

ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა

KA030180976834917

№ 01-18/ო

20 / იანვარი / 2017 წ.

დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის წარმოების ელექტრონული სისტემის მომხმარებლად დარეგისტრირების წესის თაობაზე

„სამოქალაქო აქტების შესახებ“ საქართველოს კანონის 24-ე და 73-ე მუხლების, „დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის ფორმების, მათი შევსებისა და გაგზავნის, სსიპ – სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს მონაცემთა ელექტრონული ბაზიდან დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ ინფორმაციის გაცემის წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრისა და საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2016 წლის 24 აგვისტოს №01-37/ნ – №173 ერთობლივი ბრძანების მე-3 და მე-7 პუნქტებისა, „საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დებულების დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს მთავრობის 2005 წლის 31 დეკემბრის N249 დადგენილებით დამტკიცებული დებულების მე-5 მუხლის მე-2 პუნქტის „ნ“ ქვეპუნქტისა და საქართველოს ზოგადი ადმინისტრაციული კოდექსის 61-ე მუხლის შესაბამისად,

ვ ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა:

1. დამტკიცდეს თანდართული „დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის წარმოების ელექტრონული სისტემის მომხმარებლად დარეგისტრირების წესი“.
2. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (შემდგომში - სამინისტრო) სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებულმა სსიპ - სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტომ და სსიპ - სოციალური მომსახურების სააგენტომ უზრუნველყონ დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ შესაბამისი ცნობის შევსებაზე უფლებამოსილი შესაბამისი დაწესებულებების/სერვისის მიმწოდებლების შესახებ ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა სსიპ - ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრისათვის, ურთერთშეთანხმებული ფორმატით.
3. ძალადაკარგულად გამოცხადდეს „დაბადების/გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის ელექტრონული წარმოების სპეციალური პროგრამული უზრუნველყოფის მომხმარებლად რეგისტრაციისათვის გასატარებელ ღონისძიებათა თაობაზე“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2011 წლის 12 იანვრის N7/ო ბრძანება.
4. ბრძანება ძალაშია ხელმოწერისთანავე.

მინისტრი

დავით სერგენკო

დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის წარმოების ელექტრონული სისტემის მომხმარებლად დარეგისტრირების წესი

1. დაბადების შესახებ სრული სამედიცინო ცნობა (ფორმა №IV-103/ს-84) და გარდაცვალების შესახებ სრული სამედიცინო ცნობა (ფორმა № IV-106/ს-4) (შემდგომში ცნობა) ივსება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (შემდგომში - სამინისტრო) სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (შემდგომში – ცენტრი) შესაბამისი ელექტრონული სისტემის (შემდგომში - ელექტრონული სისტემა) საშუალებით.

2. ცნობა ივსება „დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის ფორმების, მათი შევსებისა და გაგზავნის, სსიპ – სახელმწიფო სერვისების განვითარების სააგენტოს მონაცემთა ელექტრონული ბაზიდან დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ ინფორმაციის გაცემის წესის დამტკიცების შესახებ“ საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრისა და საქართველოს იუსტიციის მინისტრის 2016 წლის 24 აგვისტოს №01-37/ნ-№173 ერთობლივი ბრძანების №3 დანართის („დაბადებისა და გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის შევსების, გაგზავნისა და შენახვის წესი“) პირველი მუხლის მე-5 პუნქტით განსაზღვრულ სამედიცინო დაწესებულებაში (შემდგომში - სამედიცინო დაწესებულება), ცნობის შევსებაზე უფლებამოსილი პირის/პირების (ცნობის შემსვები პირების) მიერ, რომელთაც განსაზღვრავს სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი.

3. სამედიცინო დაწესებულებამ, ცნობის წარმოების ელექტრონულ სისტემაში ასახვის მიზნით, ცენტრს უნდა წარუდგინოს თანდართული განაცხადის სპეციალური ფორმა (დანართი 1.1), ცნობის შევსებაზე უფლებამოსილი პირის სპეციალური პროგრამული უზრუნველყოფის მომხმარებლად დარეგისტრირების თაობაზე.

4. ამ დანართის მე-3 პუნქტით განსაზღვრული სამედიცინო დაწესებულების მიერ წარდგენილი განაცხადის სპეციალურ ფორმას განიხილავს ცენტრი, რომელიც ამოწმებს სამედიცინო დაწესებულების მიერ ცნობის წარმოების მინიჭების უფლებამოსილებას შემდეგი წყაროების გამოყენებით:

ა) სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირის – სამედიცინო საქმიანობის სახელმწიფო რეგულირების სააგენტოდან მიწოდებული ინფორმაცია;

ბ) სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული საჯარო სამართლის იურიდიული პირის - სოციალური მომსახურების სააგენტოს მიერ მიწოდებული ინფორმაცია;

გ) სამინისტროს ოფიციალური ვებგვერდის (www.moh.gov.ge) ელექტრონული ჯანდაცვის საინფორმაციო პორტალზე, პასპორტიზაციის მოდულში განთავსებული

ინფორმაცია.

5. სამედიცინო დაწესებულების მიერ ცნობის წარმოების უფლებამოსილების შეფასების შემდეგ ცენტრი უზრუნველყოფს დაინტერესებული სამედიცინო დაწესებულების მიერ შესაბამის ფორმაში მითითებული ცნობის შევსებაზე უფლებამოსილი პირის სპეციალური პროგრამული უზრუნველყოფის მომხმარებლად დარეგისტრირებას.

6. სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია, ცნობის შევსებაზე უფლებამოსილი პირის ცვლილების შემთხვევაში, აღნიშნულის შესახებ დაუყოვნებლივ აცნობოს ცენტრს, რის საფუძველზეც ცენტრი უზრუნველყოფს მოთხოვნის შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულების შესაბამისი უფლებამოსილი პირისათვის პროგრამული უზრუნველყოფით სარგებლობის უფლებამოსილების გაუქმებას/მინიჭებას.

7. სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია, უზრუნველყოს ცნობის გაცემა მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

განაცხადის სპეციალური ფორმა ცნობის წარმოებაზე უფლებამოსილი პირის სპეციალური პროგრამული უზრუნველყოფის მომხმარებლად დარეგისტრირებისათვის

სამედიცინო დაწესებულება – პირველადი ჯანდაცვის მიმწოდებელი დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის უფლების მქონე მეწარმე ფიზიკური პირი

ივსება მხოლოდ გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის შევსების უფლებამოსილებისათვის

| | | |
|------------------|---|---|
| გვარი: | სახელი: | 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"/> <input type="text"/> |
| დაბადების თარიღი | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | ელ ფოსტა: საკონტაქტო ტელეფონი: |

| უფლებამოსილების განხორციელების არეალი: | ქალაქი / მუნიციპალიტეტი: | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. სოფელი/დასახლებული პუნქტი: | 2. სოფელი/დასახლებული პუნქტი: | 3. სოფელი/დასახლებული პუნქტი: |
| 4. სოფელი/დასახლებული პუნქტი: | 5. სოფელი/დასახლებული პუნქტი: | 6. სოფელი/დასახლებული პუნქტი: |
| 7. სოფელი/დასახლებული პუნქტი: | 8. სოფელი/დასახლებული პუნქტი: | 9. სოფელი/დასახლებული პუნქტი: |

სამედიცინო დაწესებულება – იურიდიული პირი

დასახელება:

საიდენტიფიკაციო კოდი:

ქალაქი / მუნიციპალიტეტი:

მისამართი (ქუჩა N):

სამედიცინო დაწესებულების უფლებამოსილი პირი, რომელიც განახორციელებს დაბადების / გარდაცვალების შესახებ სამედიცინო ცნობის შევსებას და გაგზავნას:

| | | |
|---|---|--|
| 1 | გვარი, სახელი | |
| 2 | 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"/> <input type="text"/> |
| 3 | დაბადების თარიღი | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4 | ელფოს ტა : | |
| 5 | საკონტაქტო ტელეფონი: | |
| 6 | დეპარტამენტი | |
| 7 | სამმართველო | |
| 8 | თანამდებობა | |
| 9 | შესაბამისი ცნობის შევსების უფლება (მონიშნეთ ყველა შესაბამისი პასუხი) | 1. <input type="checkbox"/> გარდაცვალება 2. <input type="checkbox"/> დაბადება |

კანონმდებლობის შესაბამისად, გთხოვთ წინამდებარე მონაცემების გათვალისწინებით მოახდინოთ სამედიცინო დაწესებულების რეგისტრაცია გარდაცვალების/დაბადების შესახებ სამედიცინო ცნობის ელექტრონული წარმოების სპეციალური პროგრამული უზრუნველყოფის მომხმარებლად.

სამედიცინო დაწესებულების საკონტაქტო პირი:

გვარი, სახელი

ტელეფონი

ელ. ფოსტა

სამედიცინო დაწესებულების პასუხისმგებელი პირი:

გვარი, სახელი

ხელმოწერა



შევსების თარიღი: (რიცხვი/თვე/წელი)

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|