



საქართველო

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

ქ.ბათუმი

29 12 2023 წ.

ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა N

12/28

ძვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის განხორციელებასთან დაკავშირებით გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ

„აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის 2024 წლის რესპუბლიკური ბიუჯეტის შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონით გათვალისწინებული ქვეპროგრამის - „ძვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია“ განხორციელების მიზნით, აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის 2013 წლის 8 მაისის №4 დადგენილებით დამტკიცებული აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების მე-3 მუხლის „გ“ ქვეპუნქტისა და მე-4 მუხლის მე-2 პუნქტის „მ“ ქვეპუნქტის შესაბამისად,

ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა:

1. დამტკიცდეს:

- ა) აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს განცხადების ტექსტი ძვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია ქვეპროგრამის შესრულებაში მონაწილეობის მსურველ პირთათვის, თანახმად №1 დანართისა.
 - ბ) ძვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია ქვეპროგრამის სოციალური ვაუჩერის თანდართული ფორმა.
 - გ) ძვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია ქვეპროგრამის სოციალური ვაუჩერის გაცემისა და გამოყენების წესი, თანახმად №2 დანართისა.
 - დ) ხელშეკრულებით განსაზღვრული მომსახურების შესრულების, აღრიცხვის, ანგარიშგებისა და ანაზღაურების წესი (თანდართული: შესრულებული სამუშაოს ჩამონათვალი; შესრულებული სამუშაოს ყოველთვიური მიღება-ჩაბარების აქტი), თანახმად №3 დანართისა.
2. ბრძანების შესაბამისი პირებისადმი კანონმდებლობით დადგენილი წესით გაცნობა დაევალოს სამინისტროს ადმინისტრაციულ დეპარტამენტს (ი. მახარაძე).
3. ბრძანება შეიძლება გასაჩივრდეს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობაში ერთი თვის ვადაში (მის.: ქ. ბათუმი, კონსტანტინე გამსახურდიას ქ. №9) და შემდეგ, ბათუმის საქალაქო სასამართლოში (მის.: ქ. ბათუმი, ზუბალაშვილის ქუჩა №30), კანონმდებლობით დადგენილი წესით.
4. ბრძანება ამოქმედდეს 2024 წლის 1 იანვრიდან.

მინისტრი

ნ. ნიყარაძე



ნინო ნიყარაძე

**აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს
გ ა ნ ც ხ ა დ ე ბ ა**

**ძვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია ქვეპროგრამის
შესრულებაში მონაწილეობის მსურველ პირთათვის**

- აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (ქ. ბათუმი, აკად. მ. კომახიძის ქ. №119) აცნობებს ყველა დაინტერესებულ პირს:
1. „აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის 2024 წლის რესპუბლიკური ბიუჯეტის შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონით გათვალისწინებულია ქვეპროგრამა „ძვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია“.
 2. ძვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია ქვეპროგრამის მიზანია ქვეპროგრამით განსაზღვრული დიაგნოზის მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვებისა და მოზარდებისათვის რეაბილიტაციის კურსების მიწოდება. ქვეპროგრამით განსაზღვრული მომსახურების მიწოდება ხორციელდება სოციალური ვაუჩერის საშუალებით. ქვეპროგრამის მოსარგებლეს აქვს თავისუფალი არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობა მომსახურების მიმწოდებლებს შორის.
 3. მომსახურების გაწევის ვადაა 2024 წლის 1 იანვრიდან 2024 წლის 15 დეკემბრის ჩათვლით პერიოდი.
 4. ქვეპროგრამის ბენეფიციარებს მიეკუთვნება ძვალ-სახსროვანი სისტემის სხვადასხვა დეფორმაციის მქონე 18 წლამდე ასაკის საქართველოს მოქალაქეები: 1. შშმ სტატუსი მქონე ბავშვები; 2. ბავშვები, რომელთა ოჯახები დარეგისტრირებულნი არიან სოციალურად დაუცველი ოჯახების ერთიან მონაცემთა ბაზაში 0-დან 200 000-ის ჩათვლით სარეიტინგო ქულით; 3. მარჩენალდაკარგული სტატუსის მქონე ბავშვები; 4. მარტოხელა მშობლის სტატუსის მქონე პირის შვილები; 5. ომისა და სამხედრო ძალების ვეტერანთა შვილები; 6. შშმ სტატუსის მქონე პირის შვილები; 7. რეინტეგრაციის შემწეობის მიმღები ოჯახების ბავშვები; 8. მინდობით აღზრდაში ან სააღმზრდელო დაწესებულებაში მყოფი ბავშვები, თუკი ამ დაწესებულების მიერ არ ხდება ამ პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიწოდება; 9. თუ ოჯახში ერთზე მეტ ბავშვს ესაჭიროება დახმარება ქვეპროგრამის ფარგლებში; 10. მრავალშვილიანი ოჯახის ბავშვები (ოთხი და/ან მეტი არასრულწლოვანი ბავშვი).
 5. ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებით ისარგებლებენ საქართველოს მოქალაქეები, რომლებიც 2024 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის პერიოდისათვის უწყვეტად არიან რეგისტრირებულნი აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე, გარდა ქ.ბათუმში რეგისტრირებული 1 წლამდე ასაკის ბავშვებისა, რომლებიც ჩართული არიან ქ.ბათუმის მერიის "ბავშვთა მენჯ-ბარძაყისა სახსრის დისპლაზიისა და თანდაყოლილი ამოვარდნილობის მკურნალობა" ქვეპროგრამაში. ამასთანავე, 2024 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის პერიოდისათვის ერთი-ერთი მშობელი მაინც უწყვეტადაა რეგისტრირებული აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე (წყვეტილობის არსებობის შემთხვევაში, პირი არ უნდა იყოს რეგისტრირებული აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ადმინისტრაციული ტერიტორიის გარეთ).
 6. „ძვალ-სახსროვანი სისტემის სხვადასხვა დეფორმაციის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია“ ქვეპროგრამის შესრულებაში მონაწილეობის მსურველმა სამედიცინო დაწესებულებებმა გთხოვთ, მოგმართოთ მისამართზე: ქ. ბათუმი, აკად. მ. კომახიძის ქ. №119, მეორე სართული, ოთახი №9.

6. დაინტერესებულმა პირებმა უნდა წარმოადგინონ შემდეგი დოკუმენტები:

- ა) წერილობითი განაცხადი „ძვალ-სახსროვანი სისტემის სხვადასხვა დეფორმაციის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია“ ქვეპროგრამის შესრულებაში მონაწილეობის მიღების სურვილის თაობაზე;
- ბ) მონაწილეობის მსურველი პირის რეკვიზიტები (მისამართი, ტელეფონის ნომერი, ფაქსი, საიდენტიფიკაციო კოდი, საბანკო რეკვიზიტები);
- გ) ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების ტარიფები;

დ) საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად გაცემული სამედიცინო საქმიანობის დამადასტურებელი დოკუმენტი - ინფორმაცია პერსონალის კვალიფიკაციის და სერტიფიცირების თაობაზე

„ძვალ-სახსროვანი სისტემის სხვადასხვა დეფორმაციის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია“ ქვეპროგრამით გათვალისწინებული სარეაბილიტაციო ღონისძიებების, ფასებისა და შესრულების წესის შესახებ ინფორმაცია განთავსებულია სამინისტროს ვებ-გვერდზე www.molhs.gov.ge

დამატებითი ინფორმაცია დაინტერესებულ პირებს შეუძლიათ მიიღონ მისამართზე: აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ქ. ბათუმი, აკად. მ. კომახიძის ქ. №119, მეორე სართული, ოთახი №29. ტელეფონი: (0422) 24-79-60.



აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის სამინისტრო

ბვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე ბავშვთა
რეაბილიტაცია

ს

სოციალური ვაუჩერი №---

ბენეფიციარის სახელი, გვარი -----

დაბადების წელი -----

პირადი ნომერი -----

მისამართი -----

ვაუჩერის გაცემის თარიღი -----

ვაუჩერის მოქმედების ვადა -----

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული დაფინანსების მოცულობა — ლარი.

გავეცანი პირობებს და ვაუჩერი მივიღე უფასოდ:

ხელმოწერა: ბენეფიციარის

წარმომადგენელი -----



აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის სამინისტრო

ბვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე ბავშვთა
რეაბილიტაცია

ბ

სოციალური ვაუჩერი №---

ბენეფიციარის სახელი, გვარი -----

დაბადების წელი -----

პირადი ნომერი -----

მისამართი -----

ვაუჩერის გაცემის თარიღი -----

ვაუჩერის მოქმედების ვადა -----

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული დაფინანსების მოცულობა — ლარი

აუცილებლად გაეცანით უკანა გვერდს!

სამედიცინო დაწესებულება:

სამინისტროს უფლებამოსილი პირი

ბ.ა.

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
სამინისტრო

გახსოვდეთ!

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურეობა ხორციელდება იმ პირთა მიმართ, რომლებიც ფლობენ სოციალურ ვაუჩერს. აღნიშნული ვაუჩერი გადაეცემა ბენეფიციარის წარმომადგენელს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ.

ვაუჩერის მფლობელს (წარმომადგენელს) უფლება აქვს რეაბილიტაციის კურსი ჩაიტაროს მის მიერ შერჩეულ სამედიცინო დაწესებულებაში და მიიღოს დახმარება ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მოცულობით.

წაიკითხეთ ყურადღებით!

ქვეპროგრამის ფარგლებში მიწოდებული მომსახურების ღირებულების ასანაზღაურებლად გამოიყენება ვაუჩერი, რომელიც შედგება ტალონებისაგან; წლის განმავლობაში ერთ ბენეფიციარს დაუფინანსდება არაუმეტეს 3 სარეაბილიტაციო კურსისა (ქვეპროგრამაში ჩართვის პერიოდის შესაბამისად). სარეაბილიტაციო კურსებს შორის დაყოვნება უნდა შეადგენდეს არანაკლებ 60 კალენდარულ დღეს, თუ ექიმი-სპეციალისტის დასკვნაში სხვა ვადა არ არის მითითებული.

ქვეპროგრამის ფარგლებში გაწეული მომსახურება სამინისტროს მიერ ანაზღაურდება ფაქტიური ხარჯის მიხედვით, მაგრამ არაუმეტეს სოციალური ვაუჩერის ტალონში მითითებული თანხისა.

გაითვალისწინეთ!

ვაუჩერი ძალაშია მხოლოდ ვაუჩერით გათვალისწინებულ ვადამდე. ვაუჩერის დაკარგვის ან ზედიზედ ვაუჩერის 2 ტალონის გამოუყენებლობის შემთხვევაში მფლობელმა შესაბამისი განცხადებით უნდა მიმართოს სამინისტროს.

ცხელი ხაზი; ტელ: (0 422) 24-79-60

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
სამინისტრო

გახსოვდეთ!

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურეობა ხორციელდება იმ პირთა მიმართ, რომლებიც ფლობენ სოციალურ ვაუჩერს. აღნიშნული ვაუჩერი გადაეცემა ბენეფიციარის წარმომადგენელს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ.

ვაუჩერის მფლობელს (წარმომადგენელს) უფლება აქვს რეაბილიტაციის კურსი ჩაიტაროს მის მიერ შერჩეულ სამედიცინო დაწესებულებაში და მიიღოს დახმარება ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მოცულობით.

წაიკითხეთ ყურადღებით!

ქვეპროგრამის ფარგლებში მიწოდებული მომსახურების ღირებულების ასანაზღაურებლად გამოიყენება ვაუჩერი, რომელიც შედგება ტალონებისაგან; წლის განმავლობაში ერთ ბენეფიციარს დაუფინანსდება არაუმეტეს 3 სარეაბილიტაციო კურსისა (ქვეპროგრამაში ჩართვის პერიოდის შესაბამისად). სარეაბილიტაციო კურსებს შორის დაყოვნება უნდა შეადგენდეს არანაკლებ 60 კალენდარულ დღეს, თუ ექიმი-სპეციალისტის დასკვნაში სხვა ვადა არ არის მითითებული.

ქვეპროგრამის ფარგლებში გაწეული მომსახურება სამინისტროს მიერ ანაზღაურდება ფაქტიური ხარჯის მიხედვით, მაგრამ არაუმეტეს სოციალური ვაუჩერის ტალონში მითითებული თანხისა.

გაითვალისწინეთ!

ვაუჩერი ძალაშია მხოლოდ ვაუჩერით გათვალისწინებულ ვადამდე. ვაუჩერის დაკარგვის ან ზედიზედ ვაუჩერის 2 ტალონის გამოუყენებლობის შემთხვევაში მფლობელმა შესაბამისი განცხადებით უნდა მიმართოს სამინისტროს.

ცხელი ხაზი; ტელ: (0 422) 24-79-60

ბვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე
ბავშვთა რეაბილიტაცია N

ბენეფიციარის სახელი, გვარი

დაბადების წელი

პირადი ნომერი

ვაუჩერის მოქმედების ვადა

ტალონის წარდგენის ვადა არაუგვიანეს

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული დაფინანსების მოცულობა ---- ლარი

სამინისტროს პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა



ბვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე
ბავშვთა რეაბილიტაცია N

ბენეფიციარის სახელი, გვარი

დაბადების წელი

პირადი ნომერი

ვაუჩერის მოქმედების ვადა

ტალონის წარდგენის ვადა არაუგვიანეს

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული დაფინანსების მოცულობა ---- ლარი

სამინისტროს პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა



ბვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე
ბავშვთა რეაბილიტაცია N

ბენეფიციარის სახელი, გვარი

დაბადების წელი

პირადი ნომერი

ვაუჩერის მოქმედების ვადა

ტალონის წარდგენის ვადა არაუგვიანეს

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული დაფინანსების მოცულობა ---- ლარი

სამინისტროს პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა



მვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის სოციალური ვაუჩერის გაცემისა და გამოყენების წესი

მვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამით (შემდგომში-ქვეპროგრამა) ისარგებლებენ მოქალაქეები, რომლებიც 2024 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის პერიოდისათვის უწყვეტად არიან რეგისტრირებულნი აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე, გარდა ქ.ბათუმში რეგისტრირებული 1 წლამდე ასაკის ბავშვებისა, რომლებიც ჩართული არიან "ბავშვთა მენჯ-ბარძაყისა სახსრის დისპლაზიისა და თანდაყოლილი ამოვარდნილობის მკურნალობა" ქვეპროგრამაში. ამასთანავე, 2024 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის პერიოდისათვის ერთი-ერთი მშობელი მაინც უწყვეტადაა რეგისტრირებული აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე (წყვეტილობის არსებობის შემთხვევაში, პირი არ უნდა იყოს რეგისტრირებული აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ადმინისტრაციული ტერიტორიის გარეთ).

ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფს განეკუთვნება მვალ-სახსროვანის სისტემის დეფორმაციის (მათ შორის სხვადასხვა ხარისხის სქოლიოზი, მენჯ-ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა, დისპლაზია, ტერფმრუდობა, ტრავმის შემდგომი მდგომარეობა და სხვა) მქონე 18 წლამდე ასაკის საქართველოს მოქალაქეები.

ქვეპროგრამის ბენეფიციარად განისაზღვრა:

1. შშმ სტატუსი მქონე ბავშვები;
2. ბავშვები, რომელთა ოჯახები დარეგისტრირებულნი არიან სოციალურად დაუცველი ოჯახების ერთიან მონაცემთა ბაზაში 0-დან 200 000-ის ჩათვლით სარეიტინგო ქულით;
3. მარჩენალდაკარგული სტატუსის მქონე ბავშვები;
4. მარტოხელა მშობლის სტატუსის მქონე პირის შვილები;
5. ომისა და სამხედრო ძალების ვეტერანთა შვილები;
6. შშმ სტატუსის მქონე პირის შვილები;
7. რეინტეგრაციის შემწეობის მიმღები ოჯახების ბავშვები;
8. მინდობით აღზრდაში ან სააღმზრდელო დაწესებულებაში მყოფი ბავშვები, თუკი ამ დაწესებულების მიერ არ ხდება ამ პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიწოდება;
9. თუ ოჯახში ერთზე მეტ ბავშვს ესაჭიროება დახმარება ქვეპროგრამის ფარგლებში;
10. მრავალშვილიანი ოჯახის ბავშვები (ოთხი და/ან მეტი არასრულწლოვანი ბავშვი).

ბენეფიციარის წარმომადგენელი განცხადებით და თანმხლები დოკუმენტებით (სამედიცინო დაწესებულებიდან გაცემული ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ფორმა №IV-100/ა, ბავშვის დაბადების მოწმობის ასლი, მშობლის ან წარმომადგენლის პირადობის მოწმობის ასლი, ბენეფიციარობის დამადასტურებელი საბუთი) მიმართავს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს.

არასრულყოფილად წარმოდგენილი დოკუმენტაციის შემთხვევაში განმცხადებელს ეძლევა შესაბამისი განმარტება და ვადა საჭირო საბუთების წარმოსადგენად.

ქვეპროგრამის არაბენეფიციარებს წერილობით ეცნობება დახმარებაზე უარის შესახებ.

ქვეპროგრამის ბენეფიციარის სრულყოფილი დოკუმენტაციის საფუძველზე გაიცემა სოციალური ვაუჩერი.

ვაუჩერის გაცემის საფუძველს წარმოადგენს:

- ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ - ფორმა №IV-100/ა, სადაც მითითებული უნდა იყოს რეაბილიტაციის კურსის საჭიროება ;
- ბავშვის დაბადების მოწმობის ასლი ან სხვა დოკუმენტი, რომლითაც შესაძლებელია ბავშვის იდენტიფიკაცია;
- მშობლის ან ბავშვის კანონიერი წარმომადგენლის პირადობის დამადასტურებელი მოწმობის ასლი, ან სხვა დოკუმენტი, რომლითაც შესაძლებელია პირის იდენტიფიკაცია;
- ბენეფიციარობის დამადასტურებელი საბუთი.

ბენეფიციარის მშობელმა ან წარმომადგენელმა დადგენილი წესით უნდა მიიღოს სოციალური ვაუჩერი რეაბილიტაციის კურსის დაწყებამდე ან კურსის დასრულებამდე. სარეაბილიტაციო კურსის დასრულების შემდეგ ვაუჩერი არ გაიცემა.

ქვეპროგრამის მოსარგებლეს (წარმომადგენელს) უფლება აქვს მომსახურების მიღების მიზნით აირჩიოს მისთვის სასურველი დაწესებულება, რომელიც დაფიქსირდება ვაუჩერში.

წლის განმავლობაში ერთ ბენეფიციარს დაუფინანსდება არაუმეტეს 3 სარეაბილიტაციო კურსისა (ქვეპროგრამაში ჩართვის პერიოდის შესაბამისად). სარეაბილიტაციო კურსებს შორის დაყოვნება უნდა შეადგენდეს არანაკლებ 60 კალენდარულ დღეს, თუ ექიმი-სპეციალისტის დასკვნაში სხვა ვადა არ არის მითითებული.

ქვეპროგრამით დახმარება გაეწევა იმ პაციენტებს, რომლებიც ფლობენ სრულად შევსებულ ვაუჩერს. ვაუჩერის ტალონი უნდა ინახებოდეს მომსახურების მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებაში თითოეული კურსის დასრულების შემდეგ.

ვაუჩერის ტალონის წარდგენის ვადა განისაზღვრება მომსახურების გაწევის თვის 15 რიცხვამდე, თუ თვით ამ ვაუჩერში სხვა ვადა არ არის განსაზღვრული.

ვაუჩერი ძალაშია მხოლოდ ვაუჩერით გათვალისწინებული ვაუჩერის ტალონის წარდგენის ვადამდე. ვაუჩერის დაკარგვის ან ვაუჩერის 2 ტალონის ზედიზედ გამოუყენებლობის შემთხვევაში მფლობელმა შესაბამისი განცხადებით უნდა მიმართოს სამინისტროს.

შენიშვნა: იმ შემთხვევაში თუ ბენეფიციარის მშობელი ან წარმომადგენელი სამინისტროს მომართავს მიმდინარე თვის 5 რიცხვამდე, ბენეფიციარი შესაბამისი მომსახურებით ისარგებლებს მიმდინარე თვის განმავლობაში, ხოლო თუ მომართავს 5 რიცხვის შემდეგ ქვეპროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებას მიიღებს მომდევნო თვიდან.

**ძვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია ქვეპროგრამის
ხელშეკრულებით განსაზღვრული მომსახურების შესრულების, აღრიცხვის,
ანგარიშგებისა და ანაზღაურების წესი**

ზოგადი ნაწილი

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (შემდგომში - „შემსყიდველი“) “ძვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია” ქვეპროგრამის (შემდგომში-ქვეპროგრამა) განხორციელებაში მონაწილე დაწესებულებას (შემდგომში - „მიმწოდებელი“) შესრულებულ მომსახურებას უნაზღაურებს წინამდებარე წესისა და ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობების შესაბამისად.

ხელშეკრულებით გათვალისწინებული მომსახურების შესრულება განხორციელდება 2024 წლის ძვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია ქვეპროგრამის შესაბამისად. შესრულებულ მომსახურებად ჩაითვლება სარეაბილიტაციო ღონისძიებების ჩატარება.

შესრულებულ მომსახურებად ჩაითვლება ქვეპროგრამით გათვალისწინებული ღონისძიებების გაწევა. მომსახურება უნდა მიეწოდოს სამედიცინო დაწესებულებაში ან სხვა მიმწოდებელთან, რომელსაც აქვს ნებართვა ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიწოდებაზე.

ხელშეკრულებით გათვალისწინებული მომსახურების ღირებულების ასანაზღაურებლად მიმწოდებელი ვალდებულია მომსახურების გაწევის მომდევნო თვის 10 რიცხვის ჩათვლით (იმ შემთხვევაში თუ აღნიშნული ვადა ემთხვევა არასამუშაო დღეს, არაუგვიანეს მომდევნო სამუშაო დღისა) შემსყიდველს წარუდგინოს შემდეგი დოკუმენტები:

- ა) წერილი აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის სახელზე სამედიცინო ვაუჩერით მიწოდებული მომსახურების ანაზღაურების შესახებ;
- ბ) ორ ეგზემპლარად შევსებული ანგარიშ-ფაქტურა (რომელზეც მითითებულია მიმწოდებლის მიერ შესრულებული მომსახურების მოცულობა);
- გ) შესრულებული სამუშაოს ჩამონათვალი;
- დ) შესრულებული სამუშაოს ყოველთვიური მიღება-ჩაბარების აქტი;
- ე) სოციალური ვაუჩერის ასლი.

გამონაკლისის სახით: იანვრის თვის შესრულება წარმოდგენილი უნდა იქნეს არაუგვიანეს 15 თებერვლისა, ხოლო დეკემბრის თვის შესრულება - არაუგვიანეს 15 დეკემბრისა.

მომსახურების მიმწოდებლის მიერ ვადის დარღვევის შემთხვევაში, წარდგენილი ვაუჩერის ტალონი დაფინანსებას არ ექვემდებარება.

ანგარიშ-ფაქტურასა და შესაბამისი ანაზღაურების მოთხოვნის შესრულებული მომსახურების ჩამონათვალის დოკუმენტურ ფორმას ერთი და იგივე ნომერი უნდა დაესვას.

აუცილებელია! შემსყიდველთან წარდგენილი დოკუმენტების ასლი ინახებოდეს მიმწოდებელთან.

შემსყიდველის მიერ არ დაფინანსდება შემდეგი შემთხვევები:

1. არ არის წარმოდგენილი სამედიცინო ვაუჩერის ასლი;
2. დიაგნოზი არ დასტურდება სამედიცინო ბარათში არსებული ჩანაწერებით;

3. რეაბილიტაციის ინდივიდუალური გეგმით გათვალისწინებული სამკურნალო-სარეაბილიტაციო ღონისძიებები არ ჩატარებულა;
4. მიმწოდებელს არ აქვს საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული ლიცენზია/ნებართვა (ან/და შეუჩერდა) შესაბამის სამედიცინო საქმიანობაში;
5. პაციენტს სამედიცინო მომსახურება ჩაუტარა სპეციალისტმა, რომელსაც არ აქვს საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული შესაბამის სამედიცინო საქმიანობაში სერთიფიკატი ან/და შეუჩერდა ან გაუვიდა მოქმედების ვადა, გარდა კანონით გათვალისწინებული შემთხვევებისა.

ზემოაღნიშნული შემთხვევები დადგენილი წესით დაფიქსირდება სახელშეკრულებო ვალდებულებების ინსპექტირების დროს და მათი ღირებულება ექვემდებარება დაწესებულების მიერ შემსყიდველისათვის დაბრუნებას.

ბენეფიციარებისათვის გაწეული მომსახურების მოცულობა ასახული უნდა იყოს პაციენტის სამედიცინო ბარათში.

სარეაბილიტაციო კურსის არასრულად ჩატარების შემთხვევაში მიმწოდებელი შემსყიდველისაგან მოითხოვს მხოლოდ გაწეული ფაქტიური ხარჯის ანაზღაურებას, მაგრამ არა უმეტეს ვაუჩერში დაფიქსირებული ასანაზღაურებელი თანხისა.

აუცილებელია! სამედიცინო დოკუმენტაციაში ასახული უნდა იყოს მულტიდისციპლინური გუნდის მიერ შედგენილი ინდივიდუალური სამუშაო გეგმა, ჩატარებული მომსახურების (სეანსი-ვიზიტი) აღწერა, დადასტურებული ბენეფიციარის მშობელის/კანონიერი წარმომადგენლის ხელწერით (იხილეთ დანართი ვიზიტების ჩანაწერების ფორმის თაობაზე). ამასთანავე ინახებოდეს სოციალური ვაუჩერისა და ბენეფიციარის დაბადების მოწმობის, მშობლის ან წარმომადგენლის პირადობის მოწმობის ასლები (ან სხვა დოკუმენტი, რომელითაც შესაძლებელია მათი იდენტიფიცირება), სოციალური მგომარეობის/სტატუსის დამადასტურებელი საბუთი. აღნიშნულის შეუსრულებლობის შემთხვევაში შესაძლებელია გამოყენებული იქნას ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საჯარიმო სანქციები.

შესყიდვის ობიექტის (მომსახურების) მიღება-ჩაბარება და ინსპექტირება განხორციელდება:

- სამინისტროში ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სარეაბილიტაციო მომსახურების ამსახველი დოკუმენტების (ანგარიშ-ფაქტურა, შესრულებული მომსახურების ჩამონათვალი) მონაცემთა კომპიუტერულ-პროგრამული დამუშავების საფუძველზე, შემსყიდველისა და მიმწოდებლის უფლებამოსილ პირებს შორის შესაბამისი აქტის გაფორმებით.
- სახელშეკრულებო ვალდებულებების ინსპექტირება გაწეული მომსახურებაზე შესაბამისი აქტის გაფორმებით შეიძლება განხორციელდეს, როგორც ხელშეკრულების მოქმედების ნებისმიერ ეტაპზე, ასევე ხელშეკრულების მოქმედების დასრულების შემდეგაც კანონმდებლობის შესაბამისად;
- სახელშეკრულებო ვალდებულებების ინსპექტირებისას დაწესებულება ვალდებულია მონიტორინგის ჯგუფს მოთხოვნისთანავე წარუდგინოს ქვეპროგრამის ბენეფიციარისათვის გაწეულ მომსახურებასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სამედიცინო-სარეაბილიტაციო, სტატისტიკური თუ ფინანსური ინფორმაცია.

კერძო ნაწილი

ქვეპროგრამის მიზანია ძვალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე 18 წლამდე ასაკის ბავშვებისა და მოზარდებისათვის რეაბილიტაციის კურსების მიწოდება.

ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფებს მიეკუთვნება ძვალ-სახსროვანის სისტემის დეფორმაციის (მათ შორის სხვადასხვა ხარისხის სქოლიოზი, მენჯ-ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა, დისპლაზია, ტერფმრუდობა და სხვა) მქონე 18 წლამდე ასაკის საქართველოს მოქალაქეები.

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებით ისარგებლებენ საქართველოს მოქალაქეები, რომლებიც 2024 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის პერიოდისათვის უწყვეტად არიან რეგისტრირებულნი აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე, გარდა ქ.ბათუმში რეგისტრირებული 1 წლამდე ასაკის ბავშვებისა, რომლებიც ჩართული არიან "ბავშვთა მენჯ-ბარძაყისა სახსრის დისპლაზიისა და თანდაყოლილი ამოვარდნილობის მკურნალობა" ქვეპროგრამაში. ამასთანავე, 2024 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის პერიოდისათვის ერთი-ერთი მშობელი მაინც უწყვეტადაა რეგისტრირებული აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე (წყვეტილობის არსებობის შემთხვევაში, პირი არ უნდა იყოს რეგისტრირებული აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ადმინისტრაციული ტერიტორიის გარეთ).

ქვეპროგრამის მოსარგებლეები არიან:

1. შშმ სტატუსის მქონე ბავშვები;
2. ბავშვები, რომელთა ოჯახები დარეგისტრირებულნი არიან სოციალურად დაუცველი ოჯახების ერთიან მონაცემთა ბაზაში 0-დან 200 000-ის ჩათვლით სარეიტინგო ქულით;
3. მარჩენალდაკარგული სტატუსის მქონე ბავშვები;
4. მარტოხელა მშობლის სტატუსის მქონე პირის შვილები;
5. ომისა და სამხედრო ძალების ვეტერანთა შვილები;
6. შშმ სტატუსის მქონე პირის შვილები;
7. რეინტეგრაციის შემწეობის მიმღები ოჯახების ბავშვები;
8. მინდობით აღზრდაში ან სააღმზრდელო დაწესებულებაში მყოფი ბავშვები, თუკი ამ დაწესებულების მიერ არ ხდება ამ პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიწოდება;
9. თუ ოჯახში ერთზე მეტ ბავშვს ესაჭიროება დახმარება ქვეპროგრამის ფარგლებში;
10. მრავალშვილიანი ოჯახის ბავშვები (ოთხი და/ან მეტი არასრულწლოვანი ბავშვი).

მომსახურების მიწოდება ხორციელდება მოსარგებლეთათვის სოციალური ვაუჩერის გაცემის გზით. ბენეფიციარის მშობელმა ან წარმომადგენელმა დადგენილი წესით უნდა მიიღოს სოციალური ვაუჩერი რეაბილიტაციის კურსის დაწყებამდე ან კურსის დასრულებამდე. სარეაბილიტაციო კურსის დასრულების შემდეგ ვაუჩერი არ გაიცემა.

ვაუჩერის გაცემის საფუძველს წარმოადგენს:

- ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ - ფორმა №IV-100/ა, სადაც მითითებული უნდა იყოს დიაგნოზი ICD-10 მიხედვით და რეაბილიტაციის კურსის საჭიროება (ექიმ-სპეციალისტის - ორთოპედ/ტრავმატოლოგის დასკვნის საფუძველზე);
- ბავშვის დაბადების მოწმობის ასლი ან სხვა დოკუმენტი, რომლითაც შესაძლებელია ბავშვის იდენტიფიკაცია;
- არასრულწლოვანის საინფორმაციო ბარათი (პირველადი ჩართვის შემთხვევაში);
- მშობლის ან ბავშვის კანონიერი წარმომადგენლის პირადობის დამადასტურებელი მოწმობის ასლი, ან სხვა დოკუმენტი, რომლითაც შესაძლებელია პირის იდენტიფიკაცია;
- ბენეფიციარობის დამადასტურებელი საბუთი.

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს ექიმ-სპეციალისტის (ორთოპედ-ტრავმატოლოგი, რეაბილიტოლოგი) კონსულტაციას, სარეაბილიტაციო ღონისძიებების ჩატარებას (სამკურნალო ფიზკულტურა, სამკურნალო მასაჟი, ფიზიოთერაპია - მოსარგებლის საჭიროებების მიხედვით), მშობლისათვის სამკურნალო ფიზკულტურის სახლის პირობებში ჩატარების სწავლებას. ბენეფიციარს რეაბილიტაციის კურსით გათვალისწინებული ღონისძიებები ჩაუტარდებათ ინდივიდუალური გეგმის შესაბამისად, რომელიც უნდა მოიცავდეს ქვეპროგრამით გათვალისწინებულ ღონისძიებებს და რომლის ჯამური ღირებულება არ უნდა

აღმატებოდეს ქვეპროგრამით გათვალისწინებული სრული კურსის ტარიფს. ქვეპროგრამით გაწეული მომსახურება (1 კურსი - არანაკლებ 10 დღისა და 30 ღონისძიებისა) ბენეფიციარებს დაუფინანსდებათ მომსახურების ღირებულების 100%-ით, მაგრამ არა უმეტეს ქვეპროგრამით განსაზღვრული ტარიფისა - 1 კურსის ღირებულება 220 ლარის ოდენობით.

წლის განმავლობაში ერთ ბენეფიციარს დაუფინანსდება არაუმეტეს 3 სარეაბილიტაციო კურსისა (ქვეპროგრამაში ჩართვის პერიოდის შესაბამისად). სარეაბილიტაციო კურსებს შორის დაყოვნება უნდა შეადგენდეს არანაკლებ 60 კალენდარულ დღეს, თუ ექიმი-სპეციალისტის დასკვნაში სხვა ვადა არ არის მითითებული.

შენიშვნა: იმ შემთხვევაში თუ ბენეფიციარის მშობელი ან წარმომადგენელი სამინისტროს მომართავს მიმდინარე თვის 5 რიცხვამდე, ბენეფიციარი შესაბამისი მომსახურებით ისარგებლებს მიმდინარე თვის განმავლობაში, ხოლო თუ მომართავს 5 რიცხვის შემდეგ ქვეპროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებას მიიღებს მომდევნო თვიდან.

!!! გამონაკლისი: თუ ბენეფიციარის მშობელი ან წარმომადგენელი სამინისტროს მომართავს იანვრის თვის 15 რიცხვამდე, ბენეფიციარი შესაბამისი მომსახურებით ისარგებლებს იანვრის თვის განმავლობაში, ხოლო თუ მომართავს 15 რიცხვის შემდეგ, ქვეპროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებას მიიღებს თებერვლის თვიდან.

ქვეპროგრამის ფარგლებში გაწეული მომსახურება სამინისტროს მიერ ანაზღაურდება ფაქტიური ხარჯის მიხედვით, მაგრამ არაუმეტეს სოციალურ ვაუჩერში მითითებული თანხისა.

ა) ქვეპროგრამის ფარგლებში მიწოდებული მომსახურების ღირებულების ასანაზღაურებლად გამოიყენება მატერიალიზებული ვაუჩერი, რომელიც განკუთვნილია მიწოდებული მომსახურების დაფინანსებისათვის.

ბ) ვაუჩერი გაიცემა დეპარტამენტის დასკვნის შესაბამისად. იგი შედგება არაუმეტეს 3 ტალონისა (ქვეპროგრამაში ჩართვის პერიოდის შესაბამისად). სარეაბილიტაციო კურსებს შორის დაყოვნება უნდა შეადგენდეს არანაკლებ 60 კალენდარულ დღეს, თუ ექიმი-სპეციალისტის დასკვნაში სხვა ვადა არ არის მითითებული.

გ) ვაუჩერი ანაზღაურდება ფაქტიური ხარჯით, მაგრამ არა უმეტეს ქვეპროგრამით განსაზღვრული ტარიფისა - 1 კურსის ღირებულება 220 ლარის ოდენობით.

დ) ბენეფიციარმა მომსახურების მიმწოდებელს უნდა მიმართოს არაუგვიანეს ვაუჩერის ტალონში მითითებული წარდგენის ვადისა. მომსახურების მიმწოდებელთან ამ ვადის დარღვევით გამოცხადების შემთხვევაში ვაუჩერის ტალონი უქმდება.

ე) ვაუჩერის ავტომატურად გაუქმებას იწვევს ვაუჩერის 2 ტალონის ზედიზედ გამოუყენებლობა, გარდა შესაბამისი დაწესებულების ფუნქციონირების დროებით შეჩერების შემთხვევებისა, რაზეც მიმწოდებელი მინიმუმ ერთი თვით ადრე წერილობით აცნობებს ბენეფიციარის კანონიერ წარმომადგენელს/მინდობით აღმზრდელს და სამინისტროს. ვაუჩერის გაუქმების შესახებ გადაწყვეტილებას იღებს სამინისტრო.

ზოგად და კერძო ნაწილებს შორის ურთიერთშესაბამისი შემთხვევაში უპირატესობა ენიჭება კერძო ნაწილის შესაბამის განმარტებას.

ექვეპროგრამა „მკალ-სახსროვანი სისტემის დეფორმაციის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია“ (30 ღონისძიება)

ვიზიტის ჩანაწერების ფორმა

ბავშვის სახელი / გვარი:

თვე, წელი:

თარიღი	№	ვიზიტის ადგილი	სპეციალისტი/ სპეციალობა	ვიზიტის მიზანი/აქტივობები	სპეციალისტის ხელმოწერა	მშობლის/კანონიერ ი წარმომადგენლის ხელწერა	კომენტარი
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
	10						
	11						
	12						

	13						
	14						
	15						
	16						
	17						
	18						
	19						
	20						
	21						
	22						
	23						
	24						
	25						
	26						
	27						
	28						
	29						

	30						
--	----	--	--	--	--	--	--

პროგრამის ხელმძღვანელის ხელმოწერა:

აქტი N ----- "----" ----- 2024 წელი

შესრულებული სამუშაოს ყოველთვიური მიღება-ჩაბარების აქტი

ანგარიშების პერიოდი 2024 წლის "----" -----დან "----" -----მდე

დაწესებულების დასახელება _____

ხელშეკრულების № _____

№	ქვეპროგრამის დასახელება	ანგარიშ-ფაქტურის № და თარიღი		მოთხოვნილი თანხა	ექვემდებარება შემცირებას			ექვემდებარება ფულადი სახსრებით ანაზღაურებას		სულ ასანაზღაურებელი თანხა
					ლიმიტს ზემოთ თანხა	ავანსად გაცემული	სხვა მიზეზებით დარღვევების გამო	პროგრამის მიხედვით მიმდინარე თვის შესრულებული სამუშაო	წინა თვეებში წარმოქმნილი დავალიანება	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

ასანაზღაურებელი თანხა სიტყვიერად _____

ჩავაბარე _____
(დაწესებულების დასახელება)

მივიღე _____
აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
სამინისტრო

დაწესებულების ხელმძღვანელი _____

უფლებამოსილი პირის ხელმოწერა _____

მთ. ბუღალტერი: _____

ბ.ა.

ბ.ა.

შესრულებული სამუშაოს ჩამონათვალი -----
ანგარიშის პერიოდი 2024 წლის "___" -----დან "___" -----მდე
დაწესებულების დასახელება -----

შესრულებული სამუშაოს ჩამონათვალი -----

ანგარიშის პერიოდი 2024 წლის "___" _____-დან "___" _____-მდე

დაწესებულების დასახელება _____

ხელშეკრულების _____

[illegible]

მთ. ბუღალტერი:-----

රි.ප.