

# **Інструкція з подання заяви про укладення договору з НСЗУ на платформі SmartTender**

## Важлива інформація про подання заяв про укладення договору

Подання заяви про укладення договору на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій відбувається на платформі SmartTender -- одному з найбільших тендерних майданчиків в Україні.

Під час подання заяви про укладення договору ви будете працювати в інтерфейсі SmartTender, спеціально адаптованому до особливостей договірних процесів НСЗУ.

Для успішного подання заяви та укладення договору вам необхідно дотримуватися алгоритму дій, викладеного в цій інструкції.

Подавати заяву про укладення договору з НСЗУ може керівник закладу. За відсутності керівника закладу на час подання заяву та (або) підписання договору, подати заяву та підписати договір може особа, яка уповноважена на такі дії, про що є довіреність від керівника закладу.

При виникненні питань щодо функціоналу SmartTender або процесу подання заяви -- звертайтеся до вашого акаунт-менеджера з числа працівників міжрегіональних департаментів НСЗУ або на безкоштовну гарячу лінію НСЗУ за номером 1677.

З питань реєстрації в ЕСОЗ вашого закладу, місць надання послуг, працівників тощо -- звертайтеся на лінію підтримки вашої медичної інформаційної системи (МІС). Якщо у вас немає МІС -- оберіть одну з тих, що представлені на [сайті ЕСОЗ](#).

## Основні етапи подання заяви про укладення договору

Процес подання заяви складається з 7 кроків:

- Крок 1. Підготовка до подання заяви
  - Крок 2. Оберіть медичну послугу або групу послуг
  - Крок 3. Реєстрація медичного закладу на платформі SmartTender
  - Крок 4. Подання заяви
  - Крок 5. Прикріплення документів до заяви та подання заяви
  - Крок 6. Накладення КЕП
  - Крок 7. Підписання договору
- Визначення термінів

### Крок 1. Підготовка до подання заяви

**ПЕРЕВІРТЕ, ЧИ У ВАС Є ВСЕ НЕОБХІДНЕ ДЛЯ ПОДАННЯ ЗАЯВИ :**

- Організаційно-правова форма вашого закладу -- комунальне (некомерційне) підприємство, про що зазначено в [Єдиному державному реєстрі](#) (ЄДР) Мін'юсту.
- Ваш заклад має рахунок в державному або приватному банку (зверніть увагу -- це не рахунок в органах Державної казначейської служби, а саме рахунок в банку), на який надходять кошти від НСЗУ за договором.
- У вас є комп'ютер, підключений до інтернету зі встановленим браузером (на ваш вибір).
- У вас є медична інформаційна система (МІС), одна з [цього списку](#).
- Ваш заклад зареєстрований в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ); дані про ваш заклад в ЕСОЗ є актуальними і достовірними, зокрема:
  - про заклад;
  - про місця надання послуг;
  - про працівників.
- Ваша залучена особа (у разі наявності відповідного договору) зареєстрована в ЕСОЗ.

**Важливо!** Якщо дані про заклад в ЕСОЗ внесено некоректно чи не в повному обсязі, заклад не пройде перевірку на платформі SmartTender і подання заяви буде неможливим. Якщо ви не змогли подати заяву, або ваша заява була відхилена через некоректні чи неповні дані -- вам потрібно оновити відповідні дані в ЕСОЗ і повторити спробу.

**Зверніть увагу!** Оновлення даних на платформі SmartTender (синхронізація з ЕСОЗ) відбувається кожні 4 години. Відповідно, якщо ви змінили дані в ЕСОЗ, то повторну спробу подати заяву має сенс здійснювати не раніше ніж за 4 години.

- Керівник закладу має кваліфікований електронний підпис (КЕП, раніше називали "ЕЦП"). За відсутності керівника на час подання заяви та (або) підписання договору, КЕП має бути в особи, уповноваженої на подання заяви та підписання договору з НСЗУ, про що є довіреність від керівника закладу.

- Ви підготували документи, що є джерелом інформації для подання заяви, а саме:
  - Статут;
  - Ліцензія на здійснення господарської діяльності з медичної практики, залежно від того, коли ваш заклад отримав ліцензію, це може бути:
    - ліцензія на бланку, або
    - наказ МОЗ.
  - Довідка з банку (вам буде потрібно ввести номер IBAN вашого банківського рахунку)
  - Договори з вашими підрядниками -- іншими закладами охорони здоров'я, які надають медичні послуги пацієнтам вашого закладу.
  - Табелі матеріально технічного оснащення вашого закладу (вам буде потрібен перелік основного діагностичного та іншого медичного обладнання).
  - Статистичні форми:
    - форма 20 (кількість операцій, проведених у стаціонарних умовах у 2018 році, кількість оперованих хворих у стаціонарних умовах у 2018 році);
    - форма 21;
    - форма 21а.

## Крок 2. Оберіть медичну послугу або групи послуг

На сайті НСЗУ розміщено 26 оголошень про укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Кожне оголошення містить:

- специфікації;
- умови закупівлі;
- перелік додаткових документів, необхідних для завантаження;
- посилання на відповідний тендер на платформі SmartTender.

**Якщо** ви ще не реєструвалися на платформі SmartTender (через ЕСОЗ), то при переході за посиланням вам буде необхідно пройти реєстрацію (дивіться Крок 3)

**Якщо** ви вже зареєстровані на платформі SmartTender (через ЕСОЗ), то при переході за посиланням ви потрапите на сторінку з відповідним тендером.

Кожна заява подається на визначену групу послуг. Якщо ви плануєте укласти договір з НСЗУ більш ніж на одну групу послуг, вам потрібно буде подати відповідну кількість заяв.

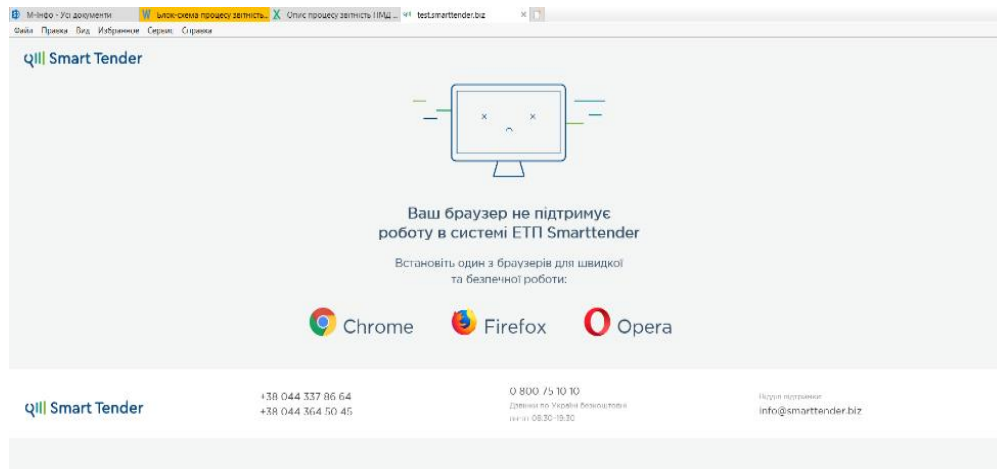
Ознайомтесь з оголошеннями на сайті НСЗУ.

Визначте групи послуг, за якими ви плануєте подати заяву та укласти договір з НСЗУ.

Перевірте, чи відповідає ваш заклад умовам закупівель, зазначеним у відповідних оголошеннях.

## Крок 3. Реєстрація медичного закладу на платформі SmartTender

Перейдіть за посиланням [smarttender.biz](http://smarttender.biz) на подання заявки на послугу, яке міститься у тексті оголошення

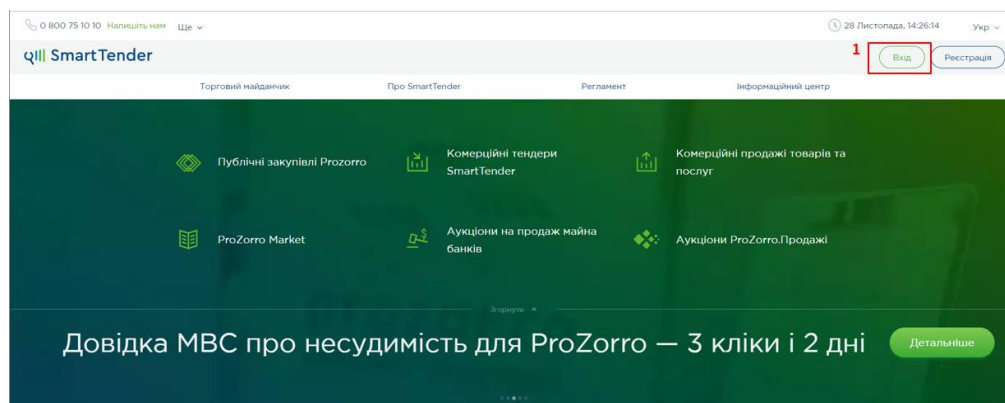


У разі отримання повідомлення «Ваш браузер не підтримує роботу в системі SmartTender», встановіть один з браузерів для швидкої та безпечної роботи.

Повторіть спробу підключення.

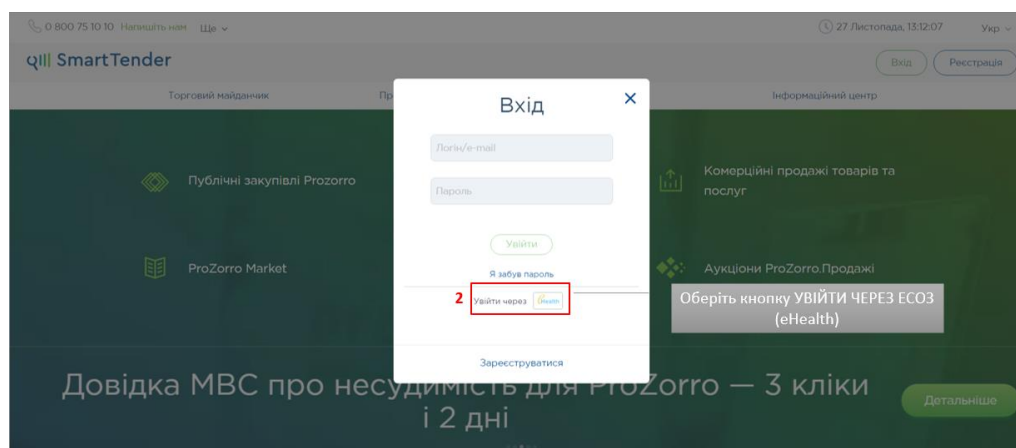
**Важливо!** Якщо у вашого медичного закладу не зареєстровано жодного лікаря або місця надання послуг, система надасть повідомлення і не зареєструє вас в системі SmartTender

Відкриється вікно сайту SmartTender



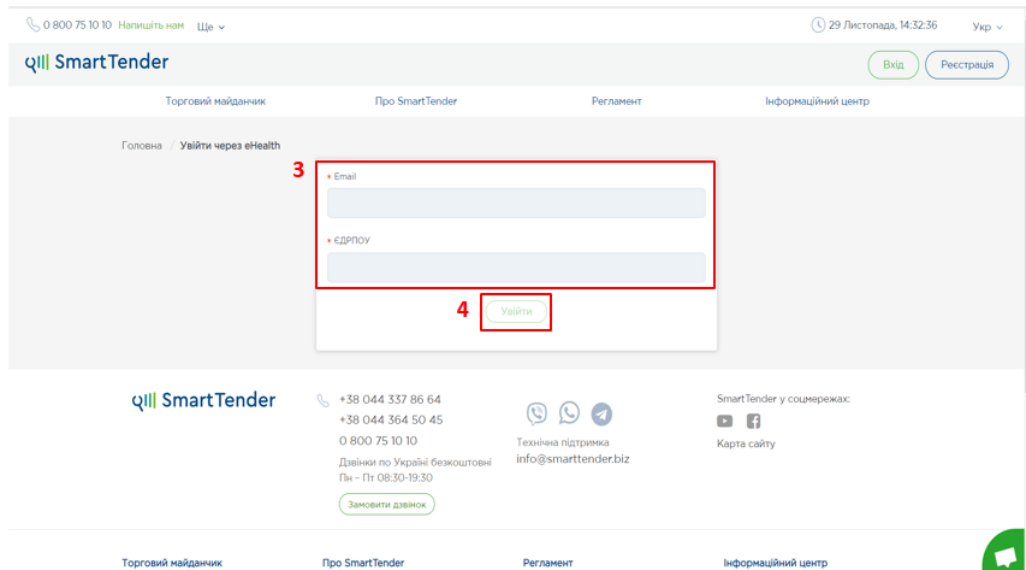
1. Натиснути кнопку ВХІД

Система перевіряє медичний заклад в ECO3 (eHealth)



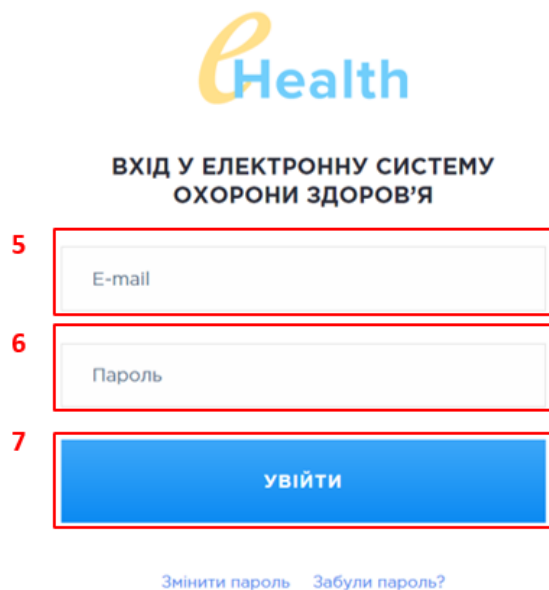
2. Оберіть кнопку УВІЙТИ ЧЕРЕЗ ECO3 (eHealth)

Відкриється вікно. Система перевіряє медичний заклад в ЕСОЗ (eHealth)



3. Введіть email зареєстрований в ЕСОЗ (eHealth) та ЄДРПОУ вашого медичного закладу
4. Натисніть кнопку УВІЙТИ

Наступний крок - перехід у власний кабінет ЕСОЗ (e-Health)



5. Введіть електронну адресу медичного закладу, діючу для входу в ЕСОЗ (eHealth)
6. Введіть пароль медичного закладу, який діє для входу в ЕСОЗ (eHealth)
7. Натисніть УВІЙТИ

**Важливо!** На платформі SmartTender можуть бути зареєстровані лише Керівник закладу або Уповноважена особа.



Ви даєте доступ додатку **КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ВИШГОРОДСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" ВИШГОРОДСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ** на наступні дії:

- Отримання інформації про заклад
- Отримання інформації про запис співробітника
- Отримання деталей запису співробітника

vyshgorodcrl@gmail.com



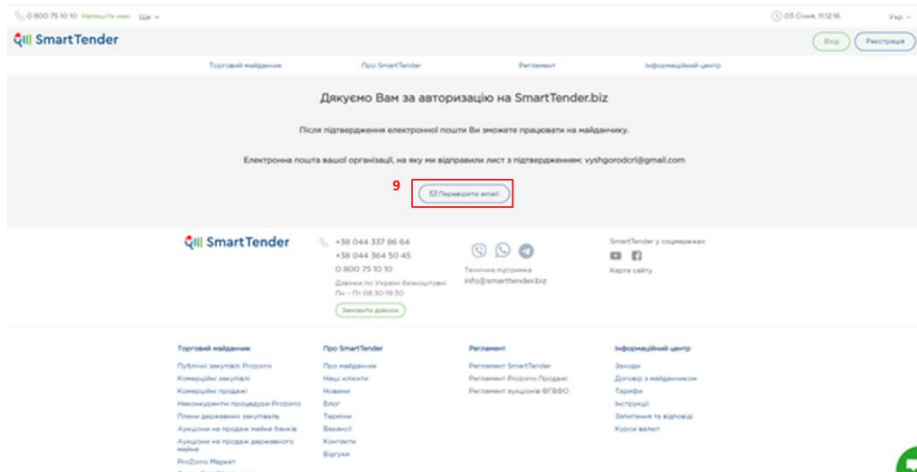
[Угода користувача](#) [Умови використання](#)

8. Для закінчення реєстрації, натисніть **ПРИЙНЯТИ ТА ПРОДОВЖИТИ**.

У разі, якщо у вас не введено та не верифіковано місця надання послуг та, хоча б одного лікаря, що прив'язаний до місць надання послуг, система надасть повідомлення про відсутність такої інформації та припинить реєстрацію в SmartTender.

Тобто, наступним кроком буде внесення даних в ЕСОЗ про місця надання послуг та лікарів. А також, повторно пройти реєстрацію у SmartTender через 4 години.

**Якщо** реєстрація місць надання послуг та лікарів була проведена, система відкриє наступне вікно.



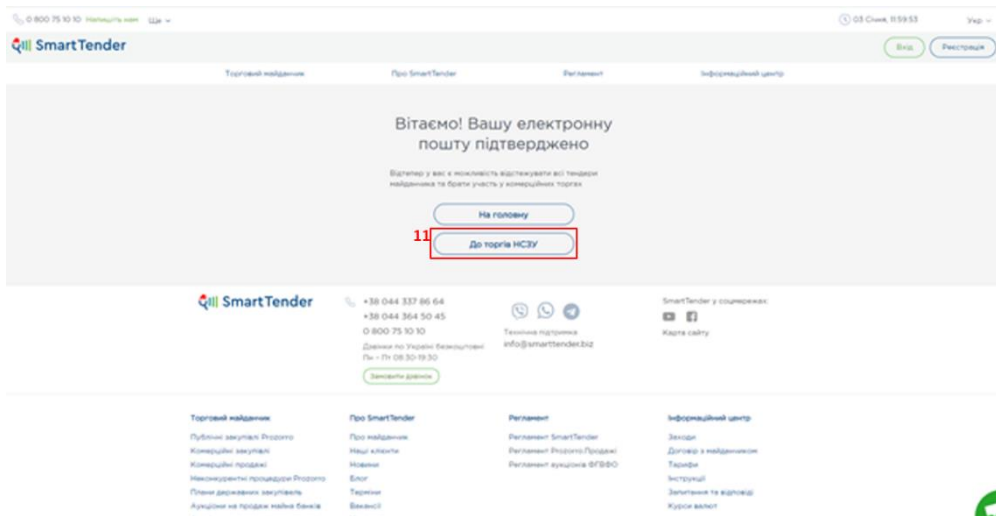
9. Натисніть кнопку **ПЕРЕВІРИТИ e-mail**

Перевірте в пошті (під якою ви проводили вхід в SmartTender) наявність листа від системи SmartTender із посиланням на підтвердження реєстрації.

10 [https://smarttender.biz/signin-ehealth-thank-you/?userId=f3d6b7de-82d0-4274-a03b-0a4e86bd9a9d&token=dqZFUjN1414559aXnGd6v5EsUBS7LW0zLieXspYdLiFssUV8a/OA6zbjYi+efWe24QPYY6jpwTWHJAPBlywLGOWFTvxJaKYgbRcYVceVkaAwwfNJDuhATORGahCgmy33w+gznf14tueTUXRtOzPaJ+RI33ZwcWmpYJFAEBISidhmOfNC&utm\\_medium=Email&utm\\_source=postfix-trigger&utm\\_campaign=RegistrationEmailConfirm&utm\\_content=all&utm\\_term=all](https://smarttender.biz/signin-ehealth-thank-you/?userId=f3d6b7de-82d0-4274-a03b-0a4e86bd9a9d&token=dqZFUjN1414559aXnGd6v5EsUBS7LW0zLieXspYdLiFssUV8a/OA6zbjYi+efWe24QPYY6jpwTWHJAPBlywLGOWFTvxJaKYgbRcYVceVkaAwwfNJDuhATORGahCgmy33w+gznf14tueTUXRtOzPaJ+RI33ZwcWmpYJFAEBISidhmOfNC&utm_medium=Email&utm_source=postfix-trigger&utm_campaign=RegistrationEmailConfirm&utm_content=all&utm_term=all)

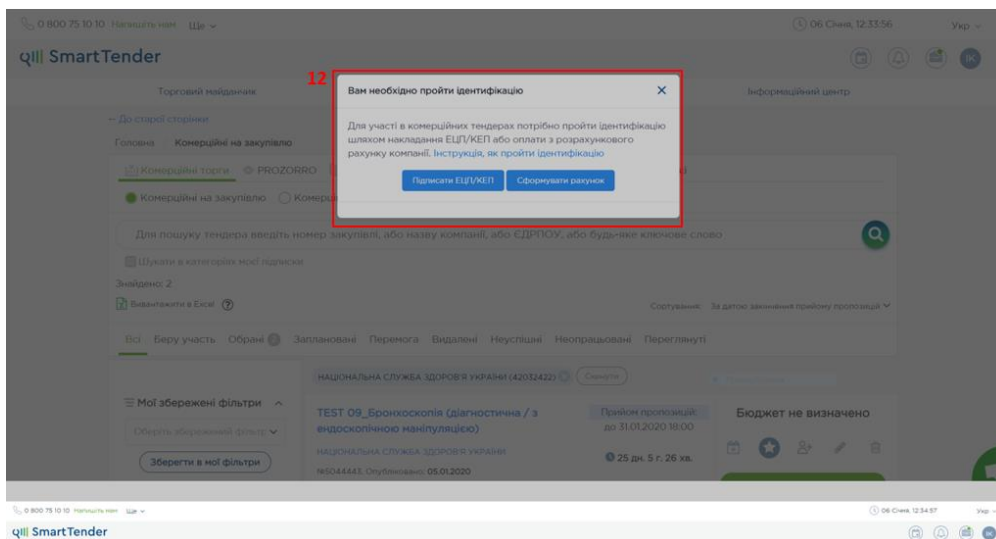
10. Натисніть посилання у листі та перейдіть на платформу SmartTender

Вас зареєстровано в системі SmartTender і ви маєте свій обліковий запис під своєю електронною поштою ECO3 (eHealth).



11. Оберіть і натисніть кнопку ДО ТОРГІВ НСЗУ

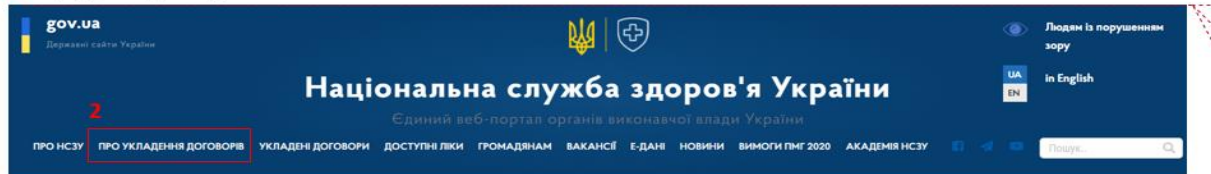
Якщо з'явиться вікно про необхідність проходження ідентифікації, закрийте, натиснувши «х».



## Крок 4. Подання заяви

1. Зайдіть на сайт <https://nszu.gov.ua/>
2. Перейдіть → ПРО УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРІВ → МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДАМ → ОГОЛОШЕННЯ ПРО УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРІВ ПРО МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ЗА ПРОГРАМОЮ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ ДЛЯ ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1 <https://nszu.gov.ua/>



Головна • Про укладення договорів • Медичним закладам

2 **МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДАМ**

ОГОЛОШЕННЯ ПРО УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРІВ ДЛЯ ПІЛОТНОГО ПРОЕКТУ У ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

ОГОЛОШЕННЯ ПРО УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРІВ З ЗАКЛАДАМИ ПМД

ІНСТРУКЦІЇ

ЗРАЗКИ ДОКУМЕНТІВ

ПИТАННЯ-ВІДПОВІДІ

ЛИСТИ-РОЗ'ЯСНЕННЯ

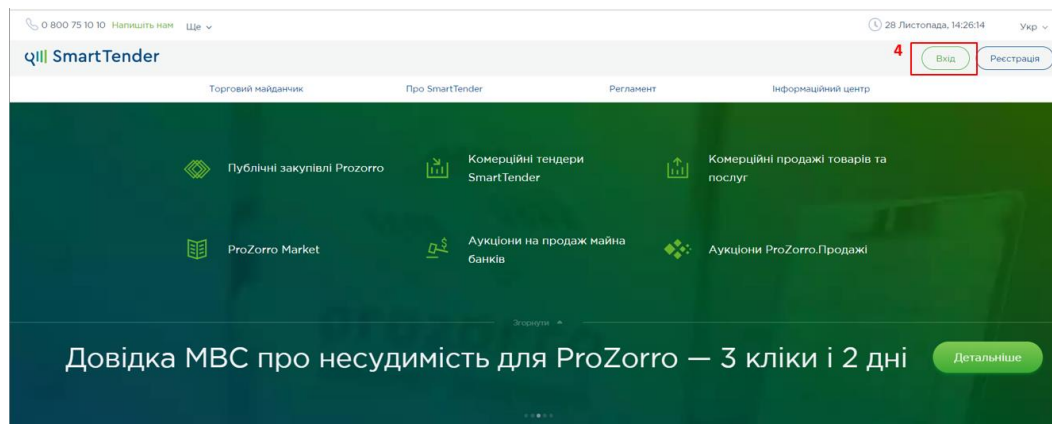
### МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДАМ

Згідно з положенням про Національну службу здоров'я України, НСЗУ укладає, змінює та припиняє договори про медичне обслуговування населення та договори про реімбурсацію в межах урядової програми «Доступні ліки». Національна служба здоров'я України запроваджує нові, прозорі та єдині для всіх правила фінансування системи охорони здоров'я України:

- Пацієнти отримують гарантований державою безоплатний пакет медичних послуг та лікарських засобів.
- Єдиним замовником та платником за програмою медичних гарантій є НСЗУ.
- Ми гарантуємо ефективне та цільове використання державних коштів за принципом оплати якісно наданих послуг, а не утримання закладів.
- Застосовуємо прозорі методи фінансування на основі капітаційної ставки, оплати за послугу та випадок госпіталізації та ін.
- Ми ЗА закликаємо та вітаємо назавжди послуг державної та приватної форм власності.

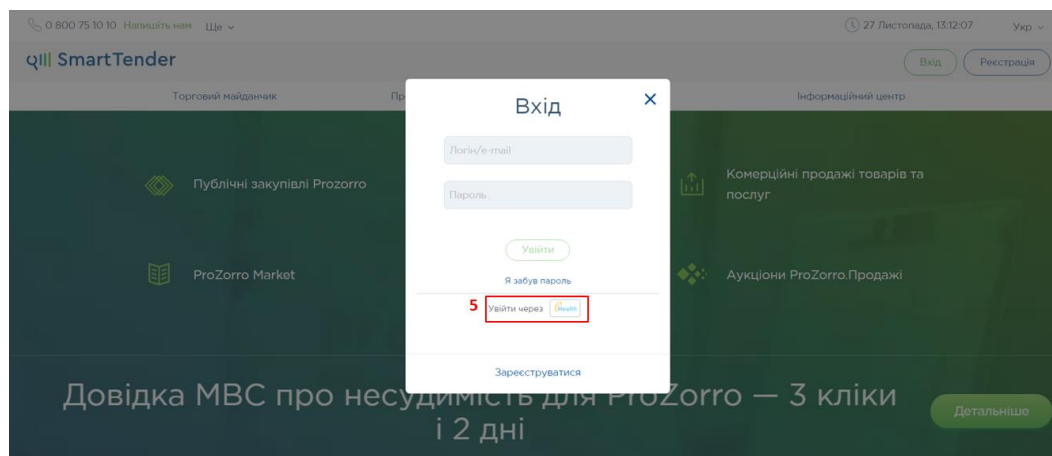
3. Віднайдіть у тексті оголошення [посилання](#) на вхід у систему SmartTender та перейдіть по ньому для подання заяви.

Відкриється вікно системи SmartTender



4. Натиснути кнопку ВХІД

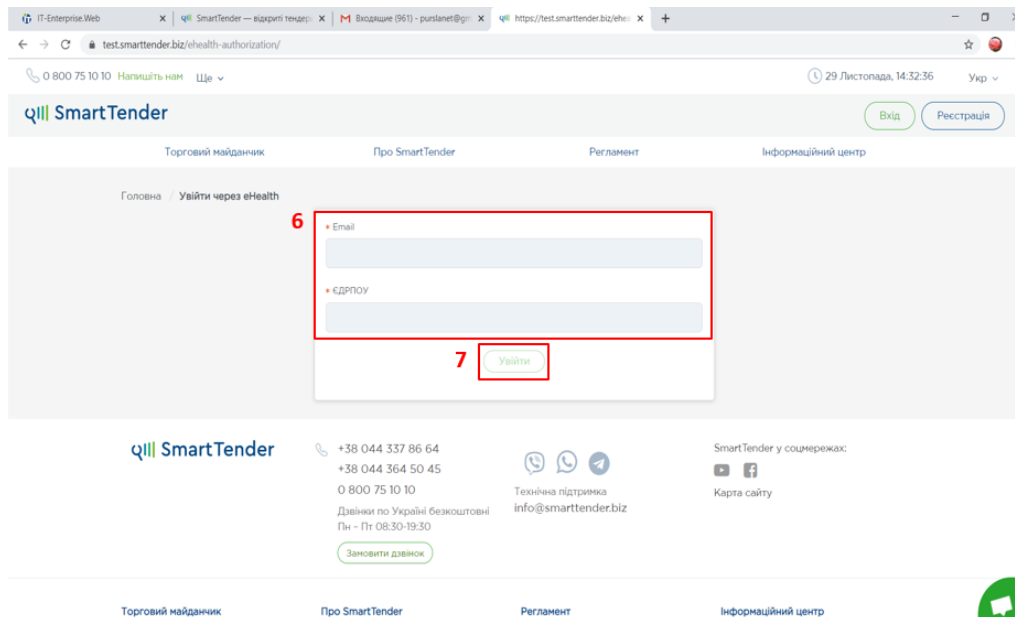
Система перевіряє медичний заклад в ЕСОЗ (eHealth)



5. Оберіть кнопку УВІЙТИ ЧЕРЕЗ ЕСОЗ (eHealth)



Відкриється вікно. Система перевіряє медичний заклад в ЕСОЗ (eHealth)



6. Введіть email зареєстрований в ЕСОЗ (eHealth) та ЄДРПОУ вашого медичного закладу

7. Натисніть кнопку УВІЙТИ

Наступний крок - перехід у власний кабінет ЕСОЗ (e-Health)



### ВХІД У ЕЛЕКТРОННУ СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

8

9

10

8. Введіть електронну адресу медичного закладу, діючу для входу в ЕСОЗ (eHealth)

9. Введіть пароль медичного закладу, який діє для входу в ЕСОЗ (eHealth)

10. Натисніть УВІЙТИ

[Змінити пароль](#) [Забули пароль?](#)



Ви даєте доступ додатку **КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ВИШГОРОДСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" ВИШГОРОДСЬКОЇ РАЙОННОЇ РАДИ** на наступні дії:

- Отримання інформації про заклад
- Отримання інформації про запис співробітника
- Отримання деталей запису співробітника

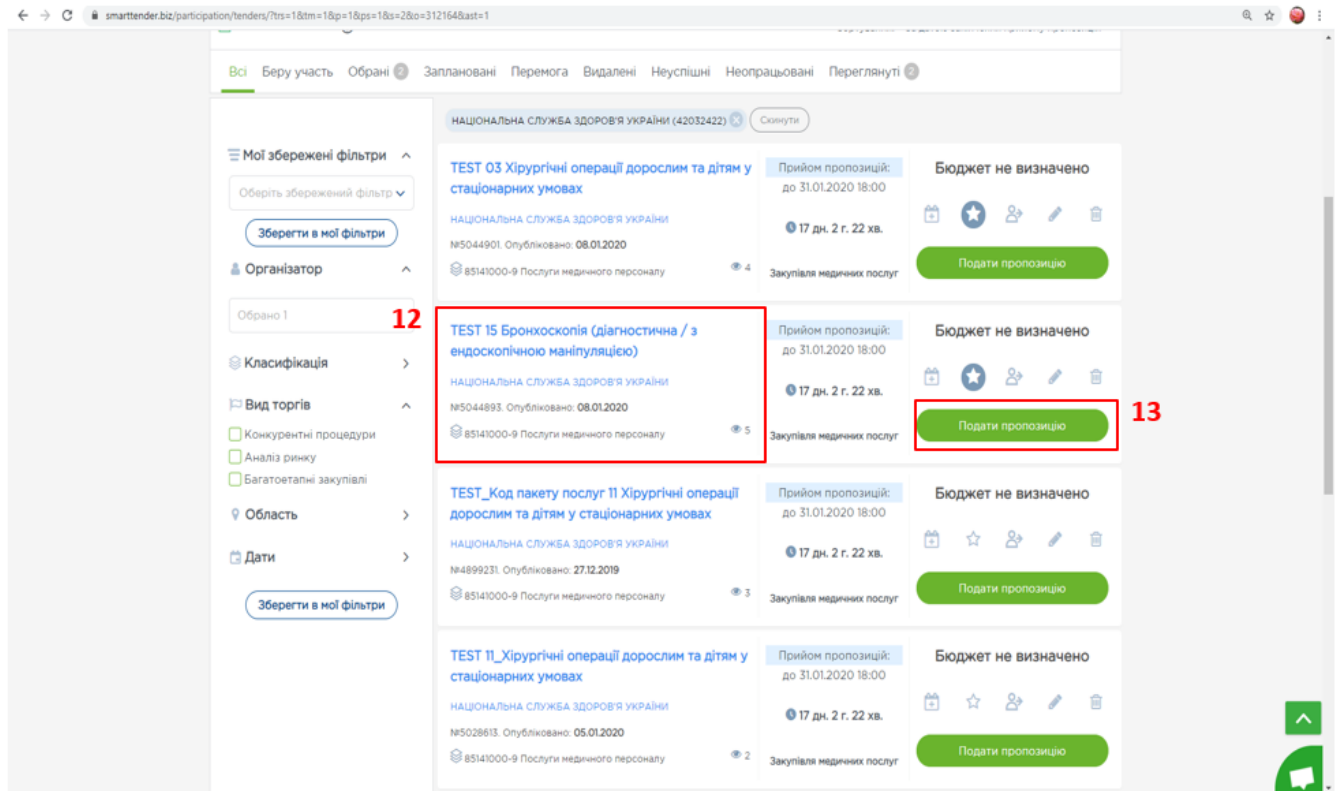
[vyshgorodcrl@gmail.com](mailto:vyshgorodcrl@gmail.com)

11

11. Натисніть ПРИЙНЯТИ ТА ПРОДОВЖИТИ.

[Угода користувача](#) [Умови використання](#)

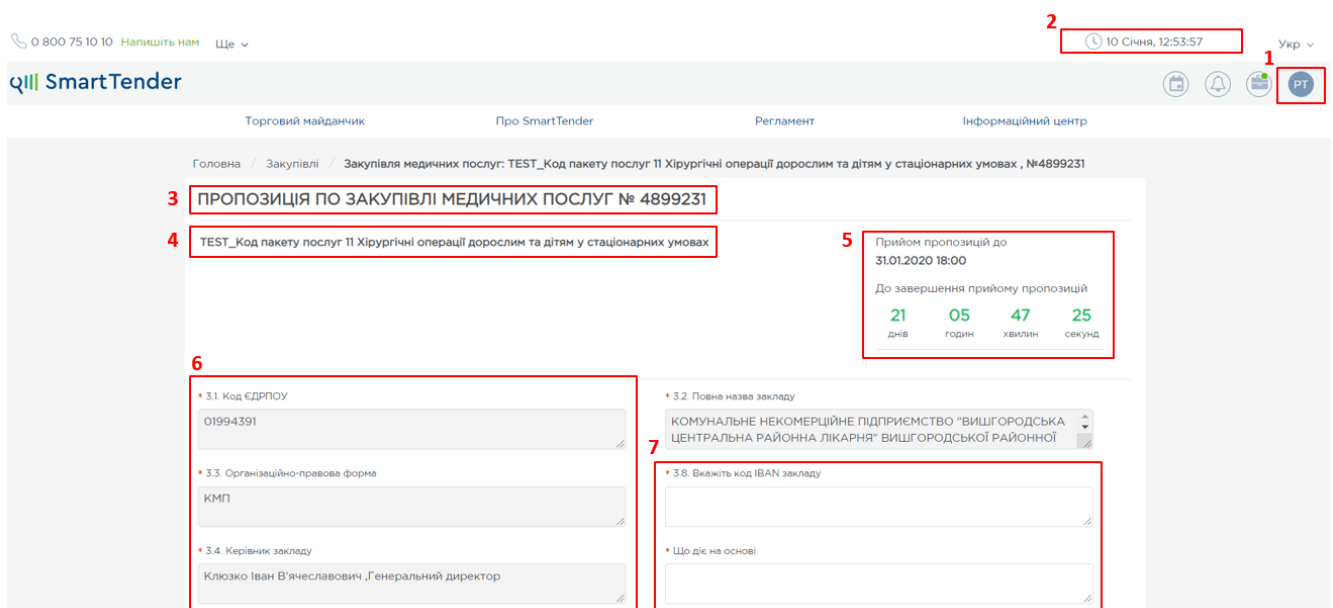
Ви перейшли на сторінку з обраною вами ГРУПОЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ



12. Оберіть із списку обраний пакет послуг.
13. Натисніть кнопку ПОДАТИ ПРОПОЗИЦІЮ

## Інтерфейс заявки

Значення полів в інтерфейсі заяв:



1. Поле з ініціалами користувача системи (відповідно до зареєстрованого ПІБ). ЇХ відображення є фактом того, що користувач зайшов у систему.
2. Поточна дата
3. Поле з пропозицією щодо закупівлі медичних послуг
4. Поле з назвою групи медичних послуг
5. Термін дії подачі заявки

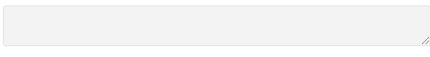

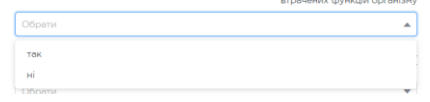
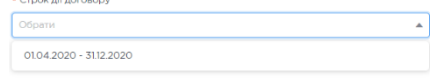
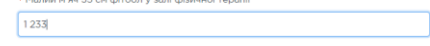
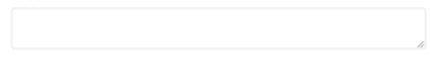
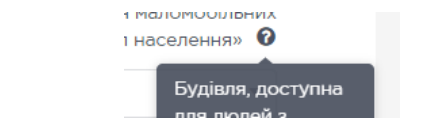
6. Поля з сірим фоном, в яких інформація завантажується з ЕСОЗ (eHealth) автоматично

7. Решту полів заповнює особа, що подає заяву, власноручно.

**Важливо!** Необхідно перевірити актуальність інформації.

В разі втрати актуальності інформації, ввести в ЕСОЗ (eHealth) коректну інформацію та повторити подачу заяви через 4 години (оновлення інформації в ЕСОЗ відбувається кожні 4 години).

**Види полів та вимоги до їх заповнення**

| № | ПОЛЯ                                  | СИМВОЛИ                  | ОПИС  |  |
|---|---------------------------------------|--------------------------|---|--|
| 1 | Поля автоматичним заповненням з       | Поля сірого кольору      | Інформація в поля з сірим фоном завантажується з ЕСОЗ (eHealth) автоматично.      | <p>* Організаційно-правово форма</p>    |
| 2 | Обов'язкові до заповнення             | Червона зірочка *        | Поля для обов'язкового заповнення   | <p>* Засоби для позионування: клин та валик, протипролежневий матрац на кожного пацієнта; функціональні ложка для стаціонарних пацієнтів; піддонник для переміщення пацієнтів</p>                     |
| 3 | З випадаючим списком                  | З трикутником праворуч ▼ | Можливість вибору одного значення зі списку                                       | <p>* Наявність окремих кімнат/залів у структурі закладу, які облаштовані для надання реабілітаційних послуг, спрямованих на розвиток нових або відновлення порушених/втрачених функцій організму</p>  |
| 4 | З одиничним вибором                   | З трикутником праворуч ▼ | Поля з випадаючим списком   | <p>* Строк дії договору</p>   |
| 5 | Для внесення лише числового значення  | 12345                    | Поля для внесення лише числової інформації  | <p>* Малий м'яч 55 см фітбол у залі фізичної терапії</p>   |
| 6 | Для внесення лише текстового значення | Абвгдеє                  | Поля для внесення лише текстової інформації                                       | <p>* Що діє на основі</p>   |
| 7 | З поясненнями та коментарями          | Зі знаком питання ?      | Поля з поясненнями та коментарями у вікні, що розгортається при натисканні на «?» |   |

## Заява на закупівлі медичних послуг

### ВНЕСЕННЯ ДАНИХ SMART TENDER

ЗАЯВА МІСТИТЬ НАСТУПНІ РОЗДІЛИ:

- Інформація про медичний заклад
- Інформація про обладнання
- Інформація про зобов'язання заявника та уповноважених осіб
- Статистичні дані
- Інформація про місця надання послуг
- Інформація про персонал медичного закладу
- Прикріплення документів до заяви
- Збереження заяви та накладання КЕП

**Важливо!** Оновлення даних в системі SmartTender відбувається кожні 4 години. Тому, після введення оновлених даних в ЕСОЗ (eHealth), повторити повторну спробу потрібно НЕ відразу.

## РОЗГЛЯНЕМО ПОДАЧУ ЗАЯВИ НА ПРИКЛАДІ ГРУПИ ПОСЛУГ «ХІРУРГІЧНІ ОПЕРАЦІЇ ДОРОСЛИМ ТА ДІТЯМ У СТАЦІОНАРНИХ УМОВАХ»

### 1. Введіть інформацію про медичний заклад

#### Дії:

- для заповнення полів про медичний заклад, вам необхідно підготувати джерела, в яких міститься така інформація

|  |  |
|--|--|
| * Код ЄДРПОУ<br>01994391   | * Повна назва закладу<br>КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ВИШГОРОДСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" ВИШГОРОДСЬКОЇ РАЙОННОЇ |
| * Організаційно-правова форма<br>КМП                                 | 1 * IBAN   |
| * Керівник закладу<br>Ключко Іван Вячеславович ,Генеральний директор | 2 * Що діє на основі   |
| * Ліцензія на медичну практику<br>2013-09-20 31                      | * Ліцензія на обіг наркотичних засобів<br>29-09-2019 -26-09-2024   |

виписки з ЄДР (вводиться за шаблоном: №\_\_ від\_\_\_\_)(наприклад, № 2 447 000 0000 005117 від 08.05.2014)

1. Введіть номер IBAN (міжнародний номер банківського рахунку), де 1-2 символи – код країни, 3-4 символи – контрольне число, 5-25 символи – внутрішньодержавний номер рахунку. Номер IBAN можна подивитися в довідці з банку.

2. Якщо Ви ФОП вкажіть № та дату

**Важливо!** Якщо сірі поля пусті, поверніться в ЕСОЗ та заповніть необхідну інформацію

**Важливо!** Дані про ліцензію не будуть відображатися, якщо її термін дії завершився

#### Дії:

|  |   |
|--|---|
| 3 * 3.12. Чи наявні у закладі відділення / палати інтенсивної терапії для проведення цілодобової інтенсивної терапії та моніторингу, обладнані відповідно до таблицю матеріально-технічного оснащення?<br>Обрати | 4 * 3.13. Чи наявний у закладі операційний блок, обладнаний відповідно до таблицю матеріально-технічного оснащення?<br>Обрати   |
| 5 * Забезпечення можливості проведення наступних лабораторних досліджень (див. перелік(?))<br>Обрати   | 6 * 3.16. Чи наявна лабораторія для проведення бактеріологічного дослідження у межах закладу або на умовах договору з підрядником?<br>Обрати                                  |
| 7 * 3.15. Чи забезпечена у закладі можливість проведення інструментальних досліджень?<br>Обрати  | 8 * 3.18. Чи забезпечено заклад компонентами крові у вигляді постійного запасу та/або швидкого доступу до них на умовах договору?<br>Обрати                                   |
| 9 * 3.19. ДОДАТКОВО. Чи забезпечено у закладі можливість проведення планових та екстрених хірургічних операцій?<br>Обрати  | 10 * 3.20. ДОДАТКОВО. Чи забезпечено у закладі можливість проведення лабораторних досліджень цілодобово (максимальна тривалість отримання результату до 60 хвилин)?<br>Обрати |
| 11 * 3.21. ДОДАТКОВО. Чи забезпечено у закладі можливість проведення інструментальних досліджень цілодобово?<br>Обрати   | * 3.22. Вкажіть кількість наявних у закладі УЗД-апаратів з доплером   |

3-11. Дайте відповідь на запитання щодо відповідності закладу вимогам надання послуг, обираючи ТАК чи НІ.

**Важливо!** Відкривайте поля з позначкою «?» для отримання додаткових роз'яснень чи коментарів

### 2. Введіть інформацію про обладнання

#### Дії:

- для заповнення полів про медичне обладнання, вам необхідно підготувати документи, в яких міститься інформація про повний перелік медичного обладнання медичного закладу

|  |  |
|--|--|
| <p>* 3.21. ДОДАТКОВО. Чи забезпечено у закладі можливість проведення інструментальних досліджень цілодобово?</p> <p>Обрати</p> | <p>12 * 3.22. Вкажіть кількість наявних у закладі УЗД-апаратів з доплером</p> <p>_____</p> |
| <p>13 * 3.23. Вкажіть кількість наявних у закладі Електрокардіографів багатоканальних</p> <p>_____</p>                         | <p>14 * 3.24. Вкажіть кількість наявних у закладі рентгенівських апаратів</p> <p>_____</p> |

12-14. Введіть інформацію щодо кількості обладнання, зазначеного в полі в числовому форматі.

**Важливо!** В цих полях вноситься лише числова інформація.

### 3. Інформація про зобов'язання заявника та уповноважених осіб

|   |  |
|---|--|
| <p>15 3.10. Вкажіть код ЄДРПОУ залучених осіб. Для вказання декількох, використовуйте роздільник „;”</p> <p>_____</p>   | <p>16 * 3.31. Чи наявна у закладі програми з інфекційного контролю та дотримання заходів із запобігання інфекціям, пов'язаним з наданням медичної допомоги, відповідно до діючих наказів МОЗ України?</p> <p>Обрати</p>            |
| <p>17 * 3.32. Чи забезпечено закладом подання даних до Електронної системи охорони здоров'я на постійній основі?</p> <p>Обрати</p>  | <p>18 * 3.33. Чи укладено закладом договір про співпрацю із закладом служби крові щодо постачання крові та її компонентів, у якого є чинна ліцензія на провадження господарської діяльності з медичної практики?</p> <p>Обрати</p> |
| <p>19 * 3.34. Чи забезпечено закладом право пацієнта, який перебуває на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії, на допуск до нього відвідувачів 24 години на добу в будь-який день тижня згідно з правилами, визначеними у наказі МОЗ № 592 від 15.06.2016?</p> <p>Обрати</p> | <p>20 * 3.55. Чи ви підтверджуєте, що на момент подання цієї заяви заклад має чинну ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та відповідає ліцензійним умовам з медичної практики?</p> <p>Обрати</p>   |
| <p>21 * 3.56. Чи ви підтверджуєте, що заклад надає медичні послуги, пов'язані з вторинною (спеціалізованою) та/або третинною (високоспеціалізованою) медичною допомогою?</p> <p>Обрати</p>  | <p>22 * 3.57. Чи ви підтверджуєте, що заклад, уповноважені особи та медичні працівники, які будуть залучені до виконання Договору, зареєстровані в електронній системі охорони здоров'я (далі – Система)?</p> <p>Обрати</p>        |
| <p>23 * 3.58. Чи ви підтверджуєте, що установчими або іншими документами не обмежено право керівника закладу підписувати договори від імені закладу без попереднього погодження власника?</p> <p>Обрати</p>   | <p>24 * 3.59. Чи ви підтверджуєте, що ознайомились з вимогами до організації надання послуги і погоджуєтесь на них?</p> <p>Обрати</p>  |

15. Введіть код(и) ЄДРПОУ залучених осіб (підрядників) через крапку з комою.

16. Натисніть стрілку праворуч, оберіть із випадуючого списку ТАК чи НІ.

17. Натисніть стрілку праворуч, оберіть із випадуючого списку ТАК.

18. Натисніть стрілку праворуч, оберіть із випадуючого списку ТАК чи НІ.

19. Натисніть стрілку праворуч, оберіть із випадуючого списку ТАК чи НІ.

20-21. Натисніть стрілку праворуч, оберіть із випадуючого списку ТАК.

22-23. Натисніть стрілку праворуч, оберіть із випадуючого списку ТАК чи НІ.

24. Натисніть стрілку праворуч, оберіть із випадуючого списку ТАК.

#### 4. Інформація про кількість операцій

|           |  |           |   |
|-----------|--|-----------|---|
| <b>25</b> | * 3.35. Вкажіть загальну кількість проведених у 2018 році операцій у стаціонарних умовах (Ф-20, Табл 3500, рядок 1.0, стовпчик 1) ?              | <b>26</b> | * 3.36. Вкажіть кількість проведених у 2018 році операцій на нервовій системі (Ф-20, Табл 3500, рядок 2.0, стовпчик 1) ?                        |
| <b>27</b> | * 3.37. Вкажіть кількість проведених у 2018 році операцій на ендокринній системі (Ф-20, Табл 3500, рядок 3.0, стовпчик 1) ?                      | <b>28</b> | * 3.38. Вкажіть кількість проведених у 2018 році операцій на органах зору (Ф-20, Табл 3500, рядок 4.0, стовпчик 1) ?                            |
| <b>29</b> | * 3.39. Вкажіть кількість проведених у 2018 році операцій на органах вуха, горла, носа (Ф-20, Табл 3500, рядок 5.0, стовпчик 1) ?                | <b>30</b> | * 3.40. Вкажіть кількість проведених у 2018 році операцій на органах дихання (Ф-20, Табл 3500, рядок 6.0, стовпчик 1) ?                         |
| <b>31</b> | * 3.41. Вкажіть кількість проведених у 2018 році операцій на серці (Ф-20, Табл 3500, рядок 7.0, стовпчик 1) ?                                    | <b>32</b> | * 3.42. Вкажіть кількість проведених у 2018 році стентувань коронарних артерій (Ф-20, Табл 3500, рядок 7.11, стовпчик 1) ?                      |
| <b>33</b> | * 3.43. Вкажіть кількість проведених у 2018 році операцій на судинах (Ф-20, Табл 3500, рядок 8.0, стовпчик 1) ?                                  | <b>34</b> | * 3.44. Вкажіть кількість проведених у 2018 році операцій на органах травлення та черевної порожнини (Ф-20, Табл 3500, рядок 9.0, стовпчик 1) ? |
| <b>35</b> | * 3.45. Вкажіть кількість проведених у 2018 році операцій при непухлинних захворюваннях прямої кишки (Ф-20, Табл 3500, рядок 10.0, стовпчик 1) ? | <b>36</b> | * 3.46. Вкажіть кількість проведених у 2018 році операцій на нирках і сечоводах (Ф-20, Табл 3500, рядок 11.0, стовпчик 1) ?                     |

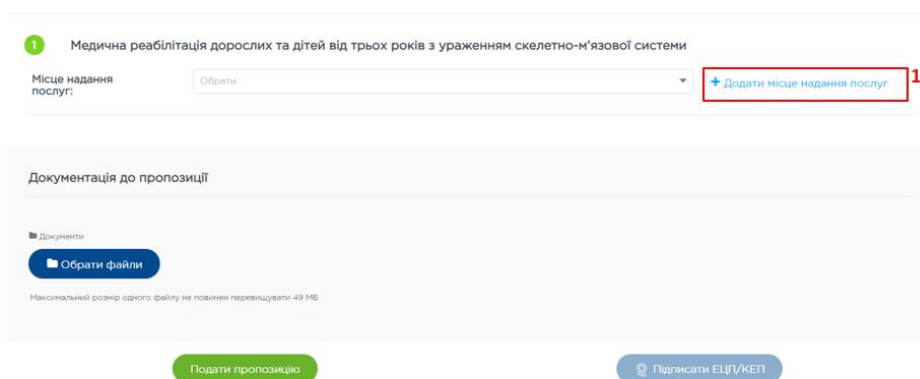
25. Введіть інформацію про загальну кількість проведених у 2018 році операцій у стаціонарних умовах (Ф-20, Табл 3500, рядок 1.0, стовпчик 1).
26. Введіть інформацію про кількість проведених у 2018 році операцій на нервовій системі (Ф-20, Табл 3500, рядок 2.0, стовпчик 1).
27. Введіть інформацію про кількість проведених у 2018 році операцій на ендокринній системі (Ф-20, Табл 3500, рядок 3.0, стовпчик 1).
28. Введіть інформацію про кількість проведених у 2018 році операцій на органах зору (Ф-20, Табл 3500, рядок 4.0, стовпчик 1).
29. Введіть інформацію про кількість проведених у 2018 році операцій на органах вуха, горла, носа (Ф-20, Табл 3500, рядок 5.0, стовпчик 1).
30. Введіть інформацію про кількість проведених у 2018 році операцій на органах дихання (Ф-20, Табл 3500, рядок 6.0, стовпчик 1).
31. Введіть інформацію про кількість проведених у 2018 році операцій на серці (Ф-20, Табл 3500, рядок 7.0, стовпчик 1).
32. Введіть інформацію про кількість проведених у 2018 році стентувань коронарних артерій (Ф-20, Табл 3500, рядок 7.11, стовпчик 1).
33. Введіть інформацію про кількість проведених у 2018 році операцій на судинах (Ф-20, Табл 3500, рядок 8.0, стовпчик 1).
34. Введіть інформацію про кількість проведених у 2018 році операцій на органах травлення та черевної порожнини (Ф-20, Табл 3500, рядок 9.0, стовпчик 1).
35. Введіть інформацію про кількість проведених у 2018 році операцій при непухлинних захворюваннях прямої кишки (Ф-20, Табл 3500, рядок 10.0, стовпчик 1).
36. Введіть інформацію про кількість проведених у 2018 році операцій на нирках і сечоводах (Ф-20, Табл 3500, рядок 11.0, стовпчик 1).

|  |   |
|--|---|
| <p><b>37</b> * 3.47. Вкажіть кількість проведених у 2018 році операцій на передміхуровій залозі (Ф-20, Табл 3500, рядок 12.0, стовпчик 1) ?</p> <input type="text"/> | <p><b>38</b> * 3.48. Вкажіть кількість проведених у 2018 році операцій на жіночих статевих органах (Ф-20, Табл 3500, рядок 13.0, стовпчик 1) ?</p> <input type="text"/>       |
| <p><b>39</b> * 3.49. Вкажіть кількість проведених у 2018 році акушерських операцій (Ф-20, Табл 3500, рядок 14.0, стовпчик 1) ?</p> <input type="text"/>              | <p><b>40</b> * 3.50. Вкажіть кількість проведених у 2018 році операцій на кістково-м'язовій системі (Ф-20, Табл 3500, рядок 15.0, стовпчик 1) ?</p> <input type="text"/>      |
| <p><b>41</b> * 3.51. Вкажіть кількість проведених у 2018 році операцій на молочній залозі (Ф-20, Табл 3500, рядок 16.0, стовпчик 1) ?</p> <input type="text"/>       | <p><b>42</b> * 3.52. Вкажіть кількість проведених у 2018 році операцій на шкірі та підшкірній клітковині (Ф-20, Табл 3500, рядок 17.0, стовпчик 1) ?</p> <input type="text"/> |
| <p><b>43</b> * 3.53. Вкажіть кількість проведених у 2018 році інших операцій (Ф-20, Табл 3500, рядок 18.0, стовпчик 1) ?</p> <input type="text"/>                    | <p><b>44</b> * 3.54. Вкажіть загальну кількість оперованих хворих у 2018 році (Ф-20, Табл 3501, рядок 1) ?</p> <input type="text"/>   |

37. Введіть інформацію про кількість проведених у 2018 році операцій на передміхуровій залозі (Ф-20, Табл 3500, рядок 12.0, стовпчик 1).
38. Введіть інформацію про кількість проведених у 2018 році операцій на жіночих статевих органах (Ф-20, Табл 3500, рядок 13.0, стовпчик 1).
39. Введіть інформацію про кількість проведених у 2018 році акушерських операцій (Ф-20, Табл 3500, рядок 14.0, стовпчик 1).
40. Введіть інформацію про кількість проведених у 2018 році операцій на кістково-м'язовій системі (Ф-20, Табл 3500, рядок 15.0, стовпчик 1).
41. Введіть інформацію про кількість проведених у 2018 році операцій на молочній залозі (Ф-20, Табл 3500, рядок 16.0, стовпчик 1).
42. Введіть інформацію про кількість проведених у 2018 році операцій на шкірі та підшкірній клітковині (Ф-20, Табл 3500, рядок 17.0, стовпчик 1).
43. Введіть інформацію про кількість проведених у 2018 році інших операцій (Ф-20, Табл 3500, рядок 18.0, стовпчик 1).
44. Введіть інформацію про кількість оперованих хворих у 2018 році (Ф-20, Табл 3501, рядок 1).

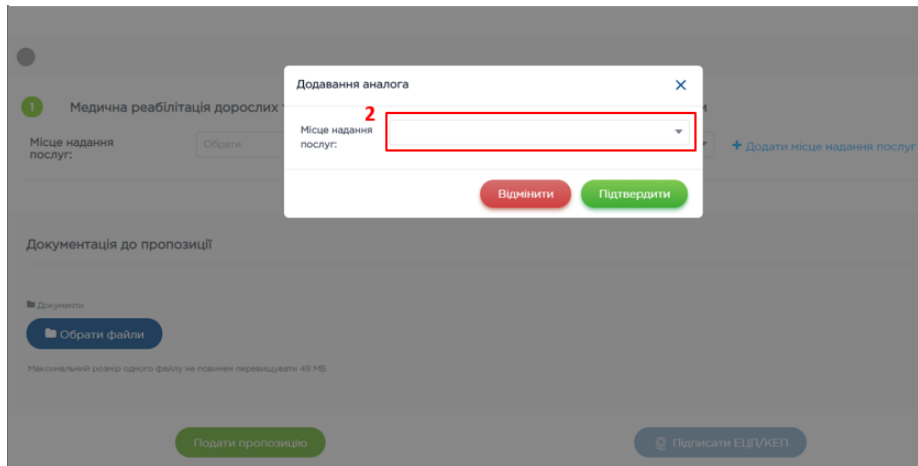
## 5. Інформація про місця надання послуг

Для заповнення інформації по кожному МІСЦЮ НАДАННЯ ПОСЛУГ, додайте потрібні місця надання послуг у список для вибору



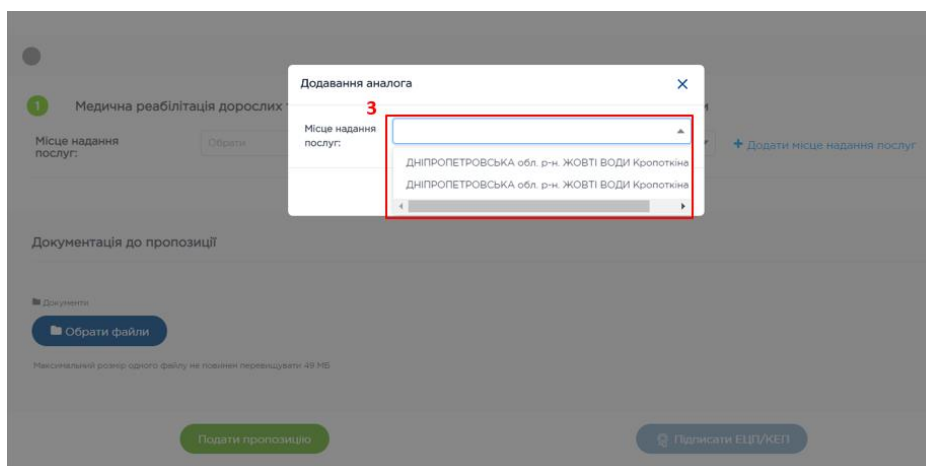
1. Натиснути кнопку **ДОДАТИ МІСЦЕ НАДАННЯ ПОСЛУГ**.

З'явиться список місць надання послуг, що зареєстровані в ЕСОЗ (eHealth).



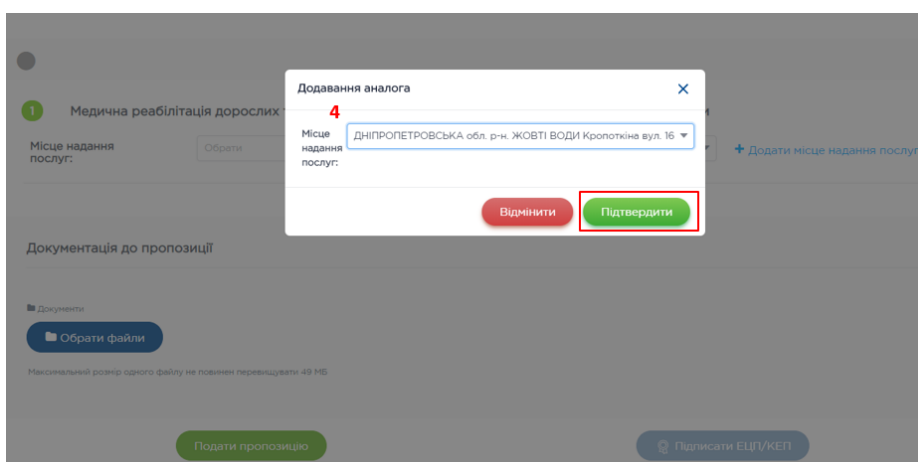
2. Натиснути  праворуч у вікні ДОДАВАННЯ АНАЛОГА

На екрані з'явиться перелік місць надання послуг, що був занесений в ЕСОЗ при реєстрації місць надання послуг



3. Оберіть з випадаючого списку місце надання послуг, де буде надаватися послуга

**Важливо!** Якщо у вас декілька місць надання послуг, ви кожен раз обираєте місце надання послуг окремо. Якщо послуга не буде надаватися в одному в перелічених місць, ми таке місце НЕ додаємо за допомогою кнопки ПІДТВЕРДИТИ.

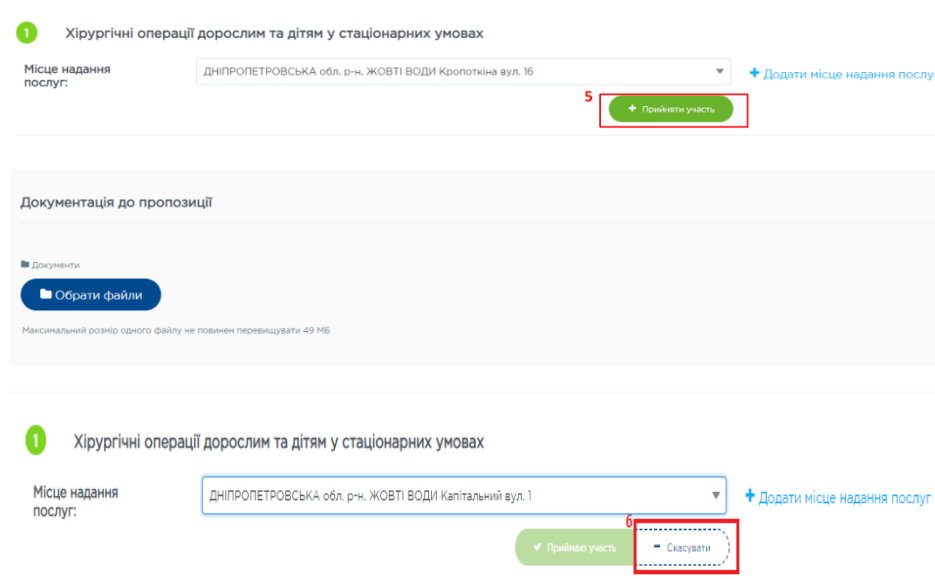


4. Натисніть кнопку ПІДТВЕРДИТИ

Якщо у вікні ДОДАВАННЯ АНАЛОГІВ відсутні місця надання послуг для вибору, то вони всі вже використовуються для подання цієї заяви.



**Важливо!** Якщо в переліку місць надання послуг відсутнє одне з ваших місць надання послуг, необхідно зайти в ЕСОЗ (eHealth) і ввести необхідну інформацію. Через деякий час знову зайти за посиланням в оголошенні і додати зареєстроване місце надання послуг через опцію **+ДОДАТИ МІСЦЕ НАДАННЯ ПОСЛУГ** (п. 1 цього розділу).

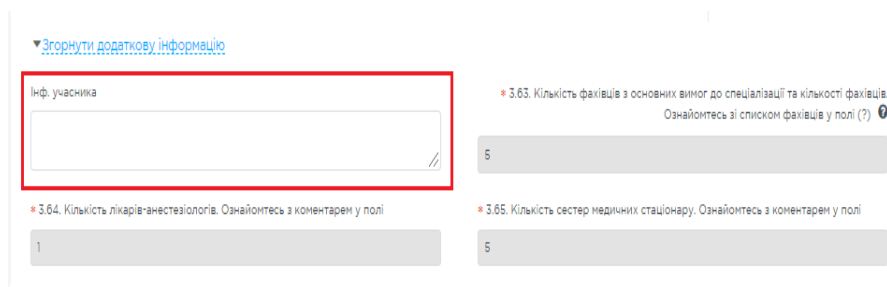


5. Для заповнення інформації по доданих місцях надання послуг, необхідно вибрати місце надання послуг у випадяючому списку та натиснути кнопку **ПРИЙНЯТИ УЧАСТЬ**.

6. Для видалення інформації по доданому місцю надання послуг (у разі якщо його помилково додано) натисніть кнопку **СКАСУВАТИ**




## 6. Інформація про персонал медичного закладу та обладнання за місцем надання послуг

Відкриється додаткова інформацію про персонал медичного закладу



1. У разі, якщо заяву уповноважена особа – зазначається її ПІБ

**Важливо!** У всі поля, виділені сірим кольором, інформація підтягується автоматично з ЕСОЗ (eHealth)

|  |   |
|--|---|
| <p>3.67. Кількість сестер медичних операційних. Ознайомтесь з коментарем у полі</p> <input type="text"/> <p>Критерій обов'язковий до заповнення</p>  | <p>7 + Наявність лікарів, що відповідають вказаним спеціальностям (див. перелік(?)) (штатних одиниць) </p> <input type="text"/> <p>3.73. ДОДАТКОВО. Кількість фахівців з медичної реабілітації, які працюють на постійній основі у закладі. Ознайомтесь зі списком та кількістю фахівців у полі (?)</p> <input type="text"/> |
| <p>8 + Лікар-анестезіолог (лікар-анестезіолог дитячий у випадку медичної допомоги дітям) (штатних одиниць)</p> <input type="text"/>  | <p>10 + Сестра медична-анестезист (цілодобовий пост) (штатних одиниць)</p> <input type="text"/>   |
| <p>9 + Сестра медична стаціонару (цілодобовий пост) на кожному посту (штатних одиниць)</p> <input type="text"/>  | <p>12 + Забезпечення цілодобового лікарського нагляду протягом усіх днів тижня</p> <p>Обрати </p>  |
| <p>11 + Сестра медична операційна (цілодобовий пост) (штатних одиниць)</p> <input type="text"/>  | <p>3.74. Вкажіть кількість наявних у закладі систем централізованого постачання кисню або кисневих концентраторів (що надають можливість підключення ШВЛ)</p> <input type="text"/> <p>Критерій обов'язковий до заповнення</p>   |
| <p>13 + Забезпечення цілодобового спостереження за пацієнтом (у разі потреби) лікарем-анестезіологом (лікарем-анестезіологом дитячим) протягом усіх днів тижня</p> <p>Обрати </p> |   |

7-11. Введіть інформацію про наявність відповідних лікарів, що відповідають вказаним спеціальностям (див. перелік(?)) (штатних одиниць).

12-13. Натисніть стрілку праворуч, оберіть із випадуючого списку ТАК чи НІ.

|  |   |
|--|---|
| <p>14 3.76. Вкажіть кількість наявних у закладі апаратів ШВЛ</p> <input type="text"/> <p>Критерій обов'язковий до заповнення</p>   | <p>15 3.75. Вкажіть кількість наявних у закладі наркозних апаратів/станцій</p> <input type="text"/> <p>Критерій обов'язковий до заповнення</p>  |
| <p>16 3.77. Вкажіть кількість наявних у закладі моніторів поліфункціональних</p> <input type="text"/> <p>Критерій обов'язковий до заповнення</p>   | <p>17 3.78. Вкажіть кількість наявних у закладі пульсоксиметрів</p> <input type="text"/> <p>Критерій обов'язковий до заповнення</p>   |
| <p>18 3.79. Вкажіть кількість наявних у закладі автоматичних шприцевих дозаторів</p> <input type="text"/> <p>Критерій обов'язковий до заповнення</p>   | <p>19 3.80. Вкажіть кількість наявних у закладі аспіраторів (відсмоктувачів)</p> <input type="text"/> <p>Критерій обов'язковий до заповнення</p>  |
| <p>20 3.81. Вкажіть кількість наявних у закладі дефібриляторів</p> <input type="text"/> <p>Критерій обов'язковий до заповнення</p>   | <p>21 3.82. Вкажіть кількість наявних у закладі глюкометрів</p> <input type="text"/> <p>Критерій обов'язковий до заповнення</p>   |
| <p>22 + Ендоскопічне обладнання - ФГДС, ректороманоскоп або колоноскоп, цистоскоп, - для надання допомоги дорослим; ФГДС, бронхоскоп - для надання допомоги дітям</p> <input type="text"/>   | <p>23 3.83. ДОДАТКОВО. Вкажіть кількість наявних у закладі лапароскопічних стійок</p> <input type="text"/>  |
| <p>24 3.84. ДОДАТКОВО. Вкажіть кількість наявних у закладі коагуляторів (моно-, біполяр)</p> <input type="text"/>  | <p>25 3.85. ДОДАТКОВО. Вкажіть кількість наявних у закладі моніторів пацієнта з датчиком вимірювання CO2</p> <input type="text"/>   |
| <p>26 + Забезпечення цілодобового спостереження за пацієнтом (у разі потреби) лікарем-анестезіологом (лікарем-анестезіологом дитячим) протягом усіх днів тижня</p> <p>Обрати </p>   | <p>27 3.60. Чи ви підтверджуєте, що інформація, зазначена у цій Заяві та доданих до неї документах, а також інформація, внесена до Системи, є повною та достовірною?</p> <p>Обрати </p> <p>Критерій обов'язковий до заповнення</p> |
| <p>28 3.61. Чи ви підтверджуєте, що у разі зміни інформації, зазначеної у цій заяві та(або) доданих до неї документах, заклад зобов'язаний повідомити про такі зміни НСЗУ протягом 3-х робочих днів з дня настання таких змін, з одночасним внесенням змін в Систему? </p> <p>Обрати </p> <p>Критерій обов'язковий до заповнення</p> | <p>29 3.62. Чи ви усвідомлюєте, що законодавством України передбачена відповідальність за подання недостовірної інформації органам державної влади?</p> <p>Обрати </p> <p>Критерій обов'язковий до заповнення</p>                  |

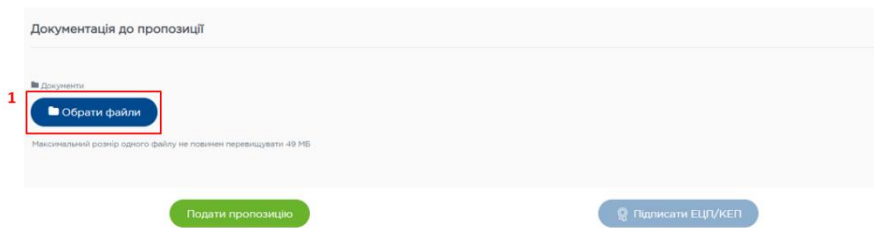
14-25. Вкажіть кількість наявного в закладі відповідного медичного обладнання у форматі сумарної кількості.

26-29. Натисніть стрілку праворуч, оберіть із випадуючого списку ТАК чи НІ.

27-29. Натисніть стрілку праворуч, оберіть із випадуючого списку ТАК.

**Якщо** у вас декілька місць надання послуг, поверніться до вибору наступного місця надання послуг, оберіть його зі списку та заповніть необхідну інформацію.

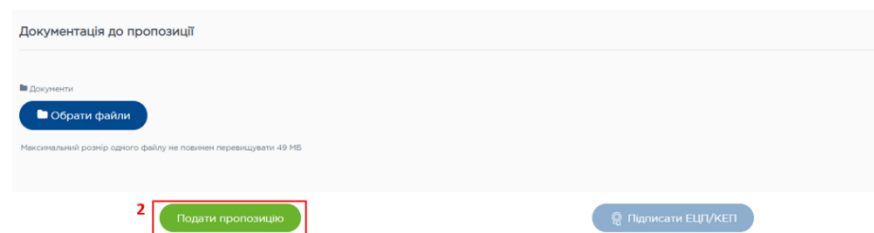
## Прикріплення документів до заяви та подання заяви



1. Натисніть ОБРАТИ ФАЙЛ, віднайдіть потрібний документ та прикріпіть його до заяви. Прикріплення файлів не у всіх випадках є обов'язковим

**Важливо!** Ви можете прикріпити документ формату PDF

**Важливо!** Якщо заяву подає уповноважена особа, вона обов'язково кріпить РОЗПОРОЯДЖЕННЯ або НАКАЗ



2. Натиснути кнопку ПОДАТИ ПРОПОЗИЦІЮ

## Відправка заяви

**Дії** для відправки заявки:

- перевірте коректність введеної інформації в полях заяви;
- перевірте наявність КЕП;
- наявність документів в електронному вигляді, які необхідно прикріпити до заявки на вашому комп'ютері.

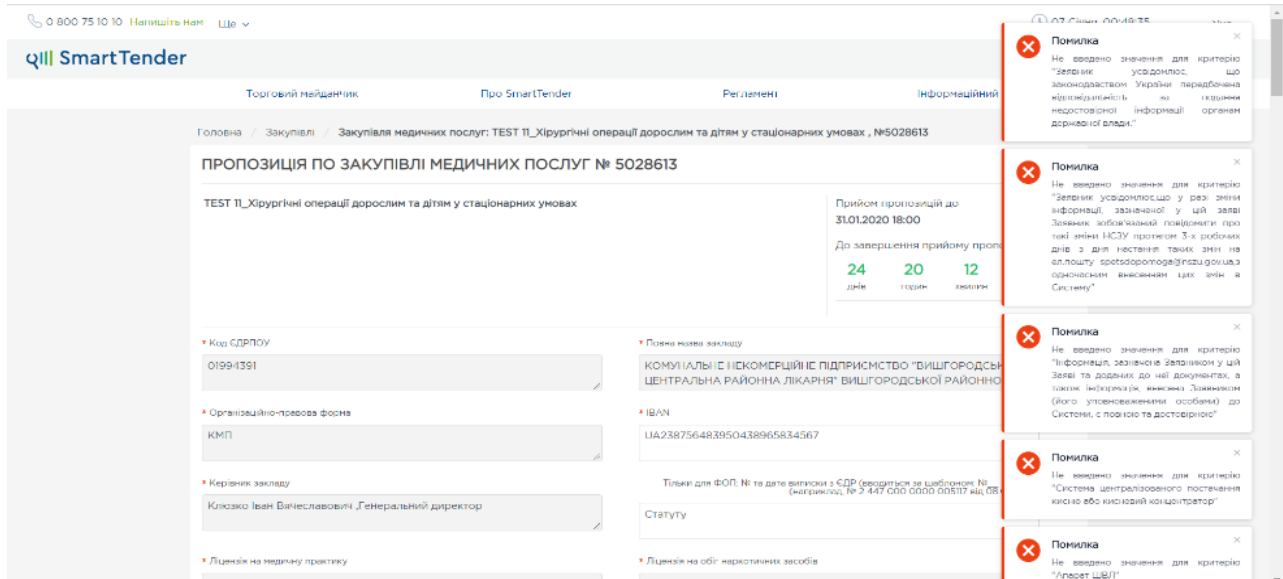
**Важливо!** При внесенні змін до попередньої заяви медичний заклад НЕ може обрати інші групи послуг, ніж було вказано в попередній заяві.

**Алгоритм дій** у разі, якщо не всі поля буде заповнено, після натискання кнопки ПОДАТИ ПРОПОЗИЦІЮ, система покаже перелік помилок.

**Дії:**

- необхідно повернутися до полів з помилками і коректно заповнити їх.
- якщо поля, по яких система видала помилки, відносяться до місця надання послуг, то потрібно перевірити чи по всіх місцях надання послуг, що були додані у список вибору, заповнено інформацію. У разі, якщо заповнювати інформацію за котримось місцем надання послуг непотрібно, необхідно натиснути кнопку СКАСУВАТИ, що розташована під списком вибору.

- після чого знову натиснути кнопку ПОДАТИ ПРОПОЗИЦІЮ.



0 800 75 10 10 [Напишіть нам](#) [Що](#)

**qll SmartTender**

Торговий майданчик Про SmartTender Регламенти Інформаційний

Головна / Закупівлі / Закупівля медичних послуг: TEST П\_Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах , №5028613

### ПРОПОЗИЦІЯ ПО ЗАКУПІВЛІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ № 5028613

TEST П\_Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах

Прийом пропозицій до  
**31.01.2020 18:00**

До завершення прийому пропозицій  
**24** днів **20** годин **12** хвилин

Код ЄДРПОУ  
01994391

Повна назва закладу  
КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО "ВИШГОРОДСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" ВИШГОРОДСЬКОГО РАЙОННО

Організаційно-правова форма  
КМП

ІВАН  
UA238756483950438965834567

Керівник закладу  
Клюшко Іван Віталійович Генеральний директор

Тільки для ФОП: № та дата випуску з ЄДР (вводиться за шаблоном: № [номер], № 2.447.000.0000.005117 від 08

Статусу

Ліцензії на медичну практику

Ліцензії на об'єкт медичних засобів

**Помилка**  
Не введено значення для критерію "Заявки усвідомлює, що законодавством України передбачена відповідальність за надання недостовірної інформації органам державної влади."

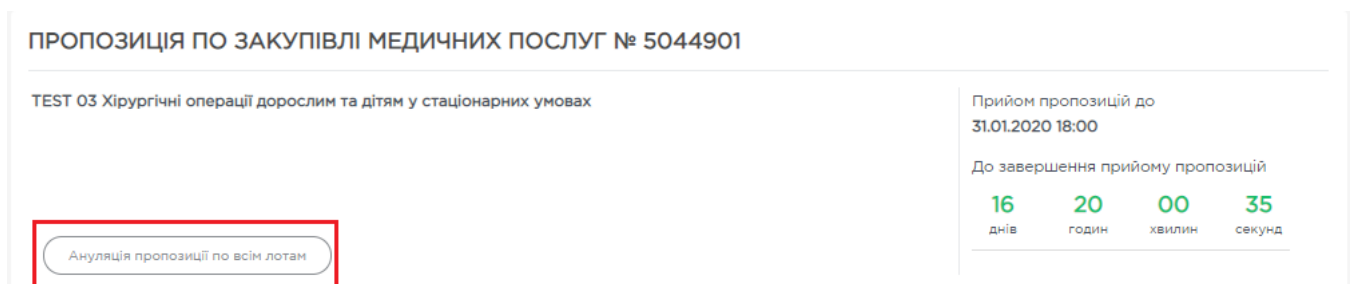
**Помилка**  
Не введено значення для критерію "Заявки усвідомлює, що у разі зміни інформації, зазначеної у цій заяві Заявник зобов'язаний повідомити про такі зміни НСЗУ протягом 3-х робочих днів з дня настання таких змін на ел.пошту [spetsobrotorga@gsz.gov.ua](mailto:spetsobrotorga@gsz.gov.ua) з одностороннім висловленням цих змін в Системі"

**Помилка**  
Не введено значення для критерію "Інформація, зазначена у цій заяві Заяви та додана до неї документи, а також інструкції, вказані Заявником (яког уповноваженої особи) до Системи, є повною та достовірною"

**Помилка**  
Не введено значення для критерію "Система централізованого постачання кисню або кисневий концентратор"

**Помилка**  
Не введено значення для критерію "Апарат ШВЛ"

Якщо потрібно вилучити інформацію по місцю надання послуг, а кнопка **СКАСУВАТИ** відсутня, потрібно скористатися кнопкою **АНУЛЮВАТИ ПРОПОЗИЦІЇ ПО ВСІМ ЛОТАМ**, що розташована у верхній частині заявки



### ПРОПОЗИЦІЯ ПО ЗАКУПІВЛІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ № 5044901

TEST 03 Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах

Прийом пропозицій до  
**31.01.2020 18:00**

До завершення прийому пропозицій  
**16** днів **20** годин **00** хвилин **35** секунд

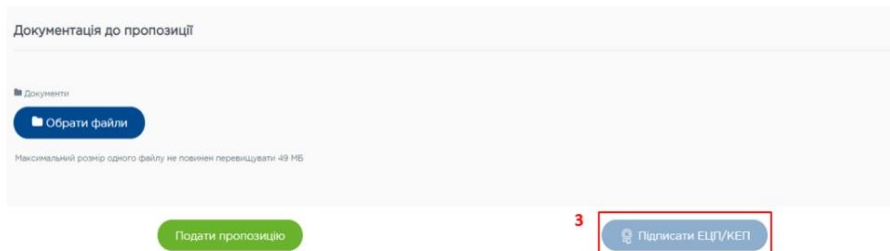
**Ануляція пропозицій по всім лотам**

**Важливо!** Кнопка **АНУЛЮВАТИ ПРОПОЗИЦІЇ ПО ВСІМ ЛОТАМ** повністю вилучає заявку, яку вже було подано

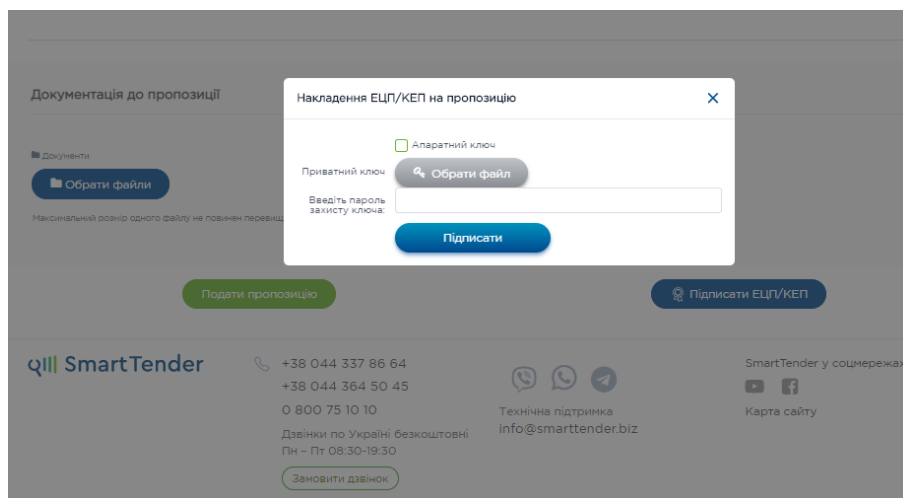
## Накладення КЕП

### Дії:

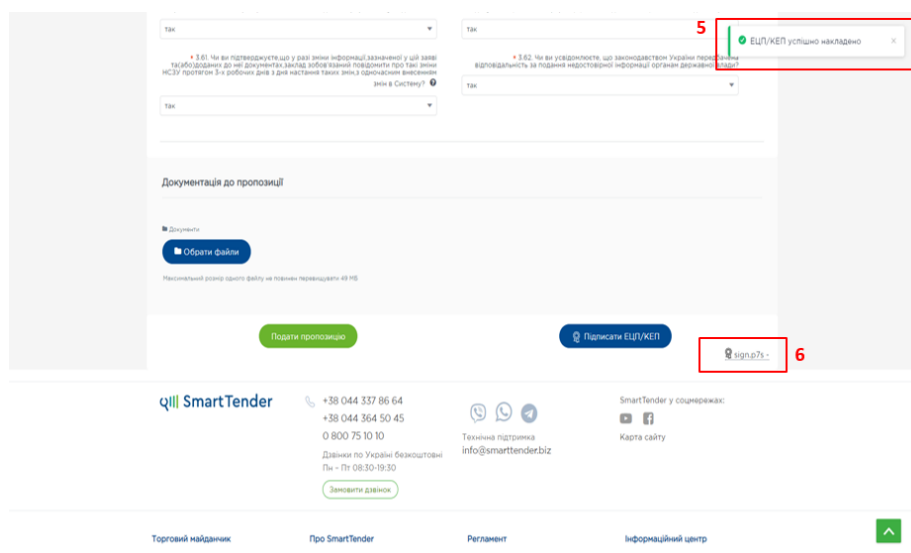
- перед відправкою заяви: перевірте коректність введеної інформації в полях заяви;
- підготуйте ключ та пароль для накладення КЕП.



3. Натиснути кнопку ПІДПИСАТИ КЕП



4. Обрати файл приватного ключа, ввести пароль та натиснути кнопку ПІДПИСАТИ.



КЕП успішно накладено, коли ви: 5.отримали сповіщення 6. наявне зображення відмітки про КЕП

**Важливо!** У разі, якщо заяву буде подавати особа (Виконавець), що не вказана в ЄДР як керівник або підписант, Виконавець робить відповідну помітку (в поле ІНФОРМАЦІЯ УЧАСНИКА вносить ПІБ особи, що підписує заяву) та обов'язково додає до заяви документ, що підтверджує повноваження такої особи – Доручення або Наказ.

**Важливо!** Без накладання КЕП заява вважається недійсною.

**Важливо!** Перевірте уважно всі заповнені поля на коректність і лише потім натисніть кнопку ПІДПИСАТИ КЕП

## Поради щодо подачі заяви

|   | ЯКЩО  | РОЗДІЛ/ ЕТАП | ДІЇ  |
|---|---|--------------|--|
| 1 | в системі ЕСОЗ / eHealth внесено не всю необхідну інформацію і ви намагаєтесь зайти в систему Smart Tender через ЕСОЗ (eHealth) | Авторизація  | 1. Ви отримаєте від системи попередження про надання неповного об'єму інформації та про можливість внести необхідну інформацію.<br>2. Зайдіть в ЕСОЗ (eHealth)<br>3. Введіть інформацію і збережіть її |
| 2 | в систему ЕСОЗ / eHealth внесено некоректну інформацію  | Авторизація  | 1. Ви отримаєте від системи попередження про надання некоректної інформації та про можливість внести виправлення.<br>2. Зайдіть в ЕСОЗ (eHealth)<br>3. Виправте дані і збережіть їх                    |
| 3 | забули пароль для входу в МІС   | Авторизація  | 1. Натисніть кнопку ЗАБУЛИ ПАРОЛЬ<br>2. Введіть електронну адресу, яка зареєстрована в МІС<br>3. Отримайте лист на пошту з новим паролем   |
| 4 | є потреба змінити пароль для входу в МІС  | Авторизація  | 1. Натисніть кнопку ЗМІНИТИ ПАРОЛЬ<br>2. Введіть існуючий пароль для входу в МІС<br>3. Виберіть опцію ЗМІНА ПАРОЛЮ<br>4. Введіть новий пароль<br>5. Збережіть його                                     |
| 5 | Якщо у вашого медичного закладу не зареєстровано жодного лікаря або місця надання послуг  |              | Система SmartTender видасть повідомлення і не зареєструє вас в системі   |

**Важливо!** Якщо при вході в систему SmartTender через ЕСОЗ (eHealth), ви отримали у зареєстровану пошту від системи попередження про надання неповного об'єму інформації. Це означає, що в системі ЕСОЗ (eHealth) внесено не всю необхідну інформацію.

**Дії,** коли в систему ЕСОЗ / eHealth **введено не всю необхідну інформацію** про медичний заклад

- зайдіть в ЕСОЗ (e-Health)
- внесіть інформацію та збережіть її
- зайдіть на сайт <https://nszu.gov.ua/> → ПРО УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРІВ → МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДАМ
- оберіть ОГОЛОШЕННЯ на закупівлю медичної послуги, з надання якої маєте намір укласти договір з НСЗУ.
- в тексті оголошення знайдіть посилання smarttender.biz та перейдіть до подання заяви на послугу
- після переходу відкриється вікно входу.
- натисніть клавішу ВХІД.

**Дії,** коли **забули пароль** для входу в ЕСОЗ (eHealth) або пароль потребує заміни

1



### ВІДНОВЛЕННЯ ПАРОЛЮ ДО СИСТЕМИ ЕНЕАЛТН

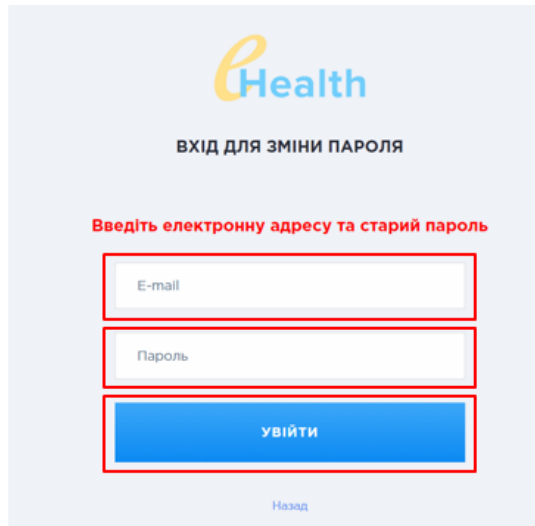
Введіть свою адресу електронної пошти

ДАЛІ

[Назад](#)

Введіть електронну адресу, яка зареєстрована в МІС  
Натисніть ДАЛІ  
Ви отримаєте на пошту, яка зареєстрована в МІС новий пароль

2



eHealth

ВХІД ДЛЯ ЗМІНИ ПАРОЛЯ

Введіть електронну адресу та старий пароль

E-mail

Пароль

увійти

Назад

Введіть електронну адресу, яка зареєстрована в МІС  
Введіть пароль, який ви використовуєте для входу в МІС  
Натисніть УВІЙТИ  
Змініть в системі пароль на новий і збережіть його

**Дії, коли у вашого медичного закладу не зареєстровано жодного лікаря або місця надання послуг:**

- Система SmartTender видасть повідомлення і не зареєструє вас в системі

## Визначення термінів

| № | ТЕРМІН                        | ВИЗНАЧЕННЯ  |
|---|-------------------------------|---|
| 1 | ЗВІТНИЙ ПЕРІОД                | Календарний місяць  |
| 2 | МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ               | послуги з медичного обслуговування населення (послуги з охорони здоров'я), що включені до програми державних гарантій медичного обслуговування населення (далі - програма медичних гарантій), які надавач зобов'язується надавати згідно з цим договором, перелік та обсяг яких визначений у додатках до цього договору.              |
| 3 | МІСЦЕ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ | місце провадження надавачем або його підрядниками господарської діяльності з медичної практики, в якому особам, на яких поширюються державні гарантії медичного обслуговування населення згідно із Законом України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" (далі - пацієнти), надаються медичні послуги. |
| 4 | ПРАЦІВНИК НАДАВАЧА            | медичний працівник, який відповідно до законодавства має право надавати медичну допомогу та перебуває з надавачем або підрядником у трудових відносинах.  |
| 5 | ПІДРЯДНИК                     | заклад охорони здоров'я або фізична особа-підприємець, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та залучені надавачем на підставі договору для надання окремих медичних послуг пацієнтам згідно з цим договором.  |
| 6 | МОНІТОРИНГ                    | спостереження, аналіз та систематизація замовником інформації стосовно виконання надавачем умов цього договору з метою забезпечення належної оплати медичних послуг, що надаються згідно з цим договором, <b>та медичного обслуговування пацієнтів згідно законодавства.</b>  |