Додаток до повідомлення

**ФОРМА**

**звернення суб’єкта господарювання щодо можливості надання медичних послуг**

**за напрямом «Психіатрична допомога, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами»**

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. Створення за наказом керівника закладу охорони здоров’я мобільної мультидисциплінарної команди, до якої входять 1 лікар-психіатр та/або лікар-психіатр дитячий і 1 лікар-психолог та/або лікар-психотерапевт, та/або психолог, і 1 сестра медична, і 1 фахівець з соціальної роботи та/або соціальний працівник, для надання психіатричної та психосоціальної допомоги особам з розладами психіки та поведінки за місцем їхнього перебування та/або за місцем базування команди.
 |  |
| 1. Залучення щонайменше одного фахівця з соціальної роботи та/або соціального працівника, в т.ч. за рахунок місцевих бюджетів та коштів інших програм центрального бюджету.
 |  |
| 1. Наявність приміщення – щонайменше одного кабінету для прийому пацієнтів членами мобільної мультидисциплінарної команди.
 |  |
| 1. Забезпечення психіатричного огляду із визначенням ступеня тяжкості психічного розладу, виду медичного супроводу та рівня психосоціальної дезадаптації; визначення необхідного виду медичного супроводу та реабілітації, визначення потреб пацієнта/пацієнтки у соціально-побутовій сфері.
 |  |
| 1. Формування членами мобільної мультидисциплінарної команди індивідуальної програми лікування та реабілітації, відновлення з метою досягнення одужання або стійкої ремісії та попередження рецидиву на основі отриманих результатів психіатричного огляду у співпраці із пацієнтом/пацієнткою та/або його/її законним представником.
 |  |
| 1. Частота візитів до пацієнта та/або візитів пацієнта за місцем базування команди за узгодженням з пацієнтом визначається відповідно до індивідуальних потреб, але становить не менше ніж 4 візити до одного пацієнта на місяць.
 |  |
| 1. Взаємодія з лікарем первинної медичної допомоги (лікарем загальної практики-сімейним лікарем, лікарем-терапевтом, лікарем-педіатром), якого пацієнтом/пацієнткою було обрано за декларацією про вибір лікаря, а також з лікарем-психіатром на амбулаторному рівні надання медичної допомоги за згодою пацієнта/пацієнтки, з метою оцінки соматичного та психічного стану.
 |  |
| 1. Надання допомоги пацієнтам із тяжкими розладами психіки та поведінки, що асоційовані із вираженою психосоціальною дезадаптацією, та/або у яких виявляють підвищений ризик загострень, а також пацієнтам із низькою прихильністю до лікування.
 |  |
| 1. Визначення потреби пацієнта/пацієнтки в інших медичних послугах та видача відповідного направлення, в тому числі визначення потреби пацієнта/пацієнтки в отриманні паліативної допомоги та за потреби направлення на отримання стаціонарної паліативної допомоги або паліативної допомоги вдома, що надається мобільною паліативною бригадою.
 |  |
| 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 для забезпечення комплексного спостереження, лікування та реабілітації пацієнта/пацієнтки з розладами психіки та поведінки.
 |  |
| 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. Дотримання прав людини у ЗОЗ відповідно до рекомендацій Національного превентивного механізму, 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.
 |  |
| **Інформація щодо запланованої середньомісячної кількості медичних послуг** |
| 1. Вкажіть кількість мобільних мультидисциплінарних команд для надання допомоги пацієнтам/пацієнткам, що було створено у закладі за наказом керівника
 |  |
| **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**  |
| 1. Вкажіть кількість лікарів-психіатрів та/або лікарів-психіатрів дитячих (за умови надання допомоги дітям), які працюють за основним місцем роботи в обраному місці надання послуг
 |  |
| 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 одна особа з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом.)
 |  |
| 1. Вкажіть кількість сестер медичних, які працюють за основним місцем роботи в обраному місці надання послуг
 |  |
| **Вимоги до переліку обладнання** |  |
| 1. наявність автотранспорту для виїзду мобільних мультидисциплінарних команд;
 |  |
| 1. тонометр та/або тонометр педіатричний з манжетками для дітей різного віку;
 |  |
| 1. пульсоксиметр;
 |  |
| 1. глюкометр;
 |  |
| 1. термометр безконтактний;
 |  |
| 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 психіатрія та/або дитяча психіатрія.
 |  |
| 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.

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