



საჯარო სამართლის იურიდიული პირი
სოციალური მომსახურების სააგენტო

ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა



KA030489582951515

04-213/ო

24 / ივლისი / 2015 წ.

„ნარკომანიის“ სახელმწიფო პროგრამის „სტაციონარული დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის კომპონენტის“ ფარგლებში მოსარგებლის რეგისტრაციის წესის განსაზღვრის შესახებ“ სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2015 წლის 17 ივლისის 04-204/ო ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე

„ნარკომანიის“ სახელმწიფო პროგრამის „სტაციონარული დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის კომპონენტის“ ფარგლებში გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელთა ცვლილების შესაბამისად (ემატება მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულება – შპს „აკად. ბ. ნანეიშვილის სახელობის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“), შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიღების მსურველი პირის განცხადების ფორმისა და ამავე კომპონენტის ფარგლებში მოსარგებლის რეგისტრაციის წესის ზოგიერთი პირობის დაზუსტების მიზნით, „სტაციონარული დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის კომპონენტის“ ფარგლებში მოსარგებლის რეგისტრაციის წესის განსაზღვრის შესახებ“ სააგენტოს დირექტორის 2015 წლის 17 ივლისის 04-204/ო ბრძანებაში ცვლილების შესატანად, საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 63-ე მუხლისა 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 ა:

1. „ნარკომანიის“ სახელმწიფო პროგრამის „სტაციონარული დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის კომპონენტის“ ფარგლებში მოსარგებლის რეგისტრაციის წესის განსაზღვრის შესახებ“ სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტოს 2015 წლის 17 ივლისის 04-204/ო ბრძანებაში შევიდეს შემდეგი ცვლილებები:

ა) ბრძანების მე-2 პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული „სტაციონარული დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის კომპონენტის“ ფარგლებში მოსარგებლის რეგისტრაციის წესის“ (დანართი N1) მე-7 პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„7. თანხმობის წერილის საფუძველზე, პროგრამაში მონაწილე მიმწოდებელ დაწესებულებაში მკურნალობის დაწყება (დასტურდება მიმწოდებლის მიერ შემთხვევაზე გაკეთებულ შეტყობინებაში ასახული, პაციენტის მიმართვის თარიღით) უნდა განხორციელდეს თანხმობის წერილში მითითებული თარიღიდან არაუგვიანეს 15 (თხუთმეტი) კალენდარული დღისა. წინააღმდეგ შემთხვევაში, მომლოდინე კარგავს მოპოვებულ რიგს, ხოლო თანხმობის წერილი ჩაითვლება ძალადაკარგულად და განმახორციელებელს ეხსნება მომლოდინისა და მიმწოდებლის წინაშე მომსახურების ანაზღაურების პასუხისმგებლობა.“;

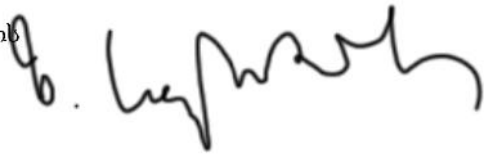
ბ) ბრძანების მე-2 პუნქტის „დ“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული „სტაციონარული დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის კომპონენტის“ ფარგლებში მომსახურების მიღების მსურველი პირის განცხადების ფორმა“ (დანართი N4) შეიცვალოს წინამდებარე ბრძანებაზე თანდართული რედაქციით.

2. სააგენტოს ადმინისტრაციულმა დეპარტამენტმა (გ. გოგოლაძე), საჯარო გაცნობის მიზნით, უზრუნველყოს წინამდებარე ბრძანებისა და მისი დანართის განთავსება სააგენტოს ვებ-გვერდზე (www.ssa.gov.ge) .

3. სააგენტოს ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დეპარტამენტმა (კ. ჩხარტიშვილი) უზრუნველყოს „ნარკომანიის“ სახელმწიფო პროგრამის „სტაციონარული დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის კომპონენტით“ გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებელთა ინფორმირება წინამდებარე ცვლილებების თაობაზე.

4. ბრძანება ამოქმედდეს ხელმოწერისთანავე.

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



ზაზა სოფრომაძე

სისპ-სოციალური მომსახურების სააგენტოს ან მისი ტერიტორიული ერთეულის დასახელება

გ ა ნ ც ხ ა დ ე ბ ა

პაციენტის სახელი, გვარი _____

პირადი ნომერი _____ დაბადების დღე, თვე, წელი _____

დაინტერესებული პირის სახელი, გვარი _____ პირადი ნომერი _____

პაციენტის ან დაინტერესებული პირის ფაქტობრივი მისამართი: _____

საკონტაქტო ნომრები _____

გთხოვთ, მიუთითოთ შემდეგი ინფორმაცია:

- არ მისარგებლია „სტაციონარული დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის კომპონენტის“ ფარგლებში;
- რეგისტრირებული ვარ სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიან ბაზაში და ჩემი ოჯახისათვის მინიჭებული სარეიტინგო ქულა არ აღემატება 70 000-ს.

გთხოვთ, ჩამართოთ „ნარკომანიის“ სახელმწიფო პროგრამის „სტაციონარული დეტოქსიკაციისა და პირველადი რეაბილიტაციის კომპონენტში“. დანართის სახით წარმოგიდგენთ:

მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულების მიერ გაცემულ ფორმას NIV-100/ა, პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლს (დაინტერესებული პირის შემთხვევაში, დამატებით, მისი პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი) და ამონაწერს „სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიანი ბაზიდან“ (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

მსურს მკურნალობა ჩავიტარო:

მიმწოდებელი სამედიცინო დაწესებულება (მისამართი)	✓ მონიშვნა
1. შპს „ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი“ (ქ. თბილისი, ქავთარაძის N21 ა)	
2. შპს სამედიცინო ცენტრი „ურანტი“ (ქ. თბილისი, ნუცუბიძის 5 მ/რ, კორპ.2ა)	
3. შპს ნარკოლოგიური კლინიკა „ბემონი“ (ქ. თბილისი, ქავთარაძის N16)	
4. შპს „ჯ.ჭანტურიას სახელობის სამედიცინო ცენტრი“ (ქ. თბილისი, ერისთავის N3)	
5. შპს „ნარკოლოგიური ცენტრი“ (ქ. ბათუმი, ნიკო ჯაყელის N44)	
6. შპს „ნეოგენი“ (ქ. თბილისი, ა. გობრონიძის ქ. N27)	
7. შპს აკად. ბ. ნანეიშვილის სახ. ფსიქიკური ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი (ხონი, სოფ. ქუტირი)	

ხელმოწერით ვადასტურებ, რომ ვიცნობ პროგრამით სარგებლობის პირობებს, მათ შორის:

* მომსახურების მიწოდება განხორციელდება მონიშნულ მიმწოდებლებს შორის, მხოლოდ ერთ-ერთში, თავისუფალი ტექნიკური რესურსის გათვალისწინებით;

* მომლოდინეთა რიგში ბენეფიციარის შემდეგ მყოფი პირის მოთხოვნა შესაძლებელია დაკმაყოფილდეს უფრო ადრე იმ მიმწოდებელთან, რომელიც არ არის მონიშნული განმცხადებლის მიერ ან პირისათვის სამედიცინო მომსახურების გადაუდებლობის შემთხვევაში;

* თანხმობის წერილის საფუძველზე, მკურნალობის დაწყება უნდა განხორციელდეს თანხმობის წერილის გაცემიდან არაუგვიანეს 15 კალენდარული დღისა. წინააღმდეგ შემთხვევაში, მომლოდინე კარგავს მოპოვებულ რიგს, ხოლო თანხმობის წერილი ჩაითვლება ძალადაკარგულად და განმარტობის შემთხვევაში და მიმწოდებლის წინაშე მომსახურების ანაზღაურების პასუხისმგებლობა.

განმცხადებლის ხელმოწერა _____

თარიღი _____