Додаток до повідомлення

**ФОРМА**

**звернення суб’єкта господарювання щодо можливості надання медичних послуг за напрямом «Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії»**

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. Забезпечення лікування з використанням препаратів ЗПТ. |  |
| 1. Проведення оцінки прихильності пацієнта/пацієнтки, а також його/її відповідності вимогам щодо самостійного прийому препарату ЗПТ в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома, та у випадку прийняття рішення щодо можливості такого прийому – організація його видачі. |  |
| 1. Організація щоденної видачі препаратів, лікарських засобів пацієнтам, які не відповідають критеріям для самостійного прийому препарату ЗПТ, включаючи вихідні та святкові дні, а також організація нагляду за прийманням пацієнтом/пацієнткою призначених препаратів медичною сестрою. |  |
| 1. Організація, у випадку неможливості щоденного відвідування закладу за станом здоров’я, доставки препаратів за місцем перебування пацієнта/пацієнтки. |  |
| 1. Забезпечення безперервності лікування та продовження ЗПТ пацієнту/пацієнтці у випадку госпіталізації, сприяння забезпеченню безперервності лікування та продовження ЗПТ пацієнту/пацієнтці у випадку затримання правоохоронними органами (надання необхідних документів, видача препаратів). |  |
| 1. Забезпечення контролю за цільовим використанням препарату ЗПТ, що видано для самостійного прийому в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома, шляхом перевірки залишків не рідше 1 разу на 30 діб. |  |
| 1. Забезпечення перегляду плану лікування раз на квартал на початковому етапі (до 1 року) та індивідуально, залежно від потреб пацієнта/пацієнтки, після одного року лікування. |  |
| 1. Обов’язкове інформування пацієнта щодо можливості отримання інших необхідних медичних послуг безоплатно за рахунок коштів програми медичних гарантій. |  |
| 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. 1Відповідність приміщення, в якому зберігаються препарати ЗПТ, вимогам до об’єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів, що затверджені наказом Міністерства внутрішніх справ України від 29.01.2018 № 52, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України від 20.02.2018, в обсягах, визначених пунктами 22, 23 Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров’я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 № 333. |  |
| 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. Планування та управління запасами лікарських засобів, в тому числі організація та забезпечення доставки, зберігання та використання препаратів та ведення їх обліку. |  |
| 1. 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. |  |
| 1. Під час надання медичних послуг дотримання толерантного ставлення до пацієнтів відповідно до затвердженої у надавача медичних послуг програми протидії дискримінації та стигматизації пацієнтів та забезпечення конфіденційності відповідних медичних даних. |  |
| **Інформація щодо запланованої середньомісячної кількості медичних послуг** | |
| 1. Вкажіть кількість пацієнтів, яким заклад планує надати медпослуги з лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії у 2022р |  |
| **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. Вкажіть кількість лікарів-наркологів та/або лікарів-психіатрів, котрі працють за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. |  |
| 1. Вкажіть кількість лікарів будь-якої іншої кваліфікації, що пройшли відповідний курс тематичного удосконалення та працюють за основним місцем роботи або за сумісництвом в обраному місці надання послуг |  |
| 1. Загальна кількість лікарів будь-якої іншої кваліфікації, що пройшли відповідний курс тематичного удосконалення та працюють за основним місцем роботи або за сумісництвом в обраному місці надання послуг |  |
| 1. Сестра медична – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом |  |
| **Вимоги до переліку обладнання** | |
| 1. ваги медичні; |  |
| 1. глюкометр; |  |
| 1. тонометр; |  |
| 1. термометр безконтактний; |  |
| 1. пульсоксиметр; |  |
| 1. мішок ручної вентиляції легенів; |  |
| 1. аптечка для надання невідкладної допомоги, із обов’язковим вмістом у ній лікарського засобу з діючою речовиною налоксон (naloxonum). |  |
| **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, 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.

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