Додаток до повідомлення

**ФОРМА**

**звернення суб’єкта господарювання щодо можливості надання медичних послуг за напрямом «Лікування та супровід дорослих та дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями у амбулаторних та стаціонарних 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. 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. Наявність окремого структурного підрозділу (відділення/центру), який призначений для лікування онкогематологічних, гематологічних та онкологічних захворювань та має обмежений доступ пацієнтів іншого профілю або осіб, не пов’язаних із наданням медичної допомоги пацієнтам з онкогематологічними, гематологічними та онкологічними захворюваннями (контроль доступу до відділення). |  |
| 1. Забезпечення цілодобового медсестринського догляду через залучення середнього медичного персоналу, який працює за основним місцем роботи в структурному підрозділі з лікування онкогематологічних та гематологічних захворювань та не залучений до роботи інших структурних підрозділів закладу. |  |
| 1. Наявність щонайменше 2 палат (блоків) з індивідуальним санвузлом та можливістю повної ізоляції пацієнта/пацієнтки. |  |
| 1. Забезпечення можливості виконання аспіраційної біопсії та трепанобіопсії кісткового мозку у закладі. |  |
| 1. Забезпечення проведення клінічних, біохімічних лабораторних досліджень у закладі, проточної цитофлуориметрії аспіратів кісткового мозку та/або клітин периферичної крові, цитоморфологічного, імуноцитологічного, імуногістохімічного (для трепанбіоптатів), молекулярно-цитогенетичного дослідження біологічних матеріалів, взятих в тому числі під час аспіраційної та трепанобіопсії кісткового мозку (в залежності від потреб пацієнта/пацієнтки), патоморфологічні дослідження (гістологічне, імуногістохімічне дослідження біоптатів пухлини кісткового мозку), дослідження моноклональних антитіл в сироватці крові, бактеріологічного дослідження в закладі та/або на умовах договору підряду, або направлення біологічного матеріалу до лабораторії, що знаходиться у національному ЗОЗ. |  |
| 1. Забезпечення можливості проведення інструментальної діагностики: магнітно-резонансної томографії, комп’ютерної томографії, ендоскопічної та рентгенологічної діагностики у закладі або на умовах договору оренди чи іншого права користування відповідного обладнання, або на умовах договору підряду. |  |
| 1. Забезпечення проведення досліджень із використанням однофотонного емісійного комп'ютерного томографа, поєднаного з комп'ютерним томографом (ОФЕКТ/КТ) у закладі або на умовах, оренди чи іншого права користування. |  |
| 1. Забезпечення можливості проведення УЗД цілодобово за місцем надання медичних послуг. |  |
| 1. Забезпечення цілодобового лікарського та медсестринського догляду за пацієнтами. |  |
| 1. Забезпечення цілодобового моніторингу вітальних функцій (ЧСС, АТ, SpO2, ЕКГ-моніторинг). |  |
| 1. Затверджений персональний склад постійно діючої мультидисциплінарної групи спеціалістів (консиліуму) та можливість консультування пацієнтів спеціалістами інших лікарських спеціальностей. До складу мультидисциплінарної групи спеціалістів (консиліуму) в залежності від патології та клінічної картини мають входити: щонайменше 2 лікарі-гематологи та/або лікарі-онкологи, спеціаліст з клінічної лабораторної діагностики, лікар з променевої терапії та/або лікар-радіолог, та/або лікар з радіонуклідної діагностики та інші спеціалісти відповідно до потреби. У випадку лікування дітей до складу групи спеціалістів (консиліуму) залучаються відповідні спеціалісти дитячого профілю. |  |
| 1. Забезпечення необхідною трансфузійною підтримкою (всі препарати крові обов’язково повинні бути опромінені або лейкодеплетовані), цілодобовий доступ до препаратів та компонентів крові, в тому числі: еритроцити, свіжозаморожена плазма, кріопреципітат, тромбоцити, отримані аферезним методом, розчин альбуміну, імуноглобуліни відповідно до нормативно-правових актів. Наявність цілодобової логістики препаратів та компонентів крові, наявність умов для правильного зберігання препаратів та компонентів крові (інкубатор та шейкер тромбоконцентрату, морозильна камера). Забезпечення обов’язкового опромінення усіх компонентів крові, визначення маркерів збудників трансфузійно-трансмісивних інфекцій: ВІЛ, гепатитів методом ПЛР, сифілісу. |  |
| 1. Забезпечення пацієнтів зі встановленим діагнозом в амбулаторних та стаціонарних умовах лікарськими засобами для проведення спеціального лікування та супровідної терапії, постачання яких здійснюється шляхом централізованих закупівель МОЗ, за рахунок інших програм центрального та місцевого бюджетів, а також лікарськими засобами, визначеними Національним переліком основних лікарських засобів, необхідними медичними виробами та витратними матеріалами відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я та медико-технологічних документів. |  |
| 1. Наявність за місцем надання медичних послуг палат інтенсивної терапії з можливістю проведення цілодобової інтенсивної терапії та моніторингу, та забезпечення кисневої підтримки у щонайменше 50% від загальної кількості місць у відділенні (в т.ч. за допомогою мобільного кисневого концентратора) або наявність у закладі в тій самій будівлі палат інтенсивної терапії зі 100% забезпеченням кисневої підтримки, обладнаних відповідно до табелю матеріально-технічного оснащення. |  |
| 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. 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 на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії, на допуск до нього/неї відвідувачів 24 години на добу в будь-який день тижня згідно з правилами, визначеними чинними нормативно-правовими актами. |  |
| 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. Організація ефективного управління запасами лікарських засобів, медичних виробів та витратних матеріалів, закуплених закладом або отриманих для виконання програм та здійснення централізованих заходів з охорони здоров’я МОЗ. Використання та збереження залишків лікарських засобів та медичних виробів, необхідних для лікування пацієнтів, в тому числі після закінчення дії договору. |  |
| 1. Наявність обладнаного місця приготування розчинів хіміо- та таргетних препаратів згідно зі стандартами (розміри приміщення, ламінарна камера з каналом вентиляції). |  |
| 1. Наявність протоколу утилізації та знищення надлишків лікарських засобів. |  |
| 1. Обов’язкове інформування регіонального канцер-реєстру (за місцем реєстрації хворого) про проведений етап спеціального лікування, гістологічне підтвердження первинного вогнища та регіональних лімфатичних вузлів, вогнищ можливого метастазування, наявність ускладнень перенесеного лікування, відповідь на лікування. |  |
| 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 ліцензії на право провадження діяльності з використання джерел іонізуючого випромінювання (експлуатація, зберігання, отримання) або державна реєстрація джерел іонізуючого випромінювання в Державному регістрі джерел іонізуючого випромінювання (на обладнання, експлуатація якого не потребує ліцензування) на все обладнання, яке визначено в умовах закупівлі та потребує такої ліцензії. |  |
| 1. Забезпечення дотримання вимог державної системи реєстрації випадків раку відповідно до наказу МОЗ від 01.10.2013 № 845 «Про систему онкологічної допомоги населенню України». |  |
| 1. **Вимоги до переліку обладнання у закладі** | |
| 1. система рентгенівська діагностична; |  |
| 1. система рентгенівської комп'ютерної томографії (в тому числі з внутрішньовенним контрастуванням) (у власності закладу, на умовах договору оренди чи іншого права користування відповідного обладнання, або на умовах договору підряду); |  |
| 1. система магнітно-резонансної томографії (в тому числі з внутрішньовенним контрастуванням) (у власності закладу, на умовах договору, оренди чи іншого права користування відповідного обладнання, або на умовах договору підряду); |  |
| 1. система ультразвукової візуалізації з можливістю проведення доплерографії; |  |
| 1. цитоцентрифуга для виготовлення цитологічних препаратів біологічних рідин; |  |
| 1. шейкер-перемішувач тромбоконцентрату. |  |
| **У лабораторії** |  |
| 1. гематологічний аналізатор; |  |
| 1. біохімічний аналізатор. |  |
| **Інформація щодо запланованої середньомісячної кількості медичних послуг** | |
| 1. Вкажіть кількість пацієнтів до 18 років, яким заклад планує надати медпослуги з лікування та супроводу пацієнтів з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах, передбачені специфікаціями у 2022р |  |
| 1. Вкажіть кількість пацієнтів від 18 років і старше,яким заклад планує надати медпослуги з лікування та супроводу пацієнтів з гематологічн. та онкогематологічн. захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах, передбачені специфікац.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 спеціалістів та кількості фахівців, які працюють на посадах у закладі** | |
| 1. Чи здійснюється у закладі радіологічне лікування та супровід дітей з онкологічними захворюваннями? |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість лікарів-анестезіологів та/або лікарів-анестезіологів дитячих, які працюють за основним місцем роботи в закладі в цілому (щонайменше 4 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі (цілодобовий пост). |  |
| 1. У випадку лікування дітей у закладах для дорослих: вкажіть загальну кількість лікарів-анестезіологів дитячих, які працюють за основним місцем роботи в закладі в цілому (щонайменше 2 особи). |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість лікарів-хірургів та/або лікарів-хірургів-онкологів , які працюють за основним місцем роботи в закладі в цілому |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість лікарів з променевої терапії та/або лікарів-радіологів, та/або лікарів з радіонуклідної діагностики, які працюють за основним місцем роботи в закладі в цілому або за сумісництвом. |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість лікарів з ультразвукової діагностики, які працюють за основним місцем роботи в закладі в цілому |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість лікарів-лаборантів, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі в цілому. |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість спеціалістів з лабораторної діагностики з вищою освітою, які працюють за основним місцем роботи у закладі в цілому |  |
| 1. Загальна кількість лікарів-лаборантів та/або спеціалістів з лабораторної діагностики (Лікар-лаборант та/або спеціаліст з лабораторної діагностики з вищою освітою зі спеціальною підготовкою у діагностиці дитячих/дорослих онкогематологічних та гематологічних захворювань (в тому числі аналіз аспіратів кісткового мозку) – щонайменше 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі.) |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість лікарів-психологів та/або лікарів-психотерапевтів, які працюють за основним місцем роботи в 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 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом.) |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість фахівців згідно переліку у полі (Лікар з фізичної та реабілітаційної медицини та/або лікар з лікувальної фізкультури, та/або лікар з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, та/або фізичний терапевт, та/або ерготерапевт – щонайменше 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи у цьому закладі або за сумісництвом.), які працюють за основним місцем роботи в закладі в цілому або за сумісництвом. |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість лікарів-рентгенологів, які працюють за основним місцем роботи в закладі в цілому |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість рентгенолаборантів, які працюють за основним місцем роботи в закладі в цілому |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість фахівців згідно переліку у полі (Фельдшер-лаборант та/або лаборант клінічної діагностики, та/або лаборант клініко-діагностичної лабораторії, та/або лаборант – щонайменше 4 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом), які працюють за основним місцем роботи в закладі в цілому або за сумісництвом |  |
| **Вимоги до спеціалізації та кількості фахівців за місцем надання послуг** | |
| 1. Вкажіть кількість лікарів-гематологів та/або лікарів-онкологів, які працюють за основним місцем роботи в обраному місці надання послуг, щонайменше 4 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі. |  |
| 1. У випадку лікування дітей: лікар-онколог дитячий та/або лікар-гематолог дитячий – щонайменше 4 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі |  |
| 1. У випадку лікування дітей: вкажіть кількість лікарів-гематологів дитячих, які працюють за основним місцем роботи в обраному місці надання послуг принаймні 2 особи – лікар-гематолог дитячий. |  |
| 1. Загальна кількість лікарів-гематологів та/або лікарів-онкологів та лікарів-гематологів та/або лікарів-онкологів дитячих (Лікар-гематолог та/або лікар-онколог – щонайменше 4 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі. У випадку лікування дітей: лікар-онколог дитячий та/або лікар-гематолог дитячий – щонайменше 4 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі, з них принаймні 2 особи – лікар-гематолог дитячий.) |  |
| 1. b. Сестра медична – щонайменше 10 осіб, які працюють за основним місцем роботи в структурному підрозділі з лікування онкогематологічних захворювань (цілодобовий пост). |  |
| **Вимоги до переліку обладнання** | |
| 1. резервне джерело електропостачання |  |
| 1. автоматичне перемикальне комутаційне обладнання відповідно до ДСТУ IEC 60947-6-1: 2007. |  |
| **У онкогематологічному відділенні** | |
| 1. приєднання внутрішніх мереж відділення до автономного резервного джерела електропостачання відповідно до нормативно-технічних документів; |  |
| 1. b. 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; |  |
| 1. c. пульсоксиметр – щонайменше 4; |  |
| 1. d. електрокардіограф багатоканальний; |  |
| 1. e. система ультразвукової візуалізації з можливістю проведення доплерографії; |  |
| 1. f. автоматичний дозатор лікувальних речовин – щонайменше 15; |  |
| 1. g. аспіратор (відсмоктувач); |  |
| 1. h. глюкометр; |  |
| 1. i. тонометр та/або тонометр педіатричний з манжетками для дітей різного віку – щонайменше 4; |  |
| 1. j. витяжна шафа для розведення цитостатичних препаратів – щонайменше 2; |  |
| 1. термометр безконтактний – щонайменше 4. |  |
| **У палаті інтенсивної терапії** |  |
| 1. приєднання внутрішніх мереж відділення до автономного резервного джерела електропостачання відповідно до нормативно-технічних документів; |  |
| 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 зі 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 штучної вентиляції легенів – щонайменше 2; |  |
| 1. портативний дефібрилятор з функцією синхронізації; |  |
| 1. мішок ручної вентиляції легенів; |  |
| 1. ларингоскоп з набором клинків; |  |
| 1. система моніторингу фізіологічних показників одного пацієнта (неінвазивний АТ, ЧСС, ЕКГ, SpO2, t) – щонайменше 2. |  |
| **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 онкологія та/або дитяча онкологія |  |
| 1. Наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю анестезіологія та/або дитяча анестезіологія |  |
| 1. Наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю гематологія та/або дитяча гематологія. |  |
| 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.

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