



საჯარო სამართლის იურიდიული პირი
სოციალური მომსახურების სააგენტო

ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა



KA030414747325417

04-195/თ

07 / აპრილი / 2017 წ.

„ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერული პროგრამებით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებელთა რეგისტრაციასთან დაკავშირებული ღონისძიებების თაობაზე“ სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტოს დირექტორის 2017 წლის 5 იანვრის N04-7/თ ბრძანებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე

„2017 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 30 დეკემბრის №638 დადგენილებაში ცვლილების შეტანის თაობაზე საქართველოს მთავრობის 2017 წლის 22 თებერვლის N103 დადგენილების პირველი მუხლის მეორე პუნქტის გათვალისწინებით, „2017 წლის ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2016 წლის 30 დეკემბრის N638 დადგენილების (შემდგომში - დადგენილება) მე-2 მუხლის და მე-4 მუხლის „გ“ ქვეპუნქტის, 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. „ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერული პროგრამებით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებელთა რეგისტრაციასთან დაკავშირებული ღონისძიებების თაობაზე“ სააგენტოს დირექტორის 2017 წლის 5 იანვრის N04-7/თ ბრძანებაში შეტანილ იქნეს ცვლილება და ბრძანების პირველი პუნქტის „ა“ ქვეპუნქტით დამტკიცებული „ჯანმრთელობის დაცვის ვაუჩერულ სახელმწიფო პროგრამ(ებ)ში/კომპონენტ(ებ)ში მომსახურების (საქონლის) მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის ფორმა (დანართი N1)“ ჩამოყალიბდეს წინამდებარე ბრძანების დანართით წარმოდგენილი სახით (დანართი N1).
2. სააგენტოს დირექტორის აპარატმა (ნ. ჩანადირი), საჯარო გაცნობის მიზნით, უზრუნველყოს წინამდებარე ბრძანებისა და მისი დანართის განთავსება სააგენტოს ვებ-გვერდზე (www.ssa.gov.ge).
3. 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
(საქონლის) 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)



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
5.	ნარკომანიით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობა		
5.1	სტაციონარული დეტოქსიკაცია და პირველადი რეაბილიტაცია	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
6.	დიაბეტის მართვა		
6.1	დიაბეტით დაავადებულ ბავშვთა მომსახურება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
6.2	სპეციალიზებული ამულატორიული დახმარება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
7.	დიალიზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია		
7.1	ჰემოდიალიზით უზრუნველყოფა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
7.2	პერიტონეული დიალიზით უზრუნველყოფა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
7.3	თირკმლის ტრანსპლანტაცია – თირკმლის გადანერგვის ოპერაციის ჩატარება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
8.	ინკურაბელურ პაციენტთა პალიატიური მზრუნველობა		
8.1	ინკურაბელურ პაციენტთა ამულატორიული პალიატიური მზრუნველობა,	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
8.2	ინკურაბელურ პაციენტთა სტაციონარული-პალიატიური მზრუნველობა და სიმპტომური მკურნალობა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
9.	იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ პაციენტთა მკურნალობა		
9.1	იშვიათი დაავადებების მქონე და მუდმივ ჩანაცვლებით მკურნალობას დაქვემდებარებულ 18 წლამდე ასაკის ბავშვთა სტაციონარული მომსახურება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
10.	სასწრაფო გადაუდებელი დახმარება და სამედიცინო ტრანსპორტირება		

10.1	რეფერალური დახმარება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
11.	რეფერალური მომსახურება		
11.1	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



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.

(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

