული ინფორმაცია), ასეთის არსებობის შემთხვევაში, თან უნდა დაერთოს „განაცხადს“.

გ) აღნიშნას იმ კვლევებზე, რომელსაც მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირი განახორციელებს ქვეკონტრაქტორების მეშვეობით, ამ წესის მე-7 პუნქტით დადგენილი პირობების დაცვით.

4. განაცხადის შევსებისას, სავალდებულოა, თითოეულ გვერდზე არსებული ყველა ველის შევსება, გარკვევით და სრულად (ჩასწორების გარეშე), წინააღმდეგ შემთხვევაში, განაცხადი არ მიიღება.

5. მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირის მიერ „განაცხადში“ წარმოდგენილი რეკვიზიტები შემდგომში გამოყენებული იქნება მასთან პროგრამის ფარგლებში ოფიციალური ურთიერთობებისთვის, ხოლო „განაცხადში“ წარმოდგენილი საბანკო რეკვიზიტები – პროგრამის ფარგლებში მიმწოდებელთან ანგარიშსწორებისთვის.

6. თუ მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირი განმახორციელებელს სთავაზობს მომსახურებას დაქვემდებარებული ორგანიზაციული ერთეულ(ებ)ის (ფილიალი, შვილობილი საწარმო ან სხვა) მეშვეობით, იურიდიული მისამართისაგან განსხვავებულ ტერიტორიაზე, განაცხადი წარდგენილ უნდა იქნეს ცალ-ცალკე, მათი ადგილმდებარეობის გათვალისწინებით. აღნიშნული პირობა არ ვრცელდება თბილისის მასშტაბით განსახორციელებელ მომსახურებაზე.

7. იმ კვლევებზე, რომელსაც მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირი განახორციელებს ქვეკონტრაქტორების მეშვეობით, სავალდებულოდ უნდა იქნეს წარმოდგენილი შესაბამის მიმწოდებელთან გაფორმებული ხელშეკრულებების ასლი, ასევე ქვეკონტრაქტორების მიერ კანონმდებლობით და პროგრამით დადგენილი მოთხოვნების/პირობების დაკმაყოფილების დამადასტურებელი დოკუმენტაცია.

8. განაცხადის რეგისტრაციის პროცესის ოპერატიულობისა და მიმწოდებელთათვის ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირი უფლებამოსილია, „განაცხადი“

წარადგინოს სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში (ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დეპარტამენტი) ან ნებისმიერ ტერიტორიულ ერთეულში.

9. პირი პასუხისმგებელია განაცხადში აღნიშნული, მათ შორის, ლიცენზია/ნებართვებთან და/ან ქვეკონტრაქტორებთან დაკავშირებული ინფორმაციის სისწორეზე.

10. შეცდომებით ან/და კორექტირებული (გადახაზული) მონაცემებით შევსებული „განაცხადი“ არ მიიღება.

11. სავალდებულოა, „განაცხადის“ ყველა გვერდი დამოწმდეს უფლებამოსილი პირის ხელმოწერით და ბეჭდით (ასეთის აუცილებლობისა და არსებობის შემთხვევაში).

12. მიმწოდებელმა იურიდიულმა პირმა დაუყოვნებლივ, წერილობით უნდა აცნობოს სააგენტოს პირადი ან ქვეკონტრაქტორ(ებ)ის რეკვიზიტების (მათ შორის, საბანკო) ცვლილების, რეორგანიზაციის ან ლიკვიდაციის პროცესის დაწყების, აგრეთვე, პროგრამის ფარგლებში მომსახურების გაწევასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ცვლილების შესახებ.

13. პირს მიმწოდებლის სტატუსი მიენიჭება განაცხადის რეგისტრაციის დღიდან, პროგრამის მოქმედების ფარგლებში, თუ განმახორციელებლის ინდივიდუალურ-სამართლებრივი აქტით სხვა რამ არ არის დადგენილი.

14. ტერიტორიული ერთეულები ვალდებული არიან, „განაცხადის“ წარმომდგენ პირს მიაწოდონ ცხელი ხაზის ტელეფონის ნომერი – **1505** „პროგრამასთან“ დაკავშირებით და მათთვის საჭირო ინფორმაციის მიღების მიზნით.

15. მიმწოდებელი პირადად არის პასუხისმგებელი საქართველოს კანონმდებლობის და პროგრამის ფარგლებში ნაკისრი ვალდებულებების შესრულებისათვის, მათ შორის, ამ პროგრამის ფარგლებში ქვეკონტრაქტორების საქმიანობაზე.