****

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ**

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ**

**ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΟΙΚΟΠΕΔΟΥ**

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών

(άρθρο 8 παρ. 4, Ν. 1599/1986)

**Περιγραφή αιτήματος: *ΑΔΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΠΡΟΣ:** | **ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ**  **Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  **Τμήμα Υπηρεσιών & Επαγγελμάτων Υγείας** | **ΑΡΙΘΜΟΣ**  **ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ** | **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ** |
| ***Συμπληρώνονται από την Υπηρεσία*** | |

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:** (φυσικό πρόσωπο ή νόμιμος εκπρόσωπος σε περίπτωση νομικού προσώπου)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Όνομα: |  | | | | | | Επώνυμο: | |  | | | | | | |
| Όνομα Πατέρα: |  | | | | | | Επώνυμο Πατέρα: | |  | | | | | | |
| Όνομα Μητέρας: |  | | | | | | Επώνυμο Μητέρας: | |  | | | | | | |
| Αριθ. Δελτ.  Ταυτότητας\*: | |  | | | Α.Φ.Μ. | |  | | | Αρ. Άδειας  Οδήγησης:\* | |  | | | |
| Αρ. Διαβατηρίου:\* | |  | | Αρ. Βιβλιαρίου Υγείας:\* | | |  | | | Ιθαγένεια: | |  | | | |
| Ημερομηνία Γέννησης: | |  | | | | | Τόπος Γέννησης: | | |  | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | Χώρα: | | Πόλη: | | | | | Οδός: | | | Αρ.: | |  | ΤΚ |  |
| Τηλ.: |  | | | | Fax: |  | | | | E-mail: |  | | | | |

\* συμπληρώνεται ένα από τα αποδεικτικά στοιχεία ταυτότητας

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Επωνυμία: | | | | | | | | | | | | |
| Αρ. Καταστατικού: | | | | | | Έτος Ίδρυσης: | | | |  | | |
| Αρ. και έτος ΦΕΚ / ΤΑΠΕΤ (για ΑΕ και ΕΠΕ) ή αριθμός και ημερομηνία καταχώρησης στα βιβλία εταιρειών του Πρωτοδικείου της έδρας (για ΟΕ και ΕΕ) | | | |  | | | | | | | | |
| Α.Φ.Μ.: | | | | Δ.Ο.Υ.: | | | | | | | | |
| Έδρα: | Οδός | | | | Αρ.: | | |  | | | ΤΚ |  |
| Δήμος/Κοινότητα: | | | | | Νομός: | | |  | | | | |
| Τηλ.: |  | Fax: |  | | | | E-mail: | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ1** (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης): | | | | | | | | | | | | |
| Όνομα: |  | | | | Επώνυμο: | |  | | | | | |
| Ονοματεπώνυμο  Πατέρα: | | |  | | | | | ΑΔΤ: | |  | | |
| Τόπος κατοικίας: | |  | | Οδός: | |  | | Αρ: |  | | Τ.Κ. |  |
| Τηλ.: | |  | | Fax: | |  | | E-mail: |  | | | |

**Παρακαλώ για τη χορήγηση προέγκριση καταλληλότητας οικοπέδου.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Επωνυμία επιχείρησης: | | | | | | | | | | |
| Εγκεκριμένος τίτλος (αν υπάρχει): | | | | | | | | | | |
| Διεύθυνση  Επιχείρησης: | Δήμος/Κοινότητα: | Οδός: | | | | | Αρ.: |  | Τ.Κ.: |  |
| Α.Φ.Μ.: |  | | | | Δ.Ο.Υ.: | | | | | |
| Τηλ.: |  | | Fax: |  | | E-mail: | |  | | |

**Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις2 που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:**

**«1. Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη (διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος).**

**2. Εξουσιοδοτώ την Υπηρεσία (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.**

**3…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………….»**

|  |
| --- |
| **Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:** |
| 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση που δηλώνεται στην παρούσα αίτηση: 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την Υπηρεσία μας: 3. Να την παραλάβετε από Ε.Κ.Ε.: 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας: 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό: |

……………………….. Ο/Η αιτών/ούσα

(ημερομηνία)

(Σφραγίδα-υπογραφή)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο.

2. «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».

***Προϋποθέσεις για τη λειτουργία Ιδιωτικής Κλινικής***

1. Ιδιωτική Κλινική, για την οποία έχει χορηγηθεί άδεια ίδρυσης, είναι απαραίτητο, πριν από την έναρξη της λειτουργίας της, να εφοδιαστεί και με άδεια λειτουργίας, η οποία χορηγείται, ύστερα από γνώμη της Επιτροπής του άρθρου 4, του ν. 4600/2019 , με απόφαση του οικείου Περιφερειάρχη, που εκδίδεται μέσα σε ένα τρίμηνο από την υποβολή της σχετικής αίτησης με τα δικαιολογητικά του άρθρου 13 του ν. 4600/2019

2. Η λειτουργία Ιδιωτικής Κλινικής χωρίς την άδεια λειτουργίας απαγορεύεται. Σε αντίθετη περίπτωση ανακαλείται αμέσως η άδεια ίδρυσης που έχει χορηγηθεί και επιβάλλονται οι κυρώσεις της παραγράφου 1 του άρθρου 21 του ν. 4600/2019 .

***Διάκριση κλινικών***

1. Οι Ιδιωτικές Κλινικές διακρίνονται σε Γενικές, Μεικτές και Ειδικές.

2. Γενικές θεωρούνται όσες Ιδιωτικές Κλινικές διαθέτουν τουλάχιστον παθολογικό τμήμα και τμήμα γενικής χειρουργικής, Μεικτές όσες διαθέτουν τμήματα νοσηλείας με περισσότερες από δύο ειδικότητες αμιγώς παθολογικού ή αμιγώς χειρουργικού τομέα και τουλάχιστον τμήμα της βασικής ειδικότητας των τομέων αυτών (δηλαδή παθολογικό τμήμα ή τμήμα γενικής χειρουργικής) και Ειδικές όσες διαθέτουν τμήματα νοσηλείας μίας (1) μόνο ειδικότητας.

***Γενικές τεχνικές προδιαγραφές***

Κάθε Ιδιωτική Κλινική πρέπει να πληροί τις προδιαγραφές που προβλέπονται στα Παραρτήματα του ν. 4600/2019 και ειδικότερα:

α) τις γενικές τεχνικές προδιαγραφές του Παραρτήματος Α΄ και

β) τις τεχνικές προδιαγραφές των επιμέρους τμημάτων του Παραρτήματος Β΄ , τις προδιαγραφές του ιατρικού εξοπλισμού του Παραρτήματος Γ΄ και το προσωπικό του Παραρτήματος Δ΄ ανάλογα με τα τμήματα, τις ειδικές μονάδες, το συγκρότημα επεμβάσεων, τα διαγνωστικά εργαστήρια και τις υπηρεσίες κεντρικής υποστήριξης που αναπτύσσει.

***ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑΓΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ***

1. αίτηση που να αναφέρει την επωνυμία της κλινικής
2. δήλωση με την οποία ορίζεται ο Επιστημονικός Διευθυντής της κλινικής και οι Επιστημονικά Υπεύθυνοι των τμημάτων της
3. κατάλογος των ιατρών και του λοιπού προσωπικού, κατά κατηγορία, που θα απασχοληθούν στην κλινική, πιστοποιητικά του ιατρικού συλλόγου στον οποίο είναι εγγεγραμμένοι οι ιατροί, συμπεριλαμβανομένων του Επιστημονικού Διευθυντή της κλινικής και των Επιστημονικά Υπεύθυνων των τμημάτων της, από τα οποία να προκύπτει ο χρόνος λήψης της άδειας άσκησης επαγγέλματος και του τίτλου της ιατρικής ειδικότητας και η πειθαρχική τους κατάσταση, καθώς και άδεια άσκησης επαγγέλματος, για το λοιπό προσωπικό, όπου προβλέπεται
4. εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας της κλινικής
5. κατάλογος του εξοπλισμού της κλινικής
6. πιστοποιητικό της αρμόδιας αρχής του Πυροσβεστικού Σώματος για τη λήψη των επιβαλλόμενων μέτρων πυρασφάλειας
7. υπεύθυνη δήλωση υπογεγραμμένη από το φυσικό πρόσωπο ή τον νόμιμο εκπρόσωπο του νομικού προσώπου στο οποίο έχει χορηγηθεί η άδεια ίδρυσης της ιδιωτικής κλινικής και τους υπεύθυνους μηχανικούς, με την οποία βεβαιώνεται ότι έχουν τηρηθεί οι αρχιτεκτονικές, στατικές και ηλεκτρομηχανολογικές προδιαγραφές του παρόντος και οι πολεοδομικές διατάξεις
8. αντίγραφο ποινικού μητρώου για τα πρόσωπα των περιπτώσεων 2 και 3 καθώς και του αιτούντος (φυσικό πρόσωπο ή νόμιμος εκπρόσωπος εταιρείας) το οποίο αναζητείται αυτεπαγγέλτως από την Περιφέρεια
9. υπεύθυνη δήλωση από το φυσικό πρόσωπο ή τον νόμιμο εκπρόσωπο του νομικού προσώπου, ότι δεν εμπίπτει στις απαγορεύσεις της παραγράφου 1 του άρθρου 3 του ν. 4600/2019
10. οριστικό τίτλο ή έγγραφο, κατά τον τύπο που ορίζεται στον νόμο, από τον οποίο να προκύπτει η κυριότητα ή η νόμιμη κατοχή του κτίσματος.
11. Περιγραφή του τρόπου αποχέτευσης και του τρόπου διαχείρισης των απορριμμάτων - ιδιαίτερα των μολυσμένων
12. Οι Ιδιωτικές Κλινικές πρέπει να διαθέτουν σε 24ωρη βάση υπηρεσίες καθαριότητας των χώρων τους με μηχανικά ή άλλα μέσα, είτε από το προσωπικό τους είτε από εξωτερικό ανάδοχο. H σχετική σύμβαση ανάθεσης των υπηρεσιών καθαριότητας σε εξωτερικό ανάδοχο υποβάλλεται στην αρμόδια Περιφέρεια και περιλαμβάνει τον αριθμό και κατάσταση προσωπικού και την κατά τον νόμο άδεια του αναδόχου, εφόσον προβλέπεται.
13. Οι Ιδιωτικές Κλινικές μπορούν να αναθέτουν σε εξωτερικό ανάδοχο τις υπηρεσίες σίτισης. H σχετική σύμβαση υποβάλλεται στην αρμόδια Περιφέρεια και περιλαμβάνει τον τόπο παρασκευής γευμάτων, τον τρόπο μεταφοράς αυτών, τον αριθμό προσωπικού, και το εβδομαδιαίο διαιτολόγιο ενδιαίτησης, καθώς και τον τρόπο χορήγησης ειδικών διαιτητικών γευμάτων και την κατά τον νόμο άδεια του αναδόχου, εφόσον προβλέπεται.

Στην απόφαση χορήγησης της άδειας λειτουργίας πρέπει να αναγράφονται όλα τα τμήματα της Ιδιωτικής Κλινικής, όπως τα τμήματα ειδικοτήτων, οι ειδικές μονάδες και το συγκρότημα επεμβάσεων, ο συνολικός αριθμός των κλινών, ο αριθμός των κλινών ανά τμήμα και θάλαμο αυτής και οι επιστημονικά υπεύθυνοι των τμημάτων.

Τα πρόσωπα των περιπτώσεων 2 και 3 παρέχουν τις υπηρεσίες τους προς την κλινική στο πλαίσιο σύμβασης εξαρτημένης εργασίας.

Για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας διενεργείται προηγουμένως επιθεώρηση του κτιρίου της κλινικής και των εγκαταστάσεών της για να διαπιστωθεί αν έχουν τηρηθεί όσα προβλέπονται στα νομίμως θεωρημένα σχέδια και αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη χορήγηση της άδειας λειτουργίας.

Η επιθεώρηση διενεργείται από την Επιτροπή του άρθρου 4, του ν. 4600/2019 η οποία συντάσσει σχετικό πρακτικό με τις διαπιστώσεις και τις προτάσεις της.

*Αν ο φάκελος για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης ή άδειας λειτουργίας της κλινικής είναι ελλιπής, ο Περιφερειάρχης ορίζει εύλογη προθεσμία, όχι μικρότερη του ενός (1) μηνός, μέσα στην οποία υποβάλλεται από τους ενδιαφερομένους κάθε συμπληρωματικό στοιχείο*

**Διοικητική διεύθυνση της Ιδιωτικής Κλινικής**

Τη διοικητική ευθύνη κάθε Ιδιωτικής Κλινικής έχει εκείνος στο όνομα του οποίου εκδίδεται η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας της Κλινικής ή σε περίπτωση νομικού προσώπου, ο νόμιμος εκπρόσωπός της ή άλλο πρόσωπο που ορίζεται από τον κάτοχο της άδειας.

Το όνομα του διοικητικού διευθυντή γνωστοποιείται υποχρεωτικά στην οικεία Περιφέρεια και θα πρέπει ως προς αυτόν να συντρέχουν οι προϋποθέσεις των άρθρων 2 και 3 του ν. 4600/2019.

Ο διοικητικός διευθυντής είναι υπεύθυνος για την καλή λειτουργία της Ιδιωτικής Κλινικής.

**Επιστημονική διεύθυνση της ιδιωτικής κλινικής**

Την επιστημονική ευθύνη της Ιδιωτικής Κλινικής έχει ο ιατρός Επιστημονικός Διευθυντής της, που ορίζεται από τον κάτοχο της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας της Ιδιωτικής Κλινικής, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 13 του ν. 4600/2019, μόνο σε μία (1) Ιδιωτική Κλινική. Την επιστημονική ευθύνη κάθε τμήματος της Ιδιωτικής Κλινικής έχει ο Επιστημονικά Υπεύθυνος ιατρός που ορίζεται από τον κάτοχο της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας της Κλινικής, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 13 του ν. 4600/2019, μόνο σε μία (1) Ιδιωτική Κλινική.

Όλοι οι ιατροί της κλινικής που ορίζονται επιστημονικά υπεύθυνοι συμμετέχουν σε Επιστημονική Επιτροπή η οποία έχει ως καθήκον την εφαρμογή του κανονισμού ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Χρέη Προέδρου της Επιτροπής αυτής εκτελεί ιατρός λοιμωξιολόγος, ή, σε περίπτωση έλλειψης αυτού, ιατρός βιοπαθολόγος ή, σε περίπτωση έλλειψης αυτού, ιατρός παθολόγος ή, σε περίπτωση έλλειψης αυτού, ο Επιστημονικός Διευθυντής της κλινικής.

Ο Επιστημονικός Διευθυντής της κλινικής ή ο Επιστημονικά Υπεύθυνος τμήματος απαλλάσσεται από την επιστημονική του ευθύνη, σύμφωνα με τις παραγράφους 1 και 2 του ν. 4600/2019, όταν αντικατασταθεί με απόφαση του Περιφερειάρχη. Ο Διοικητικός Διευθυντής της κλινικής γνωστοποιεί αμέσως στην οικεία Περιφέρεια κάθε περίπτωση αντικατάστασης επιστημονικά υπευθύνου, υποβάλλοντας ταυτόχρονα και τα σχετικά δικαιολογητικά, που αφορούν τον νέο επιστημονικά υπεύθυνο για την έκδοση της σχετικής απόφασης. Η αντικατάσταση γνωστοποιείται και στον ιατρικό σύλλογο, στον οποίο είναι εγγεγραμμένος τόσο ο ιατρός που αντικαθίσταται όσο και εκείνος που τον αντικαθιστά.

Σε περίπτωση ασθένειας είτε του Επιστημονικού Διευθυντή είτε του Επιστημονικά Υπευθύνου τμήματος που δεν υπερβαίνει τις πέντε (5) ημέρες, ή κανονικής άδειάς του, που δεν υπερβαίνει τις δεκαπέντε (15) ημέρες, μπορεί να οριστεί προσωρινός αντικαταστάτης του, που πληροί τις προϋποθέσεις με απόφαση του Διοικητικού Διευθυντή.

Κάθε κλινική μπορεί να συνεργάζεται με τους ιδιώτες ιατρούς που απαιτούνται για τη λειτουργία της κλινικής, σύμφωνα με την άδειά της, με την επιφύλαξη όσων ορίζονται στο άρθρο 11 του ν. 2889/2001 και σε άλλες ειδικότερες διατάξεις. Οι όροι και οι προϋποθέσεις της συνεργασίας καθορίζονται σε έγγραφη σύμβαση. Η σύμβαση αυτή, καθώς και πιστοποιητικό του οικείου ιατρικού συλλόγου, τηρούνται υποχρεωτικά από την Ιδιωτική Κλινική στον φάκελο του ιατρού.

Σε κάθε κλινική πρέπει να υπάρχει όλο το 24ωρο ιατρική κάλυψη.

Οι Ιδιωτικές Κλινικές πρέπει να δημοσιοποιούν στην ιστοσελίδα τους και σε εμφανές σημείο στην υποδοχή και στο λογιστήριο τιμοκατάλογο των υπηρεσιών και προϊόντων που παρέχονται από αυτές.

**Επωνυμία**

Σε οποιαδήποτε επωνυμία ή διακριτικό τίτλο της Ιδιωτικής Κλινικής, προτάσσεται εμφανώς ο τίτλος «ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ» και απαγορεύεται η χρήση του όρου «ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ» σε οποιαδήποτε γλώσσα, πλην του όρου «Private Hospital» που μπορεί να χρησιμοποιείται εκτός της Ελληνικής Επικράτειας. Στους παραβάτες επιβάλλονται οι ποινές που προβλέπονται στην παράγραφο 2

του άρθρου 21 του ν. 4600/2019.

**Τηρούμενα βιβλία και στοιχεία**

Κάθε Κλινική υποχρεούται να τηρεί:

α) μητρώο εισερχομένων και εξερχομένων ασθενών,

β) βιβλίο αποβιωσάντων ασθενών,

γ) βιβλίο νοσηλείας για την αναγραφή συνταγών, φαρμάκων και εργαστηριακών εξετάσεων,

δ) βιβλίο εργαστηριακών εξετάσεων για κάθε εργαστήριο,

ε) βιβλίο χειρουργείου που τηρείται λεπτομερώς από τον εγχειρήσαντα,

στ) βιβλία λογοδοσίας κατά κλινική ή τμήμα της νοσηλευτικής υπηρεσίας,

ζ) συνταγολόγιο ναρκωτικών,

η) ατομικούς φακέλους των ασθενών πλήρως ενημερωμένους με τα στοιχεία του άρθρου 26.

Τα ανωτέρω μπορούν να τηρούνται και ηλεκτρονικά.

**Κλίνες**

1. Ο μέγιστος αριθμός κλινών ανά τμήμα ειδικότητας δεν μπορεί να υπερβαίνει τις σαράντα (40) κλίνες.

2. Οι ψυχιατρικές κλινικές δεν μπορεί να έχουν δύναμη άνω των εκατόν πενήντα (150) κλινών.

**Υποχρεωτικά τμήματα και εργαστήρια**

Κάθε Ιδιωτική Κλινική, Γενική ή Ειδική ή Μεικτή, πρέπει να διαθέτει υποχρεωτικά, εκτός από νοσηλευτικές μονάδες, και:

α) εργαστήριο Βιοπαθολογίας, σύμφωνα με όσα ορίζονται στα Παραρτήματα του ν. 4600/2019

β) ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο, σύμφωνα με όσα ορίζονται στα Παραρτήματα του ν. 4600/2019. Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο δεν είναι απαραίτητο για ειδικές ψυχιατρικές και παιδοψυχιατρικές κλινικές

γ) συγκρότημα χειρουργείων, όταν αναπτύσσει τμήματα χειρουργικού τομέα, σύμφωνα με όσα ορίζονται στα Παραρτήματα του ν. 4600/2019

δ) σε κλινικές άνω των ογδόντα (80) κλινών, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), πολυδύναμη ή των αντίστοιχων προς τα τμήματα ειδικοτήτων, σύμφωνα με τα Παραρτήματα Β΄ , Γ΄ και Δ΄, ελάχιστης δυναμικότητας έξι (6) κλινών. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας δεν απαιτείται για τις ψυχιατρικές, παιδοψυχιατρικές και ειδικές κλινικές αλλεργιολογίας, δερματολογίας, ενδοκρινολογίας, οφθαλμολογίας. Σε κλινικές κάτω των ογδόντα (80) κλινών, εφόσον αναπτύσσουν τμήματα χειρουργικού τομέα ή τμήματα ειδικότητας καρδιολογίας ή πνευμονολογίας του παθολογικού τομέα, απαιτείται η δημιουργία Μ.Ε.Θ., πολυδύναμης ή της αντίστοιχης ειδικότητας, δυναμικότητας τεσσάρων (4) τουλάχιστον κλινών

ε) τον απαιτούμενο περιβάλλοντα χώρο κατάλληλα διαμορφωμένο, καθώς και χώρους εισόδων και υποδοχής ασθενών και επισκεπτών, σύμφωνα με το Παράρτημα Α΄ του ν. 4600/2019

στ) έναν (1) τουλάχιστον εξωτερικό ιατρείο - εξεταστήριο, συναρτημένο με τους χώρους υποδοχής της Κλινικής, όταν δεν αναπτύσσει τμήμα εξωτερικών ιατρείων,

ζ) υπηρεσία διατροφής, σύμφωνα με τα Παραρτήματα Β΄ , Γ΄ και Δ΄ του ν. 4600/2019

η) κεντρική αποστείρωση όταν αναπτύσσει τμήματα χειρουργικού τομέα ή μικρό τμήμα κεντρικής αποστείρωσης, όταν αναπτύσσει μόνο παθολογικό τομέα, σύμφωνα με τα Παραρτήματα Β΄ , Γ΄ και Δ΄ του ν. 4600/2019

θ) φαρμακείο, για τις κλινικές δυναμικότητας άνω των εξήντα (60) κλινών ή χώρο αποθήκευσης φαρμάκων, για τις κλινικές δυναμικότητας κάτω των εξήντα (60) κλινών, σύμφωνα με τα οριζόμενα στα Παραρτήματα του ν. 4600/2019

ι) χώρο φύλαξης νεκρών, σύμφωνα με το Παράρτημα Β΄ του ν. 4600/2019

ια) εγκαταστάσεις εξυπηρέτησης προσωπικού, αποδυτήρια προσωπικού και χώρους υγιεινής, σύμφωνα με το Παράρτημα Β΄ του ν. 4600/2019

ιβ) κοιτώνες διανυκτέρευσης εφημερευόντων, σύμφωνα με το Παράρτημα Β΄ του ν. 4600/2019

ιγ) διοικητικές υπηρεσίες, σύμφωνα με το Παράρτημα Β΄ του ν. 4600/2019

ιδ) τις απαιτούμενες ηλεκτρομηχανολογικές εγκαταστάσεις, σύμφωνα με το Παράρτημα Β΄ του ν. 4600/2019

ιε) κεντρικό χώρο συγκέντρωσης για την αποκομιδή των απορριμμάτων, σύμφωνα με το Παράρτημα Β΄ του ν. 4600/2019 .

**Μεταβίβαση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας Ιδιωτικής Κλινικής**

Με απόφαση του οικείου Περιφερειάρχη, ύστερα από αίτηση των ενδιαφερομένων, η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας Ιδιωτικής Κλινικής μπορεί να μεταβιβαστεί σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα που πληρούν τις προϋποθέσεις των άρθρων 2 και 3 του ν. 4600/2019. Για τη μεταβίβαση προσκομίζονται υποχρεωτικά τα δικαιολογητικά

1. αν πρόκειται για νομικό πρόσωπο, πιστοποιητικό για τη νόμιμη εκπροσώπηση από το Γενικό Εμπορικό Μητρώο (Γ.Ε.ΜΗ.).
2. έγγραφο από το οποίο προκύπτει η κυριότητα ή η νόμιμη κατοχή του οικοπέδου ή κτηρίου ή προσύμφωνο για την κτήση της κυριότητας ή της νόμιμης κατοχής του οικοπέδου ή κτιρίου.
3. αντίγραφο ποινικού μητρώου για τον νέο κάτοχο της άδειας (φυσικό πρόσωπο ή νόμιμο εκπρόσωπο εταιρείας) καθώς και των ιατρών και του λοιπού προσωπικού, κατά κατηγορία, που θα απασχοληθούν στην κλινική, συμπεριλαμβανομένων του Επιστημονικού Διευθυντή της κλινικής και των Επιστημονικά Υπεύθυνων των τμημάτων της, το οποίο αναζητείται αυτεπαγγέλτως από την Περιφέρεια.
4. υπεύθυνη δήλωση από το φυσικό πρόσωπο ή τον νόμιμο εκπρόσωπο του νομικού προσώπου, ότι δεν εμπίπτει στις απαγορεύσεις της παραγράφου 1 του άρθρου 3 του ν. 4600/2019

**Τροποποίηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας**

Οι άδειες ίδρυσης & λειτουργίας τροποποιούνται σε οποιαδήποτε περίπτωση μεταβολής της λειτουργίας της ιδιωτικής κλινικής, όπως μετατροπής αντικειμένου, κτιριακής επέκτασης, δημιουργίας νέων τμημάτων ή κατάργησης υπαρχόντων τμημάτων, αύξησης ή μείωσης ή ανακατανομής τμημάτων ή κλινών της.

Επιτρέπεται η αλλαγή χρήσης των κλινών μεταξύ των τμημάτων της ίδιας κλινικής, με απλή γνωστοποίηση αυτής προς την αρμόδια Περιφέρεια, εφόσον δεν επέρχεται αύξηση του συνολικού αριθμού των κλινών της κλινικής και της δυναμικότητας των κλινών ανά θάλαμο και τηρούνται τα προβλεπόμενα στις ισχύουσες για την εκάστοτε κλινική διατάξεις ελάχιστα και μέγιστα όρια κλινών. Στην περίπτωση αυτή ο Περιφερειάρχης εκδίδει, μέσα σε δύο (2) μήνες, απόφαση περί τροποποίησης της άδειας λειτουργίας της κλινικής. Εφόσον υπάρχει πληρότητα κλινών σε τμήματα ειδικοτήτων, επιτρέπεται η νοσηλεία ασθενών και σε τμήματα διαφορετικών ειδικοτήτων του ιδίου τομέα, εξαιρουμένων των παιδιατρικών και ψυχιατρικών ασθενών και τμημάτων.

Επιτρέπεται επίσης, με απλή γνωστοποίηση στην αρμόδια Περιφέρεια, η μείωση κλινών, που προβλέπονται στην άδεια ίδρυσης και λειτουργίας, λόγω παύσης της χρήσης τους, εφόσον δεν συνεπάγεται ανακατανομή αυτών σε άλλο τμήμα και τηρούνται τα ελάχιστα εκ του νόμου όρια κλινών ανά τμήμα του άρθρου 23 του ν. 4600/2019. Στην τελευταία περίπτωση η γνωστοποίηση πρέπει απαραιτήτως να περιέχει τον ακριβή αριθμό των κλινών που παύουν να διατίθενται, και τον θάλαμο όπου αυτές βρίσκονταν.

Με απόφαση του οικείου Περιφερειάρχη, ύστερα από αίτηση του κατόχου της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας της κλινικής και έλεγχο από την Επιτροπή του άρθρου 4 του ν. 4600/2019, επιτρέπεται η επαναχρησιμοποίηση, σύμφωνα με την άδεια ίδρυσης και λειτουργίας, των κλινών που έπαυσαν να διατίθενται με την ανωτέρω διαδικασία

**Προσωρινή διακοπή λειτουργίας**

1. Ύστερα από αίτηση του κατόχου της άδειας λειτουργίας, επιτρέπεται η προσωρινή διακοπή λειτουργίας της ιδιωτικής κλινικής για χρονικό διάστημα που δεν δύναται να υπερβαίνει τους δεκαοκτώ (18) μήνες, στις εξής περιπτώσεις:

α) για οποιαδήποτε κτιριακή μετατροπή, ανακαίνιση ή μεταστέγαση, στις περιπτώσεις που προβλέπονται από τον νόμο,

β) για άλλους εξαιρετικούς λόγους που τεκμηριωμένα επικαλείται ο κάτοχος της άδειας.

2. Στις ανωτέρω περιπτώσεις, η λειτουργία της κλινικής διακόπτεται και η κλινική επαναλειτουργεί με απόφαση του οικείου Περιφερειάρχη, ύστερα από γνώμη της Επιτροπής του άρθρου 4 του ν. 4600/2019.

3. Με απόφαση του οικείου Περιφερειάρχη, ύστερα από αίτηση του κατόχου της άδειας λειτουργίας, επιτρέπεται η προσωρινή διακοπή της λειτουργίας τμήματος της ιδιωτικής κλινικής για χρονικό διάστημα που δεν μπορεί να υπερβαίνει τους έξι (6) μήνες, ανά διετία, και μόνο για λόγους αδυναμίας εξεύρεσης Επιστημονικά Υπευθύνου. Αν μέσα στο εξάμηνο της διακοπής δεν υποδειχθεί ιατρός για την ανάληψη της επιστημονικής ευθύνης του τμήματος, αυτό θεωρείται ότι έχει καταργηθεί και είτε μειώνεται ανάλογα ο συνολικός αριθμός των κλινών της Κλινικής, με διαπιστωτική πράξη του αρμόδιου Περιφερειάρχη, είτε ανακατανέμονται οι κλίνες του, ύστερα από αίτηση του δικαιούχου και απόφαση του Περιφερειάρχη για την τροποποίηση της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις του παρόντος.

**Λειτουργία χωρίς άδεια**

1. Με απόφαση του οικείου Περιφερειάρχη παύει η λειτουργία των Ιδιωτικών Κλινικών που λειτουργούν χωρίς να τους έχει χορηγηθεί άδεια λειτουργίας

2. Οι αποφάσεις για την παύση της λειτουργίας Ιδιωτικής Κλινικής εκτελούνται από τα όργανα της Ελληνικής Αστυνομίας με τη συνδρομή και υπό την εποπτεία της εισαγγελικής αρχής. Κατά την εκτέλεση των αποφάσεων αυτών, ο κάτοχος της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας της, καθώς και ο Επιστημονικός και Διοικητικός Διευθυντής της κλινικής υποχρεούνται να μεριμνούν για την ασφαλή μεταφορά των νοσηλευομένων για τη συνέχιση της νοσηλείας τους. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας ρυθμίζεται η διαδικασία εκτέλεσης των ανωτέρω αποφάσεων και κάθε άλλο σχετικό θέμα.