



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας
www.eopyy.gov.gr

Αθήνα, 13.3.2012

ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

**ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΜΟΝΙΜΟΥΣ ΚΑΙ ΜΕ ΑΟΡΙΣΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥΣ (ΠΡΩΗΝ ΙΚΑ – ΕΤΑΜ,
ΟΠΑΔ-ΤΥΔΥ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ) ΚΑΙ ΠΛΕΟΝ ΕΟΠΥΥ**

Με τις διατάξεις του άρθρου 29 του Ν. 4038 (ΦΕΚ 14/Α/2.2.12), καθώς και με την Φ.90380/οικ. 228/113 Κοινή Υπουργική Απόφαση που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 416/Β/23.2.12, η ημερομηνία ισχύς της οποίας αρχίζει από **01.01.2012**, ρυθμίστηκαν θέματα των γιατρών του ΕΟΠΥΥ.

Σύμφωνα με τις παραπάνω ρυθμίσεις οι γιατροί μόνιμοι και με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου, των φορέων που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ (ΙΚΑ – ΕΤΑΜ, ΟΠΑΔ-ΤΥΔΚΥ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ) δύνανται να παρέχουν τις υπηρεσίες τους προς τους ασφαλισμένους του Οργανισμού και στα ιδιωτικά τους ιατρεία μετά τη λήξη του ωραρίου τους στον Οργανισμό, με ανώτατο αριθμό επισκέψεων 150 επισκέψεις το μήνα και αμοιβή 10 € ανά επίσκεψη.

Σχετικές οδηγίες για τη διαδικασία υποβολής της Υπεύθυνης Δήλωσης αναρτήθηκαν στην ιστοσελίδα του ΕΟΠΥΥ.

Ακολουθεί η ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ που θα πρέπει να υποβάλουν οι ενδιαφερόμενοι.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΒΟΥΔΟΥΡΗΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

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)							
ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :							
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	ΤΚ:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Ο Ιατρός με στοιχεία Ταυτότητας,

ΦΥΛΟ _____ ΑΡΡΕΝ ☐ ΘΗΛΥ ☐
ΑΦΜ _____ ΑΜ. ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ)* _____
ΑΜΚΑ _____ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ _____
ΕΤΟΣ ΛΗΨΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ _____ ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ _____
Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ _____ Αριθμός _____
ΠΟΛΗ/ΠΕΡΙΟΧΗ _____ Ταχ. Κωδ. _____
Email _____
Σταθ. Τηλ. _____ Κιν. Τηλ. _____

Έχω πιστοποιηθεί στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- τα ανωτέρω στοιχεία είναι ακριβή και αληθή
- βεβαιώνω ότι είμαι μόνιμος/αορίστου χρόνου(υπογραμμίζεται η ανάλογη ένδειξη) γιατρός του πρώην ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΠΑΔ-ΤΥΔΚΥ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ και πλέον ΕΟΠΥΥ.
- αποδέχομαι να παρέχω τις ιατρικές υπηρεσίες μου **μετά τη λήξη του ωραρίου εργασίας μου στον ΕΟΠΥΥ, στο ιδιωτικό μου ιατρείο**, σύμφωνα με τις ρυθμίσεις που καθορίστηκαν με το άρθρο 29 του Ν. 4038 (ΦΕΚ 14/Α/2.2.12, με την Φ.90380/οικ. 228/113 Κοινή Υπουργική απόφαση που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 416/Β/23.2.12), καθώς και τις ρυθμίσεις του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ για τους ασφαλισμένους του Οργανισμού
- υποχρεούμαι στην περίπτωση που εξυπηρετώ με την ιδιότητά μου ως μόνιμος ή αορίστου χρόνου γιατρός τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ στο ιδιωτικό μου ιατρείο, να αναρτήσω σε εμφανή σημείο στο ιατρείο μου το ωράριό μου ως γιατρός του Οργανισμού που έχει καθορισθεί από τη Μονάδα Υγείας στην οποία υπηρετώ .**
- αποδέχομαι την αμοιβή μου που ορίζεται με την Φ.90380/οικ. 228/113 Κοινή Υπουργική Απόφαση και η οποία ανέρχεται σε 10 € ανά επίσκεψη πέραν των οποίων δεν έχω καμία οικονομική απαίτηση και με ανώτατο όριο επισκέψεων 150 ανά μήνα.
- πέραν της προαναφερθείσας αμοιβής από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ουδεμία πρόσθετη αμοιβή δύναμαι να αξιώσω από τους ασφαλισμένους του Οργανισμού που περιλαμβάνονται στις 150 επισκέψεις που θα υποβάλω ανά μήνα.
- υποχρεούμαι να πιστοποιηθώ (εφόσον δεν έχω ήδη πιστοποιηθεί) στο e-syntagografisis και e-diagnosis και να συνταγογραφώ/παραπέμπω μόνο ηλεκτρονικά εκτός από την περίπτωση που υπάρχει αδυναμία του συστήματος, την παραπάνω διαδικασία θα τη διεκπεραιώνω χειρόγραφα στο ενιαίο συνταγολόγιο του πρώην ΙΚΑ - ΕΤΑΜ.
- υποχρεούμαι να πιστοποιηθώ στο σύστημα e- ΔΑΠΥ (ιστοσελίδα του ΕΟΠΥΥ www.eopyy.gov.gr) και να υποβάλλω ηλεκτρονικά τις επισκέψεις που πραγματοποιώ ανά μήνα σύμφωνα με τις οδηγίες του ΕΟΠΥΥ. Τα ατομικά έντυπα (προσωπικά λευκά συνταγολόγια του γιατρού) των επισκέψεων, θα τα υποβάλλω υπογεγραμμένα τόσο από τον ασφαλισμένο όσο και από το γιατρό και σφραγισμένα στις αρχές κάθε μήνα για τον προηγούμενο μήνα στις πρώην ΥΠΑΔ.

- αποδέχομαι την ανάρτηση των προσωπικών μου στοιχείων (ονοματεπώνυμο, δ/ση ιατρείου, τηλέφωνο, ειδικότητα (κ.λπ.) στα ειδικά πληροφοριακά έντυπα και στο site του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των υπόλοιπων ασφαλιστικών φορέων (ΙΚΑ – ΕΤΑΜ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ), καθώς και τη χρήση τους από το εκάστοτε σύστημα διαχείρισης τηλεφωνικού ραντεβού.
- σε περίπτωση που διαπιστωθεί παράβαση των ανωτέρω υποχρεώσεων, καθώς και των υποχρεώσεων που απορρέουν από τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ και των κανόνων ιατρικής δεοντολογίας και επιστήμης, θα καταγγέλλεται η συνεργασία και δεν θα μπορώ να παρέχω υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στους ασφαλισμένους του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας. Παράλληλα θα επιβάλλονται οι κυρώσεις που διέπονται από τις διατάξεις του Π.Δ. 121/2008 (Α', 183), όπως άλλωστε ορίζεται και στο άρθρο 22 του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του Οργανισμού.
- **με την ιδιότητά μου ως μόνιμος ή αορίστου χρόνου γιατρός του ΕΟΠΥΥ**, δεν εκκρεμεί εις βάρος μου πειθαρχική δίωξη και δεν μου έχει επιβληθεί πειθαρχική ποινή που δεν έχει διαγραφεί σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 145 του Ν. 3528/07 (Υπαλληλικός Κώδικας) ή δεν εκκρεμεί εις βάρος μου ενώπιον του Υπηρεσιακού Συμβουλίου πειθαρχική δίωξη για αδίκημα του άρθρου 109 του Ν. 3528/07 (Υπαλληλικός Κώδικας).
- **με την ιδιότητά μου ως ελεύθερος επαγγελματίας γιατρός** δεν είχα ποινή διακοπής ή καταγγελίας σύμβασης με έναν από τους φορείς που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ και με τον οποίο είχα συνάψει σύμβαση (αφορά τους μόνιμους ή αορίστου χρόνου γιατρούς του ΕΟΠΥΥ που είχαν συνάψει σύμβαση με τον ΟΠΑΔ-ΤΥΔΚΥ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ μέχρι 31.12.11 ή με άλλους ασφαλιστικούς φορείς μέχρι σήμερα).
- κατέχω την με αριθμ. άδεια λειτουργίας ιατρείου της Νομαρχίας.....

Ημερομηνία: 20

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή και σφραγίδα)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «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 εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα