Додаток до повідомлення

**ФОРМА**

**звернення суб’єкта господарювання щодо можливості надання медичних послуг за напрямом «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках»**

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. Чи наявне у закладі відділення інтенсивної терапії новонароджених? |  |
| 1. Чи наявне у закладі відділення постінтенсивного виходжування для новонароджених та/або постнатального догляду? |  |
| 1. Чи наявний у закладі катамнестичний кабінет? |  |
| 1. Чи забезпечено у закладі транспортування передчасно народжених дітей з гестаційним віком до 34 тижнів та масою при народженні менш ніж 1500 г? |  |
| 1. Чи забезпечено цілодобове проведення лабораторних досліджень у закладі?    1. розгорнутий загальний аналіз крові;    2. загальний аналіз сечі;    3. біохімічний аналіз крові (загальний білок, С-реактивний білок, аспартатамінотрансфераза (АсАТ), аланінамінотрансфераза (АлАТ), гамма-глутамілтрансфераза, білірубін і його фракції (загальний, прямий, непрямий), креатинін, сечовина, лактатдегідрогеназа, лактат, тригліцериди, альбумін, лужна фосфатаза);    4. електроліти (іонізований кальцій, фосфор, магній, кальцій, натрій, калій);    5. кислотно-лужний стан крові та парціальний тиск газів у крові;    6. коагулограма (протромбіновий час, міжнародне нормалізоване відношення (МНВ), активований частковий тромбопластиновий час (АЧТЧ), тромбіновий час, D-дімер, фібриноген);    7. глюкоза в цільній крові або сироватці крові;    8. група крові та резус-фактор;    9. загальний аналіз ліквору;    10. проба Кумбса;   k. взяття біосубстрату для бактеріологічного дослідження |  |
| 1. Чи забезпечено можливість проведення консультацій лікарями інших спеціальностей у закладі та/або на умовах договору підряду? |  |
| 1. Чи забезпечено у закладі цілодобовий лікарський та медсестринський догляд за пацієнтом/пацієнткою? |  |
| 1. Чи забезпечено у закладі сприятливе сенсорне оточення для дитини та сімейно-орієнтований догляд спрямований на її розвиток? |  |
| 1. Чи організовано у закладі виходжування немовлят за методом Кенгуру, у т.ч. у ВІТ? |  |
| 1. Чи організовано у закладі цілодобове забезпечення компонентами та препаратами крові? |  |
| 1. Чи забезпечено у закладі направлення дітей групи ризику щодо затримки розвитку та/або виникнення хронічних захворювань в центри/кабінети катамнестичного спостереження? |  |
| 1. Чи забезпечено у закладі направлення на послуги з катамнестичного спостереження передчасно народжених дітей та дітей з перинатальною патологією з моменту виписки з закладу до 3-х років? |  |
| 1. Чи організовано у закладі перевезення новонароджених виїзною неонатологічною бригадою невідкладної медичної допомоги та інтенсивної терапії до інших закладів охорони здоров’я в межах області та до національних закладів охорони здоров’я? |  |
| 1. Чи налагоджено у закладі взаємодію з іншими надавачами медичних послуг, центрами соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді, службами у справах дітей, іншими надавачами соціальних послуг? |  |
| 1. Чи наявна у закладі затверджена програма з інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекційним захворюванням, пов’язаним з наданням медичної допомоги, відповідно до чинних наказів МОЗ? |  |
| 1. Чи наявні у закладі локальні документи з інфекційного контролю за особливо небезпечними інфекційними хворобами (ОНІХ)? |  |
| 1. Чи забезпечено 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 у чинній нормативно-правовій базі? |  |
| 1. Чи наявна у закладі внутрішня система управління і контролю якості та безпеки медичної діяльності з дотриманням вимог до їх організації і проведення відповідно до чинного законодавства? |  |
| 1. Чи здійснюються закладом закупівлі лікарських засобів та медичних виробів, необхідних для надання медичної допомоги відповідно до галузевих стандартів? Чи здійснюється організація ефективного управління запасами відповідно до вимог? |  |
| 1. Чи здійснюється закладом використання та збереження залишків лікарських засобів та медичних виробів, необхідних для лікування пацієнтів, в т.ч. після закінчення дії договору? |  |
| 1. Чи проводятьсяу закладі навчально-симуляційні тренінги з первинної реанімації новонароджених у пологових залах та серцево-легеневої реанімації у відділеннях інтенсивної терапії та відділеннях виходжування новонароджених? |  |
| 1. 08.34. Чи забезпечено у закладі ведення медичної карти стаціонарного хворого (форма № 003/о) та/або медичної карти новонародженого (форма № 097/о)? |  |
| 1. Чи забезпечено у закладі оцінку стану здоров’я пацієнта/пацієнтки, в тому числі виявлення ознак насильства та дотримання вимог законодавства у сфері протидії насильству? |  |
| 1. Чи дотримуються в ЗОЗ права людини відповідно до рекомендацій? |  |
| **ДОДАТКОВІ Вимоги до організації надання послуги** | |
| 1. Наявність та робота виїзної неонатологічної бригади невідкладної медичної допомоги та інтенсивної терапії. |  |
| **Вимоги до переліку обладнання у закладі** | |
| 1. гематологічний аналізатор; |  |
| 1. аналізатор газів крові; |  |
| 1. коагуляційний аналізатор; |  |
| 1. біохімічний аналізатор; |  |
| 1. система ультразвукової візуалізації з неонатальними датчиками, включаючи лінійний датчик; |  |
| **ДОДАТКОВІ Вимоги до переліку обладнання у закладі (для забезпечення роботи виїзної неонатологічної бригади невідкладної медичної допомоги та інтенсивної терапії)** | |
| 1. наявність автомобіля швидкої медичної допомоги типу С відповідно до стандартів ДСТУ 1789:2015 та/або ДСТУ 1789:2019, оснащеного відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я; |  |
| 1. транспортний інкубатор із серво-контролем температури тіла дитини і системою аварійної сигналізації; |  |
| 1. повітряний або гідроматрац з блоком підігріву; |  |
| 1. сертифіковані та повірені балон(и) з киснем і редуктором (запас кисню – мінімум на 2 години); |  |
| 1. сертифіковані та повірені балони з киснем об’ємом 2-10 л для транспортного інкубатора; |  |
| 1. компресор або балон(и) з повітрям (запас повітря – мінімум на 2 години); |  |
| 1. мішок ручної вентиляції легенів; |  |
| 1. ларингоскоп з клинками 00, 0, 1, запасними батарейками і лампочками; |  |
| 1. апарат штучної вентиляції легенів для новонароджених з живленням від бортової електромережі автомобіля та від акумуляторів; |  |
| 1. аспіратор (відсмоктувач) портативний електричний; |  |
| 1. аспіратор (відсмоктувач) портативний з механічним приводом; |  |
| 1. автоматичний дозатор лікувальних речовин – щонайменше 2; |  |
| 1. пульсоксиметр; |  |
| 1. портативний поліфункціональний монітор (частота дихання, SрО2, ЧСС, ЕКГ, АТ) з візуальними і слуховими сигналами тривоги; |  |
| 1. термометр безконтактний; |  |
| 1. глюкометр. |  |
| **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 меддопомоги новонародженим з масою тіла 1500 грамів і більше у складних неонатальних випадках відповідно до специфікацій у 2022 році |  |
| 1. Вкажіть заплановану середньомісячну кількість пролікованих випадків при наданні медичної допомоги новонародженим з масою тіла до 1500 у складних неонатальних випадках відповідно до специфікацій 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. 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. Лікар-невролог дитячий – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. |  |
| 1. Лікар-офтальмолог дитячий – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. |  |
| 1. Лікар-епідеміолог – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. |  |
| 1. Лікар з ультразвукової діагностики – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. |  |
| 1. 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. |  |
| **Додаткові вимоги до спеціалізації та кількості фахівців за місцем надання послуг** | |
| 1. Лікар-педіатр-неонатолог та/або лікар-анестезіолог дитячий – щонайменше 4 особи з даного переліку додатково до основного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі (цілодобовий пост) та входять у склад виїзної неонатологічної бригади невідкладної медичної допомоги та інтенсивної терапії. |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість лікарів-педіатрів-неонатологів та/або лікарів-анестезіологів дитячих, що зареєстровані в ЕСОЗ в закладі в цілому |  |
| 1. Сестра медична – щонайменше 4 особи додатково до основного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі (цілодобовий пост) та входять у склад виїзної неонатологічної бригади невідкладної медичної допомоги та інтенсивної терапії. |  |
| 1. Вкажіть загальну кількість сестер медичних, що зареєстровані в ЕСОЗ в закладі в цілому. |  |
| **Вимоги до спеціалізації та кількості фахівців** | |
| 1. Вкажіть загальну кількість лікарів-педіатрів-неонатологів та/або лікарів-анестезіологів дитячих, що зареєстровані в ЕСОЗ в закладі в цілому. |  |
| 1. Сестра медична для обслуговування новонароджених – щонайменше 12 осіб, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі. |  |
| 1. Лікар-рентгенолог – щонайменше одна особа, яка працює 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. |  |
| **Вимоги до переліку обладнання за місцем надання послуги** | |
| 1. резервне джерело електропостачання; |  |
| 1. автоматичне перемикальне комутаційне обладнання відповідно до ДСТУ IEC 60947-6-1: 2007. |  |
| 1. система рентгенівська діагностична портативна. |  |
| **Вимоги до переліку обладнання у відділенні інтенсивної терапії новонароджених** | |
| 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. система централізованого забезпечення повітрям; |  |
| 1. апарат штучної вентиляції легенів для новонароджених – щонайменше 6; |  |
| 1. апарат для неінвазивної ШВЛ (додатковий апарат, якщо дана опція відсутня в апараті ШВЛ) – щонайменше 2; |  |
| 1. апарат n-CPAP (додатковий апарат, якщо дана опція відсутня в апараті ШВЛ) – щонайменше 2; |  |
| 1. апарат штучної вентиляції легенів високочастотний (додатковий апарат, якщо дана опція відсутня в апараті ШВЛ); |  |
| 1. апарат штучної вентиляції легенів для транспортування пацієнтів з опцією неінвазивної дихальної підтримки; |  |
| 1. ларингоскоп з клинками 00, 0, 1; |  |
| 1. інкубатори закриті – щонайменше 3; |  |
| 1. інкубатори відкриті – щонайменше 3; |  |
| 1. система моніторингу фізіологічних показників одного пацієнта (неінвазивний АТ, ЧСС, ЕКГ, SpO2, t) – щонайменше 3; |  |
| 1. m. електронний сфігмоманометр або опція в поліфункціональному моніторі – щонайменше 3; |  |
| 1. пульсоксиметр з неонатальним датчиком – щонайменше 4; |  |
| 1. аспіратор (відсмоктувач) – щонайменше 6; |  |
| 1. автоматичний дозатор лікувальних речовин та/або інфузійний насос (помповий інфузомат) – щонайменше 18; |  |
| 1. ваги електронні для новонароджених; |  |
| 1. амплітудно-інтегрований електроенцефалограф; |  |
| 1. аудіометр; |  |
| 1. електронний ректальний термометр та обладнання для проведення системної (охолодження всього тіла) або селективної (краніоцеребральної) гіпотермії або засоби охолодження (гелеві пакети, мішки льодом, грілки, вентилятор тощо); |  |
| 1. лампа фототерапії – щонайменше 3. |  |
| **Вимоги до переліку обладнання у відділенні постінтенсивного виходжування для новонароджених та/або постнатального догляду** | |
| 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. ваги електронні для новонароджених; |  |
| 1. пульсоксиметр з неонатальним датчиком – щонайменше 2; |  |
| 1. глюкометр; |  |
| 1. білірубінометр транскутантний; |  |
| 1. термометр безконтактний; |  |
| 1. крісло для кенгурування; |  |
| 1. позиціонери для новонароджених. |  |
| **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 неонатологія та/або дитяча анестезіологія |  |
| 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.

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