

Na osnovu člana 2., člana 3. i člana 20. Odluke o listama lijekova Kantona Sarajevo („Službene novine Kantona Sarajevo“ 52/24, 16/25, 24/25 i 44/25), tačke VIII Odluke o Listi lijekova obaveznog zdravstvenog osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine („Službene novine FBiH“ 73/24, 39/25), Direktor Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo objavljuje:

POZIV

za iskazivanje interesa ugovornih apoteka za učestvovanje u protokolima o realizaciji programskih lijekova

I. OPŠTI PODACI

Naziv i adresa ugovornog organa: Zavod zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo. Ložionička 2. Sarajevo.
E-mail: farmacija@kzzosa.ba

II. PREDMET POZIVA

Predmet ovog Poziva je nabavka, skladištenje i izdavanje lijekova utvrđenih Protokolima o finansiranju posebnih programa u potrebnim količinama i fakturisanje istih Zavodu po cijenama i načinu utvrđenim protokolom.

Zavod po osnovu ovog Poziva planira uključenje ugovornih apoteka u finansiranje 13 protokola o realizaciji posebnih programa, a svi detalji trenutnih protokola, artikli i njihova trenutna cijena su dostupni javnosti putem web stranice Zavoda gdje su publikovani na linku <https://www.kzzosa.ba/lijekovi/lijekovi/>

Trenutno se na teret sredstava Zavoda finansiraju slijedeći Protokoli za liječenje:

- Akromegalije
- Cistične fibroze
- Plućne arterijske hipertenzije
- Juvenilnog idiopatskog artritisa i plak psorijaze kod djece
- Apsolutne deficijencije hormona rasta kod djece
- Više oboljenja putem enteralne prehrane za djecu
- Više oboljenja putem enteralne prehrane za odrasle
- Celijakije
- Reumatoidnog artritisa i srodnih oboljenja kod odraslih
- Palijativne njege
- Psorijaze (umjereni do teški oblici)
- Tuberkuloznih pacijenata nakon provedenog bolničkog liječenja

U toku 2026. godine, planirano je pokretanje i Protokola o realizaciji programa liječenja atopijskog dermatitisa kod odraslih i adolescenata od 12 i više godina u Kantonu Sarajevo.



Adresa: Ložionička br. 2, 71 000 Sarajevo

ID broj: 4200178560003. PDV broj: 200178560003. Broj upisa u sudski registar: 65-05-0051-12.

Depozitni račun broj: 154-921-2014617245, Glavni transakcijski račun broj: 154-921-20146171-48.

Transakcijski račun broj: 132-020-20293671-18

Transakcijski račun broj: 306-000-32712158-45

Tel. +387 33 72 52 00, +387 33 72 52 07, Fax +387 33 61 86 14

e-mail: info@kzzosa.ba kabinet@kzzosa.ba

III. PRAVO UČEŠĆA

Pravo učešća imaju sve ugovorne apoteke Zavoda, koje ispunjavaju uslove iz člana 20. stav 6. Odluke o listama lijekova Kantona Sarajevo, a koji glasi:

Snadnjevanje osiguranika programskim lijekovima i preparatima koji se finansiraju na teret Zavoda, može se vršiti samo putem ugovornih apoteka koje pored odobrenja za rad od Ministarstva na lokalitetu apoteke na kojoj vrše promet programskim lijekovima imaju:

- a) najmanje jednog magistra farmacije u stalnom radnom odnosu sa završenom specijalizacijom, položenim stručnim ispitom, licencom za rad izdatom od nadležne Komore (uslov za dodatnom specijalizacijom se odnosi samo za prometovanje programskim lijekovima, a ne i programskim preparatima),*
- b) farmaceutskeg tehničara sa položenim stručnim ispitom i licencom za rad izdatom od nadležne Komore,*
- c) organizovan rad apoteke u dvije smjene, te da*
- d) posjeduje dokaz o uspostavljenom sistemu sigurnosnih standarda s ciljem zaštite pacijenata.*

NAPOMENA:

Pod pojmom programskih preparata podrazumijeva se enteralna prehrana (za djecu i odrasle) i bezglutensko brašno (celijakija).

IV. SADRŽAJ PRIJAVE

Prijave se podnose isključivo na obrascu za prijavu na Poziv koja čini sastavni dio ovog Poziva.

Prijave se podnose za svaku pojedinačnu apoteku zasebno, odnosno zasebno za svaki lokalitet ukoliko ista u sklopu pravnog lica ima više poslovnih jedinica (apoteka).

Svaka prijava mora sadržavati:

1. Pravilno i potpuno popunjen prijavi obrazac, ovjeren potpisom i pečatom odgovorne osobe podnosioca prijave;
2. Rješenje o odobravanju rada izdato od strane Ministarstva zdravstva Kantona Sarajevo;
3. Izjavu da na lokalitetu apoteke za koji se prijavljuje ima stalno zaposlenog magistra farmacije specijalistu uz navedeno ime i prezime magistre, te datum zasnivanja radnog odnosa u pravnom licu;
4. Dokaz o položenom specijalističkom ispitu (uvjerenje ili ekvivalentan dokaz) i licencom za rad izdatom od nadležne Komore za magistra farmacije, te ugovor o radu za osobu iz prethodne tačke;
5. Izjava da ima zaposlenog farmaceutskeg tehničara sa položenim stručnim ispitom i licencom za rad izdatom od nadležne Komore;
6. Izjava da ima organizovan rad u dvije smjene;
7. Izjava da ima uspostavljen sistem sigurnosnih standarda s ciljem zaštite pacijenata;
8. Izjavu da će vršiti nabavku, skladištenje i izdavanje svih lijekova iz Protokola za koji dostavlja prijavu;
9. Izjavu da ovlašteni kontrolori Zavoda ili druge ovlaštene osobe mogu kontinuirano vršiti kontrolu primjene potpisanih Protokola i dostupnosti lijekova i preparata koji su predmet Protokola;

NAPOMENA:

Sva tražena dokumentacija dostavlja se u originalu ili kao ovjerena kopija.

Sve izjave moraju biti date od strane ovlaštene osobe i ovjerene pečatom pravnog lica.

Ukoliko su pojedini dokumenti napisani na nekom drugom jeziku koji nije službeni u Bosni i Hercegovini, potrebno je dostaviti i zvaničan prevod sudskog tumača.

V. ZAKLJUČENJE PROTOKOLA

Podnosiocima prijave koji ispune uslove iz ovog Poziva, bit će ponuđeno uključanje u realizaciju Protokola o finansiranju posebnih programa do 31.12.2026. godine.

Plaćanje prometovanih lijekova iz Protokola se vrši zajedno sa prometom ostalih lijekova sa listi, na osnovu obračuna o prometu lijekova koji prethodno dostavlja Zavod, a u skladu sa odredbama važećih ugovora o pružanju farmaceutskeg usluga osiguranih lica Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo.

Naknada za uslugu koja se pruža ovim Pozivom iznosi 1,90 KM sa PDV-om.

Apoteke koje budu potpisnice Protokola se obavezuju da će sve vrijeme imati na stanju sve lijekove i/ili preparate iz Protokola (osim lijekova ili preparata koje uslijed objektivne nestašice nije moguće nabaviti), te omogućiti pacijentima nesmetanu realizaciju propisanih recepata, i iste fakturisati Zavodu, po cijenama i načinu utvrđenim Protokolom.

VI. DOSTAVLJANJE PRIJAVA

Prijave se dostavljaju na Protokol Zavoda, Zmaja od Bosne b.b., 71000 Sarajevo ili preporučenom poštom u zatvorenoj koverti na adresu:

Zavod zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo, Zmaja od Bosne b.b., 71000 Sarajevo, s naznakom: "Prijava na Poziv za iskazivanje interesa ugovornih apoteka za učestvovanje u protokolima o realizaciji programskih lijekova. Ne otvarati!"

Prijave moraju biti zatvorene, a dokumentacija pripremljena na način opisan u ovom Pozivu.

Podnosilac prijave određuje način dostave prijave.

U prijavi je obavezno priložiti dokumentaciju i priloge tražene ovim Pozivom.

O rezultatima ovog Poziva svi podnosioci će biti obaviješteni pisanim putem ili putem e-mail-a dostavljenog u prijavnom obrascu.

Ovaj Poziv ostaje otvoren do 02.12.2025. godine.

VII. OSTALE ODREDBE

Zavod ne snosi troškove podnosiocu po ovom Pozivu, te zadržava pravo da izvrši izmjenu, dopunu ili poništiti ovaj Poziv u cijelosti ili djelomično, pri čemu ne snosi nikakve dodatne troškove.

VIII. PRILOZI

1. Prijavni obrazac;

IX. OBJAVA

Ovaj Poziv će biti objavljen na web stranici Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo (www.kzzosa.ba) i putem eTable u aplikaciji eApoteka.

01-83-9-37886/26

17-11-2025



DIREKTOR

Mr.sci.oec.Muamer Kosovac

Dostaviti:

1. Direktor Zavoda zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo;
2. Služba za zajedničke poslove i podršku poslovanju (za objavu na web stranicu Zavoda);
3. Sektor pravnih poslova sa pet poslovnica;
4. Sektor za ekonomiku i finansiranje;
5. Služba za medicinske poslove;
6. Služba za farmaceutske poslove;
7. Služba za kvalitet i nadzor;
8. na eTablu aplikacije eApoteka
9. a/a

PRIJAVNI OBRAZAC

POZIV za iskazivanje interesa ugovornih apoteka za učestvovanje u protokolima o realizaciji programskih lijekova

Naziv, adresa i sjedište podnosioca - pravnog lica	
Naziv, adresa i sjedište podnosioca za pojedinačni lokalitet (apoteku) za koji se prijavljuje na Poziv (ukoliko pravno lice ima više apoteka)	
E-mail pravnog lica	
Telefon pravnog lica	
Ovlaštena osoba za zastupanje pravnog lica	
Nadležna osoba za lokalitet (apoteku) za koji se prijavljuje na Poziv (ukoliko pravno lice ima više apoteka)	

Prijavljujemo se, za uključivanje u realizaciju Protokola o realizaciji programskih lijekova i to za slijedeće protokole (obavezno zaokružiti DA ili NE):

PROTOKOL ZA FINANSIRANJE	PRIJAVA DA-NE	
Akromegalije	DA	NE
Cistične fibroze	DA	NE
Plućne arterijske hipertenzije	DA	NE
Juvenilnog idiopatskog artritisa i plak psorijaze kod djece	DA	NE
Apsolutne deficijencije hormona rasta kod djece	DA	NE
Više oboljenja putem enteralne prehrane za djecu	DA	NE
Više oboljenja putem enteralne prehrane za odrasle	DA	NE
Celijakije	DA	NE
Reumatoidnog artritisa i srodnih oboljenja kod odraslih	DA	NE
Palijativne njege	DA	NE
Psorijaze (umjereni do teški oblici)	DA	NE
Tuberkuloznih pacijenata nakon provedenog boln. liječenja	DA	NE
Atopijskog dermatitisa kod odraslih i adolescenata od 12 i više godina	DA	NE

Potpis ovlaštene osobe za zastupanje pravnog lica: _____

Mjesto i datum: U _____ dana _____

M. P.