



ПОТРЕБНА ДОКУМЕНТАЦИЈА ЗА
ОБНОВУВАЊЕ НА ДОЗВОЛАТА ЗА РАБОТА
НА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА КОЈА ВРШИ ДЕЈНОСТ
НАДВОР ОД МРЕЖАТА НА ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ
(без договор со Фондот за здравствено осигурување на Македонија)

1. **БАРАЊЕ** за обновување на дозволата за работа до Министерството за здравство
(да се користи образецот даден во прилог)
2. **АДМИНИСТРАТИВНИ ТАКСИ** од 250,00 денари на образец ПП150
(се приложува оригиналот):

▪ на сметка	100000000063095
▪ уплатна сметка	840 - број на општина - 03161
▪ приходна шифра и програма	722313 00
▪ банка на примачот	НБРМ
▪ назив на примачот	Буџет на Република Македонија
3. копија од решението (сите решенија) за дозвола за работа на здравствената установа и на нејзините организациони единици издадени од Министерството за здравство
4. **ТЕКОВНА СОСТОЈБА** од Централен регистар на Република Македонија
(со точни и актуелни податоци за здравствената установа)
5. **ИМОТЕН ЛИСТ** за објектот или за делот од објектот во кој се врши здравствената дејност, како дејност од јавен интерес, а како доказ за утврдување на правниот статус на објектот или делот од објектот како легален и деловен простор
 - во имотниот лист треба да се биде наведена адресата на објектот (улица и број), а делот од објектот каде се врши дејноста да е утврден како деловен простор
 - имотен лист не се доставува за објектите издадени под закуп од јавните здравствени установи
6. **ДОГОВОР ЗА ЗАКУП**
 - се доставува кога просторот не е во сопственост на основачот на установата
 - за установите кои работат во простор издаден под закуп од јавните здравствени установи, се доставува и решението за закуп на просторот
7. **ЕЛАБОРАТ** за вршење дејност надвор од мрежата
го поднесува основачот на здравствената установа (треба да биде потпишан од основачот) и ги содржи следните елементи:
 - видот и обемот на здравствената дејност
 - просторот (скицата треба да го прикаже основниот распоред на просторот, што може да биде и рачно скицирано (не е потребно да се прави во форма на геодетски елаборат), со

**ОБНОВУВАЊЕ НА ДОЗВОЛАТА ЗА РАБОТА НА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА
КОЈА ВРШИ ДЕЈНОСТ НАДВОР ОД МРЕЖАТА
- потребна документација со образец на барање -**

соодветно обележани делови од просторот (со нивни површини), со цел да се обезбеди негова полесна визуелизација, заради поточно определување на исполнетоста на условите во однос на просторот за вршење на дејноста, согласно Правилникот за поблиските просторни услови, опремата и кадрите за основање и работење на здравствените установи („Службен весник на Република Македонија“, бр. 11/92, 25/96, 48/02, 30/05, 62/06, 113/08, 94/10 и 32/11))

- опремата (со листа на опрема, со која располага здравствената установа, а доколку има повеќе организациони единици со повеќе видови дејности, листата се подготвува по единици, односно по дејности)
- потребниот број стручни кадри со листа на лица кои се ангажирани со податоци за нивните стручни квалификации и листа на здравствени установи во кои биле или се вработени
- обемот на средствата и начинот на обезбедување на одржливо ниво на финансирање на дејноста за период од шест месеци
- заштитата на работа на вработените
- заштитата на корисниците на јавната услуга

8. ЛИСТА на опрема со која располага здравствената установа

- доколку има повеќе организациони единици со повеќе видови дејности, листата се подготвува по единици, односно по дејности

9. ЗА СТРУЧНИОТ КАДАР

I. За здравствен работник со завршено ВИСОКО ОБРАЗОВАНИЕ:

1. документ за завршено високо образование
 - за високо образование стекнато во Република Македонија: диплома или уверение за завршено високо образование
 - за високо образование стекнато во странство: превод на дипломата и одлука за верификација на високообразовна квалификација стекната во странство издадена од Министерството за образование и наука
2. лиценца за работа
3. договор за работа (се поднесува во случаи кога носителот на дејноста (дипл.фармацевт) и директорот не е исто лице)
4. образец М-1/М-2 заверен од Агенцијата за вработување (на неопределено време со полно работно време)

II. За здравствен работник со завршено СРЕДНО ОБРАЗОВАНИЕ:

1. документ за завршено образование:
 - за образование стекнато во Република Македонија: диплома или уверение за завршено средно или више образование
 - за образование стекнато во странство: превод на документот за завршено образование и одлука за верификација на стручната квалификација стекната во странство издадена од Министерството за образование и наука
2. документ за положен стручен испит:
 - за стручен испит стекнат во Република Македонија: уверение за положен стручен испит
 - за стручен испит стекнат во странство: одлука за признавање на стручниот испит стекнат во странство издадена од Министерството за здравство
3. договор за работа
4. образец М-1/М-2 заверен од Агенцијата за вработување (на неопределено време со полно работно време)

РОК ЗА ПОДНЕСУВАЊЕ

- рок за поднесување на барањето е **29 јуни 2013 година** - барањето може да се поднесе по пошта или лично во архивата на Министерството за здравство

ПОДНОСИТЕЛ НА БАРАЊЕТО Е ДИРЕКТОРОТ

- **барањето го поднесува директорот** на здравствената установа, кој треба да е потпишан на барањето (со полно име и презиме и скратен потпис) и да има печат на установата (т.н. кружен печат)

ДОКУМЕНТИТЕ СЕ ДОСТАВУВААТ ВО КОПИЈА

- **целокупната горенаведена придружна документација се поднесува во копија**, со назнака „верно на оригиналот“, потврдено со потпис на директорот и печат од установата (на секој одделен документ), документите кои ги изработува установата (скица на просторот и листа на опрема) - со потпис на директорот и печат од установата (на секој одделен документ), а елаборатот - со потпис на основачот

ВО БАРАЊЕТО СЕ НАВЕДУВААТ СИТЕ ОРГАНИЗАЦИОНИ ЕДИНИЦИ НА УСТАНОВАТА

- доколку здравствената установа има повеќе организациони единици во нејзин состав, образецот на барањето треба да се пополни со наведување на соодветните тимови по организациони единици и вршењето на дејноста во мрежата или надвор од мрежата за секој од тимовите поединечно

ДОКОМПЛЕТИРАЊЕ И УРЕДУВАЊЕ НА ДОКУМЕНТАЦИЈАТА

- **некомплетните барања нема да се одбиваат**, а странките соодветно ќе бидат информирани за евентуалната потреба за уредување на доставените или за доставување на други докази кои може да произлезат во текот на постапката за обновување на дозволата, а во зависност од видот на здравствената установа, дејноста што ја врши и, генерално, од потребата да се утврдат сите факти и околности за донесување на решение за обнова на дозволата за работа согласно новиот правен режим утврден со новиот Законот за здравствената заштита (подносителот на барањето ќе биде контактиран според наведените контакт-податоци наведени во барањето, а првенствено на наведениот e-mail во барањето)

РАБОТЕЊЕ ДО ОБНОВУВАЊЕТО НА ДОЗВОЛАТА

- **до обновувањето на дозволата за работа**, постојните здравствени установи продолжуваат да ја вршат здравствената дејност за која имаат дозвола за работа согласно со стариот Закон за здравствената заштита (постојните здравствени установи кои имаат склучено договор со Фондот за здравствено осигурување на Македонија ја сочинуваат мрежата на здравствени установи и продолжуваат, во рамките на мрежата, да ја вршат здравствената дејност за која имаат дозвола за работа издадена согласно со стариот Закон за здравствената заштита)

ЦЕЛ НА ОБНОВУВАЊЕТО

- **целта на обновувањето** на дозволите за работа е да се усогласи работењето на здравствените установи кои добиле дозвола за работа во различни правни режими на нивно издавање од 1992 година до 2013 година, согласно новиот Закон за здравствената заштита

до
Министерството за здравство

ИМЕ И ПРЕЗИМЕ НА ДИРЕКТОРОТ на здравствената установа

АДРЕСА на директорот на здравствената установа

телефон и e-mail за контакт

**БАРАЊЕ ЗА ДОНЕСУВАЊЕ РЕШЕНИЕ ЗА
ОБНОВУВАЊЕ НА ДОЗВОЛА ЗА РАБОТА
НАДВОР ОД МРЕЖАТА НА ЗДРАВСТВЕНИ УСТАНОВИ**

Согласно член 318 став 1 од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“, бр. 43/12 и 145/12), барам донесување решение за обновување на дозволата за работа на Приватната здравствена установа - аптека _____

со назив „_____“ со седиште во _____
се наведува **НАЗИВОТ** се наведува **СЕДИШТЕТО**: општина, населено место
(град или село), улица и број

за _____ тим(ови) за вршење дејност надвор од мрежата на здравствени установи
се наведува **БРОЈОТ НА ТИМОВИ** за кои се бара обновувањето на дозволата за работа надвор од мрежата

со следниот тим:

(одговорен носител на здравствената дејност дипл.фарм.) _____

се наведуваат: лично име и презиме, звање, адреса на постојаното или привременото живеалиште

техничар _____

се наведуваат: лично име и презиме, звање, адреса на постојаното или привременото живеалиште

Прилози:

- доказ за уплатени административни такси (250 денари)
- тековна состојба на установата од Централниот регистар на Република Македонија
- имотен лист
- договор за закуп
- елаборат за вршење дејност надвор од мрежата
- потребна документација за стручниот кадар: ...

_____ место и датум

барател

_____ полно име и презиме
и потпис на барателот