



საქართველოს იურიდიული პირი  
სოციალური მომსახურების სააგენტო

ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა



KA030424024334517

04-213/ო

11 / აპრილი / 2017 წ.

**„2013 წლის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის ფორმისა და მისი შევსების წესის დამტკიცების თაობაზე“ სააგენტოს დირექტორის 2013 წლის 26 თებერვლის 04-68/ო ბრძანებაში ცვლილების შეტანის შესახებ**

საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილებაში (შემდგომში - „დადგენილება“) 2017 წლის 22 თებერვალს N102 დადგენილებით შეტანილ ცვლილებებთან სააგენტოს დირექტორის 2013 წლის 26 თებერვლის №04-68/ო ბრძანების („2013 წლის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის ფორმისა და მისი შევსების წესის დამტკიცების თაობაზე“) შესაბამისობაში მოსაყვანად, 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. „2013 წლის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის ფორმისა და მისი შევსების წესის დამტკიცების თაობაზე“ სააგენტოს დირექტორის 2013 წლის 26 თებერვლის № 04-68/ო ბრძანებაში შევიდეს ცვლილებები:

ა) ბრძანების სათაური ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის განაცხადის ფორმისა და მისი შევსების წესის დამტკიცების თაობაზე“;

ბ) ბრძანების პირველი პუნქტი ჩამოყალიბდეს შემდეგი რედაქციით:

„1. დამტკიცდეს:

ა) „საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილებით დამტკიცებულ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის თაობაზე განაცხადის ფორმა (დანართი N1; შემდგომში - განაცხადი);

ბ) „საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის ქვეკომპონენტებით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის თაობაზე განაცხადის ფორმის შევსებისა და წარდგენის წესი“ (დანართი N2; შემდგომში - წესი)“.

გ) ბრძანების N1 და N2 დანართები ჩამოყალიბდეს წინამდებარე ბრძანებაზე თანდართული სახით.

2. დაევალოთ:

ა) სააგენტოს ადმინისტრაციულ დეპარტამენტს (გ. გოგოლაძე), წინამდებარე ბრძანების გაგზავნა/გადაცემა საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტის, დირექტორის აპარატის, სააგენტოს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ფილიალისა და სოციალური მომსახურების სამხარეო ცენტრებისათვის;

ბ) სააგენტოს დირექტორის აპარატს (ნ. ჩანადირი), წინამდებარე ბრძანების სააგენტოს ვებ-გვერდზე

(www.ssa.gov.ge) განთავსება, საჯარო გაცნობის მიზნით;

გ) სააგენტოს საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის მართვის დეპარტამენტს (მ. მაღლაკელიძე-ხომერიკი), ამ ბრძანების შესრულების კოორდინაცია.

3. ბრძანება ამოქმედდეს ხელმოწერის თარიღიდან და გავრცელდეს 2017 წლის 1 მარტიდან წარმოშობილ ურთიერთობებზე.

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



ზაზა სოფრომაძე



## განაცხადი

„საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილებით დამტკიცებულ საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამაში მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის თაობაზე

### სამედიცინო დაწესებულების რეკვიზიტები

მითითებული მონაცემები გამოყენებული იქნება პროგრამის ფარგლებში ოფიციალური ურთიერთობებისათვის

<b>დაწესებულების (მიმწოდებლის) 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>ფაქტობრივი (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"/>	

ვადასტურებ განაცხადში დაფიქსირებული მონაცემების სისწორეს. გამოვთქვამ სურვილს, როგორც მიმწოდებელმა, მონაწილეობა მივიღო საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილებით დამტკიცებულ „2013 წლის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამით“ გათვალისწინებულ კომპონენტ(ებ)ში, დაწესებულების სახელით, ვკისრულობ ვალდებულებას, შევასრულო საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით (მათ შორის, სახელმწიფო პროგრამით) და სსიპ - „სოციალური მომსახურების სააგენტოს“ ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტ(ებ)ით (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) გათვალისწინებული ყველა ვალდებულება, რასაც 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"/>

თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი)



ხელმოწერა

წინამდებარე განაცხადებაზე ხელმოწერით, მონიჭებული უფლებამოსილების საფუძველზე, დაწესებულების სახელით, ვადასტურებ, რომ სრულად ვიცნობთ სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების მოცულობას, ამ პროგრამის სპეციფიკურ პირობებს, მათ შორის, 22-ე მუხლის მოთხოვნებს, პროგრამის კომპონენტ(ებ)ის დამატებით პირობებს, ვაკმაყოფილებთ პროგრამით გათვალისწინებული საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს და ვიღებთ პასუხისმგებლობას, როგორც მიმწოდებელი, ქვემოთ მონიშნული კომპონენტ(ებ)ის შესაბამისად ნაკისრი ვალდებულებების სრულ და ჯეროვან შესრულებაზე. ხელმოწერით აგრეთვე ვადასტურებ, რომ პროგრამაში რეგისტრაციის მიზნით, მონიშნულია ყველა ის კომპონენტი, რომლის მიწოდება პროგრამის ბენეფიციარისათვის შეუძლია დაწესებულებას, მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილი ნორმების მიხედვით.

საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის კომპონენტები			
1	გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
2	გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
3	გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
4	გეგმიური ქირურგიული მომსახურება (გარდა კარდიოქირურგიისა)	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
5	კარდიოქირურგია/ინტერვენციული კარდიოლოგია	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
6	ქიმიოთერაპია და ჰორმონოთერაპია	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
7	სხივური თერაპია	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
8	მშობიარობა და საკეისრო კვეთა	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
9	სამკურნალო საშუალებები	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა
10	მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული სამედიცინო მომსახურება	<input type="checkbox"/> დიახ	<input type="checkbox"/> არა

ხელმოწერა



1. “✓” ნიშნით მიეთითება საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის კომპონენტ(ებ)ში მიმწოდებლად რეგისტრაციაზე თანხმობა ან უარი. შესაბამისი პასუხი უნდა მიეთითოს ყველა კომპონენტის გასწვრივ, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც სხვა კომპონენტში უკვე რეგისტრირებული მიმწოდებელი განაცხადს ავსებს დამატებით, სხვა კომპონენტში მონაწილეობის მიზნით.
2. არასრულად, შეცდომებით ან/და დაკორექტირებული (გადახაზული) მონაცემებით შევსებული ფორმა არ მიიღება.

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

(ივსება შესაბამისი საქმიანობის ლიცენზიის/ნებართვის საჭიროების, აგრეთვე, იმ კომპონენტში მონაწილეობის შემთხვევაში, რომელთა მომსახურების მოცულობა და დამატებითი პირობები ითვალისწინებს 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		



-----  
ხელმოწერა

**ინფორმაცია კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების ქვეკონტრაქტების მეშვეობით განხორციელების შესახებ**

*(ივსება იმ შემთხვევაში, თუ მიმწოდებელი კომპონენტის ფარგლებში მომსახურების მიწოდებას ნაწილობრივ უზრუნველყოფს ქვეკონტრაქტორი დაწესებულების მეშვეობით)*

N	ქვეკონტრაქტორი დაწესებულება	ქვეკონტრაქტორი დაწესებულების საიდენტიფიკაციო კოდი	ქვეკონტრაქტის გაფორმების თარიღი	საკონტრაქტო მომსახურების საგანი
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

ბელმოწერა



**„საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის კომპონენტებით გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის თაობაზე განაცხადის ფორმის შევსებისა და წარდგენის წესი“**

1. „2013 წლის საყოველთაო ჯანმრთელობის დაცვის სახელმწიფო პროგრამის კომპონენტებით (შემდგომში – პროგრამა ან/და კომპონენტები) გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის თაობაზე განაცხადის (შემდგომში–განაცხადი) რეგისტრაცია წარმოადგენს აღნიშნული პროგრამის განმახორციელებელსა (სსიპ–სოციალური მომსახურების სააგენტო, შემდგომში–სააგენტო) და მიმწოდებელს შორის შეთანხმებას, საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის N36 დადგენილებით (შემდგომში – დადგენილება), მის საფუძველზე დამტკიცებული პროგრამის პირობებით (მათ შორის, სპეციფიკური და დამატებითი პირობებით, არსებობის შემთხვევაში) განსაზღვრული ვალდებულებების შესრულებასა და გაწეული მომსახურების ანაზღაურების პირობებზე. შესაბამისად, განაცხადის რეგისტრაციის საფუძველზე, მიმწოდებელი კისრულობს პასუხისმგებლობას განმახორციელებლის წინაშე, დადგენილებითა და პროგრამით დადგენილ სხვა მოთხოვნებთან ერთად, სრულად შეასრულოს პროგრამით/კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების მოცულობა და პროგრამის სპეციფიკური/დამატებითი პირობებით და სხვა სამართლებრივი აქტებით დადგენილი მოთხოვნები.

2. ამ წესის პირველი პუნქტის გათვალისწინებით, პროგრამის კომპონენტით განსაზღვრული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველ პირს (შემდგომში–პირი) მოეთხოვება:

ა) იცნობდეს დადგენილებას, მის საფუძველზე დამტკიცებული პროგრამის მოთხოვნებს, მათ შორის, პროგრამის სპეციფიკურ და დამატებით პირობებს, კომპონენტით განსაზღვრული მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების სრულ მოცულობას და პროგრამით გათვალისწინების შემთხვევაში, აკმაყოფილებდეს მის დამატებით პირობებს;

გ) აკმაყოფილებდეს შესაბამისი მაღალი რისკის ორსულთა, მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული სამედიცინო მომსახურების საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს (ფლობდეს ლიცენზიას/ნებართვას, აკმაყოფილებდეს დამატებით სანებართვო პირობებს საქმიანობების შესაბამისად.);

დ) გაეცნოს განაცხადის ფორმას და წინამდებარე წესს.

**3) განაცხადის ფორმა მოიცავს:**

ა) მიმწოდებლად\_რეგისტრაციის მსურველი პირის რეკვიზიტებს (დასახელება, საინდენტიფიკაციო კოდი, იურიდიული\_მისამართი, საკონტაქტო ტელეფონი, ელექტრონული ფოსტა, საბანკო რეკვიზიტები), კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების მიწოდების უფლების დადასტურებას და ნებას;

ბ) იმ კომპონენტზე მითითებას, რომელშიც ფლობს საქმიანობის ლიცენზიას/ნებართვას, მაღალი რისკის შემცველ სამედიცინო საქმიანობაზე გავლილი აქვს რეგისტრაცია სავალდებულო შეტყობინებების რეესტრში და სურს პროგრამაში მონაწილეობა;

გ) მიმწოდებლად რეგისტრაციის მსურველი პირის ინფორმაციას, ლიცენზიის/ნებართვის შესახებ. პირი ვალდებულია, განაცხადის შესაბამის დანართში პირადად გააკეთოს ასევე ჩანაწერი იმ საქმიანობებზე, რომლებშიც აკმაყოფილებს დამატებით სანებართვო პირობებს ან მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობისათვის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებს (სავალდებულო შეტყობინებების რეესტრში რეგისტრაცია);

დ) ინფორმაციას მესამე პირ(ებ)თან არსებული სახელშეკრულებო ურთიერთობების შესახებ, იმ შემთხვევაში, თუ დაწესებულება კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურების მიწოდებას ნაწილობრივ განახორციელებს მესამე პირ(ებ)თან დადებული ხელშეკრულებების საფუძველზე. ამ შემთხვევაში, მიმწოდებელი ვალდებულია, წარადგინოს განმახორციელებელთან ამ ხელშეკრულებ(ებ)ის (ქვეკონტრაქტები)

თაობაზე განაცხადის N1.2. დანართით მოთხოვნილი ინფორმაცია, არაუგვიანეს 30 კალენდარული დღისა, განაცხადის წარდგენის თარიღიდან.

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

5. მიმწოდებლის 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, პროგრამის ყველა კომპონენტის გასწვრივ „✓“ ნიშნით აღნიშნოს თანხმობის ან უარის ველი. დაუშვებელია ერთსა და იმავე კომპონენტზე თანხმობის და უარის ერთდროულად აღნიშვნა.

7. თუ პირი ერთდროულად გამოთქვამს ამ პროგრამის ყველა კომპონენტში მონაწილეობის სურვილს, ავსებს ერთ განაცხადს, ხოლო განაცხადის შესაბამის დანართში ერთდროულად აღნიშნავს თითოეულ მათგანს.

8. თუ პირი განმახორციელებელს სთავაზობს მომსახურებას დაქვემდებარებული ორგანიზაციული ერთეულ(ებ)ის (ფილიალი, შვილობილი საწარმო ან სხვ.) მეშვეობით, იურიდიული მისამართისაგან განსხვავებულ ტერიტორიაზე, განაცხადი წარდგენილ უნდა იქნეს ცალ–ცალკე, მათი ადგილმდებარეობის შესაბამისად, სააგენტოს ტერიტორიულ ერთეულში (აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ფილიალი, სააგენტოს რეგიონალური საკოორდინაციო ცენტრი, რაიონული/საქალაქო განყოფილება) აღნიშნული პირობა არ ვრცელდება თბილისის მასშტაბით განსახორციელებელ მომსახურებაზე.

9. განაცხადის რეგისტრაციის პროცესის ოპერატიულობისა და მიმწოდებელთათვის ტერიტორიული ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად, პირი უფლებამოსილია, განაცხადი წარუდგინოს განმახორციელებლის ტერიტორიულ ერთეულს, ფაქტობრივი მისამართის მიხედვით.

10. პირი პასუხისმგებელია განაცხადში აღნიშნული, მათ შორის, ლიცენზია/ნებართვებთან დაკავშირებული ინფორმაციის სისწორეზე, ასევე, დადგენილების N1.1, N1.2, N1.3 და N1.4 დანართით განსაზღვრული ნოზოლოგიებისა და მდგომარეობებისათვის წარმოდგენილი ღირებულებების პროგრამის 22–ე მუხლის მე–4 პუნქტით განსაზღვრულ კრიტერიუმებთან შესაბამისობაზე.

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

14. სააგენტოს ტერიტორიული ერთეულები ვალდებული არიან, მიაწოდონ განაცხადის წარმდგენ პირს ცხელი ხაზის ტელეფონის ნომერი – 15 05, 2 51 00 30, პროგრამებთან დაკავშირებით დამატებითი ინფორმაციის მისაღებად.