Додаток до повідомлення

**ФОРМА**

**звернення суб’єкта господарювання щодо можливості надання медичних послуг за напрямом «Мобільна 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. 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. Створення за наказом керівника ЗОЗ мультидисциплінарної команди для надання послуг паліативної допомоги.
 |  |
| 1. Проведення необхідних лабораторних досліджень у закладі або на умовах договору підряду.
 |  |
| 1. Наявність затвердженого маршруту пацієнта/пацієнтки щодо його/її госпіталізації до відділення/закладу за потреби для надання інших видів медичної допомоги.
 |  |
| 1. Забезпечення постійного контакту з пацієнтом: кількість відвідувань або взаємодій з пацієнтом за допомогою засобів телекомунікації має становити не менше 1 разу на тиждень, про що має вноситись відповідний запис в ЕСОЗ. Мінімальна регулярність фізичних візитів – початково, при складанні Плану спостереження та в подальшому згідно з Планом спостереження, але не менше ніж раз на місяць. Взаємодія з пацієнтом/пацієнткою має підтримуватись під час та після госпіталізації пацієнта/пацієнтки в стаціонарний заклад охорони здоров’я (якщо такий відбудеться), а після виписки пацієнта/пацієнтки зі стаціонарного лікування надавач повинен здійснити візит до 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. Наявність транспортного засобу для забезпечення доїзду до пацієнта/пацієнтки.
 |  |
| 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 надавача медичних послуг 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 надавача медичних послуг для забезпечення прав пацієнта/пацієнтки на отримання медичної допомоги необхідного обсягу та належної якості.
 |  |
| 1. Наявність цілодобового контактного номеру для консультування пацієнтів.
 |  |
| 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.
 |  |
| **Інші вимоги** |
| 1. Наявність у закладі рецептурних бланків форми №1 та №3
 |  |
| **Інформація щодо запланованої середньомісячної кількості медичних послуг** |
| 1. Вкажіть кількість пацієнтів, яким заклад планує надати медичні послуги пов’язані з мобільною паліативною медичною допомогою дорослим та дітям, 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 одна 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 загальної практики – сімейний лікар, 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 медицини невідкладних станів, які мають фах «Лікувальна справа» та/або «Педіатрія» (для лікарів дитячих) і пройшли відповідну підготовку за напрямом «паліативна допомога» (сертифікований курс тематичного удосконалення з паліативної допомоги) – щонайменше 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цій службі.
 |  |
| 1. Сестра медична загальної практики - сімейної медицини та/або сестра медична, та/або фельдшер – щонайменше 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цій службі.
 |  |
| **Вимоги до переліку обладнання** |
| 1. наявність транспортного засобу для забезпечення доїзду до пацієнта/пацієнтки;
 |  |
| 1. пульсоксиметр – щонайменше 4;
 |  |
| 1. глюкометр – щонайменше 4;
 |  |
| 1. тонометр та/або тонометр педіатричний з манжетками для дітей різного віку – щонайменше 4;
 |  |
| 1. термометр безконтактний – щонайменше 4;
 |  |
| 1. мішок ручної вентиляції легенів;
 |  |
| 1. апарат для CPAP-терапії;
 |  |
| 1. кисневий концентратор – щонайменше 4;
 |  |
| 1. аспіратор (відсмоктувач) – щонайменше 2;
 |  |
| 1. електрокардіограф багатоканальний портативний;
 |  |
| 1. автоматичний дозатор лікувальних речовин – щонайменше 2;
 |  |
| 1. штатив для інфузій (крапельниць) – щонайменше 2;
 |  |
| 1. сумка-органайзер лікарська – щонайменше 2;
 |  |
| 1. сумка-холодильник – щонайменше 2;
 |  |
| 1. аптечка для надання невідкладної допомоги;
 |  |
| 1. набор 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. 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.

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