



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



KA030430949346416

04-102/ო

09 / მარტი / 2016 წ.

**ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერული პროგრამებით გათვალისწინებული
მომსახურების მიმწოდებელთა რეგისტრაციასთან დაკავშირებული
ღონისძიებების თაობაზე**

„2016 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 30 დეკემბრის N660 დადგენილების მე-2 მუხლის და ამავე დადგენილებით დამტკიცებული „2016 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების“ მე-4 მუხლის პირველი პუნქტის „გ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად, საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 52-ე, 53-ე და 61-ე მუხლების, აგრეთვე, 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. დამტკიცდეს:

ა) ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერულ სახელმწიფო პროგრამ(ებ)ში/კომპონენტ(ებ)ში მომსახურების (საქონლის) მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის ფორმა (დანართი N1) ;

ბ) ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერულ სახელმწიფო პროგრამებში მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის ფორმის შევსებისა და წარდგენის წესი (დანართი N2).

2. წინამდებარე ბრძანებით გათვალისწინებული ღონისძიებების კოორდინაცია უზრუნველყოს სააგენტოს ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამების დეპარტამენტმა (ვ. ჩხარტიშვილი).

3. ცნობად იქნეს მიღებული, რომ შენარჩუნებულია „2015 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 30 ივნისის N308 დადგენილების შესაბამისად სამედიცინო ვაუჩერის საშუალებით დაფინანსებული პროგრამის/კომპონენტის/ქვეკომპონენტის ფარგლებში დარეგისტრირებული მიმწოდებლების რეგისტრაციის სტატუსი. ამასთან, ახალი მიმწოდებლების რეგისტრაცია და მიმწოდებლის რეგისტრაციის სტატუსის ცვლილება განხორციელდეს საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 30 დეკემბრის N660 დადგენილებით განსაზღვრული წესით.

4. სააგენტოს დირექტორის აპარატმა (ნ. ჩანადირი), საჯარო გაცნობის მიზნით, უზრუნველყოს „2016 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2015 წლის 30 დეკემბრის N660 დადგენილების და მისი დანართის, აგრეთვე, წინამდებარე ბრძანების და მისი დანართების განთავსება სააგენტოს ვებ-გვერდზე (www.ssa.gov.ge).

5. ამ ბრძანების ამოქმედებისთანავე, ძალადაკარგულად გამოცხადდეს „ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერული პროგრამებით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებელთა რეგისტრაციასთან დაკავშირებული

ღონისძიებების თაობაზე“ სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტოს დირექტორის 2015 წლის 2 ივლისის № 04-185/ო ბრძანება.

6. ბრძანება ამოქმედდეს ხელმოწერისთანავე.

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



ზაზა სოფრომაძე



ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერულ სახელმწიფო პროგრამ(ებ)ში/კომპონენტ(ებ)ში მომსახურების
(საკონლის) 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:

ფაქტობრივი (მომსახურების მიწოდების)
მისამართი

ქალაქი/მუნიციპალიტეტი:

მისამართი:

საკონტაქტო ტელეფონები

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:

ვადასტურებთ განაცხადში ჩემ 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, ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერული სახელმწიფო პროგრამებით და სსიპ სოციალური მომსახურების სააგენტოს ინდივიდუალურ-სამართლებრივი აქტ(ებ)ით გათვალისწინებული შესაბამისი ვალდებულებები, რასაც გავეცანი და ვადასტურებ ხელმოწერით.

სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი

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

ხელმოწერა

თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი)

სამედიცინო
დაწესებულების
ბეჭედი

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:

1.	ინფექციური დაავადებების მართვა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
2.	ტუბერკულოზის მართვა		
2.1	ამულატორიული მომსახურება (გარდა პატიმრობისა და თავისუფლების აღკვეთის დაწესებულებებში ტუბსაწინააღმდეგო ამულატორიული ღონისძიებების დაფინანსებისა)	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
2.2	სტაციონარული მომსახურება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
3.	აივ-ინფექცია/შიდსის მართვა		
3.1	აივ-ინფექცია/შიდსით დაავადებულთა უზრუნველყოფა ამულატორიული მომსახურებით	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
3.2	აივ-ინფექცია/შიდსით დაავადებულთა უზრუნველყოფა სტაციონარული მკურნალობით	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
4.	დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობა		
4.1	ანტენატალური მეთვალყურეობა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
4.2	მაღალი რისკის ორსულთა, შშობიარეთა და მელოგინეთა მკურნალობა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
4.3	გენეტიკური პათოლოგიების ადრეული გამოვლენა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
5.	ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობა		
5.1	სტაციონარული დეტოქსიკაცია და პირველადი რეაბილიტაცია	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
6.	ფსიქიკური ჯანმრთელობა		
6.1	ბავშვთა და მოზრდილთა ფსიქიატრიული სტაციონარული მომსახურება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
7.	დიაბეტის მართვა		
7.1	დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა მომსახურება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
7.2	სპეციალიზებული ამულატორიული დახმარება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
8.	დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია		
8.1	ჰემოდიალიზით უზრუნველყოფა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
8.2	პერიტონეული დიალიზით უზრუნველყოფა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
8.3	თირკმლის ტრანსპლანტაცია – თირკმლის გადანერგვის ოპერაციის ჩატარება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
9.	ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა		
9.1	ინკურაბელურ პაციენტთა ამულატორიული პალიატიური მზრუნველობა,	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
9.2	ინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარული-პალიატიური მზრუნველობა და სიმპტომური მკურნალობა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა

10.	იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა		
10.1	იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა სტაციონარული მომსახურება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
11.	სასწრაფო გადაუდებელი დახმარება და სამედიცინო ტრანსპორტირება		
11.1	რეფერალური დახმარება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
12.	რეფერალური მომსახურება		
12.1	სტიქიური უბედურებების, კატასტროფების, საგანგებო სიტუაციების, კონფლიქტურ რეგიონებში დაზარალებულ მოქალაქეთა და საქართველოს მთავრობის მიერ განსაზღვრული სხვა შემთხვევების დროს მოსახლეობის სამედიცინო დახმარება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა

ხელმოწერა

სამედიცინო
დაწესებულების
შტემლი

შენიშვნა:

“✓” ნიშნით მიეთითება ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამაში (კომპონენტში) მიმწოდებლად რეგისტრაციაზე თანხმობა ან უარი. შესაბამისი პასუხი უნდა მიეთითოს ყველა პროგრამის (კომპონენტის) გასწვრივ, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც სხვა პროგრამ(ებ)ში/კომპონენტ(ებ)ში უკვე რეგისტრირებული მიმწოდებელი განაცხადს ავსებს დამატებით, სხვა პროგრამ(ებ)ში/კომპონენტ(ებ)ში მონაწილეობის მიზნით. 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



ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერულ სახელმწიფო პროგრამებში მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის ფორმის შევსებისა და წარდგენის წესი

1. ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერულ სახელმწიფო პროგრამებში (შემდგომში – პროგრამა) მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის (შემდგომში – განაცხადი) ამ წესის შესაბამისად შევსება წარმოადგენს აღნიშნული პროგრამების განმახორციელებელსა და მიმწოდებელს შორის შეთანხმებას, საქართველოს კანონმდებლობის საფუძველზე დამტკიცებული შესაბამისი ვაუჩერული პროგრამით და მისი დამატებითი პირობებით (არსებობის შემთხვევაში) განსაზღვრული ვალდებულებების შესრულებაზე. „განაცხადის“ რეგისტრაციის საფუძველზე, მიმწოდებელი კისრულობს განმახორციელებლის წინაშე პასუხისმგებლობას, კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებთან ერთად, სრულად შეასრულოს პროგრამით/კომპონენტით/ქვეკომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების მოცულობა და პროგრამის დამატებითი პირობებით დადგენილი მოთხოვნები.

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

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

ბ) ყურადღებით გაეცნოს პროგრამას, მისი ადმინისტრირების, მათ შორის, ზედამხედველობის პირობებს, პროგრამის ფარგლებში საკუთარ უფლებებსა და ვალდებულებებს, „განაცხადის“ ფორმას და წინამდებარე „წესს“.

3. „განაცხადის“ ფორმა მოიცავს:

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

ბ) „პროგრამების“ და კომპონენტების ნუსხას, სადაც პირის მიერ აღინიშნება ის პროგრამ(ებ)ი/კომპონენტ(ებ)ი, რომელშიც ფლობს საქმიანობის ლიცენზიას/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 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“.

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 პროგრამ(ებ)ის ფარგლებში ოფიციალური ურთიერთობებისთვის, ხოლო „განაცხადში“ წარმოდგენილი საბანკო რეკვიზიტები – პროგრამ(ებ)ის ფარგლებში მიმწოდებელთან ანგარიშსწორებისთვის.

6. განაცხადის შევსებისას სავალდებულოა, ყველა პროგრამის/კომპონენტის გასწვრივ „✓“ ნიშნით აღინიშნოს 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. სათანადოდ და სრულყოფილად შევსებული განაცხადი, დანართებთან ერთად (ასეთის აუცილებლობის შემთხვევაში), რეგისტრაციის მიზნით, ჩაბარებულ უნდა იქნეს სსიპ-სოციალური მომსახურების სააგენტოს ცენტრალურ აპარატში (მისამართი-

თბილისი, აკ. წერეთლის გამზ. N144) ან სოციალური მომსახურების შესაბამის სამხარეო ცენტრებში.

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

15. მიმწოდებლისათვის, სამედიცინო შემთხვევებზე შეტყობინებების მისგან დამოუკიდებელი მიზეზით დაგვიანების საშედავათო პერიოდი შეადგენს მიმწოდებლად რეგისტრაციიდან არაუმეტეს 10 სამუშაო დღეს, რა დროსაც შეტყობინების მოდულში მისი განხორციელების დროსთან ერთად, შენიშვნის სახით აისახება სამედიცინო შემთხვევის დაწყების რეალური დრო.

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