Додаток до Оголошення про укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантійна надання медичних послуг за напрямом «Первинна медична допомога»

**ФОРМА**

**ПОВІДОМЛЕННЯ**

**про відповідність умовам закупівлі та специфікації за напрямом «Первинна медична допомога»**

З метою укладення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій за напрямом «Первинна медична допомога» надаємо наступну інформацію:

|  |  |
| --- | --- |
| **Назва показника** | **Інформація, зазначена суб’єктом господарювання** |
| **І. Інформація про суб’єкта господарювання** |
| 1. 1. Код ЄДРПОУ
 |  |
| 1. 2. Повна назва суб’єкта господарювання
 |  |
| 1. 4. Керівник суб’єкта господарювання (підписант)
 |  |
| 1. 5. Посада керівника суб’єкта господарювання
 |  |
| **ІІ. Інформація про підрядників** |
| 1. Код ЄДРПОУ підрядника  |  |
| Назва (найменування) підрядника |  |
|  Назва медичної послуги/групи послуг |  |
| 2. Код ЄДРПОУ підрядника  |  |
| Назва (найменування) підрядника |  |
| Назва медичної послуги/групи послуг |  |
| **Назва вимоги** |  **Значення** (так/ні) |
| **ІІІ. Вимоги до організації надання послуги** |
| 1. Забезпечення безперервності надання первинної медичної допомоги для ефективного надання допомоги пацієнту/пацієнтці протягом усього його/її життя, з урахуванням усіх його/її проблем зі здоров’ям, зокрема у взаємодії з іншими надавачами медичних послуг, в тому числі видача електронних направлень на вторинний (спеціалізований) чи третинний (високоспеціалізований) рівні надання медичної допомоги, відповідно до чинного законодавства. Обов’язкове інформування пацієнта/пацієнтки щодо можливості отримання необхідних медичних послуг на вторинному (спеціалізованому) та третинному (високоспеціалізованому) рівні безоплатно за рахунок коштів програми медичних гарантій |  |
| 2. Організація (за необхідності) роботи «Гарячої лінії» (контакт-центр/call-центр) з метою надання відповідей на найпоширеніші запитання щодо надання ПМД, в тому числі щодо діагностики та лікування гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 |  |
| 3. Забезпечення лабораторної діагностики у закладі або на умовах договору підряду, передбаченої відповідною специфікацією надання медичних послуг |  |
| 4. Проведення, при наявності факторів ризику, пацієнту/пацієнтці тестування на ВІЛ та вірусні гепатити В та С не менше 1 разу на рік |  |
| 5. Організація забору біоматеріалу від пацієнта/пацієнтки з підозрою на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2, та його транспортування до регіонального центру контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ) або визначених по території акредитованих лабораторій, незалежно від наявності у пацієнта/пацієнтки поданої декларації про вибір лікаря, який надає ПМД |  |
| 6. Взаємодія із закладами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги для своєчасної діагностики та лікування більшості інфекційних та неінфекційних хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням стану здоров’я пацієнта/пацієнтки |  |
| 7. Взаємодія із суб’єктами громадського здоров’я, закладами освіти, 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 збереження та зміцнення здоров’я населення |  |
| 8. Призначення керівником надавача ПМД лікаря на заміну у випадку декретної відпустки, щорічної відпустки, тривалого відрядження лікаря задля ефективного та своєчасного надання пацієнтам медичної допомоги |  |
| 9. Наявність затвердженої програми з інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекціям, пов’язаним з наданням медичної допомоги, відповідно до чинних наказів МОЗ |  |
| 10. 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 надавача медичної послуги 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) |  |
| 11. 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 |  |
| 12. Підготовка та відправлення повідомлень про інфекційне захворювання, гострі в’ялі паралічі, харчове, гостре професійне отруєння, несприятливу подію після імунізації, незвичайну реакцію на медичні препарати, а також проведення епідеміологічних розслідувань при поодиноких випадках інфекційних хвороб |  |
| 13. Ведення первинної облікової документації, в тому числі щодо пацієнтів з підозрою або підтвердженим діагнозом гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2 |  |
| 14. Забезпечення оцінки стану здоров’я пацієнта/пацієнтки, в тому числі виявлення ознак насильства та дотримання вимог законодавства у сфері протидії насильству |  |
| 15. 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 |  |
| 16. 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 |  |
| 17. Проведення профілактичних бесід з пацієнтом/пацієнткою щодо ведення здорового способу життя та піклування про власне здоров’я та здоров’я дітей |  |
| **Назва вимоги** |  **Значення** (так/ні) |
| **IV. Вимоги до спеціалізації та кількості фахівців за місцем надання медичних послуг** |
| 1. Лікар з надання ПМД: лікар загальної практики – сімейний лікар |  |
| 2. Лікар з надання ПМД: лікар-терапевт |  |
| 3. Лікар з надання ПМД: лікар-педіатр |  |
| **V. Вимоги до переліку обладнання у закладі за місцем надання медичних послуг** |
| 1. електрокардіограф багатоканальний |  |
| 2. тонометр та/або тонометр педіатричний з манжетками для дітей різного віку |  |
| 3. ваги для дорослих та ваги дитячі |  |
| 4. ростомір |  |
| 5. глюкометр |  |
| 6. пульсоксиметр |  |
| 7. термометр безконтактний |  |
| 8. отоофтальмоскоп |  |
| 9. таблиця для перевірки гостроти зору |  |
| 10. пікфлуометр та/або спірометр цифровий |  |
| 11. аптечка для надання невідкладної допомоги |  |
| 12. мішок ручної вентиляції легенів |  |
| 13. портативний дефібрилятор з функцією синхронізації та/або автоматичний зовнішній дефібрилятор за умови понад 20 000  поданих декларацій у надавача медичних послуг за відповідним місцем надання послуг |  |
| **Назва вимоги** |  **Значення** (так/ні) |
| **VI. Загальна інформація** |
| 1. Підтвердження, що на момент подання пропозиції заклад має чинну ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики за спеціальністю загальна практика - сімейна медицина та/або педіатрія, та/або терапія та відповідає ліцензійним умовам з медичної практики  |  |
| 2. Підтвердження, що заклад, уповноважені особи та медичні працівники, які будуть залучені до виконання договору, зареєстровані в електронній системі охорони здоров’я (далі - Система) |  |
| 3. Підтвердження, що до Системи внесені декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, в порядку, визначеному МОЗ, після підписання пацієнтом (його законним представником) |  |
| 4. Підтвердження, що установчими або іншими документами не обмежено право керівника суб’єкта господарювання підписувати договори від імені суб’єкта господарювання без попереднього погодження власника. Якщо таке право обмежене, у тому числі щодо укладання договорів, ціна яких перевищує встановлену суму, суб’єкт господарювання письмово повідомить про це Національну службу здоров'я України (далі – НСЗУ) та отримає необхідні погодження від власника до моменту підписання договору зі сторони суб’єкта господарювання |  |
| 5. Підтвердження, що ознайомились з умовами закупівлі послуг за напрямом «Первинна медична допомога», визначених в Оголошенні, та інформацією в цьому повідомленні, і погоджуєтесь на них |  |
| 6. Підтвердження наявності обладнання у кожному місці надання послуг відповідно до умов закупівлі послуг за напрямом «Первинна медична допомога» визначених в Оголошенні |  |
| 7. Підтвердження, що інформація, зазначена у цьому повідомленні та доданих до нього документах, а також інформація, внесена до Системи, є повною та достовірною |  |
| 8. Підтвердження використання міжнародної класифікації ІСРС-2-Е для подання даних до Системи |  |
| 9. Підтвердження наявності на всі місця надання послуг, які зазначаються у пропозиції про укладення договору, експертних висновків щодо доступності осіб з інвалідністю до будівлі та приміщення відповідно до ДБН В.2.2-40:2018 |  |
| 10. Підтвердження, що у разі зміни інформації, зазначеної у пропозиції та (або) доданих до неї документів, суб’єкт господарювання зобов’язаний внести такі зміни до Системи протягом трьох робочих днів з дня настання таких змін  |  |
| 11. Підтвердження, що у разі отримання від НСЗУ повідомлення про намір укласти договір суб’єкт господарювання зобов’язується надіслати проєкт договору до НСЗУ у термін, визначений у повідомленні, або письмово повідомити НСЗУ про відмову від укладення договору |  |
| 12. Підтвердження усвідомлення, що законодавством України передбачена відповідальність за подання недостовірної інформації органам державної влади |  |

Подаючи це повідомлення підтверджую достовірність наданої інформації, відповідність умовам закупівлі, та можливість надавати медичні послуги згідно із специфікацією.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **[Дата повідомлення]** | **[Підпис,печатка]** | **[Посада (відповідно до Статуту) та П.І.Б представника СГ (або П.І.Б. фізичної особи – підприємця)]** |