



Tuzla, Franjevačka 36, tel.: +387 35 30 06 00, fax: +387 35 27 53 73, e-mail: info@zzotk.ba

Broj: 04-11-22-1480-172/20 – BA/SA

Tuzla, 24.03.2021. godine

Na osnovu Odluke o utvrđivanju osnova, kriterija i mjerila za zaključivanje ugovora o pružanju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za osigurana lica sa područja Tuzlanskog kantona i načinu finansiranja zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za 2021. godinu, broj: 02/1-33-28232/20 od 25.12.2020. godine, („Službene novine TK“, broj: 02/21), člana 12. Statuta Zavoda zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona („Službene novine TK“, broj: 4/16) i Saglasnosti Ministarstva zdravstva TK broj: 13/1-33-004299-21 od 15.03.2021. godine, direktor Zavoda zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona objavljuje

### JAVNI POZIV

#### za dostavu prijava za dodjelu ugovora za realizaciju Programa produžene medicinske rehabilitacije kod oboljenja srca i krvnih sudova nakon hirurških postupaka za 2021. godinu

Pozivaju se zdravstvene ustanove (u nastavku teksta: ZU) sa područja Tuzlanskog kantona da dostave svoje prijave za dodjelu ugovora za realizaciju Programa produžene medicinske rehabilitacije kod oboljenja srca i krvnih sudova nakon hirurških postupaka za 2021. godinu (u daljem tekstu: Program).

#### 1. OPIS PREDMETA UGOVORA

Predmet ugovora je pružanje zdravstvene zaštite po Programu produžene medicinske rehabilitacije kod oboljenja srca i krvnih sudova nakon hirurških postupaka za 2021. godinu, a u skladu sa Doktrinarnim pristupom za upućivanje na produženo bolničko liječenje – medicinsku rehabilitaciju operisanih kardiovaskularnih bolesnika sa procedurom za ostvarivanje prava.

Usluge medicinske rehabilitacije kod oboljenja srca i krvnih sudova nakon hirurških postupaka pružaju se na bazi B.O. dana i obuhvataju minimalno sljedeće:

- Pansion (smještaj u dvokrevetnim ili trokrevetnim sobama i najmanje tri obroka dnevno),
- Specijalistički pregled kardiologa ili interniste,
- EKG,
- Kinezi terapija,
- Hidroterapija,
- Svakodnevni ljekarski nadzor i
- Laboratorijske pretrage (po potrebi).

Navedene usluge će se pružati osiguranim licima sa područja Tuzlanskog kantona i licima kojima je po drugom osnovu dato pravo na korištenje zdravstvene zaštite, ukoliko ista posjeduju nalaz, mišljenje i ocjenu o potrebi za medicinskom rehabilitacijom izdatu od strane Komisije Zavoda za upućivanje osiguranih lica na produženo bolničko liječenje – medicinsku rehabilitaciju operisanih kardiovaskularnih bolesnika, odnosno kardiološkim pacijentima kojima su rađeni operativni zahvati:

- ugradnja bypass-a,
- ugradnja valvule,



- operacija luka i korijena aorte i teških kardioloških zahvata.

ZU će u svojoj prijavi dostaviti Aneks 1. – Obrazac za cijenu, u koji će upisati cijenu B.O. dana  
ZU je obavezna dostaviti detaljan sadržaj/opis B.O. dana kao sastavni dio svoje prijave

Aplikacija na Program produžene medicinske rehabilitacije kod oboljenja srca i krvnih sudova nakon hirurških postupaka za 2021. godinu se nalazi u prilogu ovog javnog poziva (Aneks 2).

Pravo učešća u postupku dodjele ugovora imaju svi davaoci zdravstvenih usluga sa područja Tuzlanskog kantona koji imaju Rješenje za obavljanje djelatnosti (*usluge koje su predmet ovog Javnog poziva*) izdato od strane nadležnog ministarstva, a sve u skladu sa članom 23. Odluke o utvrđivanju osnova, kriterija i mjerila za zaključivanje ugovora o pružanju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za osigurana lica sa područja Tuzlanskog kantona i načinu finansiranja zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za 2021. godinu, broj: 02/1-33-28232/20 od 25.12.2020. godine („Službene novine TK“, broj: 02/21).

## 2. USLOVI I DOKAZI

U pogledu sposobnosti za obavljanje usluga koje su predmet ugovaranja, ZU mora ispunjavati minimalno sljedeće uslove:

- a) Da posjeduje Rješenje nadležnog organa o ispunjavanju uslova za obavljanje djelatnosti, a u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti ("Službene novine FBiH" broj: 46/10 i 75/13);

**Dokaz:** Rješenje nadležnog organa;

Dokaz se dostavlja u originalu ili kopiji originala ovjerenoj od strane nadležnog organa ili notara.

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

**Dokaz:** Izjava ovlaštenog lica ZU da nije u sukobu interesa (prilog: Aneks 3).

Dokaz se dostavlja u originalu, potpisan i ovjeren pečatom od strane ovlaštenog lica ZU.

- c) Da su izmirene obaveze u vezi s plaćanjem direktnih poreza, penzijskog i invalidskog osiguranja, zdravstvenog osiguranja i osiguranja od nezaposlenosti, u skladu s važećim propisima u Bosni i Hercegovini;

**Dokaz:** Uvjerenje nadležnih institucija kojim se potvrđuje da su izmirene dospjele obaveze, u vezi s plaćanjem direktnih poreza i doprinosa iz obaveznog osiguranja (penzijsko i invalidsko osiguranje, zdravstveno osiguranje i osiguranje od nezaposlenosti).

Obaveze moraju biti izmirene zaključno sa 31.12.2020. godine.

Dokaz se dostavlja u originalu ili kopiji originala ovjerenoj od strane nadležnog organa ili notara.

- d) Da su izmirene obaveze u vezi s plaćanjem indirektnih poreza, u skladu s važećim propisima u Bosni i Hercegovini;



**Dokaz:** Uvjerenje nadležnih institucija da su izmirene dospjele obaveze u vezi sa plaćanjem indirektnih poreza.

Obaveze moraju biti izmirene zaključno sa 31.12.2020. godine.

Dokaz se dostavlja u originalu ili kopiji originala ovjerenoj od strane nadležnog organa ili notara.

Kod dokazivanja za tačke c) i d), prihvata se i sporazum ZU sa nadležnim poreskim institucijama o reprogramiranom, odnosno odgođenom plaćanju obaveza po osnovu poreza i doprinosa i indirektnih poreza, uz potvrdu poreskih organa da ZU u predviđenoj dinamici izmiruje svoje reprogramirane obaveze. Ukoliko je ZU podnijela zahtjev za subvencioniranje obaveza u skladu sa Zakonom o ublažavanju negativnih ekonomskih posljedica („Službene novine FBiH“ broj: 28/20) potrebno je dostaviti uvjerenje nadležne poreske institucije da je zahtjev odobren.

U slučaju da ZU nije u sistemu PDV-a, obavezna je dostaviti Uvjerenje nadležnog organa da ista nije u sistemu PDV-a.

Dokaz se dostavlja u originalu ili kopiji originala ovjerenoj od strane nadležnog organa ili notara.

- e) Da je ZU spremna aktivno učestvovati u provođenju i primjeni integrisanog zdravstvenog informacionog sistema na području Tuzlanskog kantona u skladu sa Programom rada, razvoja i organizacije integrisanog zdravstvenog informacionog sistema na području Tuzlanskog kantona, kao i da će, na teret vlastitih sredstava, obezbijediti neometano korištenje integrisanog zdravstvenog informacionog sistema do uspostave načina finansiranja predviđenog Programom.

**Dokaz:** Izjava ovlaštenog lica ZU (prilog: Aneks 4).

Dokaz se dostavlja u originalu, potpisan i ovjeren pečatom od strane ovlaštenog lica ZU.

- f) U slučaju da ZU u svojoj prijavi naznači da će dio ugovora dati podugovaraču, mora se izjasniti koji dio (opisno ili procentualno) će dati podugovaraču, a prema slijedećem redu prioriteta:
1. ugovorom sa drugom ugovornom zdravstvenom ustanovom Zavoda,
  2. ugovorom o dopunskom radu sa zdravstvenim radnicima iz javne prakse,
  3. angažovanjem zdravstvenih radnika iz privatne prakse i
  4. angažovanjem zdravstvenih profesionalaca iz reda neangažovanih i penzionisanih radnika.

**Dokaz:** Izjava ovlaštenog lica ZU (prilog: Aneks 5).

Dokaz se dostavlja u originalu, potpisan i ovjeren pečatom od strane ovlaštenog lica ZU.

#### **Napomene:**

Pored gore navedenih dokaza, ZU je u obavezi dostaviti i sljedeće:

- Aneks 6. – Izjava za komunikaciju i
- Aneks 7. – Izjava o povjerljivosti i tajnosti svih ličnih podataka osiguranih lica i
- Obrazac – Podaci o ZU.

Dokazi se dostavljaju u originalu, potpisani i ovjereni pečatom od strane ovlaštenog lica ZU.

Svi Aneksi se nalaze u prilogu ovog Javnog poziva.



Zavod zadržava pravo provjere tačnosti datih podataka u dostavljenoj prijavi.

### 3. PROCJENJENA VRIJEDNOST

Procijenjena vrijednost ugovora iznosi 200.000 KM.

### 4. NAČIN DODJELE UGOVORA

Dodjela ugovora će se izvršiti na osnovu kriterija najniže ponuđene cijene B.O. dana.

Ugovor će se dodjeliti ZU koje ispunjavaju uslove ovog Javnog poziva i koje prihvate najnižu ponuđenu cijenu po ovom Javnom pozivu.

ZU, čija prijava ne bude sadržavala usluge navedenih u tački 1. ovog Javnog poziva, neće biti kvalifikovana za izvršenje predmetnih usluga i istoj se ugovor neće dodjeliti.

U slučaju da dvije ili više ZU dostave Prijave čije se cijene usluga razlikuju, istim će se omogućiti da prihvate pružati usluge po najnižoj ponuđenoj cijeni.

### 5. NAČIN DOSTAVLJANJA PRIJAVA

Prijava treba biti napisana neizbrisivom tintom.

Prijava se dostavlja u zatvorenoj koverti na adresu Zavoda.

Na koverti prijave mora biti naznačeno:

- a) naziv i adresa Zavoda,
- b) naziv i adresa ZU,
- c) naznaka: „Prijava za realizaciju Programa produžene medicinske rehabilitacije za 2021. godinu - NE OTVARATI“

Prijave se mogu dostaviti lično na Pisarnicu Zavoda zdravstvenog osiguranja TK ili putem pošte.

### 6. POJAŠNENJE JAVNOG POZIVA

Zahtjevi za pojašnjenje se mogu dostaviti u pisanoj formi (putem redovne pošte, putem elektronske pošte, faksom ili predajom lično na Pisarnicu) ili telefonskim putem od osoba navedenih u tački 10. ovog javnog poziva.

### 7. ADRESA NA KOJU SE DOSTAVLJAJU PRIJAVE

Zavod zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona, Franjevačka 36, 75000 Tuzla.

## 8. PERIOD ZAKLJUČIVANJA UGOVORA

Ugovor se zaključuje na period do 31.12.2021. godine.

## 9. KRAJNJI ROK ZA DOSTAVU PRIJAVA

Prijave se dostavljaju do 05.04.2021. godine, do 11 sati.

## 10. KONTAKT

Telefon: 035/300-623

Faks: 035/300-623

e-mail: [ugovaranje@zzotk.ba](mailto:ugovaranje@zzotk.ba)

Kontakt osobe:

Emir Suljić, dipl. ecc

Anja Bošnjaković, BA prava

## PRILOZI:

- Obrazac – Podaci o ZU,
- Aneks 1. – Obrazac za cijenu,
- Aneks 2. – Aplikacija na Program zdravstvene zaštite,
- Aneks 3. – Izjava za sukob interesa,
- Aneks 4. – Izjava za provođenje informatizacije,
- Aneks 5. – Izjava za podugovaranje,
- Aneks 6. – Izjava za komunikaciju i
- Aneks 7. – Izjava o povjerljivosti i tajnosti svih ličnih podataka osiguranih lica.

  
DIREKTOR  
  
\_\_\_\_\_  
mr. Denis Husić, dipl. pravnik



**Program produžene medicinske rehabilitacije kod oboljenja srca i krvnih sudova nakon hirurških postupaka za 2021. godinu**

**OBRAZAC ZA CIJENU**

Naziv ZU \_\_\_\_\_

| Redni broj | Opis  | Jedinica mjere | Jedinična cijena B.O dana u KM |
|------------|---|----------------|--------------------------------|
| 1          | Pružanje zdravstvene zaštite po Programu produžene medicinske rehabilitacije kod oboljenja srca i krvnih sudova nakon hirurških postupaka | B.O. dan*      |                                |

\*B.O. dan obuhvata minimalno sljedeće:

- Pansion (smještaj u dvokrevetnim ili trokrevetnim sobama i najmanje tri obroka dnevno),
- Specijalistički pregled kardiologa ili interniste,
- EKG,
- Kinezi terapija,
- Hidroterapija,
- Svakodnevni ljebarski nadzor i
- Laboratorijske pretrage (po potrebi).

Potpis ovlaštenog lica ustanove \_\_\_\_\_ M.P.





Zdravstvena ustanova: \_\_\_\_\_

Aplikacija na Program produžene medicinske rehabilitacije kod oboljenja srca i krvnih sudova nakon hirurških postupaka za 2021. godinu

| Redni broj | Vrsta zdravstvene zaštite  | Medicinski kadar |                  |         |
|------------|--|------------------|------------------|---------|
|            |  | Ime i prezime    | Zvanje/edukacija | Status* |
| 0          | 1  | 2                | 3                | 4       |
| 1          | Program produžene medicinske rehabilitacije kod oboljenja srca i krvnih sudova nakon hirurških postupaka za 2021. godinu |                  |                  |         |
|            |  |                  |                  |         |
|            |  |                  |                  |         |
|            |  |                  |                  |         |
|            |  |                  |                  |         |
|            |  |                  |                  |         |
|            |  |                  |                  |         |
|            |  |                  |                  |         |
|            |  |                  |                  |         |
|            |  |                  |                  |         |
|            |  |                  |                  |         |
|            |  |                  |                  |         |
|            |  |                  |                  |         |

\*U koloni "Status" navesti da li se radi o osobi koja je stalno zaposlena u ustanovi ili se radi o osobi koja obavlja poslove na osnovu angažmana, ugovora o djelu i sl.

M.P. \_\_\_\_\_  
Ovlašteno lice ustanove



## IZJAVA

1. Nisam ponudio mito ni jednom licu uključenom u procesu postupka ugovaranja, u bilo kojoj fazi.
2. Nisam dao, niti obećao dar, ili neku drugu povlasticu službenom ili odgovornom licu u ZZO TK, 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 djela koje treba izvršiti on, ili neko ko posreduje pri takvom podmićivanju službenog ili odgovornog lica.
3. Nisam dao ili obećao dar ili neku drugu povlasticu službenom ili odgovornom licu u ZZO TK 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.
5. Nisam sudjelovao u bilo kakvoj radnji koja je za cilj imala korupciju u toku predmeta postupka ugovaranja.

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

Izjava se daje u svrhu učestvovanja u postupku dodjele ugovora za realizaciju Programa produžene medicinske rehabilitacije kod oboljenja srca i krvnih sudova nakon hirurških postupaka za 2021. godinu.

---

M.P.

Ovlašteno lice ustanove





## IZJAVA.

Izjavljujemo da smo spremni aktivno učestvovati u provođenju i primjeni integrisanog zdravstvenog informacionog sistema na području Tuzlanskog kantona u skladu sa Programom rada, razvoja i organizacije integrisanog zdravstvenog informacionog sistema na području Tuzlanskog kantona, kao i da ćemo, na teret vlastitih sredstava, obezbijediti neometano korištenje integrisanog zdravstvenog informacionog sistema do uspostave načina finansiranja predviđenog Programom.

Izjava se daje u svrhu učestvovanja u postupku dodjele ugovora za realizaciju Programa produžene medicinske rehabilitacije kod oboljenja srca i krvnih sudova nakon hirurških postupaka za 2021. godinu.

M.P.

---

Ovlašteno lice ustanove



## IZJAVA.

Izjavljujemo da \_\_\_\_\_\* (planiramo / ne planiramo) ugovor za realizaciju Programa produžene medicinske rehabilitacije kod oboljenja srca i krvnih sudova nakon hirurških postupaka za 2021. godinu, prenijeti na podugovarača.

*\*upisati planiramo ili ne planiramo*

U slučaju da ZU naznači da će dio ugovora dati podugovaraču, **izjavom se obavezuje da će prilikom podugovaranja poštovati slijedeći red prioriteta:**

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

Izjašnjenje – opisno ili procentualno – koji dio daje podugovaraču:

---

---

---

---

---

---

---

---

Izjava se daje u svrhu učestvovanja u postupku dodjele ugovora za realizaciju Programa produžene medicinske rehabilitacije kod oboljenja srca i krvnih sudova nakon hirurških postupaka za 2021. godinu.

M.P.

Ovlašteno lice ustanove



## IZJAVA O KOMUNIKACIJI IZMEĐU ZAVODA I USTANOVE

Izjavljujemo da smo saglasni da se sva komunikacija (Obavještenja, Odluke, Zapisnici i drugo) između nas i Zavoda zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona, u vezi sa Javnim pozivom za koji dostavljamo ponudu, obavlja putem elektronske pošte, naš e-mail: \_\_\_\_\_, te se obavezujemo da će navedena e-mail adresa biti u funkciji, te da ćemo svaki prijem e-maila potvrditi.

Izjava se daje u svrhu učestvovanja u postupku dodjele ugovora za realizaciju Programa produžene medicinske rehabilitacije kod oboljenja srca i krvnih sudova nakon hirurških postupaka za 2021. godinu.

M.P.

---

Ovlašteno lice ustanove



**IZJAVA  
o povjerljivosti i tajnosti svih ličnih podataka osiguranih lica**

Izjavljujemo da prihvatamo da ćemo kao ugovorna zdravstvena ustanova čuvati u tajnosti sve lične podatke osiguranih lica do kojih dolazimo prilikom postupanja po Ugovoru, a u skladu sa Zakonom o zaštiti ličnih podataka („Službeni glasnik BiH“ broj: 49/06, 76/11 i 89/11).

Izjava se daje u svrhu učestvovanja u postupku dodjele ugovora za realizaciju Programa produžene medicinske rehabilitacije kod oboljenja srca i krvnih sudova nakon hirurških postupaka za 2021. godinu.

**M.P.**

---

**Ovlašteno lice ustanove**



## PODACI

1. Tačan naziv ustanove:

\_\_\_\_\_

2. Broj fiksnog telefona: \_\_\_\_\_

3. Broj mobilnog telefona (neobavezno): \_\_\_\_\_

4. Broj faksa: \_\_\_\_\_

5. e-mail: \_\_\_\_\_

web stranica: (neobavezno) \_\_\_\_\_

6. Sjedište ustanove - Adresa:

\_\_\_\_\_

7. Broj žiro-računa i naziv banke:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

9. Ostali podaci bitni za postupak (neobavezno):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Podaci se daju u svrhu učestvovanja u postupku dodjele ugovora za realizaciju Programa produžene medicinske rehabilitacije kod oboljenja srca i krvnih sudova nakon hirurških postupaka za 2021. godinu.

M.P.

\_\_\_\_\_  
Ovlašteno lice ustanove