



საქართველო

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

ქ.ბათუმი

„29“ 12 2023 წ.

ბრძანება N 12/21

სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა აბილიტაცია/რეაბილიტაცია განხორციელებასთან დაკავშირებით გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ

„აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის 2024 წლის რესპუბლიკური ბიუჯეტის შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონით გათვალისწინებული ქვეპროგრამის „სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა აბილიტაცია/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 ნ ა ნ ე ბ ა:

1. დამტკიცდეს:

- ა) აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს განცხადების ტექსტი „სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა აბილიტაცია/რეაბილიტაცია“ ქვეპროგრამის შესრულებაში მონაწილეობის მსურველ პირთათვის, თანახმად №1 დანართისა.
- ბ) სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა აბილიტაცია/რეაბილიტაცია ქვეპროგრამის სოციალური ვაუჩერის თანდართული ფორმა.
- გ) სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა აბილიტაცია/რეაბილიტაცია სოციალური ვაუჩერის გაცემისა და გამოყენების წესი, თანახმად №2 დანართისა.
- დ) სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა აბილიტაცია/რეაბილიტაცია 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.

მ ი ნ ი ს ტ რ ი

ნ. ნიჟარაძე



ნინო ნიჟარაძე

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს

გ ა ნ ც ხ ა დ ე ბ ა

სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა აბილიტაცია/რეაბილიტაცია ქვეპროგრამის

შესრულებაში მონაწილეობის

მსურველ პირთათვის

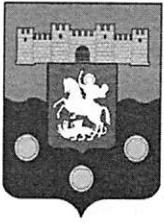
აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (ქ. ბათუმი, აკად. მ. კომახიძის ქ. №119) აცნობებს ყველა დაინტერესებულ პირს:

1. „აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის 2024 წლის რესპუბლიკური ბიუჯეტის შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონით გათვალისწინებულია ქვეპროგრამა „სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა აბილიტაცია/რეაბილიტაცია“.
2. სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა აბილიტაცია/რეაბილიტაცია ქვეპროგრამის მიზანია სმენაპროთეზირებული ბავშვების უზრუნველყოფა მათ საჭიროებებზე მორგებული სარეაბილიტაციო მომსახურების კურსებით. 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 2023 წლის 15 დეკემბრის ჩათვლით პერიოდი.
4. ქვეპროგრამის მოსარგებლეები არიან საქართველოს მოქალაქეები, რომლებიც რეგისტრირებულნი არიან აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკის ტერიტორიაზე 2024 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის მომენტში, გარდა ქ. ბათუმში რეგისტრირებული მოქალაქეებისა. ამასთანავე, ერთ-ერთი მშობელი მაინც რეგისტრირებულია აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკის ტერიტორიაზე 2024 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის მომენტში.
5. ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფს მიეკუთვნება 10 წლის ასაკამდე სხვადასხვა ხარისხის სმენადაქვეითებული სმენაპროთეზირებული (სმენის აპარატი, კოხლეარული იმპლანტი) ბავშვები.
6. სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა აბილიტაცია/რეაბილიტაცია ქვეპროგრამის შესრულებაში მონაწილეობის მსურველმა სამედიცინო დაწესებულებებმა გთხოვთ, მოგვმართოთ მისამართზე: ქ. ბათუმი, აკად. მ. კომახიძის ქ. №119, მეორე სართული, ოთახი №9, ტელ.: (0422) 24-79-62.
7. დაინტერესებულმა პირებმა უნდა წარმოადგინონ შემდეგი დოკუმენტები:
 - ა) წერილობითი განაცხადი სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა აბილიტაცია/რეაბილიტაცია ქვეპროგრამის განხორციელებაში 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 სერთიფიცირების თაობაზე.

სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა აბილიტაცია/რეაბილიტაცია ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების 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: (0244) 24-79-60.



აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის სამინისტრო



სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა
აბილიტაცია/რეაბილიტაცია

სოციალური ვაუჩერი №---

ბენეფიციარის სახელი, გვარი _____
დაბადების წელი _____
პირადი ნომერი _____
მისამართი _____
ვაუჩერის გაცემის თარიღი _____
ვაუჩერის წარდგენის ვადა _____
ქვეპროგრამით გათვალისწინებული დაფინანსების მოცულობა ---- ლარი



გავეცანი პირობებს და ვაუჩერი მივიღე უფასოდ

ბენეფიციარის წარმომადგენელი

პ/ნ _____

ხელწერა _____

ტელ.: _____



აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის სამინისტრო



სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა
აბილიტაცია/რეაბილიტაცია

სოციალური ვაუჩერი №---

ბენეფიციარის სახელი, გვარი _____
დაბადების წელი _____
პირადი ნომერი _____
მისამართი _____
ვაუჩერის გაცემის თარიღი _____
ვაუჩერის წარდგენის ვადა _____
ქვეპროგრამით გათვალისწინებული დაფინანსების მოცულობა ---- ლარი



აუცილებლად გაეცანით უკანა გვერდს!

სამედიცინო დაწესებულება:



სამინისტროს პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა



**აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
სამინისტრო**

გახსოვდეთ !

ქვეპროგრამის მოსარგებლეს (წარმომადგენელს) უფლება აქვს მომსახურების მიღების მიზნით აირჩიოს ქვეპროგრამის შესრულებაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც დაფიქსირდება ვაუჩერში.

ქვეპროგრამით დახმარება გაეწევა იმ პაციენტებს, რომლებიც ფლობენ სრულად შევსებულ ვაუჩერს. ვაუჩერი ინახება ბენეფიციართან, ვაუჩერის ბ ნაწილი უნდა ინახებოდეს მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებაში თითოეული კურსის დასრულების შემდეგ.

წაიკითხეთ ყურადღებით!

ბენეფიციარს ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მიეწოდება ინდივიდუალური გეგმის შესაბამისად. ქვეპროგრამა, ასევე, ითვალისწინებს რეაბილიტაციის პროცესში მშობლების მონაწილეობას, მათი პრაქტიკული ჩვევების განვითარებასა და შემდგომი სამოქმედო გეგმის შემუშავებას.

ქვეპროგრამით გაწეული მომსახურება ბენეფიციარებს დაუფინანსდებათ სრულად, მაგრამ არა უმეტეს ქვეპროგრამით განსაზღვრული ტარიფისა - 1 კურსის ღირებულება 310 ლარის ოდენობით.

წლის განმავლობაში ბენეფიციარებს დაუფინანსდებათ არაუმეტეს ორი სარეაბილიტაციო კურსისა.

გათვალისწინეთ!

ვაუჩერი ძალაშია მხოლოდ ვაუჩერით გათვალისწინებული წარდგენის ვადამდე, რომელიც განისაზღვრება ვაუჩერის გაცემის თარიღიდან 15 კალენდარული დღით, თუ თვით ამ ვაუჩერში სხვა ვადა არ არის მითითებული.

ვაუჩერის დაკარგვის შემთხვევაში მფლობელს უფლება აქვს შესაბამისი განცხადებით მიმართოს სამინისტროს.

ცხელი ხაზი: ტელ: (0 422) 24-79-60

**აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
სამინისტრო**

გახსოვდეთ !

ქვეპროგრამის მოსარგებლეს (წარმომადგენელს) უფლება აქვს მომსახურების მიღების მიზნით აირჩიოს ქვეპროგრამის შესრულებაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც დაფიქსირდება ვაუჩერში.

ქვეპროგრამით დახმარება გაეწევა იმ პაციენტებს, რომლებიც ფლობენ სრულად შევსებულ ვაუჩერს. ვაუჩერი ინახება ბენეფიციართან, ვაუჩერის ბ ნაწილი უნდა ინახებოდეს მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებაში თითოეული კურსის დასრულების შემდეგ.

წაიკითხეთ ყურადღებით!

ბენეფიციარს ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება მიეწოდება ინდივიდუალური გეგმის შესაბამისად. ქვეპროგრამა, ასევე, ითვალისწინებს რეაბილიტაციის პროცესში მშობლების მონაწილეობას, მათი პრაქტიკული ჩვევების განვითარებასა და შემდგომი სამოქმედო გეგმის შემუშავებას.

ქვეპროგრამით გაწეული მომსახურება ბენეფიციარებს დაუფინანსდებათ სრულად, მაგრამ არა უმეტეს ქვეპროგრამით განსაზღვრული ტარიფისა - 1 კურსის ღირებულება 310 ლარის ოდენობით.

წლის განმავლობაში ბენეფიციარებს დაუფინანსდებათ არაუმეტეს ორი სარეაბილიტაციო კურსისა.

გათვალისწინეთ!

ვაუჩერი ძალაშია მხოლოდ ვაუჩერით გათვალისწინებული წარდგენის ვადამდე, რომელიც განისაზღვრება ვაუჩერის გაცემის თარიღიდან 15 კალენდარული დღით, თუ თვით ამ ვაუჩერში სხვა ვადა არ არის მითითებული.

ვაუჩერის დაკარგვის შემთხვევაში მფლობელს უფლება აქვს შესაბამისი განცხადებით მიმართოს სამინისტროს.

ცხელი ხაზი: ტელ: (0 422) 24-79-60

სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა აბილიტაცია/რეაბილიტაცია ქვეპროგრამის სოციალური ვაუჩერის გაცემისა და გამოყენების წესი

სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა აბილიტაცია/რეაბილიტაციის ქვეპროგრამით (შემდგომში - ქვეპროგრამა) ისარგებლებენ საქართველოს მოქალაქეები, რომლებიც რეგისტრირებულნი არიან აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე 2024 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის მომენტში, გარდა ქ. ბათუმი რეგისტრირებული მოქალაქეებისა. ამასთანავე, ერთი მშობელი მაინც რეგისტრირებულია აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე 2024 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის მომენტში. (წყვეტილობის არსებობის შემთხვევაში, პირი არ უნდა იყოს რეგისტრირებული აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ადმინისტრაციული ტერიტორიის გარეთ).

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, შშმ სტატუსის დამადასტურებელი საბუთი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში)) 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 სამიზნე ჯგუფს განეკუთვნება 10 წლის ასაკამდე სხვადასხვა ხარისხის სმენადაქვეითებული სმენაპროთეზირებული (სმენის აპარატი, კოხლეარული იმპლანტი) ბავშვები.

წარმოდგენილი დოკუმენტაციის ქვეპროგრამასთან შესაბამისობის დადგენის საფუძველზე გაიცემა სოციალური ვაუჩერი.

ვაუჩერის გაცემის საფუძველს წარმოადგენს:

- განცხადება;

- ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ - ფორმა №IV-100/ა, სადაც მითითებული უნდა იყოს დიაგნოზი ICD-10 მიხედვით და რეაბილიტაციის კურსის საჭიროება (ექიმ-სპეციალისტის დასკვნის საფუძველზე);

- ბავშვის დაბადების მოწმობის ასლი, ან სხვა დოკუმენტი, რომლითაც შესაძლებელია ბავშვის იდენტიფიკაცია.

- არასრულწლოვანის საინფორმაციო ბარათი (პირველადი ჩართვის შემთხვევაში);

- მშობლის პირადობის დამადასტურებელი მოწმობის ასლი ან სხვა დოკუმენტი, რომლითაც შესაძლებელია პირის იდენტიფიკაცია (კანონიერი წარმომადგენლის შემთხვევაში, ასევე კანონიერი წარმომადგენლობის დამადასტურებელი საბუთი).

- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის დამადასტურებელი საბუთი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

ქვეპროგრამით დახმარება გაეწევა იმ პაციენტებს, რომლებიც ფლობენ სრულად შევსებულ ვაუჩერს. ვაუჩერის „ბ“ ნაწილი უნდა ინახებოდეს მომსახურების მიმწოდებელთან კურსის დამთავრების შემდეგ.

ქვეპროგრამის ბენეფიციარს უფლება აქვს რეაბილიტაციის მიზნით აირჩიოს მისთვის სასურველი დაწესებულება.

ქვეპროგრამით გაწეული მომსახურება ბენეფიციარებს დაუფინანსდებათ სრულად, მაგრამ არა უმეტეს ქვეპროგრამით განსაზღვრული ტარიფისა - 1 კურსის ღირებულება 310 ლარის ოდენობით.

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

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

ვაუჩერი ძალაშია მხოლოდ ვაუჩერის ტალონით გათვალისწინებული წარდგენის ვადამდე. ვაუჩერის დაკარგვის 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.

!!! 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.

**სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა აბილიტაცია/რეაბილიტაცია ქვეპროგრამის
ხელშეკრულებით განსაზღვრული მომსახურების შესრულების,
აღრიცხვის, ანგარიშგებისა და ანაზღაურების წესი**

ზოგადი ნაწილი

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ (შემდგომში-შემსყიდველი) სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა აბილიტაცია/რეაბილიტაცია ქვეპროგრამის განხორციელებაში მონაწილე დაწესებულებას (შემდგომში-მიმწოდებელი) ბენეფიციარებისათვის გაცემული სოციალური ვაუჩერის საფუძველზე მომსახურების ღირებულება აუნაზღაურდება წინამდებარე წესისა და შესაბამისი ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობებით.

ხელშეკრულებით გათვალისწინებული მომსახურების შესრულება განხორციელდება 2024 წლის სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა აბილიტაცია/რეაბილიტაცია ქვეპროგრამის შესაბამისად. შესრულებულ მომსახურებად ჩაითვლება სარეაბილიტაციო ღონისძიებების ჩატარება.

ბენეფიციარს და მის მშობელს/კანონიერ წარმომადგენელს შესაძლებლობა ეძლევათ გარკვეული პირობების გათვალისწინებით (ბუნებრივი და ოჯახური გარემოებები; გეოგრაფიული მდებარეობა; ბენეფიციარის ჯანმრთელობის მდგომარეობა), ქვეპროგრამით განსაზღვრული სხვადასხვა მომსახურება ტრადიციულ პირისპირ მომსახურებასთან ერთად დისტანციურადაც მიიღოს.

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 სოციალური 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 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.

გაითვალისწინეთ! 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 სოციალური ვაუჩერის ასლი;
2. დიაგნოზი არ დასტურდება სამედიცინო ბარათში არსებული ჩანაწერებით;
3. ქვეპროგრამით გათვალისწინებული სამკურნალო-სარეაბილიტაციო ღონისძიებები არ ჩატარებულა;
4. მიმწოდებელს არ აქვს საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული ლიცენზია/ნებართვა (ან/და შეუჩერდა) შესაბამის სამედიცინო საქმიანობაში;
5. პაციენტს მომსახურება ჩაუტარა სპეციალისტმა, რომელსაც არ აქვს საქართველოს კანონმდებლობით განსაზღვრული შესაბამის სამედიცინო-სარეაბილიტაციო 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.

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

აუცილებელია! სამედიცინო დოკუმენტაციაში უნდა ინახებოდეს სოციალური ვაუჩერის, ბენეფიციარის დაბადების მოწმობის, მშობლის ან წარმომადგენლის პირადობის მოწმობის ასლები (ან სხვა დოკუმენტი, რომელითაც შესაძლებელია მათი იდენტიფიცირება), სოციალური მგომარეობის/სტატუსის დამადასტურებელი საბუთი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში). 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 ინსპექტირების ჯგუფს მოთხოვნისთანავე წარუდგინოს ქვეპროგრამის ბენეფიციარის მომსახურებასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სამედიცინო-სარეაბილიტაციო, სტატისტიკური თუ ფინანსური ინფორმაცია.

კერძო ნაწილი

სმენაპროთეზირებული ბავშვების უზრუნველყოფა მათ საჭიროებებზე მორგებული სარეაბილიტაციო მომსახურების კურსებით

ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფს მიეკუთვნება 10 წლის ასაკამდე სხვადასხვა ხარისხის სმენადაქვეითებული სმენაპროთეზირებული (სმენის აპარატი, კოხლეარული იმპლანტი) ბავშვები.

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურებით ისარგებლებენ საქართველოს მოქალაქეები, რომლებიც რეგისტრირებულნი არიან აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკის ტერიტორიაზე 2024 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის მომენტში, გარდა ქ. ბათუმში რეგისტრირებული მოქალაქეებისა. ამასთანავე, ერთი მშობელი მაინც რეგისტრირებულია აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკის ტერიტორიაზე 2024 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის მომენტში (წყვეტილობის არსებობის შემთხვევაში, პირი არ უნდა იყოს რეგისტრირებული აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ადმინისტრაციული ტერიტორიის გარეთ).

ქვეპროგრამა განხორციელდება სოციალური ვაუჩერის საშუალებით.

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

ვაუჩერის გაცემის საფუძველს წარმოადგენს:

- განცხადება;

- ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ - ფორმა №IV-100/ა, სადაც მითითებული უნდა იყოს დიაგნოზი Ix -10 მიხედვით და რეაბილიტაციის კურსის საჭიროება (ექიმ-სპეციალისტის დასკვნის საფუძველზე);

- ბავშვის დაბადების მოწმობის ასლი, ან სხვა დოკუმენტი, რომლითაც შესაძლებელია ბავშვის იდენტიფიკაცია.

- არასრულწლოვანის საინფორმაციო ბარათი (პირველადი ჩართის შემთხვევაში);

-მშობლის პირადობის დამადასტურებელი მოწმობის ასლი ან სხვა დოკუმენტი, რომლითაც შესაძლებელია პირის იდენტიფიკაცია (კანონიერი წარმომადგენლის შემთხვევაში, ასევე კანონიერი წარმომადგენლობის დამადასტურებელი საბუთი).

- სოციალური მდგომარეობის/სტატუსის დამადასტურებელი ცნობის ასლი (არსებობის შემთხვევაში);

ბენეფიციარს ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება (1 კურსი: 14 ვიზიტი, ღონისძიება - მეტყვევების თერაპია, ერთი ვიზიტის ხანგრძლივობა არანაკლებ 30 წუთისა) მიეწოდება ინდივიდუალური გეგმის შესაბამისად. ქვეპროგრამა, ასევე, ითვალისწინებს რეაბილიტაციის პროცესში მშობლების მონაწილეობას, მათი პრაქტიკული ჩვევების განვითარებასა და შემდგომი სამოქმედო გეგმის შემუშავებას.

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 ვაუჩერის ტალონში მითითებული თანხისა:

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

ბ) ვაუჩერი ანაზღაურდება ფაქტიური ხარჯით, მაგრამ არა უმეტეს ქვეპროგრამით განსაზღვრული ტარიფისა - 1 კურსის ღირებულება 310 ლარის ოდენობით.

გ) იმ შემთხვევაში, თუ მიმწოდებლის მიერ გაწეული მომსახურება ნაკლებია ქვეპროგრამით გათვალისწინებული ღონისძიებების რაოდენობაზე, დაფინანსება განხორციელდება ფაქტიურად შესრულებული მომსახურების მიხედვით. ერთი მომსახურების ღირებულება განისაზღვროს 22 ლარის ოდენობით.

დ) ბენეფიციარმა მომსახურების მიმწოდებელს უნდა მიმართოს არაუგვიანეს ვაუჩერში მითითებული წარდგენის ვადისა. მომსახურების მიმწოდებელთან ამ ვადის დარღვევით გამოცხადების შემთხვევაში ვაუჩერი უქმდება, 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.

წლის განმავლობაში ბენეფიციარებს დაუფინანსდებათ არაუმეტეს ორი სარეაბილიტაციო კურსისა.

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

სმენაპროთეზირებულ ბავშვთა აბილიტაცია/რეაბილიტაცია

შესრულებული სამუშაოს ჩამონათვალი -----

ანგარიშის პერიოდი 2024 წლის "___" _____დან "___" _____მდე
დაწესებულების დასახელება _____

ხელშეკრულების N _____

[illegible]

აქტი N ----- "----" ----- 2024 წელი

შესრულებული სამუშაოს ყოველთვიური მიღება-ჩაბარების აქტი
ანგარიშგების პერიოდი 2024 წლის "----" -----დან "----" -----მდე

დაწესებულების დასახელება _____

ხელშეკრულების № _____

№	ქვეპროგრამის დასახელება	ანგარიშ- ფაქტურის № და თარიღი		მოთხოვნილ ი თანხა	ექვემდებარება შემცირებას			შეკიდებულია 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

აჭაოის ავტოზომიუმი ოქსაუბილიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
სამინისტრო

დაწესებულების ხელმძღვანელი _____

მთ. ბუღალტერი: _____

ბ.ა.

უფლებამოსილი პირის ხელმოწერა _____

ბ.ა.