Додаток до повідомлення

**ФОРМА**

**звернення суб’єкта господарювання щодо можливості надання медичних послуг за напрямом «Лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах»**

З метою проведення аналізу наявного медичного обладнання, персоналу, ліцензій, дозвільних документів, необхідних для надання медичних послуг, а також підрядників, які будуть залучені до надання медичних послуг, надсилаємо наступну інформацію:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Назва поля для заповнення** | **Інформація, зазначена суб’єктом господарювання** |
| 1. КОД ЄДРПОУ |  |
| 1. Повна назва закладу |  |
| 1. Організаційно правова форма |  |
| 1. Керівник закладу |  |
| 1. Підстава, відповідно до якої діє підписант договору, ФОП вказує № та дату виписки з ЄДР (вводиться за шаблоном: №\_\_ від\_\_\_\_) |  |
| 1. Ліцензія на медичну практику |  |
| 1. IBAN |  |
| 1. Строк дії договору |  |
| **Перелік залучених осіб** | |
| 1. Коди ЄДРПОУ підрядників. |  |
| **Вимоги до організації надання послуги** | |
| 1. Наявність у закладі охорони здоров’я структурного підрозділу, що проводить гемодіаліз в амбулаторних умовах |  |
| 1. Забезпечення можливості вільного вибору пацієнтом/пацієнткою закладу, де проводиться лікування методом гемодіалізу, при наявності вільних діалізних місць у закладі (відділенні). |  |
| 1. Забезпечення лабораторної діагностики у закладі або на умовах договору підряду, передбаченої відповідною специфікацією надання медичних послуг. |  |
| 1. Забезпечення хімічної та мікробіологічної безпеки при проведенні гемодіалізу (контроль якості води, мікробіологічні дослідження змивів з діалізних апаратів та залів, стерильність матеріалів та інструментів тощо). |  |
| 1. Взаємодія з іншими надавачами медичних послуг для своєчасного та ефективного надання допомоги пацієнтам. |  |
| 1. Обов’язкове інформування пацієнта щодо можливості отримання інших необхідних медичних послуг безоплатно за рахунок коштів програми медичних гарантій. |  |
| 1. Інформування пацієнтів щодо можливостей профілактики та лікування, залучення пацієнтів до прийняття рішень щодо їх здоров'я, узгодження плану лікування з пацієнтами відповідно до їх очікувань та можливостей. |  |
| 1. Наявність затвердженої програми з інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекціям, пов’язаним з наданням медичної допомоги, відповідно до чинних наказів МОЗ. |  |
| 1. Наявність локальних документів з інфекційного контролю за особливо небезпечними інфекційними хворобами (ОНІХ) та запобігання їх розповсюдженню з обов’язково відпрацьованим сценарієм щодо впровадження протиепідемічного режиму у ЗОЗ та його суворого дотримання в організації роботи та наданні медичної допомоги в умовах виникнення пандемії, а також у випадку виникнення осередку інфікування ОНІХ (зокрема, гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2). |  |
| 1. Наявність внутрішньої системи управління і контролю якості та безпеки медичної діяльності з дотриманням вимог до їх організації і проведення відповідно до чинного законодавства із здійсненням безперервного моніторингу індикаторів оцінки та критеріїв доступності, якості, безпеки надання медичної допомоги за напрямом її надання, ефективного контролю та управління якістю ЗОЗ для забезпечення прав пацієнта/пацієнтки на отримання медичної допомоги необхідного обсягу та належної якості. |  |
| 1. Здійснення закупівлі лікарських засобів та медичних виробів, необхідних для надання медичної допомоги відповідно до галузевих стандартів. Організація ефективного управління запасами лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів, закуплених закладом або отриманих шляхом централізованих закупівель МОЗ України. Використання та збереження залишків лікарських засобів та медичних виробів, необхідних для лікування пацієнтів, в тому числі після закінчення дії договору |  |
| 1. Забезпечення оцінки стану здоров’я пацієнта/пацієнтки, в тому числі виявлення ознак насильства та дотримання вимог законодавства у сфері протидії насильству. |  |
| 1. Дотримання прав людини у ЗОЗ відповідно до рекомендацій Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, та положень Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, Конвенції про права осіб з інвалідністю, Конвенції про права дитини та інших міжнародних договорів ратифікованих Україною. |  |
| **Вимоги до переліку обладнання у закладі** | |
| 1. Резервне джерело електропостачання; |  |
| 1. Автоматичне перемикальне комутаційне обладнання відповідно до ДСТУ IEC 60947-6-1: 2007. |  |
| **Інформація щодо запланованої середньомісячної кількості медичних послуг** | |
| 1. Вкажіть кількість пацієнтів яким заклад планує надати медичні послуги з лікування методом гемодіалізу в амбулаторних умовах, передбачені специфікаціями у 2022 році |  |
| **Загальна інформація** | |
| 1. Підтвердження, що на момент подання цього звернення заклад має чинну ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та відповідає ліцензійним умовам з медичної практики. |  |
| 1. Підтвердження, що заклад, уповноважені особи та медичні працівники, які будуть залучені до виконання Договору, зареєстровані в електронній системі охорони здоров’я (далі - Система). |  |
| 1. Підтвердження, що установчими або іншими документами не обмежено право керівника Заявника підписувати договори від імені Заявника без попереднього погодження власника. Якщо таке право обмежене, у тому числі щодо укладання договорів, ціна встановлену суму, Заявник повідомить про це Національну службу здоров'я України (далі - НСЗУ) та отримає необхідні погодження від власника до моменту підписання договору зі сторони заявника. |  |
| 1. Підтвердження, що ознайомились з умовами закупівлі та специфікацією, визначеними в Повідомленні, і погоджуєтесь на них. |  |
| 1. Підтвердження, що інформація, зазначена у цьому Зверненні та доданих до нього документах, а також інформація, внесена до Системи, є повною та достовірною. |  |
| 1. Підтвердження, що у разі зміни інформації, зазначеної у цьому зверненні та (або) доданих до нього документах, Заявник зобов’язаний повідомити про такі зміни НСЗУ протягом трьох робочих днів з дня настання таких змін шляхом надсилання інформації про такі зміни на електронну пошту dohovir@nszy.gov.ua з одночасним внесенням таких змін у Систему. |  |
| 1. Підтвердження усвідомлення, що законодавством України передбачена відповідальність за подання недостовірної інформації органам державної влади. |  |
| **ІНФОРМАЦІЯ** **ПРО МІСЦЯ НАДАННЯ ПОСЛУГ(застосовуються для кожного МНП окремо)** | |
| 1. Місце надання послуг: |  |
| **Вимоги до спеціалізації та кількості фахівців у закладі** | |
| 1. Лікар-нефролог та/або лікар-нефролог дитячий (за умови надання допомоги дітям) – щонайменше одна особа з даного переліку, яка працює за основним місцем роботи у цьому закладі. |  |
| 1. Сестра медична – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи у цьому закладі. |  |
| **Вимоги до переліку обладнання за кожним МНП** | |
| 1. приєднання внутрішніх мереж відділення до автономного резервного джерела електропостачання відповідно до нормативно-технічних документів; |  |
| 1. апарат для проведення гемодіалізу; |  |
| 1. спеціалізована сертифікована система очищення води для гемодіалізу разом з контуром перміату; |  |
| 1. електрокардіограф багатоканальний; |  |
| 1. тонометр та/або тонометр педіатричний з манжетками для дітей різного віку; |  |
| 1. мішок ручної вентиляції легенів; |  |
| 1. портативний дефібрилятор з функцією синхронізації; |  |
| 1. глюкометр; |  |
| 1. ваги медичні; |  |
| 1. термометр безконтактний; |  |
| 1. аптечка для надання невідкладної допомоги. |  |
| **Включення місць надання послуг в ліцензію на медичну практику.** | |
| 1. Наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю рентгенологія |  |
| 1. Чи включене обране місце надання послуг в ліцензію на медичну практику? |  |
| 1. Наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю нефрологія та/або дитяча нефрологія |  |
| 1. Чи має обране місце надання послуг станом на сьогодні експертний висновок щодо доступності осіб з інвалідністю до будівлі та приміщення відповідно до ДБН В.2.2-40:2018? | |

Подаючи це звернення підтверджую достовірність наданої інформації, відповідність умовам закупівлі, та можливість надавати медичні послуги згідно із специфікацією.

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­-­­­­­­­­­­