



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ Β΄**

**Αθήνα 13. 3.2012
Αρ. πρωτ. : Υ3β/Γ.Π./οικ.24948**

Ταχ. Διεύθυνση : Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας : 101 87
Πληροφορίες : Σολωμού Αικ.
: Τριανταφύλλου Βαρβ.
: Κραβαρίτη Κ.
Τηλέφωνο : 210-5235835
: 210-5232821 εσωτ. 251
Fax : 210-5230577
E-mail : pfy@yyka.gov.gr

ΑΠΟΦΑΣΗ

ΘΕΜΑ : Καθορισμός δικαιολογητικών, διαδικασίας, όρων και προϋποθέσεων για τη χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας των ιατρείων, πολυϊατρείων, οδοντιατρείων και πολυοδοντιατρείων.

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας» (ΦΕΚ 123 τ. Α΄)
2. Τις διατάξεις του άρθρου 28 του Ν.3846/2010 «Εγγυήσεις για την εργασιακή ασφάλεια και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 66 τ.Α΄)
3. Τις διατάξεις των άρθρων 2 και 3 του Ν.3919/2011»Αρχή της επαγγελματικής ελευθερίας, κατάργηση, αδικαιολόγητων περιορισμών στην πρόσβαση και άσκηση επαγγελμάτων». (ΦΕΚ 32 τ. Α΄)
4. Τις διατάξεις του άρθρου 35 του Ν.4025/2011 «Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση Ε.Σ.Υ και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 228,τ Α΄)
5. Τις διατάξεις του άρθρου 4, παρ.16 του Ν.4038/2012 «Επείγουσες ρυθμίσεις που αφορούν την εφαρμογή του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015» (ΦΕΚ 14 τ.Α΄)

6. Τις διατάξεις του Π. Δ 84/10-4-2001 «Όροι, προϋποθέσεις, διαδικασία και προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π. Φ. Υ)» (ΦΕΚ 70,τ.Α')

6.Το Π.Δ 110/11-11-2011 Διορισμός Αντιπροέδρων της Κυβέρνησης, Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών (ΦΕΚ 243 τ.Α').

7.Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Προϋποθέσεις νόμιμης λειτουργίας ιατρείων, πολυιατρείων, οδοντιατρείων και πολυοδοντιατρείων

Άρθρο 1 Ορισμοί

1.Ιδιωτικό ιατρείο ή οδοντιατρείο είναι χώρος κατάλληλα διαρρυθμισμένος και εξοπλισμένος, όπως περιγράφεται στα παραρτήματα Α. και Β. του Π/Δ 84/2001, στον οποίο ασκείται η ιατρική ή η οδοντιατρική επιστήμη, από πρόσωπο που διαθέτει τη σχετική άδεια ασκήσεως επαγγέλματος ή βεβαίωση αναγγελίας ασκήσεως επαγγέλματος και άδεια ή βεβαίωση λειτουργίας ιδιωτικού ιατρείου ή οδοντιατρείου.

Το ιδιωτικό ιατρείο ή οδοντιατρείο δεν διαθέτει κλίνες νοσηλείας.

2. Ιδιωτικό πολυιατρείο ή ιδιωτικό πολυοδοντιατρείο είναι η σύνθεση τουλάχιστον τριών ιατρείων ή και λοιπών εξεταστικών μονάδων, κατά την έννοια του παραρτήματος Α' Π/Δ 84/2001 ή αντιστοίχως η σύνθεση τριών τουλάχιστον οδοντιατρείων, που στεγάζονται σε λειτουργικά ενιαίο και ανεξάρτητο από κάθε άλλη χρήση χώρο, όπως αυτός περιγράφεται στο μέρος τρίτο του παραπάνω παραρτήματος .

Το ιδιωτικό πολυιατρείο ή ιδιωτικό πολυοδοντιατρείο δεν διαθέτει κλίνες νοσηλείας.

Άρθρο 2 Προϋποθέσεις νόμιμης λειτουργίας

1. Για τη νόμιμη λειτουργία ιατρείου, πολυιατρείου, οδοντιατρείου και πολυοδοντιατρείου 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 ίδιου 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 κατάθεσή 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 3 **Δικαιούχοι**

1. Βεβαίωση λειτουργίας ιατρείου, πολυιατρείου, οδοντιατρείου και πολυοδοντιατρείου χορηγείται :

α. Σε φυσικά πρόσωπα, που διαθέτουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος ή βεβαίωση αναγγελίας ασκήσεως του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος.

β. Σε φυσικά πρόσωπα με την προϋπόθεση ότι για τη λειτουργία του ιατρείου, πολυιατρείου, οδοντιατρείου και πολυοδοντιατρείου ορίζεται επιστημονικά υπεύθυνος για κάθε παροχή υπηρεσίας ιατρός ή οδοντίατρος κάτοχος άδειας ασκήσεως ή βεβαίωσης αναγγελίας ασκήσεως επαγγέλματος.

γ. Σε νομικά πρόσωπα, που συνιστώνται και λειτουργούν σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

δ. Σε αστικούς συνεταιρισμούς ελευθέρων επαγγελματιών ιατρών εργαστηριακής διάγνωσης, βιοπαθολογίας, κυτταρολογίας και παθολογικής ανατομίας για την κάλυψη των αναγκών των μελών τους

ε. Είναι δυνατή η χορήγηση μίας (κοινής) βεβαίωσης λειτουργίας σε δύο ή περισσότερους ιατρούς ή οδοντιάτρους, στην περίπτωση που χρησιμοποιούν τον ίδιο χώρο και τον ίδιο εξοπλισμό αλλά σε καθορισμένους διαφορετικούς χρόνους υποδοχής των ασθενών.

ζ. Απλή συστέγαση στον ίδιο χώρο, χωρίς εταιρική σχέση, με αυτοτελείς βεβαιώσεις λειτουργίας, δύο (2) ή περισσότερων ιατρών ή οδοντιάτρων ή ιατρών και οδοντιάτρων επιτρέπεται με την προϋπόθεση ότι το σύνολο των διατεθειμένων χώρων κύριας χρήσης επαρκεί για τη χορήγηση αυτοτελών βεβαιώσεων λειτουργίας, ιατρείων, ή οδοντιατρείων, διαρρυθμισμένων και εξοπλισμένων σύμφωνα με τα παραρτήματα Α και Β του Π/Δ 84/2001.

2. Βεβαιώσεις λειτουργίας φορέων Π.Φ.Υ. δεν χορηγούνται σε όσους έχουν καταδικαστεί για ποινικό αδίκημα που συνεπάγεται ανικανότητα κτήσης της δημοσιοϋπαλληλικής ιδιότητας ή για παράβαση της νομοθεσίας για τα ναρκωτικά.

Άρθρο 4

Δικαιολογητικά για τη λειτουργία ιδιωτικού ιατρείου - οδοντιατρείου

1. Για τη χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας ιδιωτικού ιατρείου και οδοντιατρείου 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 χωροθέτηση 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 τις 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 νομίμου εκπροσώπου σε περίπτωση νομικού προσώπου.

Στις περιπτώσεις της απλής συστέγασης της παραγράφου 1, υποπαραγράφος (ε) του άρθρου 4 του ΠΔ.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 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 ΠΔ 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 ΠΔ 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.

Άρθρο 6 **Επιτροπή ελέγχου ιατρείων, πολυιατρείων, οδοντιατρείων και** **πολυοδοντιατρείων**

1. Στην έδρα κάθε Ιατρικού ή Οδοντιατρικού Συλλόγου συνιστάται επιτροπή, η οποία αποτελείται από :

α. Ένα μέλος του Δ.Σ. του οικείου Ιατρικού ή Οδοντιατρικού Συλλόγου αντίστοιχα.

β. Έναν Αρχιτέκτονα ή Πολιτικό Μηχανικό ή Μηχανολόγο Ηλεκτρολόγο ή Υγιεινολόγο Μηχανικό ο οποίος θα ορίζεται από τον οικείο Ιατρικό ή Οδοντιατρικό Σύλλογο μετά από πρόταση του Τεχνικού Επιμελητηρίου Ελλάδος (Τ.Ε.Ε.) ή του οικείου περιφερειακού τμήματος αυτού. Το Τ.Ε.Ε. ή το οικείο περιφερειακό τμήμα αυτού οφείλει μέσα σε διάστημα δεκαπέντε (15) ημερών από το αίτημα του οικείου Συλλόγου να προτείνει το μέλος αυτό. Μετά την πάροδο του άνω διαστήματος ορίζεται από τον οικείο σύλλογο, χωρίς πρόταση του Τ.Ε.Ε. ή του οικείου περιφερειακού τμήματος αυτού.

γ. Έναν ιατρό ή οδοντίατρο του οικείου ή σε περίπτωση αδυναμίας όμορου Ιατρικού ή Οδοντιατρικού Συλλόγου.

Η επιτροπή συγκροτείται με απόφαση του Δ.Σ. του συλλόγου. Με την ίδια απόφαση ορίζονται τα αναπληρωματικά μέλη και τυχόν αμοιβή των μελών, που καταβάλλεται από το Σύλλογο.

2. Έργο της επιτροπής είναι :

α. Η γνωμοδότηση για τη χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας των άνω φορέων, μετά από επιτόπιο έλεγχο.

β. Η εποπτεία και ο έλεγχος των φορέων αυτών κατά τη λειτουργία τους.

γ. Η εισήγηση για την επιβολή των ποινών που προβλέπονται από τις διατάξεις της του Π.Δ 84/2001.

Χρέη γραμματέως της Επιτροπής ανατίθενται σε υπάλληλο του οικείου Συλλόγου κατηγορίας ΔΕ, ΤΕ ή ΠΕ ή ελλείψει τούτου σε υπάλληλο των αντίστοιχων κατηγοριών με σύμβαση ορισμένου χρόνου ή έργου ή σε ένα εκ των μελών της Επιτροπής.

Κατά την κρίση του Συλλόγου, ανάλογα με τις ανάγκες, μπορεί να συσταθούν περισσότερες της μίας Επιτροπές, η κάθε μια όμως θα καλύπτει συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή.

Άρθρο 7 **Τεχνικές Προδιαγραφές**

Για την εφαρμογή των διατάξεων της παρούσης ισχύουν οι τεχνικές προδιαγραφές που αναφέρονται στα παραρτήματα Α, Β, Γ του Π/Δ 84/2001, όπως ισχύει. Ο εξοπλισμός που αποκτήθηκε πριν την ισχύ του Π.Δ. 84/2001 εξαιρείται της υποχρέωσης να φέρει πιστοποιητικό σήμανσης CE.

Ειδικά σε ότι αφορά απεικονιστικές εξετάσεις, κάθε φορέας του άρθρου 3 της παρούσης κατά την αναγγελία έναρξης λειτουργίας και τους ήδη λειτουργούντες φορείς σε δεσμευτική προθεσμία ενός (1) έτους, επί ποινή αφαίρεσης της σχετικής βεβαίωσης λειτουργίας, πρέπει να διαθέτει σύστημα Διαχείρισης και Αποθήκευσης Ιατρικής Απεικόνισης εικόνας (PACS) ικανό να διατηρήσει πλήρες και άμεσα ανακτήσιμο ιστορικό εξετάσεων σε βάθος δέκα (10) ετών. Διαμέσου του Συστήματος Διαχείρισης και Αποθήκευσης Ιατρικής Απεικόνισης θα παρέχεται η δυνατότητα πρόσβασης μόνο στους εντεταλμένους θεράποντες Ιατρούς και τους ελεγκτικούς μηχανισμούς του ΕΟΠΥΥ, μέσω ανοικτών διαδικτυακών εφαρμογών (web).

Φορείς ΠΦΥ που αποδεδειγμένα προϋπήρχαν της ημερομηνίας έκδοσης του ΠΔ 84/01 (ΦΕΚ 70 Α΄ 10-4-2001) εξαιρούνται της υποχρέωσης προσαρμογής στις διατάξεις του τεχνικού παραρτήματος, που αφορά τα μετρικά στοιχεία και την έκδοση αναθεωρημένης οικοδομικής άδειας και αντιστοίχου με αυτήν βεβαίωσης πυρασφάλειας τηρουμένων των προϋποθέσεων του άρθρου 34 του Ν.4025/2011, διατηρώντας την πραγματική κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Σε περίπτωση μετεγκατάστασης παύει να ισχύει η εξαίρεση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ **Λοιπές διατάξεις**

Άρθρο 8 **Μεταβατικές διατάξεις**

Οι αρμόδιες υπηρεσίες των Δ/σεων Δημόσιας Υγείας των οικείων Περιφερειών, υποχρεούνται να διαβιβάσουν με δική τους ευθύνη εντός δέκα (10) ημερών, στους ιατρικούς και οδοντιατρικούς συλλόγους, τις αιτήσεις συνοδευόμενες με όλα τα δικαιολογητικά των ενδιαφερομένων που κατατέθηκαν στις υπηρεσίες τους μετά την

1-1-2012 όπως προβλεπόταν στην αρ. πρωτ. Υ7/Γ.Π.οικ145276/30-12-2011 εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Άρθρο 9 **Έναρξη Ισχύος**

Η ισχύς της παρούσης αρχίζει από τη δημοσίευσή της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζεται διαφορετικά στις επί μέρους διατάξεις της.

Η παρούσα να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**

A. ΛΟΒΕΡΔΟΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

- 1.Γραφείο Υπουργού
- 2.Γραφεία Γεν. Γραμματέων
- 3.Γραφείο Προϊστ. Γεν. Δ/σης
Υπηρεσιών Υγείας
- 4.Δ/ση Προσωπικού
Τμήμα Γραμματείας
Αρχείο με την παράκληση
να σταλεί στο Εθνικό Τυπογραφείο
για δημοσίευση στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως
- 5.Δ/ση Π.Φ.Υ. (8)