

Άδειες λειτουργίας ιατρείων

Άρθρο 2

Προϋποθέσεις νόμιμης λειτουργίας

1. Για τη νόμιμη λειτουργία ιατρού, πολυϊατρού, οδοντίατρού και πολυοδοντίατρού απαιτείται άδεια ή βεβαίωση λειτουργίας. Από 1-1-2012 η βεβαίωση λειτουργίας χορηγείται από τους κατά τόπους Ιατρικούς και Οδοντιατρικούς Συλλόγους, μέσα σε προθεσμία ενός (1) μηνός από την αναγγελία έναρξης λειτουργίας του φορέα με την κατάθεση όλων των σχετικών δικαιολογητικών, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρούσης.

Εντός του ιδίου χρονικού διαστήματος απορρίπτεται η σχετική αίτηση με αιτιολογημένη απόφαση αν δεν πληρούνται οι νόμιμες προϋποθέσεις. Ο οικείος Σύλλογος ελέγχει την πληρότητα των δικαιολογητικών κατά την κατάθεση τους. Σε περίπτωση ελλείψεων, ζητείται η συμπλήρωσή τους.

2. Αν παρέλθει άπρακτη η προθεσμία του ενός (1) μηνός, αρμόδιος για την έκδοση των διαπιστωτικών πράξεων καθίσταται ο κατά τόπο οικείος Περιφερειάρχης. Η αρμοδιότητα του Περιφερειάρχη ισχύει και σε περίπτωση υποβολής ένστασης.

3. Όμοιες βεβαιώσεις απαιτούνται και σε περίπτωση μεταστέγασης, επέκτασης ή μείωσης του αντικειμένου των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. των προηγούμενων παραγράφων.

Άρθρο 4

Δικαιολογητικά για τη λειτουργία ιδιωτικού ιατρού - οδοντίατρού

1. Για τη χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας ιδιωτικού ιατρού και οδοντίατρού απαιτείται αναγγελία έναρξης λειτουργίας των δικαιούχων όπως ορίζεται στο άρθρο 3 της παρούσης. Στις περιπτώσεις της κοινής βεβαίωσης λειτουργίας ή απλής συστέγασης, οι δικαιούχοι υποβάλλουν την αναγγελία έναρξης από κοινού και ιδιωτικό συμφωνητικό με θεωρημένο από αρμόδια αρχή το γνήσιο της υπογραφής, για τον έλεγχο των όρων συνεργασίας και την τήρηση των διατάξεων για την άσκηση του επαγγέλματος και τη δεοντολογία.

2. Η αναγγελία έναρξης πρέπει να συνοδεύεται από τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

α. Επικυρωμένο αντίγραφο άδειας άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος ή βεβαίωση αναγγελίας ασκήσεως του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος, τίτλου ειδικότητας (εφόσον υπάρχει) των επιστημονικά υπευθύνων και βεβαίωση εγγραφής σε Ιατρικό ή Οδοντιατρικό

Σύλλογο, στην περίπτωση που ο δικαιούχος ή ο επιστημονικά υπεύθυνος δεν είναι μέλος του Συλλόγου στην Περιφέρεια του οποίου αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας.

β. Συμβόλαιο αγοράς, ή συμφωνητικό μίσθωσης, ή παραχώρησης χρήσης με, ή χωρίς αντάλλαγμα, του ακινήτου, στο οποίο θα στεγάζεται το εν λόγω ιατρείο, ή οδοντιατρείο.

γ. Βεβαίωση από την Πολεοδομία ή από διπλωματούχο πολιτικό μηχανικό ή αρχιτέκτονα από την οποία να προκύπτει ότι δεν απαγορεύεται από τις πολεοδομικές διατάξεις η κωροθέτηση της συγκεκριμένης χρήσης στον προβλεπόμενο χώρο.

δ. Κανονισμό συνιδιοκτησίας σε περίπτωση στέγασης σε πολυκατοικία, από όπου προκύπτει ότι δεν απαγορεύεται ρητά η χρήση του χώρου για τη λειτουργία του φορέα.

ε. Διάγραμμα κάτοψης του διατιθεμένου χώρου κλίμακας 1/50, σε δύο αντίγραφα με ης διαστάσεις των χώρων και την επεξήγηση του προορισμού τους, θεωρημένο από διπλωματούχο πολιτικό μηχανικό, ή αρχιτέκτονα, ο οποίος βεβαιώνει ότι οι χρησιμοποιούμενοι χώροι είναι κύριας χρήσης και πιστοποιεί ότι πληρούνται οι τεχνικές προδιαγραφές, όπως αυτές ορίζονται στο παράρτημα Α του Π.Δ. 84/2001 (ΧΚΧ, ή ΧΚΧ*, ή ΧΧ**, όπως απαιτείται από το παράρτημα Α) καθώς και ότι οι φορείς λειτουργούν υποχρεωτικά μέσα στο ίδιο κτίριο ή σε συνεχόμενα κτίρια και σε χώρους αποκλειστικής χρήσης.

στ. Κατάλογο όλων των μηχανημάτων που περιλαμβάνονται στον επιστημονικό εξοπλισμό του ιατρείου ή οδοντιατρείου, σύμφωνα με τις τεχνικές προδιαγραφές του παραρτήματος Β του Π.Δ. 84/2001

ζ. Υποβολή επισήμων αντιγράφων των νόμιμων παραστατικών κτήσης της κυριότητας, ή παραχώρησης, ή της διαρκούς κατοχής, ή αποκλειστικής χρήσης του επιστημονικού εξοπλισμού.

η. Πιστοποιητικό σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο ιατρικό ή οδοντιατρικό εξοπλισμό κατά την ισχύουσα εκάστοτε νομοθεσία.

θ. Απόδειξη Ιατρικού ή Οδοντιατρικού συλλόγου στην περιφέρεια στην οποία αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας για την καταβολή του ποσού των διακοσίων (200) ευρώ. Το ποσό αυτό μπορεί να αναπροσαρμόζεται μετά την πάροδο διετίας με απόφαση του Δ.Σ του οικείου Συλλόγου. Σε περίπτωση που ο Ιατρικός ή Οδοντιατρικός Σύλλογος δεν αποφανθεί επί της αιτήσεως εντός μηνός από την υποβολή όλων των δικαιολογητικών, υποχρεούται να αποδώσει το ποσό αυτό στην περιφέρεια, με τη διαβίβαση του σχετικού φακέλου.

ι. Πιστοποιητικό καταλληλότητας ακτινολογικού εξοπλισμού από την Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (Ε.Ε.Α.Ε.) σύμφωνα με τις ισχύουσες κείμενες διατάξεις.

ια. Απόσπασμα ποινικού Μητρώου του αιτούντος και του επιστημονικά υπευθύνου. Σε περίπτωση Νομικού Προσώπου ή αστικού ιατρικού συνεταιρισμού, απόσπασμα ποινικού Μητρώου του διαχειριστή ή του νόμιμου εκπροσώπου ή των μελών του Δ.Σ. (σε περίπτωση ανωνύμου εταιρείας) και του επιστημονικά υπευθύνου.

ιβ. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του δικαιούχου και του επιστημονικά υπευθύνου ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.

3. Όταν η βεβαίωση λειτουργίας χορηγείται σε νομικό πρόσωπο ή σε αστικό ιατρικό συνεταιρισμό, την αναγγελία έναρξης λειτουργίας υποβάλλει ο νόμιμος εκπρόσωπος. Στην περίπτωση αυτή εκτός των δικαιολογητικών των περιπτώσεων (β) έως και (ια) της ανωτέρω παραγράφου, υποβάλλονται και τα εξής:

α. Βεβαίωση του ιατρικού ή οδοντιατρικού συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης ειδικότητας των επιστημονικά υπευθύνων του ιατρείου ή οδοντιατρείου ιατρών και οδοντιάτρων στην περίπτωση που δεν είναι μέλος του Συλλόγου στην περιφέρεια του οποίου αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας.

β. Καταστατικό του νομικού προσώπου ή του αστικού ιατρικού συνεταιρισμού.

γ. Ονομαστική κατάσταση του επιστημονικού προσωπικού και υπεύθυνη δήλωση ότι σε περίπτωση διακοπής της εργασιακής σχέσης, θα γνωστοποιείται το όνομα του αντικαταστάτη εντός δέκα πέντε (15) ημερών.

δ. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του επιστημονικά υπευθύνου και των ιατρών ή οδοντιάτρων εταίρων ή μετόχων ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.

ε. Σε περίπτωση Ανώνυμης Εταιρείας, ονομαστικός κατάλογος των μετόχων.

Άρθρο 5

Δικαιολογητικά για τη λειτουργία πολυϊατρείου και πολυοδοντιατρείου.

Για τη χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας πολυϊατρείου και πολυοδοντιατρείου, απαιτείται αναγγελία έναρξης λειτουργίας των δικαιούχων όπως ορίζεται στο άρθρο 3 ή του νόμιμου εκπροσώπου σε περίπτωση νομικού προσώπου.

Στις περιπτώσεις της απλής συστέγασης της παραγράφου 1, υποπαράγραφος (ε) του άρθρου 4 του Π.Δ.84/2001, οι δικαιούχοι υποβάλλουν την αναγγελία έναρξης λειτουργίας από κοινού, με θεωρημένο από αρμόδια αρχή το γνήσιο της υπογραφής, για τον έλεγχο των όρων συνεργασίας και την τήρηση των διατάξεων για την άσκηση του επαγγέλματος και τη δεοντολογία.

1. Η αναγγελία έναρξης λειτουργίας πρέπει να συνοδεύεται από τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

α. Βεβαίωση του ιατρικού ή οδοντιατρικού συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης της ειδικότητας για τον δικαιούχο ιατρό ή οδοντίατρο ή τους επιστημονικά υπευθύνους ιατρούς ή οδοντιάτρους του Νομικού Προσώπου στην περίπτωση που ο δικαιούχος ή οι επιστημονικά υπεύθυνοι δεν είναι μέλη του Συλλόγου στην περιφέρεια του οποίου αιτούνται τη βεβαίωση λειτουργίας

β. Βεβαίωση από την Πολεοδομία ή από διπλωματούχο πολιτικό μηχανικό ή αρχιτέκτονα από την οποία να προκύπτει ότι δεν απαγορεύεται από τις πολεοδομικές διατάξεις η χωροθέτηση της συγκεκριμένης χρήσης στον προβλεπόμενο χώρο.

γ. Κανονισμό συνιδιοκτησίας σε περίπτωση στέγασης σε πολυκατοικία, από όπου προκύπτει ότι δεν απαγορεύεται ρητά η χρήση του χώρου για τη λειτουργία του φορέα.

δ. Πιστοποιητικό καταλληλότητας ακτινολογικού εξοπλισμού από την Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (Ε.Ε.Α.Ε.) σύμφωνα με τις ισχύουσες κείμενες διατάξεις.

ε. Συμβόλαιο αγοράς, ή συμφωνητικό μίσθωσης, ή παραχώρησης χρήσης με, ή χωρίς αντάλλαγμα, του ακινήτου, όπου θα στεγάζεται ο εν λόγω φορέας.

στ. Διάγραμμα κάτοψης του διατεθειμένου χώρου κλίμακας 1/50, σε δύο αντίγραφα με τις διαστάσεις των χώρων και την επεξήγηση του προσορισμού τους, θεωρημένο από διπλωματούχο πολιτικό μηχανικό, ή αρχιτέκτονα, ο οποίος βεβαιώνει ότι οι χρησιμοποιούμενοι χώροι είναι κύριας χρήσης και πιστοποιεί ότι πληρούνται οι τεχνικές προδιαγραφές όπως αυτές ορίζονται στο παράρτημα Α του Π.Δ. 84/2001 (ΧΚΧ, ή ΧΚΧ*, ή ΧΧ**), καθώς και ότι οι φορείς λειτουργούν υποχρεωτικά μέσα στο ίδιο κτίριο ή σε συνεχόμενα κτίρια και σε χώρους αποκλειστικής χρήσης.

ζ. Βεβαίωση από διπλωματούχο ηλεκτρολόγο-μηχανολόγο ή διπλωματούχο ηλεκτρολόγο εγκαταστάτη από την οποία θα προκύπτει ότι η ηλεκτρική

εγκατάσταση είναι κατάλληλη και επαρκής για τη χρήση του συγκεκριμένου εξοπλισμού.

η. Πιστοποιητικό πυρασφάλειας.

θ. Κατάλογο όλων των μηχανημάτων που περιλαμβάνονται στον επιστημονικό εξοπλισμό του εργαστηρίου, σύμφωνα με τις τεχνικές προδιαγραφές του παραρτήματος Β του Π.Δ. 84/2001.

ι. Υποβολή επίσημων αντιγράφων των νόμιμων παραστατικών κτήσης της κυριότητας, ή παραχώρησης, ή της διαρκούς κατοχής, ή αποκλειστικής χρήσης του επιστημονικού εξοπλισμού.

ια. Πιστοποιητικό σήμανσης CE για τον χρησιμοποιούμενο ιατρικό ή οδοντιατρικό εξοπλισμό κατά την ισχύουσα εκάστοτε νομοθεσία.

ιβ. Απόδειξη Ιατρικού ή Οδοντιατρικού συλλόγου, στην περιφέρεια στην οποία αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας για την καταβολή του ποσού των τετρακοσίων (400) ευρώ. Το ποσό αυτό μπορεί να αναπροσαρμόζεται μετά την πάροδο διετίας με απόφαση του Δ.Σ. του οικείου Συλλόγου. Σε περίπτωση που ο Ιατρικός ή Οδοντιατρικός Σύλλογος δεν αποφανθεί επί της αιτήσεως εντός μηνός από την υποβολή όλων των δικαιολογητικών, υποχρεούται να αποδώσει το ποσό αυτό στην περιφέρεια, με την διαβίβαση του σχετικού φακέλου.

ιγ. Απόσπασμα ποινικού Μητρώου του αιτούντος και του επιστημονικά υπευθύνου. Σε περίπτωση Νομικού Προσώπου ή αστικού ιατρικού συνεταιρισμού, απόσπασμα ποινικού Μητρώου του διαχειριστή ή του νόμιμου εκπροσώπου ή των μελών του Δ.Σ. (σε περίπτωση ανωνύμου εταιρείας) και του επιστημονικά υπευθύνου.

ιδ. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του δικαιούχου και του επιστημονικά υπευθύνου ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.

2. Στη περίπτωση που το πολυϊατρείο διαθέτει διαγνωστικό εργαστήριο, πέραν των αναφερομένων στην προηγούμενη παράγραφο δικαιολογητικών, απαιτείται βεβαίωση από διπλωματούχο πολιτικό μηχανικό περί της στατικής επάρκειας του ακινήτου, στο οποίο στεγάζεται το διαγνωστικό εργαστήριο, εφόσον πρόκειται για Μαγνητικό Τομογράφο για χώρο εκτός ισογείου, ή υπογείου.

3. Για τη χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας ιδιωτικού πολυϊατρείου και πολυοδοντιατρείου, που λειτουργεί με τη μορφή νομικού προσώπου ή αστικού ιατρικού συνεταιρισμού, εκτός των δικαιολογητικών των

περιπτώσεων (β) έως και (ιγ) της ανωτέρω παραγράφου, απαιτείται επιπλέον:

α. Βεβαίωση του ιατρικού ή οδοντιατρικού συλλόγου περί εγγραφής και άσκησης ειδικότητας των επιστημονικά υπευθύνων ιατρών ή οδοντιάτρων του ιδιωτικού πολυϊατρείου και πολυοδοντιατρείου στην περίπτωση που δεν είναι μέλη του Συλλόγου στην περιφέρεια του οποίου αιτείται τη βεβαίωση λειτουργίας.

β. Καταστατικό του νομικού προσώπου ή του αστικού ιατρικού συνεταιρισμού.

γ. Ονομαστική κατάσταση του επιστημονικού προσωπικού και υπεύθυνη δήλωση ότι σε περίπτωση διακοπής της εργασιακής σχέσης, θα γνωστοποιείται το όνομα του αντικαταστάτη εντός δέκα πέντε (15) ημερών.

δ. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 των επιστημονικά υπευθύνων και των ιατρών ή οδοντιάτρων εταίρων ή μετόχων ότι δεν τους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικά του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.

ε. Σε περίπτωση Ανώνυμης Εταιρείας, ονομαστικός κατάλογος των μετόχων.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 13 Μαρτίου 2012

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΑΝΔΡΕΑΣ ΛΟΒΕΡΔΟΣ