Додаток до повідомлення

**ФОРМА**

**звернення суб’єкта господарювання щодо можливості надання медичних послуг за напрямом «Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям»**

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 координації, доступності, планування, безперервності та наступності відповідно до побажань пацієнта/пацієнтки щодо вибору місця лікування та місця смерті із забезпеченням можливості отримання куративного лікування паралельно із паліативною допомогою. |  |
| 1. Наявність створеної за наказом керівника ЗОЗ мультидисциплінарної команди для надання послуг паліативної допомоги. |  |
| Проведення необхідних лабораторних та інструментальних досліджень у закладі, на умовах оренди або на умовах договору підряду. |  |
| 1. Наявність затвердженого маршруту пацієнта/пацієнтки щодо його/її переведення до іншого відділення закладу за потреби для надання інших видів медичної допомоги. Взаємодія з іншими надавачами медичних послуг для своєчасного та ефективного надання допомоги пацієнтам. |  |
| 1. Організація комплексного спостереження за станом пацієнта/пацієнтки та консультування лікарями-спеціалістами інших профілів медичної допомоги за потреби відповідно до стану пацієнта/пацієнтки. |  |
| 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. Залучення щонайменше одного фахівця з соціальної роботи, в т.ч. за рахунок місцевих бюджетів та коштів інших програм центрального бюджету. |  |
| 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. Забезпечення права пацієнта/пацієнтки, який/яка перебуває у відділенні/закладі паліативної допомоги, на допуск до нього/неї родичів/відвідувачів 24 години на добу в будь-який день тижня. |  |
| 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. 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 пацієнтів асистивними засобами для мобільності на весь період перебування в закладі за місцем надання послуги. |  |
| 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. 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 із 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 для CPAP-терапії та/або неінвазивної ШВЛ та/або апарат інвазивної ШВЛ; |  |
| 1. Загальна кількість апаратів для CPAP-терапії та/або неінвазивної ШВЛ та/або апаратів інвазивної ШВЛ, що наявні у закладі |  |
| 1. портативний дефібрилятор з функцією синхронізації; |  |
| 1. система ультразвукової візуалізації у закладі, на умовах договору оренди чи іншого права користування відповідного обладнання, або на умовах договору підряду; |  |
| 1. система рентгенівська діагностична у закладі, на умовах договору оренди чи іншого права користування відповідного обладнання, або на умовах договору підряд |  |
| 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 пов’язані з паліативною медичною допомогою дорослим та дітям у стаціонарних умовах, передбачені специфікаціями, протягом місяця у 2022 році (кількість пацієнтів на місяць) |  |
| **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 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 1 особа з даного переліку, яка працює за основним місцем роботи у цьому закладі або за сумісництвом.) |  |
| **Вимоги до спеціалізації та кількості фахівців за місцем надання послуг** | |
| 1. Лікар-акушер-гінеколог та/або лікар-гінеколог дитячого та підліткового віку, та/або лікар-анестезіолог, та/або лікар-анестезіолог дитячий, та/або лікар-гастроентеролог, та/або лікар-гастроентеролог дитячий, та/або лікар-гематолог, та/або лікар-гематолог дитячий, та/або лікар-кардіолог, та/або лікар-кардіолог дитячий, та/або лікар-кардіоревматолог дитячий, та/або лікар-невропатолог, та/або лікар-невролог дитячий, та/або лікар-нефролог, та/або лікар-нефролог дитячий, та/або лікар-пульмонолог, та/або лікар-пульмонолог дитячий, та/або лікар-терапевт, та/або лікар-педіатр, та/або лікар-фізіотерапевт, та/або лікар-гінеколог-онколог, та/або лікар-хірург, та/або лікар-хірург дитячий, та/або лікар-хірург-онколог, та/або лікар-нейрохірург, та/або лікар-нейрохірург дитячий, та/або лікар-онколог, та/або лікар-онколог дитячий, та/або лікар-отоларинголог-онколог, та/або лікар-психіатр, та/або лікар-фтизіатр, та/або лікар-фтизіатр дитячий, та/або лікар з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, та/або лікар з лікувальної фізкультури, та/або лікар фізичної та реабілітаційної медицини, та/або лікар медицини невідкладних станів, які пройшли відповідну підготовку за напрямом «паліативна допомога» (сертифікований курс тематичного удосконалення з паліативної допомоги) – щонайменше 4 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі. |  |
| 1. Сестра медична – щонайменше 4 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі (цілодобовий пост). |  |
| **Вимоги до переліку обладнання за місцем надання послуг (**відділення паліативної допомоги) | |
| 1. Чи наявне в обраному місці надання послуг відділення паліативної допомоги? |  |
| 1. приєднання внутрішніх мереж відділення до автономного резервного джерела електропостачання відповідно до нормативно-технічних документів; |  |
| 1. електрокардіограф багатоканальний або електрокардіограф багатоканальний портативний; |  |
| 1. кисневий концентратор – щонайменше 4; |  |
| 1. пульсоксиметр – щонайменше 4; |  |
| 1. глюкометр – щонайменше 4; |  |
| 1. термометр безконтактний – щонайменше 4; |  |
| 1. онометр та/або тонометр педіатричний з манжетками для дітей різного віку – щонайменше 4; |  |
| 1. пристосування для ентерального харчування; |  |
| 1. мішок ручної вентиляції легенів; |  |
| 1. аспіратор (відсмоктувач) – щонайменше 2; |  |
| 1. автоматичний дозатор лікувальних речовин – щонайменше 4; |  |
| 1. ультразвуковий інгалятор; |  |
| 1. Вкажіть кількість ліжок для надання паліативної медичної допомоги, що наявні в обраному місці надання послуг |  |
| 1. функціональне/напівфункціональне ліжко – відповідно до кількості ліжок для надання паліативної медичної допомоги; |  |
| 1. протипролежневі матраци відповідно до кількості ліжок; |  |
| 1. ноші; |  |
| 1. ноші на колесах; |  |
| 1. пристрій для підняття пацієнта в ліжку; |  |
| 1. крісло-каталка – щонайменше 2; |  |
| 1. каталка багатоцільова мобільна з регулюванням висоти; |  |
| 1. візок для миття пацієнтів; |  |
| 1. стілець-туалет; |  |
| 1. набір хірургічних інструментів для обробки ран та пролежнів. |  |
| **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.

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