

**BOSNA I HERCEGOVINA
FEDERAIJE BOSNE I HERCEGOVINE
UNSKO-SANSKI KANTON
ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA UNSKO-SANSKOG KANTONA BIHAĆ**

**Broj: 03-37-3748/17
Bihać, 19.05.2017. godine**

Na osnovu člana 8. stav 1. Zakona o javnim nabavkama („Službeni glasnik BiH“, 39/14), člana 7. stav 3. i 4. Pravilnika o postupku dodjele ugovora o uslugama iz Aneksa II Dio B Zakona o javnim nabavkama („Službeni glasnik BiH“, broj 66/16), člana 52. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, broj: 46/10 i 75/13), člana 33. Statuta Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona (broj: 01-05-3150/15 od 18.05.2015. godine) i odluke Upravnog odbora Zavoda zdravstvenog osiguranja broj: 01-14-3601/17 od 15.05.2017. godine, direktor Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona objavljuje

**Javni poziv za dostavu ponuda
za realizaciju dijela Programa tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite
za osigurana lica sa područja Unsko-sanskog kantona za 2017. godinu
za djelatnost oftalmologije**

Sredstva za realizaciju navedenog Programa planirana su u Finansijskom planu Zavoda za 2017. godinu.

Imajući u vidu navedeno pozivamo Vas da učestvujete u postupku dodjele ugovora o uslugama utvrđenim u Aneksu II. Dio B. Pravilnika o postupku dodjele ugovora o uslugama iz Aneksa II dio B. Zakona o javnim nabavkama ("Službeni glasnik BiH" broj: 39/14).

1. NAZIV UGOVORNOG ORGANA

Ugovorni organ: Zavod zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona
Adresa: ulica V korpusa 10, 70 000 Bihaća
Identifikacijski broj:
Telefon: 037/222 971, 037/ 220 077
Faks: 037/222 971
Web kontakt: www.zzousk.ba

2. OPIS PREDMETA NABAVKE I TEHNIČKE SPECIFIKACIJE

Predmet javne nabavke je pružanje usluga zdravstvene zaštite tercijarnog nivoa iz djelatnosti oftalmologije a koja će se pružati osiguranim licima sa područja Unsko-sanskog kantona saglasno Programu zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za 2017. godinu za djelatnost oftalmologije.

Program zdravstvene zaštite iz djelatnosti oftalmologije obuhvata sljedeće:

1. Konsultativno-specijalistička zdravstvena zaštita;
1. bolnička zdravstvena zaštita

U pogledu sposobnosti za obavljanje usluga koje su predmet Javnog paziva, ponuđač mora ispunjavati minimalno sljedeće uslove:

- a) da je sjedište ponuđača na području Federacije Bosne i Hercegovine i da je ponuđač registrovan kod nadležnog organa za obavljanje djelatnosti koja je predmet nabavke;

Dokaz: Aktuelni Izvod o registraciji iz sudskog registra ili posebnai izjava/potvrda nadležnog organa kojim se dokazuje da je registrovan za obavljanje profesionalne djelatnosti koja je u vezi sa predmetom nabavke.

- b) Da se ponuđač ne nalazi u sukobu interesa;

Dokaz: Izjava ovlaštenog lica da ponuđač nije u sukobu interesa popunjenu u skladu sa članom 52. Zakona (prilog, Aneks 2.), ovjerenu kod nadležnog organa u formi i na način propisan Zakonom.

- c) Da je ponuđač ispunio obaveze u vezi s plaćanjem penzijskog i invalidskog osiguranja i zdravstvenog osiguranja, u skladu sa važećim propisima u Bosni i Hercegovini ili propisima zemlje u kojoj je registriran;

Dokaz: Uvjerenje nadležnih institucija kojim se potvrđuje da je kandidat/ponuđač izmirio dospjele obaveze, u vezi s plaćanjem direktnih poreza i doprinosa iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (penzijsko i invalidsko osiguranje, zdravstveno osiguranje i osiguranje od nezaposlenosti).

- d) Da je ponuđač ispunio obaveze u vezi s plaćanjem indirektnih poreza, u skladu sa važećim propisima u Bosni i Hercegovini ili propisima zemlje u kojoj je registriran;

Dokaz: Uvjerenje nadležnih institucija kojim se potvrđuje da je kandidat/ponuđač izmirio dospjele obaveze, u vezi s plaćanjem indirektnih poreza

Ponudač u svrhu dokazivanja ispunjenja obaveza iz tačke c) i d) može dostaviti izjavu ovjerenu od strane nadležnog organa, ili dostaviti kopiju dokumenata. Nadležni organ za ovjeru navedenih izjava je organ uprave ili notar. Izjava ne smije biti starija od 15 dana od dana predaje ponude ugovornom organu. Izjavu daje osoba koja je po Zakonu ovlaštena za zastupanje ponuđača.

U slučaju dodjele ugovora, izabrani ponuđač je dužan, u roku od 5 kalendarskih dana od dana zaprimanja obavještenja o rezultatima postupka, na Protokol Zavoda u originalu ili ovjerenoj kopiji od strane nadležne institucije dostaviti dokaze o izmirenim obavezama u vezi s plaćanjem penzijskog i invalidskog osiguranja i zdravstvenog osiguranja te indirektnih poreza.

U slučaju da zdravstvena ustanova nije u sistemu PDV-a, obavezna je dostaviti Uvjerjenje nadležnog organa da ista nije u sistemu PDV-a.

e) U slučaju da ponuđač u svojoj ponudi naznači da će dio ugovora dati podugovaraču, mora se izjasniti koji dio (opisno ili procentualno) će dati podugovaraču, a prema sljedećem redu prioriteta:

1. ugovorom sa drugom ugovornom zdravstvenom ustanovom Zavoda,
2. ugovorom o dopunskom radu,
3. angažovanjem zdravstvenih radnika iz privatne prakse i
4. angažovanjem zdravstvenih profesionalaca iz reda neangažovanih i penzionisanih radnika.

Dokaz: Izjava odgovornog lica da li planira predmet javne nabavke prenijeti na podugovarača (Prilog:Aneks 3)

Napomena:

Ponuđač je obavezan dostaviti dokaze iz tačke 2. pod a) i b) ovjerene kod nadležnog organa ili notara, pri čemu datum ovjere ne može biti stariji od tri mjeseca od dana objavljivanja Javnog poziva.

Ugovorni organ zadržava pravo provjere tačnosti datih podataka u dostavljenoj ponudi.

Pored dokaza koji se odnose na sposobnost za obavljanje usluga koje su predmet Javnog poziva, ponuđač je u obavezi dostaviti i popunjen

- Aneks 4. – Podaci o ponuđaču

Svi Aneksi Javnog poziva moraju biti potpisani i ovjereni od strane ponuđača.

3. Pored navedenih dokaza ponuđači su obavezni dostaviti i sljedeće izjave:

- a) Izjava ponuđača da prihvata Program tercijarne zdravstvene zaštite (Specifikacija u prilogu-Aneks 1);
- b) Izjava ponuđača o prihvatanju cijena zdravstvenih usluga utvrđenih propisima na nivou Federacije Bosne i Hercegovine- Tarifa zdravstvenih usluga u Federaciji BiH;
- c) Izjava ponuđača da će zdravstvene usluge osiguranim licima Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona pružati po propisima koji važe na području kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja na kome se nalazi sjedište ponuđača, a u skladu sa člana 39. Zakon o zdravstvenom osiguranju.
- d) Izjava ponuđača da će dijagnostičke usluge MRI i CT pružati osiguranim licima Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona po cijenama kojima navedene usluge pruža osiguranim licima sa područja kantona gdje je sjedište ponuđača, Uz izjavu dostaviti i akt nadležnog Zavoda zdravstvenog osiguranja o priznatoj cijeni navedih usluga.
- e) Izjava ponuđača o ispunjavanju uvjeta za pružanje visokodiferenciranih zdravstvenih usluga u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, Zakonom o zdravstvenom osiguranju i drugim podzakonskim aktima;
- f) Izjava ponuđača da će zdravstvene usluge pružati blagovremeno i da neće formirati Liste čekanja kod pružanja zdravstvenih usluga;
- g) Izjava ponuđača da će za osigurana lica Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona, a zbog teritorijalne udaljenosti, u kontinuitetu trajanja ugovora imati obezbjeđene dovoljne smještajne kapacitete;
- h) Izjava ponuđača o posjedovanju stručnog kadra, te da će u toku trajanja ugovora u kontinuitetu obezbjeđivati adekvatan stručni kadar kada se za istim ukaže potreba, a radi ispunjenja Programa;
- i) Izjava ponuđača o prihvatanju kriterija, evaluacije i kontroli izvršenja ugovora;

4. PROCJENJENA VRIJEDNOST NABAVKE

Procjenjena vrijednost nabavke iznosi 75.490,40 KM.

4. KRITERIJ ZA IZBOR PONUDE

Dostupnost i kompletnost zdravstvene zaštite sa aspekta obuhvata osiguranih lica i obima realizacije disciplina utvrđenih programom iz tačke 2. ovog Poziva i specifikacijom u Aneksu 1.

6. IZJAVA IZ ČLANA 52. STAV 2. ZAKONA

Ponuda svakog ponuđača koji se nalazi u sukobu interesa, kao i ponuda ponuđača koji je sadašnjem ili bivšem zaposleniku ugovornog organa dao ili je spreman dati mito u obliku novčanih sredstava ili u bilo kojem

nenovčanom obliku, s ciljem ostvarivanja uticaja na radnju, odluku ili tok postupka javne nabavke biti će odbijena u skladu sa važećim propisima u Bosni i Hercegovini, u tom slučaju ugovorni organ će u pisanoj formi obavijestiti ponuđača i Agenciju o odbijanju takve ponude, kao i razlozima odbijanja.

Svaki ponuđač dužan je potpisati izjavu iz tačke 2. pod b) Javnog poziva.

7. NAČIN DOSTAVLJANJA PONUDA

Ponude se mogu dostaviti lično ili putem pošte.

Ponuda mora biti otkucana ili napisana neizbrisivom tintom.

8. ADRESA NA KOJU SE DOSTAVLJAJU PONUDE

Zavod zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona, ulica V korpusa 10, 70 000 Bihać.

9. PERIOD ZAKLJUČIVANJA UGOVORA

Ugovor se zaključuje na period od jedne godine, odnosno do 31.12.2017. godine.

10. KRAJNJI ROK ZA DOSTAVU PONUDA

Ponude se dostavljaju najkasnije do 30.05.2017. godine do 12 sati.

Ponude dostavljene nakon ovog roka neće se razmatrati i iste će se vratiti ponuđaču neotvorene.

Ugovorni organ će provesti pregovaranja sa ponuđačima koji dostave ponude, u terminima koji će biti utvrđeni naknadno.

11. KONTAKT OSOBA

Samira Sijamhodžić, dipl.iur

Tel.037/220-077

e-mail: info@zzousk.ba

Prilog:

- Aneks 1. - Program tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za osigurana lica sa Unsko-sanskog kantona iz djelatnosti oftalmologije koja će se pružati van područja kantona u toku 2017 godine;
- Aneks 2. - Pismena izjava iz člana 52. Zakona o javnim nabavkama
- Aneks 3. - Izjava za podugovaranje,
- Aneks 4. - Podaci o ponuđaču,

DIREKTOR
Almin dr Handanagić,
spec. interne medicine, s.r.

PROGRAM ZDRAVSTVENE ZAŠTITE O PRUŽANJU ZDRAVSTVENIH USLUGA IZ OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZA UNSKO-SANSKI KANTON-

TERCIJARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA IZ DJELATNOSTI OFTALMOLOGIJE

R.br.	PROGRAMI ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	IZNOS
I	PROGRAM TERCIJARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	
1	SPECIJALISTIČKO-KONSULTATIVNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA	22.628,00
5	BOLNIČKA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA	52.862,40
	UKUPNO I	75.490,40

Sastav tima iz djelatnosti oftalmologije treba biti u skladu sa Standardima i normativima

**PISMENA IZJAVA
IZ ČLANA 52 ZAKONA O JAVNIM NABAVKAMA**

Ja, niže potpisani _____ sa ličnom kartom broj: _____ izdatom od
(Ime i prezime)
_____, u svojstvu predstavnika _____, ID broj: _____ čije
(Zdravstvena ustanova)
sjedište se nalazi u _____ na adresi _____
(Grad/općina) (Ulica i broj)
kao kandidat/ponuđač u postupku javne nabavke
_____ a kojeg
(Navesti tačan naziv javne nabavke)

provodi ugovorni organ Zavod zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona, za koju je objavljen poziv za dostavu ponuda broj: _____ od _____, a u skladu sa članom 52. stav (2) Zakona o javnim nabavkama pod punom materijalnom i kaznenom odgovornošću :

IZJAVLJUJEM

1. Nisam ponudio mito ni jednom licu uključenom u proces javne nabavke, u bilo kojoj fazi procesa javne nabavke.
2. Nisam dao, niti obećao dar, ili neku drugu povlasticu službenom ili odgovornom licu u ugovornom organu, uključujući i strano službeno lice ili međunarodnog službenika, u cilju obavljanja u okviru službene ovlasti, radnje koje ne bi trebalo da izvrši, ili se suzdržava od vršenja cijela koje treba izvršiti on, ili neko ko posreduje pri takvom podmićivanju službenog ili odgovorna lica.
3. Nisam dao ili obećao dar ili neku drugu povlasticu službenom ili odgovornom licu u ugovornom organu uključujući i strano službeno lice ili međunarodnog službenika, u cilju da obavi u okviru svoje službene ovlasti, radnje koje bi trebalo da obavlja, ili se suzdržava od obavljanja radnji, koje ne treba izvršiti.
4. Nisam bio uključen u bilo kakve aktivnosti koje za cilj imaju korupciju u javnim nabavkama.
5. Nisam sudjelovao u bilo kakvoj radnji koja je za cilj imala korupciju u toku predmeta postupka javne nabavke.

Davanjem ove izjave, svjestan sam kaznene odgovornosti predviđene za kaznena djela primanja i davanja mita i kaznena djela protiv službene i druge odgovornosti i dužnosti utvrđene u Kaznenim zakonima Bosne i Hercegovine.

Izjavu dao:

Mjesto i datum davanja izjave:

Potpis i pečat nadležnog organa:

M.P.

(naziv ponuđača)

(adresa i sjedište ponuđača)

(mjesto)

(datum)

IZJAVA

Izjavljujem da **planiramo / ne planiramo*** predmet javne nabavke u postupku dodjele ugovra za realizaciju Programa zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za 2017. godinu prenijeti na podugovarača.

U slučaju da ponuđač u svojoj ponudi naznači da će dio ugovora dati podugovaraču, **izjavom se obavezuje da će prilikom podugovaranja poštovati sljedeći red prioriteta:**

1. ugovorom sa drugom ugovornom zdravstvenom ustanovom Zavoda,
2. ugovorom o dopunskom radu,
3. angažovanjem zdravstvenih radnika iz privatne prakse i
4. angažovanjem zdravstvenih profesionalaca iz reda neangažovanih i penzionisanih radnika.

Izjašnjenje ponuđača – opisno ili procentualno- koji dio daje podugovaraču:

Izjava se daje u svrhu učestvovanja u postupku dodjele ugovora za realizaciju programa zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za 2017. godinu.

M.P.

Ovlašteno lice ponuđača

*nepotrebno precrtati.

Podaci o ponuđaču

1. tačan naziv ponuđača:

2. broj fiksnog telefona: _____

3. Broj mobilnog telefona: _____

4. Broj faksa: _____

5. e-mail: _____

Web stranica: (neobavezno) _____

6. Sjedište ponuđača- Adresa: _____

7. Broj žiro računa i naziv banke: _____

8. Ovlašteno lice za zastupanje ponuđača (stručno zvanje, ime prezime i funkcija):

9. Ovlašteno lice za potpisivanje ugovora (stručno zvanje, ime prezime i funkcija):

10. Ostali podaci koje ponuđač smatra bitnim za postupak (neobavezno):

M.P.

Ovlašteno lice ponuđača

Prijava na Javni poziv
za realizaciju dijela Programa tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite iz
obaveznog zdravstvenog osiguranja za osigurana lica sa područja Unsko-sanskog kantona
za 2017. godinu za djelatnost oftalmologije

Naziv pravnog subjekta	
Adresa, broj telefona/fax-a i e-mail	
ID broj (identifikacijski broj)	

Podaci o osobi ovlaštenoj za zastupanje	
Ime i prezime	
Telefon/fax	
e-mail	

Dodatne informacije	Uz prijavu se dostavlja sva dokumentacija tražena javnim pozivom broj: 03-37-3632/17 od 16.05.2017., a koja se odnosi na ličnu sposobnost lica kao i ovjerene izjave Otrazene Pozivom.
----------------------------	--

Datum prijave na javni poziv

M.P.

Potpis ovlaštenog lica