Додаток до повідомлення

**ФОРМА**

**звернення суб’єкта господарювання щодо можливості надання медичних послуг за напрямом «Ведення вагітності в амбулаторних умовах»**

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. Організація спостереження за вагітними, включаючи контроль за станом здоров’я вагітних, повнотою обстежень, консультацій, виконанням лікувально-профілактичних заходів, з дотриманням етапності (взяття під нагляд, розробка індивідуального плану ведення вагітності відповідно групи ризику, виконання індивідуального плану) відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я.
 |  |
| 1. Забезпечення проведення лабораторних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я у закладі або на умовах договору підряду. Організація забору та транспортування біологічного матеріалу, в тому числі до бактеріологічних лабораторій, для проведення досліджень.
 |  |
| 1. Забезпечення проведення інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я в закладі або на умовах договору підряду.
 |  |
| 1. Наявність лікарських засобів та обладнання для надання невідкладної допомоги.
 |  |
| 1. Обов’язкове інформування пацієнтки 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. 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 пацієнткам.
 |  |
| 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 пацієнтки на отримання медичної допомоги необхідного обсягу та належної якості.
 |  |
| 1. Ведення індивідуальної карти вагітної і породіллі (форма № 111/о) та обмінної карти (форма № 113/о) з обов’язковим обґрунтуванням діагнозу та зазначенням усіх важливих діагностичних, лікувальних, реабілітаційних і профілактичних процедур, які проводяться пацієнтці.
 |  |
| 1. Забезпечення оцінки стану здоров’я 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 спеціалізації та кількості фахівців у закладі** |
| 1. Лікар з ультразвукової діагностики, який пройшов підготовку з пренатальної діагностики (сертифікований курс тематичного удосконалення з пренатальної діагностики) – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом.
 |  |
| **Вимоги до переліку обладнання у закладі** |
| 1. система ультразвукової візуалізації з можливістю проведення доплерографії додатково з трансвагінальним датчиком;
 |  |
| 1. монітор фетальний (кардіомонітор плода) з автоматичним аналізом;
 |  |
| 1. кольпоскоп з фотофіксацією та/або відеосистемою
 |  |
| 1. електрокардіограф багатоканальний;
 |  |
| 1. портативний дефібрилятор з функцією синхронізації.
 |  |
| **Інформація щодо запланованої середньомісячної кількості медичних послуг** |
| 1. Вкажіть кількість вагітних, яким заклад планує надати медичні послуги із ведення вагітності в амбулаторних умовах, передбачені специфікаціями у 2022 році
 |  |
| **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-акушер-гінеколог – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом.
 |  |
| 1. Акушерка – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі.
 |  |
| **Вимоги до переліку обладнання** |
| 1. мішок ручної вентиляції легенів;
 |  |
| 1. ваги медичні;
 |  |
| 1. ростомір;
 |  |
| 1. глюкометр;
 |  |
| 1. термометр безконтактний;
 |  |
| 1. пульсоксиметр – щонайменше 2;
 |  |
| 1. тонометр – щонайменше 2;
 |  |
| 1. аптечка для надання невідкладної допомоги.
 |  |
| **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 акушерство і гінекологія
 |  |
| 1. Наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю терапія
 |  |
| 1. Наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю ультразвукова діагностика
 |  |
| 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.

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