



საქართველო

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი

ქ.ბათუმი

„31“ 12 2025 წ.

ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა N 12/266

აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის განხორციელებასთან დაკავშირებით გასატარებელი ღონისძიებების შესახებ

„აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის 2026 წლის რესპუბლიკური ბიუჯეტის შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონით გათვალისწინებული ქვეპროგრამის „აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია“ განხორციელების მიზნით, აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის მთავრობის 2013 წლის 8 მაისის N4 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 :

1. დამტკიცდეს:

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

ბ) აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის სოციალური ვაუჩერის თანდართული ფორმა.

გ) აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის სოციალური ვაუჩერის გაცემისა და გამოყენების წესი, თანახმად №2 დანართისა.

დ) აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის 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) კანონმდებლობით დადგენილი წესით.

4. ბრძანება ამოქმედდეს 2026 წლის 1 იანვრიდან.

მინისტრი



ნინო ნიჟარაძე

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს

გ ა ნ ც ხ ა დ ე ბ ა

**აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციის 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 2026 წლის რესპუბლიკური ბიუჯეტის შესახებ“ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის კანონით გათვალისწინებულია ქვეპროგრამა „აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია“.
2. აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის მიზანია აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა განვითარების სტიმულირება და სოციალური ინტეგრაციის ხელშეწყობა. ქვეპროგრამით განსაზღვრული მომსახურების მიწოდება ხორციელდება სოციალური ვაუჩერის საშუალებით. ქვეპროგრამის მოსარგებლეს აქვს თავისუფალი არჩევანის გაკეთების შესაძლებლობა მომსახურების მიმწოდებლებს შორის.
3. მომსახურების გაწევის ვადაა 2026 წლის 1 იანვრიდან 2026 წლის 15 დეკემბრის ჩათვლით პერიოდი.
4. ქვეპროგრამის მოსარგებლეები არიან საქართველოს მოქალაქეები, რომლებიც 2026 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის პერიოდისათვის უწყვეტად არიან რეგისტრირებულნი აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე, ასევე, იძულებით გადაადგილებული პირის სტატუსის მქონე მოქალაქეები, რომლებსაც დევნილის სტატუსის დამადასტურებელი დოკუმენტის მიხედვით რეგისტრაციის ადგილად უფიქსირდებათ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორია, გარდა ქ. ბათუმში რეგისტრირებული მოქალაქეებისა. ამასთანავე, 2025 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის პერიოდისათვის ერთი-ერთი მშობელი მაინც უწყვეტადაა რეგისტრირებული აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე. რეგისტრაციის ადგილის ცვლილების ან რეგისტრაციის წყვეტილობის არსებობის შემთხვევაში, პირი არ უნდა იყოს რეგისტრირებული აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ადმინისტრაციული ტერიტორიის გარეთ.
5. ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფებს მიეკუთვნება დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის (ICD-10) განვითარების ზოგადი აშლილობების (F84.0-F84.9) ჯგუფის დიაგნოზის მქონე 2-დან 18 წლამდე ასაკის ჩათვლით ბავშვები.
6. აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის შესრულებაში მონაწილეობის მსურველმა სამედიცინო დაწესებულებებმა გთხოვთ, მოგვმართოთ მისამართზე: ქ. ბათუმი, აკად. მ. კომახიძის ქ. №119, მეორე სართული, ოთახი №9.
7. დაინტერესებულმა პირებმა უნდა წარმოადგინონ შემდეგი დოკუმენტები:

ა) წერილობითი განაცხადი აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციის 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/სოციალური სარეაბილიტაციო საქმიანობის დამადასტურებელი დოკუმენტი - ინფორმაცია პერსონალის კვალიფიკაციის და სერთიფიცირების თაობაზე (მათ შორის ქცევითი თერაპევტი, ოკუპაციური თერაპევტი, ფსიქოლოგი, ნევროლოგი, ლოგოპედი, სპეციალური პედაგოგი).

აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების ფასებისა და შესრულების წესის შესახებ ინფორმაცია განთავსებულია სამინისტროს ვებ-გვერდზე www.ajara.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

აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე



ბავშვთა რეაბილიტაცია

სოციალური ვაუჩერი N---

ბენეფიციარის სახელი, გვარი -----

დაბადების წელი -----

პირადი ნომერი -----

მისამართი -----

ვაუჩერის გაცემის თარიღი -----

ერთი კურსის ქვეპროგრამით გათვალისწინებული დაფინანსების მოცულობა

ლარი

გავეცანი პირობებს და ვაუჩერი მივიღე უფასოდ:

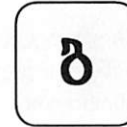
ბენეფიციარი ან წარმომადგენელი პ/N -----

(ხელმოწერა)



აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის
ჯანმრთელობისა და სოციალური
დაცვის სამინისტრო

აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე



ბავშვთა რეაბილიტაცია

სოციალური ვაუჩერი N--

ბენეფიციარის სახელი, გვარი -----

დაბადების წელი -----

პირადი ნომერი -----

მისამართი -----

ვაუჩერის გაცემის თარიღი -----

ერთი კურსის ქვეპროგრამით გათვალისწინებული დაფინანსების მოცულობა

ლარი

აუცილებლად გაეცანით უკანა გვერდს!

სამედიცინო დაწესებულება:

სამინისტროს უფლებამოსილი პირი

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) აქვს უფლება რეაბილიტაციის კურსი ჩაიტაროს მის მიერ შერჩეულ სამედიცინო დაწესებულებაში და მიიღოს დახმარება ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მოცულობით. ვაუჩერის ტალონი უნდა ინახებოდეს მომსახურების მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებაში.

წაიკითხეთ ყურადღებით!

ქვეპროგრამის ფარგლებში მიწოდებული მომსახურების ღირებულების ასანაზღაურებლად გამოიყენება ვაუჩერი, რომელიც შედგება შესაბამისი თვეების ტალონებისაგან; ვაუჩერი გაიცემა ქვეპროგრამაში ჩართვის თვიდან თითოეულ მომდევნო თვეზე საბიუჯეტო წლის ბოლომდე, მაგრამ არაუმეტეს ბავშვის 18 წლის ასაკის მიღწევის თვის ჩათვლით.

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

გაითვალისწინეთ!

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

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) აქვს უფლება რეაბილიტაციის კურსი ჩაიტაროს მის მიერ შერჩეულ სამედიცინო დაწესებულებაში და მიიღოს დახმარება ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მოცულობით. ვაუჩერის ტალონი უნდა ინახებოდეს მომსახურების მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებაში.

წაიკითხეთ ყურადღებით!

ქვეპროგრამის ფარგლებში მიწოდებული მომსახურების ღირებულების ასანაზღაურებლად გამოიყენება ვაუჩერი, რომელიც შედგება შესაბამისი თვეების ტალონებისაგან; ვაუჩერი გაიცემა ქვეპროგრამაში ჩართვის თვიდან თითოეულ მომდევნო თვეზე საბიუჯეტო წლის ბოლომდე, მაგრამ არაუმეტეს ბავშვის 18 წლის ასაკის მიღწევის თვის ჩათვლით.

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

გაითვალისწინეთ!

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

ტელ: (0 422) 24-79-60

აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია N

ბენეფიციარის სახელი, გვარი

დაბადების წელი

პირადი ნომერი

ტალონის მოქმედების თვე

ტალონის წარდგენის ვადა არაუგვიანეს

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული დაფინანსების მოცულობა ---- ლარი

სამინისტროს პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა



აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია N

ბენეფიციარის სახელი, გვარი

დაბადების წელი

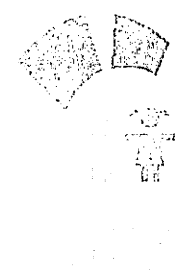
პირადი ნომერი

ტალონის მოქმედების თვე

ტალონის წარდგენის ვადა არაუგვიანეს

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული დაფინანსების მოცულობა ---- ლარი

სამინისტროს პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა



აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია N

ბენეფიციარის სახელი, გვარი

დაბადების წელი

პირადი ნომერი

ტალონის მოქმედების თვე

ტალონის წარდგენის ვადა არაუგვიანეს

ქვეპროგრამით გათვალისწინებული დაფინანსების მოცულობა ---- ლარი

სამინისტროს პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა



**აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის
სოციალური ვაუჩერის გაცემისა და გამოყენების წესი**

აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის (შემდგომში-ქვეპროგრამა) მოსარგებლები არიან საქართველოს მოქალაქეები, რომლებიც 2026 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის პერიოდისათვის უწყვეტად არიან რეგისტრირებულნი აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე, ასევე, იძულებით გადაადგილებული პირის სტატუსის მქონე მოქალაქეები, რომლებსაც დევნილის სტატუსის დამადასტურებელი დოკუმენტის მიხედვით რეგისტრაციის ადგილად უფიქსირდებათ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორია, გარდა ქ. ბათუმში რეგისტრირებული მოქალაქეებისა. ამასთანავე, 2026 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 ჯგუფებს მიეკუთვნება დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის (ICD-10) განვითარების ზოგადი აშლილობების (F84.0- F84.9) ჯგუფის დიაგნოზის მქონე 2-დან 18 წლამდე ასაკის ჩათვლით ბავშვები.

ბენეფიციარის წარმომადგენელი განცხადებით და თანმხლები დოკუმენტებით მიმართავს აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს.

არასრულყოფილად წარმოდგენილი დოკუმენტაციის შემთხვევაში განმცხადებელს ეძლევა შესაბამისი განმარტება და ვადა ხარვეზის აღმოსაფხვრელად.

ქვეპროგრამის არაბენეფიციარებს წერილობით ეცნობება დახმარებაზე უარის შესახებ.

ქვეპროგრამის ბენეფიციარის სრულყოფილი დოკუმენტაციის საფუძველზე გაიცემა სოციალური ვაუჩერი, რომელიც შედგება შესაბამისი თვეების ტალონებისაგან - ბენეფიციარის ქვეპროგრამაში ჩართვის თვიდან თითოეულ მომდევნო თვეზე საბიუჯეტო წლის ბოლომდე, მაგრამ არაუმეტეს ბავშვის 18 წლის ასაკის მიღწევის თვის ჩათვლით.

ვაუჩერის გაცემის საფუძველს წარმოადგენს:

- განცხადება;
- ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ - ფორმა №IV-100/ა, სადაც მითითებული უნდა იყოს დიაგნოზი ICD-10 მიხედვით, ADOS-ის ტესტის შედეგი და კომპლექსური თერაპიის საჭიროება; წინა წლის მომსახურების მოსარგებლე შშმ სტატუსის მქონე ბენეფიციარისთვის აღნიშნული ფორმის წარდგენა არ არის სავალდებულო.

- ბავშვის დაბადების მოწმობის ასლი ან სხვა დოკუმენტი, რომლითაც შესაძლებელია ბავშვის იდენტიფიკაცია;
- მშობლისა და ბენეფიციარის საინფორმაციო ბარათი (პირველადი ჩართვის და/ან საჭიროების შემთხვევაში);
- მშობლის ან ბავშვის კანონიერი წარმომადგენლის 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);

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

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 სააღზრდელო დაწესებულებაში მყოფი ბავშვები, თუკი ამ დაწესებულების მიერ არ ხდება ამ პროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიწოდება;
9. მრავალშვილიანი ოჯახის ბავშვები (ოთხი და/ან მეტი არასრულწლოვანი ბავშვი).

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

ქვეპროგრამით დახმარება გაეწევა იმ პაციენტებს, რომლებიც ფლობენ სრულად შევსებულ ვაუჩერს, რომელიც შედგება შესაბამისი თვეების ტალონებისაგან.

ვაუჩერი გაიცემა რეაბილიტაციის კურსის დაწყებამდე ან კურსის დასრულებამდე (!!! სარეაბილიტაციო კურსის დასრულების შემდეგ ვაუჩერი არ გაიცემა) ბენეფიციარის მშობელზე ან კანონიერ წარმომადგენელზე, რომელიც უზრუნველყოფს მომსახურების მიმწოდებლისათვის ვაუჩერის შესაბამისი თვის ტალონის გადაცემას არაუგვიანეს ტალონში განსაზღვრული წარდგენის ვადისა.

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 10 რიცხვამდე, ბენეფიციარი შესაბამისი მომსახურებით

ისარგებლებს მიმდინარე თვის განმავლობაში, ხოლო თუ მომართავს 10 რიცხვის შემდეგ ქვეპროგრამით გათვალისწინებულ მომსახურებას მიიღებს მომდევნო თვიდან.

III 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.

**აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის
ხელშეკრულებით განსაზღვრული მომსახურების შესრულების, აღრიცხვის, ანგარიშგებისა და
ანაზღაურების წესი**

ზოგადი ნაწილი

აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ (შემდგომში–შემსყიდველი) აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის განხორციელებაში მონაწილე დაწესებულებას (შემდგომში–მიმწოდებელი) მოსარგებლისთვის გაცემული სოციალური ვაუჩერის საფუძველზე მომსახურების ღირებულება აუნაზღაურდება წინამდებარე წესისა და შესაბამისი ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობებით.

ხელშეკრულებით გათვალისწინებული მომსახურების შესრულება განხორციელდება 2026 წლის აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაციის ქვეპროგრამის შესაბამისად. შესრულებულ მომსახურებად ჩაითვლება ქვეპროგრამით გათვალისწინებული ღონისძიებების გაწევა. მომსახურება უნდა მიეწოდოს სამედიცინო დაწესებულებაში ან სხვა მიმწოდებელთან, რომელსაც აქვს ნებართვა ქვეპროგრამით გათვალისწინებული მომსახურების მიწოდებაზე.

მოსარგებლეს 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.

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 ყოველთვიური მიღება-ჩაბარების აქტი;
- ე) სოციალური ვაუჩერის ტალონის ასლი.

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

გათვალისწინეთ! 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 ტალონის 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-სარეაბილიტაციო საქმიანობაში;
5. მოსარგებლეს 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.

მოსარგებლისათვის გაწეული მომსახურების მოცულობა ასახული უნდა იყოს სამედიცინო ბარათში.

მომსახურების 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 მშობლის/წარმომადგენლის ხელწერით (იხილეთ დანართი). ამასთანავე ინახებოდეს ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ - ფორმა №IV-100/ა, სადაც მითითებული უნდა იყოს დიაგნოზი ICD-10 მიხედვით, ADOS-ის ტესტის შედეგი და კომპლექსური თერაპიის საჭიროება; ვაუჩერის „ბ“ ნაწილის მომსახურების მიღების შესაბამისი თვის ტალონის/ტალონების და ბენეფიციარის დაბადების მოწმობის, მშობლის ან წარმომადგენლის პირადობის მოწმობის ასლები (ან სხვა დოკუმენტი, რომელითაც შესაძლებელია მათი იდენტიფიცირება), სოციალური მდგომარეობის/სტატუსის დამადასტურებელი დოკუმენტი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში). ყოველივე ზემოაღნიშნულის შეუსრულებლობის, ასევე „შესრულებულ სამუშაოთა ჩამონათვალში“ დანართი N3 და მოსარგებლეთა მომსახურებაში მოსარგებლთა დასწრების შესახებ ვიზიტების დროს ადგილზე არსებულ მდომარეობასთან შეუსაბამო აღრიცხვის შემთხვევაში, შესაძლებელია გამოყენებული იქნას ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საჯარიმო სანქციები.

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

სამინისტროში ხელშეკრულებით გათვალისწინებული 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 ბენეფიციარის მომსახურებასთან დაკავშირებული ნებისმიერი სამედიცინო-სარეაბილიტაციო, სტატისტიკური თუ ფინანსური ინფორმაცია.

კერძო ნაწილი

ქვეპროგრამის მიზანია აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა განვითარების სტიმულირება და სოციალური ინტეგრაციის ხელშეწყობა.

ქვეპროგრამის სამიზნე ჯგუფებს მიეკუთვნება დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის (ICD-10) განვითარების ზოგადი აშლილობების (F84.0- F84.9) ჯგუფის დიაგნოზის მქონე 2-დან 18 წლამდე ასაკის ჩათვლით ბავშვები.

ქვეპროგრამის მოსარგებლები არიან საქართველოს მოქალაქეები, რომლებიც 2026 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის პერიოდისათვის უწყვეტად არიან რეგისტრირებულნი აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე, ასევე, იძულებით გადაადგილებული პირის სტატუსის მქონე მოქალაქეები, რომლებსაც დევნილის სტატუსის დამადასტურებელი დოკუმენტის მიხედვით რეგისტრაციის ადგილად უფიქსირდებათ აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორია, გარდა ქ. ბათუმში რეგისტრირებული მოქალაქეებისა. ამასთანავე, 2026 წლის 1 იანვრის მდგომარეობით და ვაუჩერის გაცემის პერიოდისათვის ერთი-ერთი მშობელი მაინც უწყვეტადაა რეგისტრირებული აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ტერიტორიაზე. რეგისტრაციის ადგილის ცვლილების ან რეგისტრაციის წყვეტილობის არსებობის შემთხვევაში, პირი არ უნდა იყოს რეგისტრირებული აჭარის ავტონომიური რესპუბლიკის ადმინისტრაციული ტერიტორიის გარეთ.

ქვეპროგრამა განხორციელდება სოციალური ვაუჩერის საშუალებით, რომელიც შედგება შესაბამისი თვეების ტალონებისაგან. იგი გაიცემა ბენეფიციარის ქვეპროგრამაში ჩართვის თვიდან თითოეულ მომდევნო თვეზე საბიუჯეტო წლის ბოლომდე, მაგრამ არაუმეტეს ბავშვის 18 წლის ასაკის მიღწევის თვის ჩათვლით.

ბენეფიციარის მშობელმა ან წარმომადგენელმა დადგენილი წესით უნდა მიიღოს სოციალური ვაუჩერი რეაბილიტაციის კურსის დაწყებამდე ან კურსის დასრულებამდე. სარეაბილიტაციო კურსის დასრულების შემდეგ ვაუჩერი არ გაიცემა. ვაუჩერი ინახება ბენეფიციართან, ხოლო მომსახურების მიმწოდებელ დაწესებულებაში ინახება სოციალური ვაუჩერის ტალონი/ტალონები.

სოციალური ვაუჩერის გაცემის საფუძველს წარმოადგენს:

- განცხადება;
- ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ - ფორმა №IV-100/ა, სადაც მითითებული უნდა იყოს დიაგნოზი ICD-10 მიხედვით, ADOS-ის ტესტის შედეგი და კომპლექსური თერაპიის 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 (კანონიერი წარმომადგენლის შემთხვევაში, ასევე კანონიერი წარმომადგენლობის დამადასტურებელი საბუთი);
- სოციალური მდგომარეობის/სტატუსის დამადასტურებელი დოკუმენტი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

შენიშვნა: თუ ბენეფიციარის მშობელი ან წარმომადგენელი სამინისტროს მომართავს მიმდინარე თვის 10 რიცხვამდე, ბენეფიციარი შესაბამისი მომსახურებით ისარგებლებს მიმდინარე თვის განმავლობაში, ხოლო თუ მომართავს 10 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.

ქვეპროგრამაში ჩართვა განხორციელდება მომართვიანობის მიხედვით მომსახურების მიღების უპირატესი უფლების დაცვით.

ქვეპროგრამის ფარგლებში მომსახურების მიღების უპირატესი უფლებით სარგებლობენ:

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. მრავალშვილიანი ოჯახის ბავშვები (ოთხი და/ან მეტი არასრულწლოვანი ბავშვი).

ქვეპროგრამით განსაზღვრული დიაგნოზის მქონე მიზნობრივი ჯგუფებისათვის გათვალისწინებულ ღონისძიებებს შეადგენს:

- 1) სოციალური, მოტორული, შემეცნებითი, კომუნიკაციური, თვითმოვლის და დამოუკიდებლად ფუნქციონირების უნარების ჩამოყალიბების ხელშეწყობის მიზნით მულტიდისციპლინური ჯგუფის ერთი ან რამდენიმე პროფესიონალის მომსახურება (ფსიქოლოგის/ფსიქიატრის კონსულტაცია, ქვევითი ანალიზის თერაპიის, ოკუპაციური თერაპიის, მეტყველებისა და ენის თერაპიის, სენსორული თერაპიის, ფიზიკური თერაპიის და სხვა სესიონები).
- 2) ბავშვის განვითარების ინდივიდუალური გეგმის განხორციელების უზრუნველყოფის მიზნით მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის კონსულტირება და საჭიროების შემთხვევაში – ბავშვის მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის ფსიქოლოგიური დახმარება.
- 3) მინიმუმ 6 თვეში ერთხელ მოსარგებლისათვის გაწეული თერაპიის შედეგების შეფასება/გადაფასება საერთაშორისოდ აღიარებული მეთოდოლოგიის გამოყენებით (მათ შორის ABLLS-R, VB-MAPP და სხვა) შესაბამისი სერტიფიკატის მქონე გამოყენებითი ქვევითი ანალიზის სპეციალისტის (სუპერვაიზერის) მიერ.

ამასთან, მიმწოდებელს ბენეფიციარის საჭიროებიდან გამომდინარე, უნდა შეეძლოს შესაბამისი სპეციალისტების მიერ თერაპიულ ინტერვენციაში შემავალი ყველა ტიპის თერაპიისა და სესიონის ჩატარება.

პაციენტებს რეაბილიტაციის კურსით გათვალისწინებული მომსახურება ჩაუტარდებათ ინდივიდუალური აბილიტაცია/რეაბილიტაციის გეგმის შესაბამისად, რომლის შედგენა ხორციელდება შესაბამისი სპეციალისტებით დაკომპლექტებული გუნდის (ფსიქოლოგი, ფსიქიატრი, ნევროლოგი, ოკუპაციური თერაპევტი, ქვევითი თერაპევტი, ლოგოპედი და სხვა) მიერ. ამასთანავე, გუნდი ახდენს სესიონების ტიპების/სახეებისა და მათი რაოდენობის განსაზღვრას საერთო ლიმიტის ფარგლებში. აღნიშნული გეგმა დასტურდება გუნდის ყველა სპეციალისტისა და მოსარგებლის მშობლის/კანონიერი წარმომადგენლის ხელმოწერით და მოიცავს ქვეპროგრამით გათვალისწინებულ ღონისძიებებს ბენეფიციარის საჭიროებების გათვალისწინებით (1 კურსი-24 სესიონი, სესიონის ხანგრძლივობა 45 წუთი) და რომლის ჯამური ღირებულება არ უნდა აღემატებოდეს ქვეპროგრამით გათვალისწინებული სრული კურსის ტარიფს.

რეაბილიტაციის კურსით გათვალისწინებული მომსახურება ქვეპროგრამით განსაზღვრული დაფინანსების ლიმიტის 100%-ით (არაუმეტეს ქვეპროგრამით განსაზღვრული ტარიფისა - ერთი კურსის ღირებულება 600 ლარის ოდენობით) აუნაზღაურდებათ ქვეპროგრამით განსაზღვრული ნოზოლოგიების მქონე ბავშვებს.

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 და შედგება შესაბამისი თვეების ტალონებისაგან;

ბ) ვაუჩერის ტალონები გაიცემა დეპარტამენტის დასკვნის შესაბამისად, გადაწყვეტილების მიღების მომდევნო თვიდან წლის ბოლომდე, მაგრამ არაუმეტეს ბავშვის 18 წლის ასაკის მიღწევის თვის ჩათვლით;

გ) ვაუჩერის ერთი თვის ტალონი ანაზღაურდება არაუმეტეს 600 ლარის ოდენობით განსაზღვრული ლიმიტის ფარგლებში; იმ შემთხვევაში, თუ მიწოდებლის მიერ გაწეული მომსახურების რაოდენობა თვეში 24 სეანსზე ნაკლებია, დაფინანსება განხორციელდება ფაქტიურად შესრულებული მომსახურების მიხედვით. ერთი მომსახურების ღირებულება განისაზღვროს 25 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) III 2 თვის ვაუჩერის ტალონის ზედიზედ გამოუყენებლობა იწვევს ვაუჩერის ავტომატურად გაუქმებას, 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; ამ შემთხვევაში, ბენეფიციარის პროგრამაში ხელახლა ჩართვა უნდა მოხდეს ყველა აუცილებელი პროცედურის გავლით.

ქვეპროგრამა „აუტიზმის სპექტრის დარღვევების მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია“ (20 სესია)

ვიზიტის ჩანაწერების ფორმა

ბავშვის სახელი / გვარი:

თვე, წელი:

თარიღი	N	ვიზიტის ადგილი	სპეციალისტი/ სპეციალობა	ვიზიტის მიზანი/აქტივობები	სპეციალისტის ხელმოწერა	კანონიერი წარმომადგენლის/მინდობით აღმზრდელის ხელმოწერა	კომენტარი
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
	10						

	11						
	12						
	13						
	14						
	15						
	16						
	17						
	18						
	19						
	20						

პროგრამის ხელმძღვანელის ხელმოწერა:

აქტი N ----- "----" ----- 2026 წელი

შესრულებული სამუშაოს ყოველთვიური მიღება-ჩაბარების აქტი

ანგარიშგების პერიოდი 2026 წლის "___" _____დან "___" _____მდე

დაწესებულების დასახელება _____

ხელშეკრულების N _____

#	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	ქვეპროგრამის 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.

