Додаток до повідомлення

**ФОРМА**

**звернення суб’єкта господарювання щодо можливості надання медичних послуг за напрямом «Медична допомога при пологах»**

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 операційного блоку з виділеною операційною кімнатою для проведення кесаревих розтинів та інших хірургічних втручань. |  |
| 1. Наявність палати або відділення інтенсивної терапії новонароджених, обладнаних відповідно до табелю матеріально-технічного оснащення. |  |
| 1. Наявність палати або відділення інтенсивної терапії для вагітної, роділлі, породіллі, обладнаних відповідно до табелю матеріально-технічного оснащення. |  |
| 1. Наявність індивідуальних пологових залів – щонайменше 2. |  |
| 1. Наявність післяпологових палат для спільного перебування матері та новонародженого. |  |
| 1. Забезпечення проведення планового кесаревого розтину у закладах охорони здоров’я ІІ та ІІІ рівня перинатальної допомоги. |  |
| 1. Забезпечення можливості проведення партнерських пологів. |  |
| 1. Забезпечення можливості безперервного моніторингу серцебиття плода. |  |
| 1. Забезпечення можливості цілодобового проведення лабораторних досліджень у закладі відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я. |  |
| 1. Забезпечення можливості цілодобового проведення інструментальних досліджень у закладі відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я. |  |
| 1. Забезпечення можливості проведення консультацій лікарями інших спеціальностей в закладі та/або на умовах договору підряду. |  |
| 1. Проведення аудіологічного скринінгу новонародженим. |  |
| 1. Проведення пульсоксиметричного скринінгу критичних вроджених вад серця у новонароджених. |  |
| 1. Забезпечення цілодобового лікарського спостереження та сестринського догляду за вагітною, плодом, породіллею. |  |
| 1. Забезпечення лікарського спостереження та цілодобового сестринського догляду за новонародженим. |  |
| 1. Забезпечення цілодобового транспортування вагітної, породіллі високого перинатального ризику, а також хворого новонародженого в інші заклади самостійно направляючим закладом або бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги або неонатологічною бригадою невідкладної медичної допомоги та інтенсивної терапії відповідно до стану пацієнта/пацієнтки. |  |
| 1. Організація забору гістологічного матеріалу в закладі та проведення гістологічного дослідження у закладі або на умовах договору підряду. |  |
| 1. Організація забезпечення компонентами та препаратами крові. |  |
| 1. Взаємодія з регіональним центром, який здійснює лабораторне дослідження за програмою скринінгу новонароджених згідно з територіальним розподілом щодо проведення неонатального скринінгу фенілкетонурії (ФКУ), вродженого гіпотиреозу (ВГ), муковісцидозу (МВ), адреногенітального синдрому (АГС) та інших захворювань відповідно до чинного законодавства. |  |
| 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 вагітній, роділлі, породіллі, новонародженим. |  |
| 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. Інформування пацієнток щодо можливостей профілактики та лікування, залучення пацієнтів до прийняття рішень щодо їх здоров'я, узгодження плану лікування з пацієнтками відповідно до їх очікувань та можливостей. |  |
| 1. Забезпечення права пацієнтки, яка перебуває на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії, на допуск до неї відвідувачів 24 години на добу в будь-який день тижня згідно з правилами, визначеними чинними нормативно-правовими актами. |  |
| 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. 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. Коректне введення форми 096/о «Історія вагітності та пологів», зокрема вкладишів партограми, «Інформованої згоди на комплекс медичних втручань», медичної карти новонародженого (форма № 097/о) та/або медичної карти стаціонарного хворого (форма № 003/о) з обов’язковим обгрунтуванням клінічного діагнозу та вказанням 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. |  |
| 1. Обов’язкове інформування пацієнта щодо можливості отримання інших необхідних медичних послуг безоплатно за рахунок коштів програми медичних гарантій. |  |
| **Додаткові вимоги до організації надання послуги** | |
| 1. Наявність у структурі закладу відділення патології вагітності та екстрагенітальної патології (з ліжками для невиношування). |  |
| 1. Наявність відділення інтенсивної терапії для вагітної, роділлі, породіллії. |  |
| 1. Наявність пологової зали для проведення передчасного розродження та стабілізації після народження немовлят з масою до 1500 грамів, обладнаної відповідно до табелю матеріально-технічного оснащення. |  |
| 1. Наявність пологової зали для розродження жінок з багатоплідною вагітністю, в якій є щонайменше 2 обладнаних місця, виділених для реанімації та стабілізації стану новонароджених. |  |
| 1. Забезпечення транспортування хворих новонароджених в межах закладу в умовах транспортного кувезу. |  |
| 1. Забезпечення проведення лабораторних досліджень у закладі, зокрема: 2. a. С-реактивний білок (CRP, кількісне визначення);   b. лактатдегідрогеназа;  c. ліпідний профіль: тригліцериди, загальний холестерин, ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїди високої щільністю (ЛПВЩ) в сироватці крові;  d. лактат;  e. магній;  f. імуноферментні дослідження (або на умовах договору підряду);  g. бактеріологічні та бактеріоскопічні дослідження;  h. інші дослідження відповідно до потреб пацієнтки. |  |
| **Вимоги до переліку обладнання у закладі** | |
| 1. система ультразвукової візуалізації з можливістю проведення досліджень жінкам та новонародженим; |  |
| 1. система рентгенівська діагностична; |  |
| 1. електрокардіограф багатоканальний; |  |
| 1. аудіометр. |  |
| **ДОДАТКОВІ Вимоги до переліку обладнання у лабораторії** | |
| 1. апарат для визначення кислотно-лужної рівноваги та газового складу крові; |  |
| 1. коагуляційний аналізатор. |  |
| **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. |  |
| **Інформація щодо запланованої середньомісячної кількості медичних послуг** | |
| 1. Вкажіть заплановану середньомісячну кількість пролікованих випадків при наданні медичної допомоги при пологах відповідно до специфікацій у 2022 році (кількість пролікованих випадків 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. Лікар-анестезіолог – щонайменше 4 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі (цілодобовий пост). |  |
| 1. Лікар-епідеміолог – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. |  |
| 1. Сестра медична-анестезист – щонайменше 4 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі (цілодобовий пост). |  |
| 1. Лікар з ультразвукової діагностики – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. |  |
| 1. Лікар-рентгенолог – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість лікарів-лаборантів, які працюють за основним місцем роботи в закладі в цілому |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість бактеріологів, та/або біохіміків, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі в цілому або за сумісництвом |  |
| 1. Загальна кількість лікарів-лаборантів та/або бактеріологів, та/або біохіміків, що працюють у закладі в цілому (Лікар-лаборант та/або бактеріолог, та/або біохімік – щонайменше 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи у цьому закладі.) |  |
| 1. 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. |  |
| 1. Рентгенолаборант – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи у цьому закладі або за сумісництвом. |  |
| **ДОДАТКОВІ Вимоги до спеціалізації та кількості фахівців у закладі** | |
| 1. Лікар-анестезіолог – щонайменше 2 особи додатково до основного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі. |  |
| 1. Лікар-терапевт – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. |  |
| 1. **Вимоги до спеціалізації та кількості фахівців** | |
| 1. Лікар-акушер-гінеколог – щонайменше 4 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі (цілодобовий пост). |  |
| 1. Лікар-педіатр-неонатолог – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі. |  |
| 1. Акушерка – щонайменше 4 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі (цілодобовий пост). |  |
| 1. Сестра медична – щонайменше 4 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі (цілодобовий пост). |  |
| **Додаткові вимоги до спеціалізації та кількості фахівців** | |
| 1. Лікар-акушер-гінеколог – щонайменше 2 особи додатково до основного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі. |  |
| 1. Акушерка – щонайменше 4 особи додатково до основного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі. |  |
| 1. Сестра медична – щонайменше 4 особи додатково до основного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі. |  |
| **Вимоги до переліку обладнання у закладі:** | |
| 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. резервне джерело електропостачання; |  |
| 1. автоматичне перемикальне комутаційне обладнання відповідно до ДСТУ IEC 60947-6-1: 2007. |  |
| **Вимоги до переліку обладнання у**  **палаті або  відділенні інтенсивної терапії для вагітної, роділлі, породіллі:** | |
| 1. приєднання внутрішніх мереж відділення до автономного резервного джерела електропостачання відповідно до нормативно-технічних документів; |  |
| 1. апарат штучної вентиляції легенів; |  |
| 1. пульсоксиметр; |  |
| 1. аспіратор (відсмоктувач); |  |
| 1. автоматичний дозатор лікувальних речовин; |  |
| 1. портативний дефібрилятор з функцією синхронізації; |  |
| 1. система моніторингу фізіологічних показників одного пацієнта (неінвазивний АТ, ЧСС, ЕКГ, SpO2, t). |  |
| **Вимоги до переліку обладнання у**  **палаті або  відділенні інтенсивної терапії новонародженних:** | |
| 1. приєднання внутрішніх мереж відділення до автономного резервного джерела електропостачання відповідно до нормативно-технічних документів; |  |
| 1. апарат штучної вентиляції легенів для новонароджених; |  |
| 1. пульсоксиметр з неонатальним датчиком; |  |
| 1. джерело променистого тепла; |  |
| 1. аспіратор (відсмоктувач); |  |
| 1. автоматичний дозатор лікувальних речовин. |  |
| **Вимоги до переліку обладнання в операційному та пологовому блоці:** | |
| 1. приєднання внутрішніх мереж відділення до автономного резервного джерела електропостачання відповідно до нормативно-технічних документів; |  |
| 1. наркозний апарат/станція; |  |
| 1. монітор фетальний для використання під час пологів – щонайменше 2; |  |
| 1. вакуум-екстрактор плода; |  |
| 1. система моніторингу фізіологічних показників одного пацієнта (неінвазивний АТ, ЧСС, ЕКГ, SpO2, t); |  |
| 1. пульсоксиметр; |  |
| 1. пульсоксиметр з неонатальним датчиком; |  |
| 1. автоматичний дозатор лікувальних речовин – щонайменше 2; |  |
| 1. аспіратор (відсмоктувач) – щонайменше 2; |  |
| 1. обладнання для обігріву пацієнта на операційному столі; |  |
| 1. установка променевого тепла та/або інші джерела тепла – щонайменше 3; |  |
| 1. термометр безконтактний; |  |
| 1. ліжко-трансформер; |  |
| 1. ларингоскоп з набором клинків для дорослих; |  |
| 1. ларингоскоп з набором клинків для новонароджених; |  |
| 1. мішок ручної вентиляції легенів та/або реанімаційна Т-система для новонароджених; |  |
| 1. набір (укладка) для реанімації для дорослих – щонайменше 2; |  |
| 1. ваги електронні для новонароджених – щонайменше 3; |  |
| 1. набір для проведення первинної реанімації новонароджених – щонайменше 3; |  |
| 1. апарат для вимірювання артеріального тиску. |  |
| **Вимоги до переліку обладнання в палатах сумісного перебування матері та дитини:** | |
| 1. білірубінометр транскутантний; |  |
| 1. лампа фототерапії – щонайменше 2; |  |
| 1. автоматичний дозатор лікувальних речовин – щонайменше 2; |  |
| 1. набір (укладка) для реанімації новонароджених; |  |
| 1. апарат для вимірювання артеріального тиску – щонайменше 2; |  |
| 1. термометр безконтактний для новонароджених; |  |
| 1. ваги електронні для новонароджених; |  |
| 1. глюкометр; |  |
| 1. молоковідсмоктувач. |  |
| 1. біохімічний аналізатор; |  |
| 1. гематологічний аналізатор. |  |
| **ДОДАТКОВІ Вимоги до переліку обладнання** | |
| 1. апарат ЕКГ з можливістю Холтерівського моніторування; |  |
| 1. монітор фетальний, для одноплідної вагітності; |  |
| 1. монітор фетальний, для двоплодної вагітності; |  |
| 1. монітор фетальний з можливістю запису ЕКГ плода; |  |
| 1. система ультразвукової візуалізації з можливістю проведення досліджень жінкам (експертного класу). |  |
| 1. апарат для інгаляційного наркозу; |  |
| 1. апарат УЗД портативний для досліджень в акушерстві і гінекології; |  |
| 1. апарат високочастотної електрохірургії або аргоно-плазменного зварювання тканин; |  |
| 1. блендер для змішування киснево-повітряної суміші – щонайменше 3; |  |
| 1. ліжко-трансформер – щонайменше 2; |  |
| 1. система підігріву інфузійних середовищ; |  |
| 1. відкрита реанімаційна система – щонайменше 3; |  |
| 1. обладнання для проведення СРАР терапії з використанням Т-коннектора – щонайменше 2; |  |
| 1. транспортний кувез. |  |
| **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 анестезіологія |  |
| 1. Наявність ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю дитяча анестезіологія та/або неонатологія |  |
| 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.

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