

ОГОЛОШЕННЯ

В зв'язку зі збільшенням бюджетних асигнувань в кошторисі закладу по загальному фонду міського бюджету на 2019 по КПКВК 0712010 «Багатопрофільна стаціонарна медична допомога населенню» на суму 13805,73 грн. згідно довідки про зміни до кошторису від 25.02.2019 №40, рік по загальному фонду бюджету медична субвенція на 2019 рік по КПКВК 0712144 «Централізовані заходи з лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет» на суму 158692,00 грн. згідно довідки про зміни до кошторису від 07.05.2019 №140 та по загальному фонду міського бюджету на 2019 по КПКВК 0712144 «Централізовані заходи з лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет» згідно довідки про зміни до кошторису від 13.05.2019 №161 комунальний заклад «Центральна міська лікарня м.Кіровограда» оголошує про проведення відбору суб'єктів господарювання, які будуть відпускати препарати інсулінів за пільговими рецептами лікарів амбулаторного прийому в 2019 році на загальну суму 430497,73 грн.

Критерії відбору суб'єктів господарювання, які будуть здійснювати відпуск препаратів інсуліну на підставі пільгових рецептів лікарів поліклініки КЗ «ЦМЛ м.Кіровограда»

1. Наявність ліцензії на право здійснення діяльності з реалізації лікарських засобів.
2. Наявність договорів з постачальниками по повному асортименту препаратів для осіб, хворих на цукровий та нецукровий діабет.
3. Забезпечення належних вимог при отриманні, зберіганні, транспортуванні та відпуску препаратів інсуліну (наявність приміщень з холодильними камерами чи холодильниками; наявність спеціалізованого автотранспорту).
4. Наявність кваліфікованого персоналу для приймання, обліку, контролю якості та відпуску препаратів інсуліну.
5. Наявність технічного забезпечення для ведення єдиного електронного реєстру відпущених лікарських засобів для хворих на цукровий та нецукровий діабет.
6. Надання закладу звітності згідно з установленими формами (реєстри).
7. Цінові пропозиції на лікарські засоби та відомості про дотримання вимог постанови Кабінету Міністрів України від 23 березня 2016 р. №239 «Деякі питання відшкодування вартості препаратів інсуліну» та інших нормативно-правових актів чинного законодавства щодо ціноутворення на препарати інсулінів під час встановлення відпускних цін на препарати.

Строк подання копій документів на підтвердження критеріям відбору: **з 14.05.2019р. по 16.05.2019р.**

Місце подання: м. Кіровоград, вул. Дворцова, 45/35.

Відповідальна особа: юрисконсульт Соколовська Н.В.

Контактний телефон: 099-766-27-05.

Головний лікар



О. Артюх

**ДЛЯ ПРИЙНЯТТЯ УЧАСТІ В КОНКУРСІ СУБ'ЄКТ ГОСПОДАРЮВАННЯ
ПОВИНЕН НАДАТИ В СТРОКИ, ЗАЗНАЧЕНІ В ОГОЛОШЕННІ НАСТУПНІ
ДОКУМЕНТИ:**

1. Цінова пропозиція (з урахуванням ПДВ)	За підписом керівника
2. Копія ліцензії на право здійснення діяльності з реалізації лікарських засобів.	Копія ліцензії засвідчена керівником
3. Довідка в довільній формі, в якій суб'єкт господарювання гарантує наявність договорів з постачальниками по повному асортименту препаратів для осіб, хворих на цукровий та нецукровий діабет	За підписом керівника
4. Довідка в довільній формі, що засвідчує можливість забезпечення суб'єктом господарювання вимог "холодового ланцюга" при отриманні, зберіганні, транспортуванні та відпуску препаратів інсуліну: 1) наявність приміщень з холодильними камерами чи холодильниками; 2) наявність спеціалізованого автотранспорту та наявність структурних підрозділів, що забезпечать територіальну зручність для обслуговування пацієнтів	За підписом керівника
5. Довідка в довільній формі, що містить інформацію про наявність у суб'єкта господарювання кваліфікованого персоналу для приймання, обліку, контролю якості та відпуску препаратів інсуліну.	За підписом керівника
6. Довідка про наявність у суб'єкта господарювання можливості технічного забезпечення для ведення єдиного електронного реєстру відпущених лікарських засобів для хворих на цукровий та нецукровий діабет (ведення комп'ютерного обліку хворих та обліку відпуску препаратів інсуліну).	За підписом керівника
7. Довідка про зобов'язання суб'єкта господарювання надавати закладу охорони здоров'я звітність за встановленими формами.	За підписом керівника
8. Довідка про те, що цінові пропозиції суб'єкта господарювання складені з урахуванням вимог постанови Кабінету Міністрів України від 23 березня 2016 р. №239 «Деякі питання відшкодування вартості препаратів інсуліну» та встановлення відпускних цін на інсуліни після укладання Договору відшкодування буде здійснюватись з урахуванням вимог нормативно-правових актів чинного законодавства щодо ціноутворення на препарати інсулінів під час встановлення відпускних цін на ці препарати	За підписом керівника
9. Довідка про досвід роботи суб'єкта господарювання з реалізації пілотних проектів або виконання аналогічних програм.	За підписом керівника
10. Довідка в довільній формі, що засвідчує те, що суб'єкта господарювання гарантує надання достовірної інформації в наданих документах	За підписом керівника

*** Орієнтовний перелік препаратів інсулінів на 2019 рік по КЗ "Центральна міська лікарня м.Кіровограда"**

№ з/п	Найменування препарату та формами випуску
1	Хумодар Р100Р фл 10 мл по 100 МО/мл
2	Хумодар Б100Р фл 10 мл по 100 МО/мл
3	Хумодар К25 100Р фл 10 мл по 100 МО/мл
4	Хумодар Р100Р картр 3 мл по 100 МО/мл 5 картр в упак.
5	Хумодар Б100Р картр 3 мл по 100 МО/мл 5 картр в упак.
6	Хумодар К25 100Р картр 3 мл по 100 МО/мл 5 картр в упак.
7	Фармасулін Н фл 10 мл по 100 МО/мл
8	Фармасулін ННР фл 10 мл по 100 МО/мл
9	Фармасулін Н30/70 фл 10 мл по 100 МО/мл
10	Фармасулін Н картр 3 мл по 100 МО/мл 5 картр в упак.
11	Фармасулін ННР картр 3 мл 100 МО/мл 5 картр в упак.
12	Фармасулін Н30/70 картр 3 мл по 100 МО/мл 5 картр в упак.
13	Айлар картр 3 мл по 100 МО/мл 5 картр в упак.
14	Актрапід НМ фл 10 мл по 100 МО/мл
15	Протафан НМ фл 10 мл по 100 МО/мл
16	Мікстард НМ фл по 10 мл 100 МО/мл
17	Актрапід НМ картр 3 мл по 100 МО/мл 5 картр в упак.
18	Протафан НМ картр 3 мл по 100 МО/мл 5 картр в упак.
19	Мікстард НМ картр по 3 мл по 100 МО/мл 5 картр в упак.
20	НовоРапід ФлексПен шприц-ручка 3 мл по 100 МО/мл 5 шприц-ручок в упак.
21	Левемір ФлексПен шприц-ручка 3 мл по 100 МО/мл 5 шприц-ручок в упак.
22	НовоМікс ФлексПен шприц-ручка 3 мл по 100 МО/мл 5 шприц-ручок в упак.
23	Епайдра СолоСтар 3 мл по 100 МО/мл 5 шприц-ручок в упак.
24	Лантус СолоСтар 3 мл по 100 МО/мл 5 шприц-ручок в упак.
25	Тожео СолоСтар 3 мл по 300 МО/мл 3 шприц-ручки в упак.
26	Хумулін Р шприц-ручка 3 мл по 100 МО/мл 5 шприц-ручок в упак.
27	Хумулін НПХ шприц-ручка 3 мл по 100 МО/мл 5 шприц-ручок в упак.
28	Інсуман Рапід фл 5 мл по 100 МО/мл 5фл в упак.
29	Інсуман Базал фл 5 мл по 100 МО/мл 5фл в упак.
30	Інсуман Комб фл 5 мл по 100 МО/мл 5фл в упак.
31	Інсуман Рапід картр 3 мл по по 100 МО/мл 5 картр в упак.
32	Інсуман Базал картр 3 мл по 100 МО/мл 5 картр в упак.
33	Інсуман Комб картр 3 мл по 100 МО/мл 5 картр в упак.
34	Хумодар Р100Р фл 5мл по 100 МО мл
35	Фармасулін Н фл 5мл по 100 МО мл
36	Хумодар Б100Р фл 5 мл по 100 МО/мл
37	Фармасулін ННР фл 5 мл по 100 МО/мл
38	Фармасулін Н30/70 фл 5 мл по 100 МО/мл
39	Хумодар К25 100Р фл 5 мл по 100 МО/мл
40	Десмопресин назальний спрей 5мл у флаконах.
41	Тресіба Флекс Тач,карт.3мл по100МО/мл 5 карт.в упак

* Види зазначених препаратів інсуліну можуть бути змінені протягом строку дії договору в залежності від потреби пацієнтів. В разі появи хворого, якому показаний інший вид інсуліну, ніж передбачений в переліку, адміністрацією закладу буде додатково повідомлено суб'єкта господарювання шляхом направлення відповідного листа або в телефонному режимі.