



Saglasno odredbama člana 37., 38. i 99. alineja 4. Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službene novine Federacije BiH“, br. 30/97, 7/02, 70/08, 48/11 i 36/18), a na osnovu člana 2. stav 2. Odluke o kriterijima, načinu i uslovima ugovaranja sa apotekama na Unsko-sanskom kantonu („Službeni glasnik Unsko-sanskog kantona“, broj 16/08), Zavod zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona upućuje

JAVNI POZIV

svim apotekama za dostavljanje prijava u svrhu produženja i uspostavljanja ugovornog odnosa sa Zavodom zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona

I. PREDMET UGOVARANJA

Predmet ugovaranja su usluge izdavanja lijekova, sanitarnih sprava i pomagala za dijabetičare osiguranim licima Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona (u daljem tekstu: Zavod) koja se mogu propisivati i izdavati na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

II. PRAVO NA USPOSTAVLJANJE UGOVORNOG ODNOSA

Pravo na uspostavljanje ugovornog odnosa imaju sve apoteke koje su osnovane, organizirane i vrše djelatnost u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Službene novine Federacije BiH“, br. 46/10 i 75/13) i Zakona o apotekarskoj djelatnosti („Službene novine Federacije BiH“, br. 40/10), i koje posjeduju važeće Rješenje Ministarstva zdravstva, rada i socijalne politike Unsko-sanskog kantona o ispunjavanju uvjeta prostora, kadra i opreme za obavljanje apotekarske djelatnosti, a koje je izdato za apoteku, privatnu apotekarsku praksu ili ogranak, a za objekat na području Unsko-sanskog kantona u kojem se žele izdavati lijekovi sa Liste lijekova iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, sanitarne sprave i pomagala za dijabetičare koja se mogu propisivati i izdavati na teret sredstava Zavoda.

III. SADRŽAJ PRIJAVE

Prijava treba sadržavati slijedeće dokumente i podatke:

1. Za apoteke koje su već u ugovornom odnosu za zavodom zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona:

- Naziv i adresa apoteke, broj telefona, broj faksa, e-mail, podaci o rukovodiocu koji je odgovoran za stručni rad u apoteci i podaci o osobi ovlaštenoj za zastupanje, spisak zaposlenih - Obrazac 1;
- Popis, naziv i tačne adrese ogranaka i depoa, s brojevima telefona i podacima o rukovodiocu odgovornom za stručni rad – Obrazac 2;
- Kopija rješenja o registraciji i/ili Rješenja Ministarstva zdravstva, rada i socijalne politike Unsko-sanskog kantona o ispunjavanju uvjeta u pogledu prostora, kadra i medicinsko-tehničke opreme;
- Potpisana i ovjerena izjava od strane odgovornog lica apoteke/ogranka/depoa ovjerena kod nadležnog organa uprave ili notara - Obrazac 3.
- Potpisana i ovjerena izjava od strane ovlaštenog lica apoteke ovjerena kod nadležnog organa uprave ili notara - Obrazac 4.

2. Za apoteke koje se prvi put javljaju radi uspostavljanja ugovornog odnosa sa zavodom zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona:

- Naziv i adresa apoteke, broj telefona, broj faksa, e-mail, podaci o rukovodiocu koji je odgovoran za stručni rad u apoteci i podaci o osobi ovlaštenoj za zastupanje - Obrazac 1;
- Popis, naziv i tačne adrese ogranaka i depoa, s brojevima telefona i podacima o rukovodiocu odgovornom za stručni rad – Obrazac 2;
- Kopija rješenja o registraciji i/ili Rješenja Ministarstva zdravstva, rada i socijalne politike Unsko-sanskog kantona o ispunjavanju uvjeta u pogledu prostora, kadra i medicinsko-tehničke opreme;
- Uvjerjenje o poreznoj registraciji – ID broj apoteke/ogranka/depoa;

- e) Potvrda nadležne porezne uprave o izmirenim obavezama poreznog obveznika po osnovu doprinosa za penziona i zdravstveno osiguranje, s popisom zaposlenika;
- f) Potvrda banke o solventnosti;
- g) Uvjerenje nadležnog suda ili organa uprave kod kojeg je registriran kandidat kojim se dokazuje da nije pod stečajem niti je predmet stečajnog postupka, da nije predmet postupka likvidacije, odnosno da nije u postupku obustavljanja poslovne djelatnosti;
- h) Da ovlašteno lice apoteke nije oglašeno krivim za težak profesionalni propust počinjen tokom perioda od tri godine prije početka ovog postupka. Navedena izjava se dostavlja ovjerena od strane nadležnog organa. Ukoliko se naknadno dođe do informacija da je ovlašteno lice oglašeno krivim za težak profesionalni propust bit će neposredno primjenjena zakonska odredba regulisana ugovorom – Obrazac IV.
- i) Fotokopija licence za magistre farmacije i fotokopija diplome fakulteta za zvanje magistra farmacije, odnosno fotokopija svjedočanstva za zvanje farmaceutske tehničar i dokaz o položenom stručnom ispitu;
- j) Potpisane i ovjerene izjave:
 - a) Da prihvata izdavanje lijekova na recept osiguranim licima Zavoda s Liste lijekova iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Unsko-sanskom kantonu, a po cijenama utvrđenim tom listom;
 - b) Da prihvata sve izmjene i dopune Liste lijekova u smislu odluka Vlade Unsko-sanskog kantona i usklađivanja s listom lijekova u Federaciji BiH;
 - c) Da prihvata odgođeno plaćanje do 60 dana;
 - d) Da će vršiti usaglašavanje softvera sa softverskim rješenjem Zavoda za praćenje potrošnje i izdavanja lijekova s Liste lijekova, i korištenje aplikacije u vlasništvu Zavoda zdravstvenog osiguranja USK-a za realizaciju e-recepta;
 - e) Da će obezbijediti nabavku bar kod skenera u svojim poslovno-prodajnim objektima koji su neophodni za realizaciju e-iskaznice.
 - f) Da će u toku ugovornog perioda obezbijediti blagovremeno i kontinuirano snabdjevanje osiguranih lica svim lijekovima sa Liste lijekova (u kontinuitetu obezbijediti kompletan asortiman u svojim poslovno-prodajnim objektima);
 - g) Da će nabavljanje lijekova sa Liste lijekova vršiti u skladu s važećim propisima kojima se reguliše promet lijekova, od pouzdanih i registriranih dobavljača, vodeći računa da isti imaju odgovarajuće dozvole/ovlaštenja/ugovore od proizvođača lijeka;
 - h) Da prihvata izdavanje sanitarnih sprava i pomagala za dijabetičare. a u skladu sa važećom Odlukom o obimu prava na korištenje ortopedskih i drugih pomagala, zuboprotetske pomoći i zuboprotetskih nadomjestaka koji se obezbjeđuju u Zavodu zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona i važećeg Privremenog uputstva o načinu i postupku za odobravanje izdavanja ortopedskih i drugih pomagala
 - i) Da će kontinuirano ispunjavati uslove propisane zakonskim i podzakonskim aktima kojima se reguliše oblast apotekarske djelatnosti i zdravstvene zaštite;
 - j) Da će u vezi s naplatom neposrednog učešća bez izuzetka postupati u skladu s važećom Odlukom o neposrednom učešću osiguranih lica u troškovima korištenja zdravstvene zaštite na području Unsko-sanskog kantona;
 - k) Da je saglasna da će joj za izdavanje lijekova Zavod plaćati naknadu po realiziranom receptu u visini od (1,00 KM sa PDV-om);
 - l) Da je saglasna da Zavod tokom cijele godine neprekidno obavlja kontrolu izvršenja prava i obaveza utvrđenih ugovorom, putem odjeljenja kontrole Zavoda zdravstvenog osiguranja USK-a;

Odgovorno lice apoteke/ogranka je obavezno da izjave o svojevrijednom prihvatanju uslova Javnog poziva (a što su i elementi ugovora) tražene pod tačkom III 1.d) i 2. J) a sačinjene na obrazcu III u prilogu ovog Poziva potpiše i ovjeri pečatom apoteke.

IV. DOSTAVLJANJE PRIJAVE

Obrazac prijave na javni poziv može se preuzeti na internet stranici Zavoda www.zzousk.ba. Prijavu sa svom traženom dokumentacijom dostaviti lično ili preporučenom poštom u zatvorenoj koverti na adresu Zavoda, ulica 5. Korpusa 10, Bihać, s naznakom „Prijava po Javnom pozivu, ne otvarati, otvara Komisija!“.

Prijave moraju biti zapečaćene s naznakom adrese i kontakt telefona.

V. ROK ZA DOSTAVU PRIJAVE

Prijave na javni poziv se dostavljaju do 15.11.2024. godine. Sve apoteke koje budu ispunjavale propisane uvjete u skladu sa ovim Javnim pozivom biće blagovremeno obaviještene o datumu i mjestu potpisivanja ugovora.

Ugovori će se zaključiti samo sa onim apotekama koje se blagovremeno prijave i zadovolje uvjete iz ovog Javnog poziva. Ugovor se zaključuje na period od dvije godine.

Ukoliko u toku trajanja ugovora zaključenih po ovom Pozivu počne sa radom nova apoteka ili apoteka sa kojom je zaključen ugovor otvori novu organizacionu jedinicu, sa njima će se zaključiti ugovor, odnosno aneks postojećeg ugovora, pod uslovima iz ovog Javnog poziva.

VI. OSTALE ODREDBE

Zavod ne snosi nikakve troškove apoteke u postupku po Javnom pozivu, te zadržava pravo poništenja Javnog poziva ili neprihvatanja niti jedne prijave, prije zaključenja ugovora, i pri tome ne snosi nikakvu odgovornost prema apotekama.

Nepotpune i neblagovremene prijave, neće biti razmatrane.

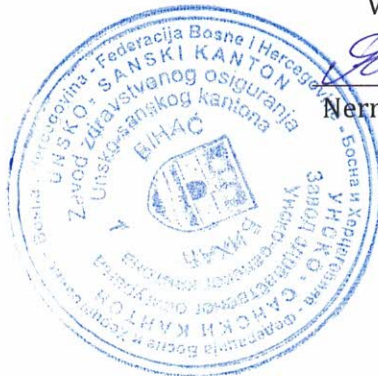
Za sve dodatne informacije u vezi s Javnim pozivom zainteresirani subjekti mogu se obratiti Zavodu u pisanom obliku ili na telefon 037/220-077.

Broj: 03-33-4699 /24

Datum, 23.10.2024.godine

V.D. Direktor-a


Nermin Pašić, dipl.ecc



Dostavlja se:

- Na web stranicu Zavoda
- U spis
- a/a

PRIJAVA

na Javni poziv za dostavljanje prijava za ugovaranje usluga izdavanja lijekova koji se mogu propisivati i izdavati na teret sredstava Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona

1. NAZIV APOTEKE (OGRANKA ili DEPOA)

2. RADNO VRIJEME

3. ADRESA, BROJ TELEFONA/FAX-a I E-MAIL

4. ID BROJ (identifikacijski broj)

5. PODACI O OVLAŠTENJOJ OSOBI ZA ZASTUPANJE

IME I PREZIME

DRŽAVLJANSTVO

TELEFON /FAX

E-mail

6. PODACI O OSOBI ODGOVORNOJ ZA STRUČNI RAD

IME I PREZIME

DATUM POČETKA RADNOG ODNOSA U APOTECI
KOJA SE PRIJAVLJUJE NA OVAJ POZIV

DRŽAVLJANSTVO

TELEFON /FAX

E-mail

STRUČNI ISPIT

LICENCA APOTEKARSKE KOMORE

6.1. PODACI O RADNICIMA
IME I PREZIME
DATUM POČETKA RADNOG ODNOSA U APOTECI KOJA SE PRIJAVLJUJE NA OVAJ POZIV
DRŽAVLJANSTVO
STRUČNI ISPIT
LICENCA APOTEKARSKE KOMORE

6.1.2. PODACI O RADNICIMA
IME I PREZIME
DATUM POČETKA RADNOG ODNOSA U APOTECI KOJA SE PRIJAVLJUJE NA OVAJ POZIV
DRŽAVLJANSTVO
STRUČNI ISPIT
LICENCA APOTEKARSKE KOMORE

6.1.3. PODACI O RADNICIMA
IME I PREZIME
DATUM POČETKA RADNOG ODNOSA U APOTECI KOJA SE PRIJAVLJUJE NA OVAJ POZIV
DRŽAVLJANSTVO
STRUČNI ISPIT
LICENCA APOTEKARSKE KOMORE

6.1.4. PODACI O RADNICIMA
IME I PREZIME
DATUM POČETKA RADNOG ODNOSA U APOTECI KOJA SE PRIJAVLJUJE NA OVAJ POZIV
DRŽAVLJANSTVO
STRUČNI ISPIT
LICENCA APOTEKARSKE KOMORE

(naziv apoteke)

[illegible]

M.P.

Potpis ovlaštenog lica za zastupanje apoteke

Obrazac III

Izjave iz tačke III 1.d) i 2.j)

APOTEKA/ORGANIZACIONA JEDINICA APOTEKE:		
U vezi sa traženim pod tačkom III 2. Javnog poziva za dostavu prijava za uspostavu ugovornog odnosa radi pružanja usluga izdavanja lijekova, sanitarnih sprava i pomagala za dijabetičare osiguranim licima Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona za 2025. godinu, pod punom materijalnom i krivičnom odgovornošću dajem slijedeću		
IZJAVU		
a) Prihvatamo izdavanje lijekova na recept osiguranim licima Zavoda s Liste lijekova iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u Unsko-sanskom kantonu, a po cijenama utvrđenim tom listom, odnosno cijenama koje se kontinuirano usklađuju s cijenama utvrđenim i reguliranim od strane nadležnih organa na nivou Federacije BiH b) Prihvatamo sve izmjene i dopune Liste lijekova u smislu odluka Vlade Unsko-sanskog kantona i usklađivanja s listom lijekova u Federaciji BiH; c) Prihvatamo rok plaćanja do 60 dana od dana ispostave uredne fakture; d) Vršiti ćemo usaglašavanje softvera sa softverskim rješenjem Zavoda za praćenje potrošnje i izdavanja lijekova s Liste lijekova, i korištenje aplikacije u vlasništvu Zavoda zdravstvenog osiguranja USK-a za realizaciju e-recepta; e) U svojim poslovno-prodajnim objektima obezbjedit ćemo sve hardverske jedinice (uključujući bar kod skenere) koji su neophodni za realizaciju receptara (e-recept) i korištenje e-legitimacije osiguranog lica, te obezbjediti kontinuiran pristup internet mreži. f) U toku ugovornog perioda ćemo obezbjediti blagovremeno i kontinuirano snabdjevanje osiguranih lica svim lijekovima sa Liste lijekova (u kontinuitetu obezbjediti kompletan asortiman u svojim poslovno-prodajnim objektima); g) Nabavljanje lijekova sa Liste lijekova ćemo vršiti u skladu s važećim propisima kojima se reguliše promet lijekova, od pouzdanih i registriranih dobavljača, vodeći računa da isti imaju odgovarajuće dozvole/ovlaštenja/ugovore od proizvođača lijeka ili njegovog ovlaštenog zastupnika u BiH; h) Prihvatamo izdavanje sanitarnih sprava i pomagala za dijabetičare, a u skladu sa važećom Odlukom o obimu prava na korištenje ortopedskih i drugih pomagala, zubnoprotske pomoći i zubnoprotskih nadomjestaka koji se obezbjeđuju u Zavodu zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona i važećeg Privremenog uputstva o načinu i postupku za odobravanje izdavanja ortopedskih i drugih pomagala i) Kontinuirano ćemo ispunjavati uslove propisane zakonskim i podzakonskim aktima kojima se reguliše oblast apotekarske djelatnosti i zdravstvene zaštite; j) U vezi naplate neposrednog učešća bez izuzetka ćemo postupati u skladu s važećom Odlukom o neposrednom učešću osiguranih lica u troškovima korištenja zdravstvene zaštite na području Unsko-sanskog kantona; k) Prihvatamo naknadu za izdavanje lijekova u visini od 1,20 KM + PDV po realiziranom receptu; l) Saglasni smo da Zavod tokom cijele godine neprekidno obavlja kontrolu izvršenja prava i obaveza utvrđenih ugovorom, putem odjeljenja kontrole Zavoda zdravstvenog osiguranja USK-a;		
	M.P.	
Datum izjave	Potpis odgovornog lica apoteke/ogranka	

Obrazac IV

Izjava iz tačke III

U vezi sa traženim pod tačkom III. 1.e)/2.h) Javnog poziva broj: _____ od _____ za dostavu prijava za uspostavu ugovornog odnosa radi pružanja usluga izdavanja lijekova, sanitarnih sprava i pomagala za dijabetičare osiguranim licima Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona godinu,

ja _____, rođen: _____ kao ovlašteno lice Apoteke

_____ pod punom materijalnom i krivičnom odgovornošću

IZJAVLJUJEM

da Apoteka koju zastupam:

- a) Nije pod stečajem ili predmetom stečajnog postupka ili predmetom postupka likvidacije,
- b) Da su uredno ispunjene obaveze u vezi s plaćanjem penzionog i invalidskog osiguranja i zdravstvenog osiguranja u skladu s važećim propisima,
- c) Da su uredno ispunjene obaveze u vezi s plaćanjem direktnih i indirektnih poreza u skladu s važećim propisima u BiH.

Da ja _____ kao ovlašteno lice za zastupanje Apoteke _____ nisam oglašen/a krivim za težak profesionalni propust počinjen tokom perioda tri godine prije početka ovog postupka.

Saglasan/a sam da Zavod, u slučaju sumnje u tačnost podataka datih putem ove izjave zadržava pravo provjere tačnosti iznesenih informacija kod nadležnih organa ili ukoliko dođe do informacija, da sam oglašen/a krivim za težak profesionalni propust primjeni odgovarajuće zakonske odredbe i odredbe ugovora s tim u vezi.

--	--	--

Datum izjave

M.P.

Potpis ovlaštenog lica

Ovjera nadležnog organa uprave