Додаток до повідомлення

**ФОРМА**

**звернення суб’єкта господарювання щодо можливості надання медичних послуг за напрямом «Хіміотерапевтичне лікування та супровід дорослих та дітей з онкологічними захворюваннями у амбулаторних та стаціонарних 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. Ліцензія на провадження господарської діяльності, пов’язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (зберігання, використання) |  |
| 1. IBAN |  |
| 1. Строк дії договору |  |
| **Перелік залучених осіб** | |
| 1. Коди ЄДРПОУ підрядників. |  |
| **Вимоги до організації надання послуги** | |
| 1. Наявність лабораторії та забезпечення проведення клінічних, біохімічних лабораторних досліджень в закладі. |  |
| 1. Забезпечення патоморфологічних досліджень (гістологічних/ цитологічних, імуногістохімічних), молекулярно-генетичних, бактеріологічних досліджень, досліджень на онкологічні маркери в закладі та/або на умовах договору підряду. За умови проведення дослідження на умовах договору підряду організація забору та транспортування біологічного матеріалу до відповідного закладу. |  |
| 1. Забезпечення проведення інструментальної діагностики (магнітно-резонансна томографія, комп’ютерна томографія, ендоскопічні дослідження, сцинтиграфія, інші обстеження відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я) у закладі, або на умовах оренди чи іншого права користування відповідного обладнання, або на умовах договору підряду. |  |
| 1. Забезпечення можливості проведення УЗД цілодобово за місцем надання медичних послуг. |  |
| 1. Забезпечення цілодобового лікарського та медсестринського догляду за пацієнтами. |  |
| 1. Забезпечення цілодобового моніторингу вітальних функцій (ЧСС, АТ, SpO2, ЕКГ-моніторинг). |  |
| 1. Наявність за місцем надання медичних послуг відділення/палат інтенсивної терапії з можливістю проведення цілодобової інтенсивної терапії та моніторингу, можливість забезпечення кисневої підтримки у щонайменше 20% від загальної кількості місць у відділенні (в т.ч. за допомогою мобільного кисневого концентратора), обладнаних відповідно до табелю матеріально-технічного оснащення. |  |
| 1. Забезпечення мультидисциплінарного підходу при виборі ефективної тактики лікування злоякісного новоутворення. |  |
| 1. Наявність затвердженого персонального складу постійно діючої мультидисциплінарної групи спеціалістів (консиліуму) та можливість консультування пацієнтів спеціалістами інших лікарських спеціальностей. До складу групи спеціалістів (консиліуму) мають входити: щонайменше 2 лікаря-онколога, лікар-хіруг-онколог та/або лікар-нейрохірург, лікар з променевої терапії та лікар-радіолог,  лікар-патологоанатом, а за потреби забезпечення консультації щодо збереження репродуктивної системи пацієнта/пацієнтки, додатково залучається лікар-уролог або лікар-гінеколог-онколог. Залучення інших спеціалістів в залежності від потреб пацієнта/пацієнтки. У випадку лікування дітей до складу групи спеціалістів (консиліуму) залучаються відповідні спеціалісти дитячого профілю. |  |
| 1. Організація забезпечення компонентами та препаратами крові. |  |
| 1. Забезпечення пацієнтів зі встановленим діагнозом в амбулаторних та стаціонарних умовах лікарськими засобами для проведення спеціального лікування та супровідної терапії, постачання яких здійснюється шляхом централізованих закупівель МОЗ, за рахунок інших програм центрального та місцевого бюджетів, а також лікарськими засобами, визначеними Національним переліком основних лікарських засобів, необхідними медичними виробами та витратними матеріалами відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я та медико-технологічних документів. |  |
| 1. Забезпечення можливості надання кисневої підтримки пацієнтам. |  |
| 1. Взаємодія з іншими надавачами медичних послуг, центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, службами у справах дітей, територіальними центрами соціального обслуговування населення, іншими надавачами соціальних послуг, в тому числі неурядовими та благодійними організаціями, правоохоронними органами, підприємствами, установами та організаціями, засобами масової інформації, органами місцевого самоврядування на території обслуговування в інтересах своєчасного та ефективного надання допомоги пацієнтам/пацієнткам. |  |
| 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 окремих сімейних палат, обладнаних відповідно до табелю оснащення профільного відділення, для сумісного перебування батьків або членів родини або інших законних представників разом з дитиною упродовж надання їй медичних послуг та/або реабілітаційних послуг в сфері охорони здоров'я. |  |
| 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. Забезпечення права пацієнта/пацієнтки, який/яка перебуває на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії, на допуск до нього/неї відвідувачів 24 години на добу в будь-який день тижня згідно з правилами, визначеними чинними нормативно-правовими актами. |  |
| 1. Організація ефективного управління запасами лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів, закуплених закладом або отриманих для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров’я МОЗ. Використання та збереження залишків лікарських засобів та медичних виробів, необхідних для лікування пацієнтів, в тому числі після закінчення дії договору. |  |
| 1. Наявність обладнаного місця приготування розчинів хіміо- та таргетних препаратів згідно зі стандартами щодо розмірів приміщення та наявності ламінарної камери з каналом вентиляції. |  |
| 1. Наявність протоколу утилізації надлишків лікарських засобів. |  |
| 1. Обов’язкове інформування регіонального канцер-реєстру (за місцем реєстрації хворого) про проведений етап спеціального лікування, розповсюдженість процесу за міжнародною класифікацією TNM перегляду, гістологічне підтвердження первинного вогнища та регіональних лімфатичних вузлів, вогнищ можливого метастазування, наявність ускладнень перенесеного лікування. |  |
| 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. система рентгенівська діагностична; |  |
| 1. електрокардіограф багатоканальний; |  |
| 1. система рентгенівської комп'ютерної томографії (в тому числі з внутрішньовенним контрастуванням) (у власності закладу, на умовах оренди чи іншого права користування відповідного обладнання, або на умовах договору підряду); |  |
| 1. система магнітно-резонансної томографії (в тому числі з внутрішньовенним контрастуванням) (у власності закладу, на умовах, оренди чи іншого права користування відповідного обладнання або на умовах договору підряду); |  |
| 1. система ультразвукової візуалізації з можливістю проведення доплерографії; |  |
| 1. резервне джерело електропостачання; |  |
| 1. автоматичне перемикальне комутаційне обладнання, відповідно до ДСТУ IEC 60947-6-1: 2007. |  |
| **Вимоги до переліку обладнання у відділенні інтеннсивної терапії/палаті інтеннсивної терапії** | |
| 1. приєднання внутрішніх мереж відділення до автономного резервного джерела електропостачання відповідно до нормативно-технічних документів; |  |
| 1. забезпечення киснем: із концентрацією кисню на рівні не менше 93±3% та тиском кисню на виході 0,4 МПа, що забезпечується шляхом системи централізованого постачання кисню та/або кисневих концентраторів зі швидкістю потоку кисню щонайменше 20 л/хв, в тому числі для забезпечення необхідного потоку та тиску кисню в системі для роботи апарата/ів ШВЛ; |  |
| 1. апарат штучної вентиляції легенів – щонайменше 2; |  |
| 1. електрокардіограф багатоканальний; |  |
| 1. портативний дефібрилятор з функцією синхронізації; |  |
| 1. ларингоскоп з набором клинків; |  |
| 1. система моніторингу фізіологічних показників одного пацієнта (неінвазивний АТ, ЧСС, ЕКГ, SpO2, t). |  |
| **Вимоги до переліку обладнання у лабораторії** | |
| 1. гематологічний аналізатор; |  |
| 1. біохімічний аналізатор. |  |
| **Інші вимоги** | |
| 1. Наявність ліцензії на право провадження діяльності з використання джерел іонізуючого випромінювання (експлуатація, зберігання, отримання) або державна реєстрація джерел іонізуючого випромінювання в Державному регістрі джерел іонізуючого випромінювання (на обладнання, експлуатація якого не потребує ліцензування) на все обладнання, яке визначено в умовах закупівлі та потребує такої ліцензії. |  |
| 1. Забезпечення дотримання вимог державної системи реєстрації випадків раку відповідно до наказу МОЗ від 01.10.2013 № 845 «Про систему онкологічної допомоги населенню України». |  |
| **Інформація щодо запланованої середньомісячної кількості медичних послуг** | |
| 1. Вкажіть кількість пацієнтів до 18 років яким заклад планує надати медичні послуги з хіміотерапевтичного лікування та супроводу пацієнтів з онкологічними захворюваннями у стаціонарних та амбулаторних умовах, передбачені специфікаціями у 2022 р. |  |
| 1. Вкажіть кількість пацієнтів від 18 років і старше яким заклад планує надати медичні послуги з хіміотерапевтичного лікування та супроводу пацієнтів з онкозахворюваннями у стаціонарних та амбулаторних умовах, передбачені специфікаціями у 2022 р |  |
| **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. Чи здійснюється у закладі хіміотерапевтичне лікування та супровід дітей з онкологічними захворюваннями? |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість лікарів-анестезіологів, які працюють за основним місцем роботи в закладі в цілому. (Лікар-анестезіолог – щонайменше 4 особи, з них щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі (цілодобовий пост). |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість лікарів-анестезіологів дитячих, які працюють за основним місцем роботи в закладі в цілому. У випадку лікування дітей: лікар-анестезіолог дитячий – щонайменше 2 особи |  |
| 1. Загальна кількість лікарів-анестезіологів та лікарів-анестезіологів дитячих |  |
| 1. Лікар-хірург-онколог та/або лікар-нейрохірург – щонайменше одна особа з даного переліку, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. |  |
| 1. Лікар з променевої терапії – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. |  |
| 1. Лікар-радіолог – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість лікарів-психологів та/або лікарів-психотерапевтів, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі в цілому або за сумісництвом. |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість психологів, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі в цілому або за сумісництвом. |  |
| 1. Загальна кількість лікарів-психологів, психологів та лікарів-психотерапевтів, що працюють у закладі в цілому. (Лікар-психолог та/або психолог, та/або лікар-психотерапевт – щонайменше 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом.) |  |
| 1. Лікар з фізичної та реабілітаційної медицини та/або лікар з лікувальної фізкультури, та/або лікар з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, та/або фізичний терапевт, та/або ерготерапевт – щонайменше одна особа з даного переліку, яка працює за основним місцем роботиу цьому закладі або за сумісництвом. |  |
| 1. Лікар-рентгенолог – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі. |  |
| 1. Лікар з ультразвукової діагностики – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість лікарів-лаборантів, які працюють за основним місцем роботи у цьому закладі в цілому або за сумісництвом. |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість біохіміків, які працюють за основним місцем роботи у цьому закладі в цілому або за сумісництвом. |  |
| 1. Загальна кількість лікарів-лаборантів та біохіміків. (Лікар-лаборант та/або біохімік – щонайменше 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи у цьому закладі або за сумісництвом.) |  |
| 1. Фельдшер-лаборант та/або лаборант клінічної діагностики, та/або лаборант клініко-діагностичної лабораторії, та/або лаборант – щонайменше 4 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. |  |
| 1. Рентгенолаборант – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи у цьому закладі. |  |
| **Вимоги до спеціалізації та кількості фахівців за місцем надання послуг** | |
| 1. Лікар-онколог та/або лікар-онколог дитячий – щонайменше 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі. |  |
| 1. Сестра медична – щонайменше 4 осіб, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі (цілодобовий пост). |  |
| **Вимоги до переліку обладнання за місцем надання послуг (профільне відділення)** | |
| 1. приєднання внутрішніх мереж відділення до автономного резервного джерела електропостачання відповідно до нормативно-технічних документів; |  |
| 1. забезпечення киснем: із концентрацією кисню на рівні не менше 93±3% та тиском кисню на виході 0,4 МПа, що забезпечується шляхом системи централізованого постачання кисню та/або кисневих концентраторів; |  |
| 1. мішок ручної вентиляції легенів; |  |
| 1. пульсоксиметр – щонайменше 2; |  |
| 1. глюкометр; |  |
| 1. насос інфузійний роликовий – щонайменше 5; |  |
| 1. автоматичний дозатор лікувальних речовин – щонайменше 15; |  |
| 1. аспіратор (відсмоктувач); |  |
| 1. тонометр та/або тонометр педіатричний з манжетками для дітей різного віку; |  |
| 1. термометр безконтактний – щонайменше 4; |  |
| 1. Вкажіть кількість наявних за місцем надання послуг (профільне відділення) витяжних шаф для розведення цитостатичних препаратів |  |
| 1. Вкажіть кількість наявних за місцем надання послуг (профільне відділення) ламінарних камер з каналом вентиляції. |  |
| 1. Загальна кількість витяжних шаф для розведення цитостатичних препаратів та ламінарних камер з каналом вентиляції |  |
| **Включення місць надання послуг в ліцензію на медичну практику.** | |
| 1. Чи включене обране місце надання послуг в ліцензію на медичну практику? |  |
| 1. Наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю онкологія та/або дитяча онкологія, та/або онкогінекологія, та/або онкоотоларингологія, та/або онкохірургія |  |
| 1. Наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю анестезіологія та/або дитяча анестезіологія |  |
| 1. Наявність ліцензії на провадження господарської діяльності, пов’язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (зберігання, використання). |  |
| 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? |  |
| Разом із звернення також необхідно подати додатки до нього, які слід прикріпити у вигляді сканованих документів у форматі PDF або відомості (посилання) щодо наявності такої інформації в державному реєстрі, базі даних або інших інформаційних ресурсах (загальний розмір файлів не повинен перевищувати 49Мб) | |

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

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |