

საჯარო სამართლის იურიდიული პირი

სოციალური მომსახურების სააგენტო

**ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა**

№ 04-160/ო

20 / მარტი / 2012 წ.

**2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერული პროგრამებით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებელთა რეგისტრაციასთან დაკავშირებული ღონისძიებებისა და გარდამავალ პერიოდში ამ კუთხით დასარეგულირებელი ზოგიერთი საკითხის თაობაზე**

საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის N92 დადგენილებით დამტკიცებული „2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების“ მე-4 მუხლის მოთხოვნათა უზრუნველყოფისათვის, ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერული პროგრამებით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებელთა რეგისტრაციის პროცესის ორგანიზებული და კოორდინირებული წარმართვის მიზნით, და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 27 ივნისის N190/ნ ბრძანებით დამტკიცებული სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს დებულების მე-4 მუხლის საფუძველზე,

**ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ :**

1. დამტკიცდეს:

ა) 2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერული პროგრამებით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის თაობაზე განაცხადის ფორმა (დანართი N1; შემდგომში ტექსტში და წესში - „განაცხადი“);

ბ) 2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერული პროგრამებით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის თაობაზე განაცხადის ფორმის შევსებისა და წარდგენის წესი (დანართი N2; შემდგომში - „წესი“);

გ) ჯანმრთელობის დაცვის იმ ვაუჩერული პროგრამებით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის თაობაზე განაცხადის ფორმა (დანართი N3), რომლებიც არ არის გათვალისწინებული „2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის

სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის N92 დადგენილებით (შემდგომში ტექსტში და „წესში“ – „დადგენილება“) და რომლებზეც მოქმედებს „იმ სახელმწიფო პროგრამების/მათი ღონისძიებების/მოცულობების განსაზღვრის შესახებ, რომელთა განხორციელებაც, სახელმწიფოს მიერ 2011 წელს ნაკისრი ვალდებულებების შესასრულებლად, უწყვეტად გაგრძელდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემაში განსახორციელებელი 2012 წლის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცებამდე ან/და „სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ“ საქართველოს კანონის მოთხოვნათა შესრულებამდე, ან ვაუჩერის პირობების შესაბამისად, შესაბამისი მიმწოდებლების გამოვლენამდე“ საქართველოს მთავრობის 2011 წლის 27 დეკემბრის №492 დადგენილება.

2. სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულების (რეგიონალური საკოორდინაციო ცენტრები, აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ფილიალი, რაიონული (საქალაქო) განყოფილება და სოციალური მომსახურების ცენტრი) (ან ცენტრალური აპარატი) მიერ გათვალისწინებულ უნდა იქნეს, რომ მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირის მიერ „განაცხადის“ შევსებასთან და სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში (ან ცენტრალურ აპარატში) წარმოდგენასთან ერთად, „განაცხადს“ თან უნდა ერთვოდეს 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 მიღების შესახებ დადასტურებული ინფორმაცია) ასეთის არსებობის შემთხვევაში.

3. სააგენტოს საზოგადოებასთან ურთიერთობის სამმართველომ (ე. ალავიძე) საჯარო გაცნობის მიზნით, უზრუნველყოს წინამდებარე ბრძანებით დამტკიცებული განაცხადის ფორმების (დანართი N1 და დანართი N3), მისი შევსების სახელმძღვანელო წესის (დანართი N2), „დადგენილების“ განთავსება სააგენტოს ვებგვერდზე – [www.ssa.gov.ge](http://www.ssa.gov.ge).

4. სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულების (რეგიონალური საკოორდინაციო ცენტრები, აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ფილიალი, რაიონული (საქალაქო) განყოფილება და სოციალური მომსახურების ცენტრი) უფროსებს დაევალოთ:

ა) „დადგენილებით“ განსაზღვრულ ვაუჩერულ პროგრამებში მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირებისათვის წინამდებარე ბრძანებით დამტკიცებული „განაცხადის“ ფორმის და „წესის“ ხელმისაწვდომობა;

ბ) განსაზღვრონ/გამოყონ მათ დაქვემდებარებაში მყოფი სააგენტოს თანამშრომელ(ებ)ი, რომელიც უზრუნველყოფს „დადგენილებით“ განსაზღვრულ ვაუჩერულ პროგრამებში მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირების ინფორმირებას და დახმარებას „განაცხადის“ ფორმის შევსებასთან დაკავშირებით;

გ) „დადგენილებით“ განსაზღვრულ ვაუჩერულ პროგრამებში მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირების მიერ სათანადო წესით შევსებული, მიმწოდებლის უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული (არსებობის შემთხვევაში) „განაცხადების“ მიღების (განაცხადს თან უნდა დაერთოს მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირის ლიცენზიის/ნებართვის ქსეროასლები, საჭიროების შემთხვევაში) და მათი აღრიცხვის (განაცხადის მიღების დღე) მიზნით საჭირო ღონისძიებების გატარება;

დ) დაუყოვნებლივ (იმავე სამუშაო დღეს) უზრუნველყონ სააგენტოს ეკონომიკურ დეპარტამენტში ამ პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად მიღებული და აღრიცხული „განაცხადის“ (ამ ბრძანების მე-2 პუნქტით გათვალისწინებულ თანდართულ დოკუმენტებთან ერთად, ასეთის არსებობის შემთხვევაში) ელექტრონული სახით წარდგება, დოკუმენტბრუნვის ელექტრონული სისტემის (დეს) მეშვეობით, შესაბამისი წერილის საფუძველზე, „განაცხადის“ მიღებისთანავე. რაიონულმა (საქალაქო) განყოფილებებმა და სოციალური მომსახურების ცენტრებმა (გარდა თბილისისა) „განაცხადის“ ორიგინალის შესაბამისი რეგიონალური საკოორდინაციო ცენტრისათვის/ფილიალისათვის გადაცემა შესაძლო პერიოდულობით, მაგრამ აღრიცხვიდან არაუგვიანეს ერთი თვის ვადაში.

5. ქალაქ თბილისში, „დადგენილებით“ განსაზღვრულ ვაუჩერულ პროგრამებში მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველ პირთა ინფორმირება და დახმარება „განაცხადის“ ფორმის შევსებასთან დაკავშირებით, აგრეთვე, სათანადო წესით შევსებული, მიმწოდებლის უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული (არსებობის შემთხვევაში) „განაცხადის“ მიღება წარმოებს სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში და აღრიცხვას ახორციელოებს სააგენტოს ეკონომიკური დეპარტამენტი (ნ. ხომასურიძე).

6. აღნიშნული ბრძანება და ამ ბრძანების პირველი პუნქტის „ბ“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული „წესი“ (დანართი N2) გავრცელდეს ჯანმრთელობის დაცვის 2011 წლის იმ ვაუჩერული პროგრამების მიმწოდებელთა რეგისტრაციის პროცესზე, რომლებიც არ არის გათვალისწინებული „დადგენილებით“ და რომლებზეც ვრცელდება „იმ სახელმწიფო პროგრამების/მათი ღონისძიებების/მოცულობების განსაზღვრის შესახებ, რომელთა განხორციელებაც, სახელმწიფოს მიერ 2011 წელს ნაკისრი ვალდებულებების შესასრულებლად, უწყვეტად გაგრძელდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს

სისტემაში განსახორციელებელი 2012 წლის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცებამდე ან/და „სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ“ საქართველოს კანონის მოთხოვნათა შესრულებამდე, ან ვაუჩერის პირობების შესაბამისად, შესაბამისი მიმწოდებლების გამოვლენამდე“ საქართველოს მთავრობის 2011 წლის 27 დეკემბრის №492 დადგენილება, ასეთი პროგრამებით გათვალისწინებული მომსახურების მიწოდების მსურველი პირების მიერ ივსება N3 დანართით გათვალისწინებული „განაცხადის“ ფორმა.

7. კონტროლი ბრძანების შესრულებაზე დაევალოს დირექტორის მოადგილეს, მამუკა გელოვანს.

8. ბრძანება ძალაშია ხელმოწერის დღიდან.

სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტო,  
სსიპ – სოციალური მომსახურების სააგენტოს  
დირექტორის მოვალეობის შემსრულებელი

მამუკა გელოვანი



„2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“  
საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის N92 დადგენილებით განსაზღვრულ  
პროგრამაში (კომპონენტში) მომსახურების (საქონლის) მიმწოდებლად რეგისტრაციის თაობაზე

(ფორმა ივსება დადგენილი წესის შესაბამისად)

სამედიცინო დაწესებულების რეკვიზიტები

მიითითებული მონაცემები გამოყენებული იქნება პროგრამის ფარგლებში ოფიციალური ურთიერთობებისათვის

<b>დაწესებულების სრული დასახელება</b>		<b>საიდენტიფიკაციო კოდი:</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>იურიდიული მისამართი</b>			
ქალაქი/მუნიციპალიტეტი:		მისამართი:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>ფაქტიური (მომსახურების მიწოდების) მისამართი</b>			
ქალაქი/მუნიციპალიტეტი:		მისამართი:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>საკონტაქტო ტელეფონები</b>		<b>ელექტრონული ფოსტა</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>საბანკო რეკვიზიტები</b>			
საბანკო დაწესებულების დასახელება:			
<input type="text"/>			
ბანკის კოდი:		ანგარიშის ნომერი:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

ვადასტურებთ განაცხადში ჩემს მიერ დაფიქსირებული მონაცემების სისწორეს, მათ შორის სათანადო წესით აღნიშნული პროგრამ(ებ)ის (კომპონენტის) ფარგლებში შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სურვილს და გამოვთქვამთ მზადყოფნას შევასრულოთ საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით, მათ შორის „2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის N92 დადგენილებითა და სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს ინდივიდუალურ სამართლებრივი აქტით გათვალისწინებული შესაბამისი ვალდებულებები, რასაც გავცეცანი და ვადასტურებ ხელმოწერით.

<b>სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი</b>	
<b>სახელი, გვარი:</b>	<b>პირადი ნომერი:</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>პირადი ტელეფონის ნომერი (მობილური)</b>	<input type="text"/>
<b>პირადი ელექტრონული ფოსტა</b>	<input type="text"/>

ხელმოწერა

თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი)



წინამდებარე განაცხადებაზე ხელმოწერით ვადასტურებ, ორგანიზაციის სახელით, რომ სრულად ვიცნობთ შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამ(ებ)ით/კომპონენტ(ებ)ით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობას, ამ პროგრამ(ებ)ის/კომპონენტ(ებ)ის დამატებით პირობებს, ვაკმაყოფილებთ ასეთი საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს და ვიღებთ პასუხისმგებლობას, როგორც მიმწოდებელი, მონიშნული პროგრამ(ებ)ით/კომპონენტ(ებ)ით ნაკისრი ვალდებულებების სრულ და ჯეროვან შესრულებაზე.

<b>1.</b>	<b>ფსიქიკური ჯანმრთელობა</b>		
1.1	ბავშვთა და მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
1.2	პაციენტთა გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
1.3	ალკოჰოლის მიღებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სტაციონარული მომსახურება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
<b>2.</b>	<b>დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა</b>		
2.1.	ანტენატალური მეთვალყურეობა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
2.2	მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა მკურნალობა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
2.3	გენეტიკური პათოლოგიების ადრეული გამოვლენა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
<b>3</b>	<b>დიაბეტის მართვა</b>		
3.1	დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა მომსახურება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
3.2	სპეციალიზებული ამბულატორიული დახმარება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
<b>4</b>	<b>ნარკომანია</b>		
4.1	სტაციონარული დეტოქსიკაცია და პირველადი რეაბილიტაცია;	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
4.2	ჩანაცვლებითი თერაპიის განხორციელება და ჩანაცვლებელი ნარკოტიკის მიწოდების უზრუნველყოფა ქ. თბილისსა და რეგიონებში (კახეთი, იმერეთი, გურია, სამეგრელო-ზემოსვანეთი)	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
<b>5.</b>	<b>დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია</b>		
5.1	ჰემოდიალიზით უზრუნველყოფა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
5.2	პერიტონეული დიალიზით უზრუნველყოფა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
5.3	თირკმლის ტრანსპლანტაცია	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
<b>6.</b>	<b>ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა</b>		
6.1.	ინკურაბელურ პაციენტთა ამბულატორიული პალიატიური მზრუნველობა,	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
6.2.	ინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარულ პალიატიურ მოვლა და სიმპტომური მკურნალობა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
<b>7.</b>	<b>იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა</b>		
7.1	იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა სტაციონარული მომსახურება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
<b>8.</b>	<b>სასწრაფო გადაუდებელი დახმარება და სამედიცინო ტრანსპორტირება</b>		
8.1	რეფერალური დახმარება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა

ხელმოწერა



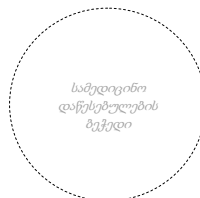
შენიშვნა:  
 "✓" ნიშნით მიეთითება ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამაში (კომპონენტში) მიმწოდებლად რეგისტრაციაზე თანხმობა ან უარი. შესაბამისი პასუხი უნდა მიეთითოს ყველა პროგრამის (კომპონენტის) გასწვრივ. არასრულად, შეცდომებით ან/და დაკორექტირებული (გადახაზული) მონაცემებით შევსებული ფორმა არ მიიღება.

## 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



## 2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერულ პროგრამებში მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის თაობაზე განაცხადის ფორმის შევსებისა და წარდგენის წესი

1. 2012 წლის ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერულ პროგრამებში მომსახურების მიმწოდებლად „განაცხადის“ რეგისტრაცია წარმოადგენს აღნიშნული პროგრამების განმახორციელებელსა და მიმწოდებელს შორის შეთანხმებას, საქართველოს მთავრობის 2012 წლის 15 მარტის N92 დადგენილებით, ამ დადგენილების საფუძველზე დამტკიცებული შესაბამისი ვაუჩერული პროგრამით და მისი დამატებითი პირობებით (არსებობის შემთხვევაში) განსაზღვრული ვალდებულებების შესრულებაზე, მათ შორის, ვაუჩერის ღირებულების ანაზღაურების შესახებ. „განაცხადის“ რეგისტრაციის საფუძველზე, მიმწოდებელი კისრულობს განმახორციელებლის წინაშე პასუხისმგებლობას, მითითებული დადგენილებითა და შესაბამისი პროგრამით დადგენილ სხვა მოთხოვნებთან ერთად, სრულად შეასრულოს პროგრამით/კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების მოცულობა და პროგრამის დამატებითი პირობებით დადგენილი მოთხოვნები.

2. ამ წესის პირველი პუნქტის გათვალისწინებით, ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერული პროგრამებით (შემდგომში – „პროგრამა“) განსაზღვრული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველ პირს მოეთხოვება:

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

ბ) გაეცნოს „განაცხადის“ ფორმას და წინამდებარე „წესს“.

3. „განაცხადის“ ფორმა მოიცავს:

ა) მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირის რეკვიზიტებს (დასახელება, საიდენტიფიკაციო კოდი, იურიდიული და ფაქტიური მისამართი, საკონტაქტო ტელეფონი, ელექტრონული ფოსტა, საბანკო რეკვიზიტები), „პროგრამებით“ (კომპონენტით) გათვალისწინებული მომსახურების მიწოდების უფლების დადასტურებას და ნებას;

ბ) „პროგრამების“ (კომპონენტების) ნუსხას, სადაც პირის მიერ აღინიშნება ის პროგრამ(ები)/კომპონენტ(ებ)ი, რომელშიც ფლობს საქმიანობის ლიცენზია/ნებართვას, მაღალი რისკის შემცველ სამედიცინო საქმიანობაზე გავლილი აქვს რეგისტრაცია სავალდებულო შეტყობინებების რეესტრში და სურს შესაბამის პროგრამაში მონაწილეობა;

გ) 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 დადასტურებელი 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 „განაცხადებს“.

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

5. მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირისმიერ „განაცხადში“ წარმოდგენილი რეკვიზიტები შემდგომში გამოყენებული იქნება მასთან ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში ოფიციალური ურთიერთობებისთვის, ხოლო „განაცხადში“ წარმოდგენილი საბაკო რეკვიზიტები – პროგრამ(ებ)ის ფარგლებში მიმწოდებელთან ანგარიშსწორებისთვის.

6. განაცხადის შევსებისას სავალდებულოა, ყველა პროგრამის/კომპონენტის გასწვრივ „✓“ ნიშნით აღნიშნოს თანხმობის ან უარის ველი. დაუშვებელია ერთი და იგივე პროგრამაზე/კომპონენტზე თანხმობის და უარის ერთდროულად აღნიშვნა.

7. თუ პირი ერთდროულად გამოთქვამს რამდენიმე პროგრამაში/კომპონენტში მონაწილეობის სურვილს, ავსებს ერთ განაცხადს, ხოლო „განაცხადის“ შესაბამის ველებში ერთდროულად აღნიშნავს თითოეულ მათგანს.

8. თუ მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირი განმახორციელებს 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.

9. განაცხადის რეგისტრაციის პროცესის ოპერატიულობისა და მიმწოდებელთათვის ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირი უფლებამოსილია, „განაცხადი“ წარადგინოს სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში ან ნებისმიერ ტერიტორიულ ერთეულში.

10. პირი პასუხისმგებელია განაცხადში აღნიშნული, მათ შორის, ლიცენზია/ნებართვებთან დაკავშირებული ინფორმაციის სისწორეზე.

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

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

13. მიმწოდებელმა იურიდიულმა პირმა დაუყოვნებლივ, წერილობით უნდა აცნობოს სააგენტოს პირადი რეკვიზიტების (მათ შორის, საბანკო) ცვლილების, რეორგანიზაციის ან ლიკვიდაციის პროცესის დაწყების, აგრეთვე, ვაუჩერული პროგრამების ფარგლებში მომსახურების გაწევასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ცვლილების შესახებ.

14. ტერიტორიული ერთეულები ვალდებული არიან „განაცხადის“ წარმოდგენ პირს მიაწოდონ ცხელი ხაზის ტელეფონის ნომერი – **2 51-00-30** „პროგრამებთან“ დაკავშირებით და მათთვის საჭირო ინფორმაციის მიღების მიზნით.



„იმ სახელმწიფო პროგრამების/მათი ღონისძიებების/მოცულობების განსაზღვრის შესახებ, რომელთა განხორციელებაც სახელმწიფოს მიერ 2011 წელს ნაკისრი ვალდებულებების შესასრულებლად უწყვეტად გაგრძელდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემაში განსახორციელებელი 2012 წლის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცებამდე ან/და „სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ“ საქართველოს კანონის მოთხოვნათა შესრულებამდე, ან ვაუჩერის პირობების შესაბამისად, შესაბამისი მიმწოდებლების გამოვლენამდე“ საქართველოს მთავრობის 2011 წლის 27 დეკემბერის N492 დადგენილების შესაბამისად, გაგრძელებულ სახელმწიფო პროგრამაში (კომპონენტში) მომსახურების (საქონლის) მიმწოდებლად რეგისტრაციის თაობაზე

(ფორმა ივსება დადგენილი წესის შესაბამისად)

**სამედიცინო დაწესებულების რეკვიზიტები**

მოთითებული მონაცემები გამოყენებული იქნება პროგრამის ფარგლებში ოფიციალური ურთიერთობებისათვის

<b>დაწესებულების სრული დასახელება</b>		<b>საიდენტიფიკაციო კოდი:</b>	
		<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"/>	
<b>იურიდიული მისამართი</b>			
ქალაქი/მუნიციპალიტეტი:	მისამართი:		
<b>ფაქტიური (მომსახურების მიწოდების) მისამართი</b>			
ქალაქი/მუნიციპალიტეტი:	მისამართი:		
<b>საკონტაქტო ტელეფონები</b>		<b>ელექტრონული ფოსტა</b>	
<b>საბანკო რეკვიზიტები</b>			
საბანკო დაწესებულების დასახელება:			
ბანკის კოდი:	ანგარიშის ნომერი:		
<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

ვადასტურებთ განაცხადიში ჩემს მიერ დაფიქსირებული მონაცემების სისწორეს, მათ შორის სათანადო წესით აღნიშნული პროგრამ(ებ)ის (კომპონენტის) ფარგლებში შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიწოდების სურვილს და გამოვთქვამთ მზადყოფნას შევასრულოთ საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით, მათ შორის „იმ სახელმწიფო პროგრამების/მათი ღონისძიებების/მოცულობების განსაზღვრის შესახებ, რომელთა განხორციელებაც სახელმწიფოს მიერ 2011 წელს ნაკისრი ვალდებულებების შესასრულებლად უწყვეტად გაგრძელდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სისტემაში განსახორციელებელი 2012 წლის შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცებამდე ან/და „სახელმწიფო შესყიდვების შესახებ“ საქართველოს კანონის მოთხოვნათა შესრულებამდე, ან ვაუჩერის პირობების შესაბამისად, შესაბამისი მიმწოდებლების გამოვლენამდე“ საქართველოს მთავრობის 2011 წლის 27 დეკემბერის N492 დადგენილებითა და სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს ინდივიდუალურ სამართლებრივი აქტივ გათვალისწინებული შესაბამისი ვალდებულებები, რასაც გავეცანი და ვადასტურებ ხელმოწერით.

<b>სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი</b>	
სახელი, გვარი:	პირადი ნომერი:
	<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"/>
პირადი ტელეფონის ნომერი (მობილური)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
პირადი ელექტრონული ფოსტა	

ხელმოწერა

თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი):



წინამდებარე განაცხადებზე ხელმოწერით ვადასტურებ, ორგანიზაციის სახელით, რომ სრულად ვიცნობთ შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამ(ებ)ით/კომპონენტ(ებ)ით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობას, ამ პროგრამ(ებ)ის/კომპონენტ(ებ)ის დამატებით პირობებს, ვაკმაყოფილებთ ასეთი საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს და ვიღებთ პასუხისმგებლობას, როგორც მიმწოდებელი, მონიშნული პროგრამ(ებ)ით/კომპონენტ(ებ)ით ნაკისრი ვალდებულებების სრულ და ჯეროვან შესრულებაზე.

1. ინფექციური დაავადებების მართვა	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
2. ტუბერკულოზის მართვა	
2.1 სტაციონარული მომსახურება	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
3 აივ-ინფექცია/შიდსი	
3.1 აივ ინფექცია/შიდსით დაავადებულთა უზრუნველყოფას ამბულატორიული მომსახურებით	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
3.2 აივ-ინფექცია/შიდსით დაავადებულთა უზრუნველყოფას სტაციონარული მკურნალობით	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
4. ანტირაბიული დახმარება	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
5. ონკოლოგიურ დაავადებათა მართვა	
5.1 ონკოლოგიური დაავადებების მქონე მოზრდილ პაციენტთა დიაგნოსტიკა და მკურნალობა	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
5.2 ონკოპემატოლოგიური დაავადებების მქონე მოზრდილ პაციენტთა ამბულატორიული და სტაციონარული მკურნალობა	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
5.3 ონკოლოგიური დაავადებების მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა დიაგნოსტიკა და მკურნალობა	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
6. გულის ქირურგია	
6.1 გულის თანდაყოლილი მანკით დაავადებული პაციენტების კარდიოქირურგიულ მკურნალობა	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
6.2 გულისა და მაგისტრალური სისხლძარღვების შეძენილი პათოლოგიების კარდიოქირურგიულ მკურნალობა	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
6.3 კორონარული ანგიოპლასტიკა	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
7. 3 წლამდე ასაკის ბავშვთა გადაუდებელი და სტაციონარული დახმარება	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
8. მოსახლეობის ურგენტული მომსახურება	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა
9. ზოგადი ამბულატორიული მომსახურება	<input type="checkbox"/> დიახ <input type="checkbox"/> არა

ხელმოწერა



შენიშვნა:  
“✓” ნიშნით მიეთითება ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამაში (კომპონენტში) მიმწოდებლად რეგისტრაციაზე თანხმობა ან უარი. შესაბამისი პასუხი უნდა მიეთითოს ყველა პროგრამის (კომპონენტის) გასწვრივ. არასრულად, შეცდომებით ან/და დაკორექტირებული (გადახაზული) მონაცემებით შევსებული ფორმა არ მიიღება.

## 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		

პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა

