



საქართველო
აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა
და სოციალური დაცვის მინისტრი

ქ. ბათუმი

„31“ „12“ 2013 წ.

ბრძანება № 12/151

სქოლიოზით დაავადებულ ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის განხორციელებასთან
დაკავშირებით გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ

„აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის 2014 წლის რესპუბლიკური ბიუჯეტის შესახებ“
აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონით გათვალისწინებული ქვეპროგრამის -
„სქოლიოზით დაავადებულ 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“ ქვეპუნქტის, მე-4 მუხლის მე-2 პუნქტის
„მ“ და „ჟ“ ქვეპუნქტების შესაბამისად,

ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა:

1. დამტკიცდეს:

ა) აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
სამინისტროს განცხადების ტექსტი სქოლიოზით დაავადებულ ბავშვთა რეაბილიტაციის
ქვეპროგრამის შესრულებაში მონაწილეობის მსურველ პირთათვის, თანახმად №1 დანართისა.

ბ) სქოლიოზით დაავადებულ ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის სამედიცინო
ვაუჩერის თანდართული ფორმა.

გ) სქოლიოზით დაავადებულ ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის სამედიცინო
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 №2 დანართისა.

2. სქოლიოზით დაავადებულ ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის განხორციელება,
მართვა და კონტროლი (ინსპექტირება) დაევალოს სამინისტროს სოციალური დაცვის
დეპარტამენტს (ლ. სურმანიძე) წინამდებარე ბრძანების, სქოლიოზით დაავადებულ ბავშვთა
რეაბილიტაციის ქვეპროგრამისა და მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად.

3. სქოლიოზით დაავადებულ ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის განხორციელებაზე,
მართვასა და კონტროლზე ზედამხედველობა დაევალოს მინისტრის მოადგილეს - ლევან
გორგილაძეს.

4. სქოლიოზით დაავადებულ ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის ფარგლებში სამინისტროს სახელით გაცემულ ვაუჩერზე ხელმოწერის უფლებამოსილება მიენიჭოთ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის პირველ მოადგილეს რომან ბოლქვაძესა და მინისტრის მოადგილეს - ლევან გორგილაძეს.

5. ბრძანების შესაბამისი პირებისადმი კანონმდებლობით დადგენილი წესით გაცნობა დაევალოს სამინისტროს ადმინისტრაციულ დეპარტამენტს (ი. მახარაძე).

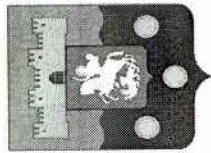
6. ბრძანება შეიძლება გასაჩივრდეს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობაში ერთი თვის ვადაში (მის.: ქ. ბათუმი, კონსტანტინე გამსახურდიას ქ. №9) და შემდეგ, ბათუმის საქალაქო სასამართლოში (მის.: ქ. ბათუმი, ზუბალაშვილის ქუჩა №30), კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

7. ბრძანება ძალაშია ხელმოწერისთანავე.

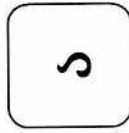
მ ი ნ ი ს ტ რ ი



ნუგზარ სურმანიძე



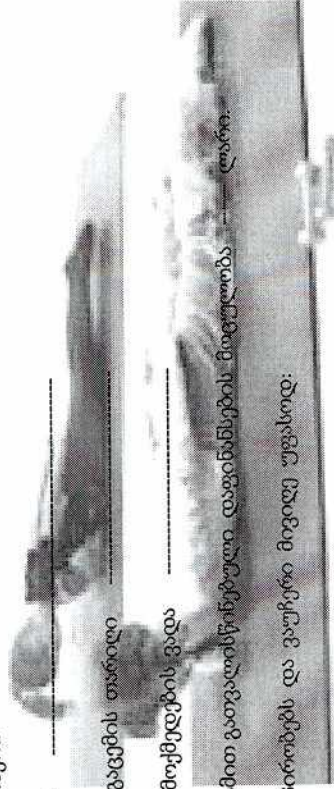
აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის სამინისტრო



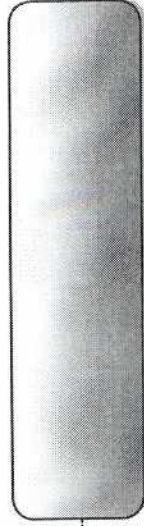
სქოლიოზით დაავადებულ ბავშვთან

რეაბილიტაცია
სამედიცინო 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: პაციენტის
წარმომადგენელი



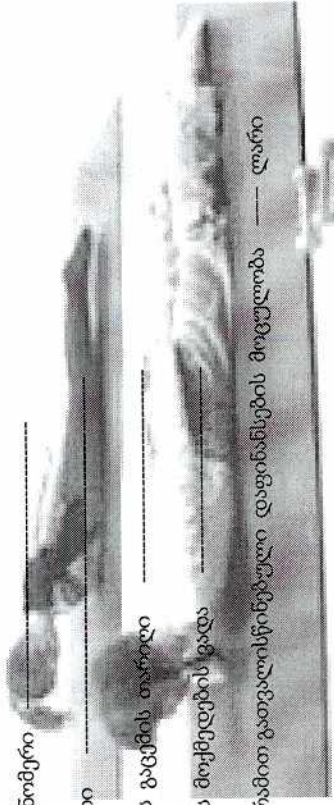
აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის სამინისტრო



სქოლიოზით დაავადებულ ბავშვთან

რეაბილიტაცია
სამედიცინო 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

გ.ა.

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
სამინისტრო

გახსოვდეთ!

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება ხორციელდება იმ პირთა მიმართ, რომლებიც ფლობენ სამედიცინო ვაუჩერს. აღნიშნული ვაუჩერი გადაეცემა პაციენტის 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.

წაკითხეთ ყურადღებით!

რეაბილიტაციის ერთი (20 დღიანი) კურსი ანაზღაურდება ფაქტიური ხარჯის (კურსით გათვალისწინებული ღონისძიებების) მიხედვით, მაგრამ არაუმეტეს - 178 ლარისა.

გათვალისწინეთ!

ვაუჩერი ძალაშია მხოლოდ ვაუჩერით გათვალისწინებულ ვადამდე. ვაუჩერის დაკარგვის შემთხვევაში მფლობელს უფლება აქვს შესაბამისი განცხადებით მიმართოს სამინისტროს.

ცხელი ხაზი; ტელ: (0 422) 24-79-64

ფაქსი: (0 422) 24-79-02

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
სამინისტრო

გახსოვდეთ!

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურება ხორციელდება იმ პირთა მიმართ, რომლებიც ფლობენ სამედიცინო ვაუჩერს. აღნიშნული ვაუჩერი გადაეცემა პაციენტის 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.

წაკითხეთ ყურადღებით!

რეაბილიტაციის ერთი (20 დღიანი) კურსი ანაზღაურდება ფაქტიური ხარჯის (კურსით გათვალისწინებული ღონისძიებების) მიხედვით, მაგრამ არაუმეტეს 178 ლარისა.

გათვალისწინეთ!

ვაუჩერი ძალაშია მხოლოდ ვაუჩერით გათვალისწინებულ ვადამდე. ვაუჩერის დაკარგვის შემთხვევაში მფლობელს უფლება აქვს შესაბამისი განცხადებით მიმართოს სამინისტროს.

ცხელი ხაზი; ტელ: (0 422) 24-79-64

ფაქსი: (0 422) 24-79-02

**სქოლიოზით დაავადებულ ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის სამედიცინო ვაუჩერის
გაცემისა და გამოყენების წესი**

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, შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ბავშვის სტატუსის დამადასტურებელი მოწმობის ასლი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), საჭიროებისას სხვა ბენეფიციარის დამადასტურებელი საბუთის ასლი) 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 სამედიცინო ვაუჩერი.

სამედიცინო ვაუჩერის მფლობელს ან წარმომადგენელს უფლება აქვს რეაბილიტაციის მიზნით აირჩიოს კომპონენტის შესრულებაში მონაწილე სამედიცინო დაწესებულება, რომელიც დაფიქსირდება ვაუჩერში.

ქვეპროგრამის ბენეფიციარს სქოლიოზის რეაბილიტაციის ინდივიდუალური კურსი დაუფინანსდება ვაუჩერში მითითებული ფიქსირებული თანხით.

ქვეპროგრამით დახმარება გაეწევა იმ პაციენტებს, რომლებიც ფლობენ სრულად შევსებულ ვაუჩერს. ვაუჩერის („ბ“ ნაწილი) უნდა ინახებოდეს სამედიცინო დაწესებულებაში.

ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფს მიეკუთვნება სხვადასხვა ხარისხის სქოლიოზის მქონე 18 წლამდე ასაკის საქართველოს მოქალაქეები, რომლებიც რეგისტრირებულნი არიან აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში ვაუჩერის გაცემის მომენტში.

ქვეპროგრამის ფარგლებში მომსახურების მიღების უპირატესი უფლებით სარგებლობენ (რიგითობის დაცვით):

1. ბენეფიციარები, რომლებიც დარეგისტრირებულნი არიან სოციალურად დაუცველი ოჯახების ერთიან მონაცემთა ბაზაში 0-დან 200 000-ის ჩათვლით სარეიტინგო ქულით;
2. თუ ოჯახში ერთზე მეტ ბავშვს ესაჭიროება დახმარება ქვეპროგრამის ფარგლებში;
3. მრავალშვილიანი ოჯახის წევრები.

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;

- შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის დამადასტურებელი ცნობის ასლი (არსებობის შემთხვევაში);

- ამონაწერი სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიანი ბაზიდან (არსებობის შემთხვევაში);

- მრავალშვილიანობის დამადასტურებელი დოკუმენტი (სხვა 18 წლამდე ასაკის დამების დაბადების მოწმობების ასლები).

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

სქოლიოზით დაავადებულ ბავშვთა რეაბილიტაცია ქვეპროგრამის ხელშეკრულებით
განსაზღვრული მომსახურების შესრულების, აღრიცხვის, ანგარიშგებისა და
ანაზღაურების წესი

ზოგადი ნაწილი

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო (შემდგომში - „შემსყიდველი“) „სქოლიოზით დაავადებულ 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 2014 წლის სქოლიოზით დაავადებულ ბავშვთა რეაბილიტაცია ქვეპროგრამის შესაბამისად.

შესრულებულ მომსახურებად ჩაითვლება სამკურნალო-სარეაბილიტაციო ღონისძიებების ჩატარება.

მიმწოდებელმა ხელშეკრულებით გათვალისწინებული მომსახურების შესრულების ასანაზღაურებლად შემსყიდველს უნდა 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) სამედიცინო ვაუჩერის ასლი.

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 გათვალისწინებულის სამკურნალო-სარეაბილიტაციო ღონისძიებები არ ჩატარებულა;
4. მიმწოდებელს არ აქვს ლიცენზია/ნებართვა (ან/და შეუჩერდა) შესაბამის სამედიცინო საქმიანობაში;
5. პაციენტს სამედიცინო მომსახურება ჩაუტარა ექიმმა, რომელსაც არ აქვს 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 ინახებოდეს სამედიცინო ვაუჩერისა და ბენეფიციარის დაბადების მოწმობის, მშობლის ან წარმომადგენლის პირადობის მოწმობის ასლები (ან სხვა დოკუმენტი, რომელითაც შესაძლებელია მათი იდენტიფიცირება), შშმ - სტატუსის დამადასტურებელი დოკუმენტი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში). აღნიშნულის შეუსრულებლობის შემთხვევაში შესაძლებელია გამოყენებული იქნას ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საჯარიმო სანქციები.

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

- სამინისტროში ხელშეკრულებით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურების ამსახველი დოკუმენტების (ანგარიშ-ფაქტურა, შესრულებული მომსახურების ჩამონათვალი) მონაცემთა კომპიუტერულ-პროგრამული დამუშავების საფუძველზე, შემსყიდველისა და მიმწოდებლის უფლებამოსილ პირებს შორის შესაბამისი აქტის გაფორმებით.
- სახელშეკრულებო ვალდებულებების ინსპექტირებისას დაწესებულება ვალდებულია ინსპექტირების ჯგუფს მოთხოვნისთანავე წარუდგინოს კომპონენტის ბენეფიციარის მკურნალობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სამედიცინო, სტატისტიკური თუ ფინანსური ინფორმაცია.

კერძო ნაწილი

სქოლიოზით დაავადებულ ბავშვთა რეაბილიტაციის მიზანია სამიზნე ჯგუფის ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება მათთვის რეაბილიტაციის მომსახურების შეთავაზების მეშვეობით.

ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფს მიეკუთვნება სხვადასხვა ხარისხის სქოლიოზის მქონე 18 წლამდე ასაკის საქართველოს მოქალაქეები, რომლებიც რეგისტრირებულნი არიან აჭარის ავტონომიურ რესპუბლიკაში ვაუჩერის გაცემის მომენტში.

ქვეპროგრამის ფარგლებში მომსახურების მიღების უპირატესი უფლებით სარგებლობენ (რიგითობის დაცვით):

1. ბენეფიციარები, რომლებიც დარეგისტრირებულნი არიან სოციალურად დაუცველი ოჯახების ერთიან მონაცემთა ბაზაში 0-დან 200 000-ის ჩათვლით სარეიტინგო ქულით;
2. თუ ოჯახში ერთზე მეტ ბავშვს ესაჭიროება დახმარება კომპონენტის ფარგლებში;
3. მრავალშვილიანი ოჯახის წევრები.

ვაუჩერის გაცემის საფუძველს წარმოადგენს:

- ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ - ფორმა №IV-100/ა, სადაც მითითებული უნდა იყოს რეაბილიტაციის კურსის აუცილებლობა;
- 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;
- შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსის დამადასტურებელი ცნობის ასლი (არსებობის შემთხვევაში);
- ამონაწერი სოციალურად დაუცველი ოჯახების მონაცემთა ერთიანი ბაზიდან (არსებობის შემთხვევაში).
- მრავალშვილიანობის დამადასტურებელი დოკუმენტი (სხვა 18 წლამდე ასაკის და-ძმების დაბადების მოწმობების ასლები).

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

კომპონენტით გათვალისწინებული მომსახურება მოიცავს:

დასახელება	
რეაბილიტაციის კურსების ჩატარება	
რეაბილიტაციის კურსით გათვალისწინებული ღონისძიებები	სარეკომენდაციო რაოდენობა
ექიმ-სპეციალისტის (ორთოპედის) კონსულტაცია	2
რენტგენოლოგიური გამოკვლევა	1
ფიზიკური თერაპია, ვარჯიში	20

მომსახურების მიწოდება ხორციელდება მოსარგებლეთათვის სამედიცინო ვაუჩერის გაცემის გზით.

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

მიმწოდებლის წარმომადგენელი -----

მთ. ბუღალტერი:-----

აქტი N ----- "----" ----- 2014 წელი

შესრულებული სამუშაოს ყოველთვიური მიღება-ჩაბარების აქტი

ანგარიშგების პერიოდი 2014 წლის "----" -----დან "----" -----მდე

დაწესებულების დასახელება _____

ხელშეკრულების № _____

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

ასანაზღაურებელი თანხა სიტყვიერად _____

ჩავაბარე _____

მივიღე _____

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
სამინისტრო

დაწესებულების ხელმძღვანელი _____

უფლებამოსილი პირის ხელმოწერა _____

მთ. ბუღალტერი: _____

ბ.ა.

ბ.ა.