Додаток до повідомлення

**ФОРМА**

**звернення суб’єкта господарювання щодо можливості надання медичних послуг за напрямом «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату»**

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 спеціального навчання всіх співробітників, які залучені до надання послуг з реабілітації у сфері охорони здоров’я та/або раннього втручання.
 |  |
| 1. Визначення реабілітаційного прогнозу мультидисциплінарною командою.
 |  |
| 1. Забезпечення цілодобового медсестринського догляду (у разі надання реабілітаційної допомоги в умовах стаціонару).
 |  |
| 1. Оцінювання болю та своєчасне знеболення (ненаркотичними препаратами) на всіх етапах надання допомоги пацієнту/пацієнтці.
 |  |
| 1. При наданні послуг у стаціонарних умовах забезпечення щоденно кожної відповідної терапії згідно з індивідуальним реабілітаційним планом фізичної та реабілітаційної медицини, фізичної терапії, ерготерапії, логопедії, психології, консультування, пов’язаного з протезуванням, ортезуванням протягом щонайменше 5 днів на тиждень.
 |  |
| 1. Забезпечення можливості проведення лабораторних та інструментальних досліджень у закладі або на умовах договору підряду.
 |  |
| 1. Наявність просторого туалету, обладнаного для осіб, які користуються кріслами-колісними, достатньо просторого для одночасного перебування пацієнта/пацієнтки та фахівця з реабілітації, який надає реабілітаційну допомогу.
 |  |
| 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. При наданні послуг у стаціонарних умовах 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 інфекційним захворюванням, пов’язаним з наданням медичної та реабілітаційної 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 та реабілітаційної 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 та реабілітаційної допомоги необхідного обсягу та належної якості.
 |  |
| 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 та положень Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, Конвенції про права осіб з прав людини з інвалідністю, Конвенції про права дитини та інших міжнародних договорів ратифікованих Україною.
 |  |
| **Інформація щодо запланованої середньомісячної кількості медичних послуг** |
| 1. Вкажіть кількість пролікованих випадків з медичної реабілітації дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату, передбачених специфікаціями, які заклад готовий надати протягом місяця 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. Лікар з фізичної та реабілітаційної медицини та/або лікар з лікувальної фізкультури, та/або лікар з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, та/або лікар-фізіотерапевт – щонайменше 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі.
 |  |
| 1. Лікар-ортопед-травматолог та/або лікар-ортопед-травматолог дитячий (за умови надання допомоги дітям) – щонайменше 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі або сумісництвом
 |  |
| 1. Лікар-психолог та/або психолог, та/або лікар-психотерапевт – щонайменше одна особа з даного переліку, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом.
 |  |
| 1. Загальна кількість лікарів-психологів, психологів та лікарів-психотерапевтів, що працюють у закладі в цілому
 |  |
| 1. Фізичний терапевт – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі.
 |  |
| 1. Ерготерапевт – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі.
 |  |
| 1. Асистент фізичного терапевта та/або асистент ерготерапевта, та/або сестра медична з ЛФК, та/або сестра медична з масажу – щонайменше 2 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.
 |  |
| **Вимоги до переліку обладнання**  |
| 1. тонометр та/або тонометр педіатричний з манжетками для дітей різного віку – щонайменше 2;
 |  |
| 1. пульсоксиметр – щонайменше 2;
 |  |
| 1. електрокардіограф багатоканальний;
 |  |
| 1. термометр безконтактний;
 |  |
| 1. глюкометр;
 |  |
| 1. широка кушетка з регуляцією по висоті – щонайменше 2;
 |  |
| 1. функціональне ліжко (у разі надання допомоги стаціонарно) – щонайменше 2;
 |  |
| 1. пристрій для підняття пацієнта в ліжку (у разі надання допомоги стаціонарно);
 |  |
| 1. асистивні технології для забезпечення мобільності – крісла колісні різного типу, палиці, милиці, ходунки;
 |  |
| 1. стандартизовані тести та нестандартизовані набори для проведення терапевтичного оцінювання;
 |  |
| 1. стілець-туалет – щонайменше 3;
 |  |
| 1. ортези, бандажі, слінги;
 |  |
| 1. засоби для позиціонування різних форм та розмірів;
 |  |
| 1. обладнання, матеріали та засоби для відновлення участі в активностях повсякденного життя, включаючи відновлення когнітивних функцій (у тому числі допоміжне обладнання);
 |  |
| 1. м’ячі (фітболи) різного розміру і форми;
 |  |
| 1. різні типи балансирів;
 |  |
| 1. степ платформи;
 |  |
| 1. велотренажер;
 |  |
| 1. шведська стінка;
 |  |
| 1. механічні та/або автоматичні ротори для тренування верхніх та нижніх кінцівок;
 |  |
| 1. комплект гумових джгутів, гантелі, обтяжувачі, терапевтичні резинки, терапевтичний пластилін;
 |  |
| 1. реабілітаційні пояси для страхування пацієнтів під час ходьби – щонайменше 4;
 |  |
| 1. обладнання для відновлення сенсорних та рухових функцій верхньої кінцівки (у тому числі гоніометри, динамометри, пінчметри, комплекти обтяжувачів на руки різної ваги, комплекти кілець, конусів, прищіпок, терапевтичний пластилін, еспандери, еластичні стрічки, панелі з дрібними деталями, крючками, замками та ключам, ігрові матеріали тощо);
 |  |
| 1. допоміжне обладнання для дотягування та хапання, одягання/роздягання та адаптивний одяг;
 |  |
| 1. аптечка для надання невідкладної допомоги.
 |  |
| 1. протипролежневі матраци;
 |  |
| 1. протипролежневі подушки;
 |  |
| 1. аспіратор (відсмоктувач);
 |  |
| 1. система моніторингу фізіологічних показників одного пацієнта (неінвазивний АТ, ЧСС, ЕКГ, SpO2, t);
 |  |
| 1. крісло для душа – щонайменше 3.
 |  |
| **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 фізична та реабілітаційна медицина
 |  |
| 1. Перевірка наявності ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю ортопедія і травматологія та/або дитяча ортопедія і травматологія
 |  |
| 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.

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