Додаток до повідомлення

**ФОРМА**

**звернення суб’єкта господарювання щодо можливості надання медичних послуг за напрямом «Стаціонарна психіатрична допомога»**

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 (придбання, зберігання, відпуск, використання, знищення) |  |
| 1. IBAN |  |
| 1. Строк дії договору |  |
| **Перелік залучених осіб** | |
| 1. Коди ЄДРПОУ підрядників. |  |
| **Вимоги до організації надання послуги** | |
| 1. Забезпечення можливості психіатричного огляду та прийняття рішення про госпіталізацію пацієнта/пацієнтки із визначенням індивідуальної програми лікування і реабілітації лікарем-психіатром (лікарем-психіатром дитячим за умови надання допомоги дітям) у співпраці з пацієнтом/пацієнткою. |  |
| 1. Наявність палат для ізоляції пацієнтів з розладами психіки та поведінки, які перебувають в психомоторному збудженні, із дотриманням прав людини. |  |
| 1. Дотримання прав людини у ЗОЗ відповідно до рекомендацій Національного превентивного механізму, Уповноваженого з прав людини Верховної Ради України 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. |  |
| 1. Дотримання прав людини при застосуванні фізичного обмеження (не більше 4 годин при разовому застосуванні) та/або ізоляції (не більше 8 годин при разовому застосуванні) пацієнтів з розладами психіки та поведінки, які перебувають у стані психомоторного збудження, відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я із веденням визначеної МОЗ облікової документації та з дотриманням прав людини. |  |
| 1. Забезпечення можливості проведення лабораторних досліджень в закладі або на умовах договору підряду. |  |
| 1. Забезпечення можливості проведення інструментальних досліджень у закладі або на умовах договору оренди чи іншого права користування, або на умовах договору підряду |  |
| 1. Залучення щонайменше одного фахівця з соціальної роботи та/або соціального працівника, та/або соціального робітника, в т.ч. за рахунок місцевих бюджетів та коштів інших програм центрального бюджету. |  |
| 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 затвердженої 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. 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 для забезпечення комплексного спостереження, лікування та реабілітації пацієнта/пацієнтки з розладами психіки та поведінки. |  |
| 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 |  |
| **Додаткові вимоги до організації надання послуги** | |
| 1. Наявність відділення/палати інтенсивної терапії, обладнаних відповідно до табелю матеріально-технічного оснащення |  |
| 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 із дотриманням положень Закону України «Про психіатричну допомогу». |  |
| **Вимоги до переліку обладнання у закладі** | |
| 1. електрокардіограф багатоканальний |  |
| 1. портативний дефібрилятор з функцією синхронізації |  |
| **Додаткові вимоги до переліку обладнання у закладі** | |
| 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; |  |
| 1. електроенцефалограф; |  |
| 1. ларингоскоп з набором клинків; |  |
| 1. система моніторингу фізіологічних показників одного пацієнта (неінвазивний АТ, ЧСС, ЕКГ, SpO2, t); |  |
| 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 заплановану кількість медичних послуг з стаціонарної психіатричної допомоги, передбачених специфікаціями які заклад готовий надати протягом місяця у 2022р (кількість пролікованих випадків за місяць за діагнозами F00-F09) |  |
| 1. Вкажіть заплановану кількість медичних послуг з стаціонарної психіатричної допомоги, передбачених специфікаціями які заклад готовий надати протягом місяця у 2022 році (кількість пролікованих випадків за місяць за діагнозами F10-F19) |  |
| 1. Вкажіть заплановану кількість медичних послуг з стаціонарної психіатричної допомоги, передбачених специфікаціями які заклад готовий надати протягом місяця у 2022 році (кількість пролікованих випадків за місяць за діагнозами F20-F29) |  |
| 1. Вкажіть заплановану кількість медичних послуг з стаціонарної психіатричної допомоги, передбачених специфікаціями які заклад готовий надати протягом місяця у 2022 році (кількість пролікованих випадків за місяць за діагнозами F30-F39) |  |
| 1. Вкажіть заплановану кількість медичних послуг з стаціонарної психіатричної допомоги, передбачених специфікаціями які заклад готовий надати протягом місяця у 2022 році (кількість пролікованих випадків за місяць за діагнозами F40-F48 ) |  |
| 1. Вкажіть заплановану кількість медичних послуг з стаціонарної психіатричної допомоги, передбачених специфікаціями які заклад готовий надати протягом місяця у 2022 році (кількість пролікованих випадків за місяць за діагнозами F50-F59) |  |
| 1. Вкажіть заплановану кількість медичних послуг з стаціонарної психіатричної допомоги, передбачених специфікаціями які заклад готовий надати протягом місяця у 2022 році (кількість пролікованих випадків за місяць за діагнозами F60-F69 ) |  |
| 1. Вкажіть заплановану кількість медичних послуг з стаціонарної психіатричної допомоги, передбачених специфікаціями які заклад готовий надати протягом місяця у 2022 році (кількість пролікованих випадків за місяць за діагнозами F70-F79 ) |  |
| 1. Вкажіть заплановану кількість медичних послуг з стаціонарної психіатричної допомоги, передбачених специфікаціями які заклад готовий надати протягом місяця у 2022 р. (кількість пролікованих випадків за місяць за діагнозами F80-F83, F85-F89 ) |  |
| 1. Вкажіть заплановану кількість медичних послуг з стаціонарної психіатричної допомоги, передбачених специфікаціями які заклад готовий надати протягом місяця у 2022 році (кількість пролікованих випадків за місяць за діагнозом F84) |  |
| 1. Вкажіть заплановану кількість медичних послуг з стаціонарної психіатричної допомоги, передбачених специфікаціями які заклад готовий надати протягом місяця у 2022 році (кількість пролікованих випадків за місяць за діагнозами F90-F98) |  |
| 1. Вкажіть заплановану кількість медичних послуг з стаціонарної психіатричної допомоги, передбачених специфікаціями які заклад готовий надати протягом місяця у 2022 році (кількість пролікованих випадків за місяць за діагнозом F99) |  |
| 1. Вкажіть кількість пролікованих випадків за діагнозами F00-F09 "Органічні, включаючи симптоматичні, психічни розлади" згідно з даними звіту за 2020 рік за формою звітності № 10 |  |
| 1. Вкажіть кількість пролікованих випадків за діагнозами F10-F19 "Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактичних речовин" згідно з даними звіту за 2020 рік за формою звітності №, затвердженою наказом МОЗ від 10.07.2007 № 378. |  |
| 1. Вкажіть кількість пролікованих випадків за діагнозами F20-F29 "Шизофренія, шизотипові стани, маревні розлади" згідно з даними звіту за 2020 рік за формою звітності № 10, затвердженою наказом МОЗ від 10.07.2007 № 378. |  |
| 1. Вкажіть кількість пролікованих випадків за діагнозами F30-F39 "Розлади настрою (афективні розлади)" згідно з даними звіту за 2020 рік за формою звітності № 10, затвердженою наказом МОЗ від 10.07.2007 № 378. |  |
| 1. Вкажіть кількість пролікованих випадків за діагнозами F40-F48 "Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади" згідно з даними звіту за 2020 рік за формою звітності № 10, затвердженою наказом МОЗ від 10.07.2007 № 378. |  |
| 1. Вкажіть кількість пролікованих випадків за діагнозами F50-F59 "Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами" згідно з даними звіту за 2020 рік за формою звітності № 10, затвердженою наказом МОЗ від 10.07.2007 № 378. |  |
| 1. Вкажіть кількість пролікованих випадків за діагнозами F60-F69 "Розлади особистості та поведінки у дорослому віці" згідно з даними звіту за 2020 рік за формою звітності № 10, затвердженою наказом МОЗ від 10.07.2007 № 378. |  |
| 1. Вкажіть кількість пролікованих випадків за діагнозами F70-F79 "Розумова відсталість" згідно з даними звіту за 2020 рік за формою звітності № 10, затвердженою наказом МОЗ від 10.07.2007 № 378. |  |
| 1. Вкажіть кількість пролікованих випадків за діагнозами F80-F83, F85-F89 "Розлади психічного розвитку" згідно з даними звіту за 2020 рік за формою звітності № 10, затвердженою наказом МОЗ від 10.07.2007 № 378. |  |
| 1. Вкажіть кількість пролікованих випадків за діагнозами F84 "Первазивні розлади психологічного розвитку" згідно з даними звіту за 2020 рік за формою звітності № 10, затвердженою наказом МОЗ від 10.07.2007 № 378. |  |
| 1. Вкажіть кількість пролікованих випадків за діагнозами F90-F98 "Розлади поведінки та емоцій, які зазвичай починаються в диятчому та підлітковому віці" згідно з даними звіту за 2020 рік за формою звітності № 10 |  |
| 1. Вкажіть кількість пролікованих випадків за діагнозами F99 "Розлади психіки, неуточнений" згідно з даними звіту за 2020 рік за формою звітності № 10, затвердженою наказом МОЗ від 10.07.2007 № 378. |  |
| **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-психіатр та/або лікар-психіатр дитячий (за умови надання допомоги дітям) – щонайменше 4 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі (цілодобовий пост). |  |
| 1. Лікар-психолог та/або лікар-психотерапевт, та/або психолог – щонайменше 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі. |  |
| 1. Загальна кількість лікарів-психологів та/або лікарів-психотерапевтів, та/або психологів |  |
| 1. Сестра медична – щонайменше 8 осіб, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі. |  |
| **Додаткові вимоги до спеціалізації та кількості фахівців у закладі** | |
| 1. Лікар-анестезіолог та/або лікар-анестезіолог дитячий (за умови надання допомоги дітям) – щонайменше 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі (не стосується медичного чергування). |  |
| 1. Сестра медична – щонайменше 4 особи додатково до основного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі. |  |
| **Вимоги до переліку обладнання** | |
| 1. пульсоксиметр; |  |
| 1. глюкометр; |  |
| 1. мішок ручної вентиляції легенів; |  |
| 1. тонометр та/або тонометр педіатричний з манжетками для дітей різного віку; |  |
| 1. термометр безконтактний. |  |
| **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 психіатрія та/або дитяча психіатрія |  |
| 1. Наявність ліцензії на провадження господарської діяльності, пов’язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (придбання, зберігання, відпуск, використання, знищення). |  |
| 1. ДОДАТКОВО.Наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю анестезіологія та/або дитяча анестезіологія |  |
| 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.

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