

GUÍA PARA LA APERTURA DE UNA CONSULTA PRIVADA O PARA REALIZAR TRABAJOS PRIVADOS



REQUISITOS

5/18/2020

Dr. Rodrigo Martín Hernández

1

Tener título universitario de médico y de la especialidad correspondiente.

2

Estar colegiado en la provincia donde se ejerza la actividad pública, tanto médicos como Sociedades Profesionales

- Si trabaja en mas de una provincia hay que colegiarse en la que se desarrolle la principal actividad.(Declaración de Hacienda)
- Si se compatibiliza pública y privada nos colegiaremos en la provincia donde ejerzamos la actividad pública

1

Alta en régimen especial de trabajadores autónomos (RETA) o en el Mel de Mutua Médica.

- La elección debe hacerse a lo largo del primer mes de actividad. Si no se hace, la ley entiende que debe estar en el RETA.
- Si ya se estuvo, con anterioridad en el RETA, no nos podremos incorporar al MEL de Mutua.

2-3

Una parte del dinero que se aporta a Mutual Médica se incorpora a un seguro de pensiones, pero no se tiene derecho a asistencia sanitaria a menos que se trabaje en la pública. En este caso es más favorable la Mutual puesto que tenemos las prestaciones sanitarias y estaremos aportando cantidades a un seguro de jubilación privado compatible con la jubilación pública, mientras que si optamos al RETA no se cobran estas cantidades.

3-3

Con respecto a la fiscalidad es más beneficioso tener MEL de Mutual Médica.

.- Los Médicos que tengan abierta la consulta anterior a 1995 están exentos de pertenecer al RETA o MEL

4

Contrato con una entidad gestora de residuos tóxicos y peligrosos

5

Contrato de Seguro de Responsabilidad Civil (S.R.C.) del médico. (El colegio les ofrece subvención con condiciones suplementarias que no tienen otros seguros.)

6

Aspectos laborables:

Contratar con una gestoría que se encargue de : contratación de trabajadores, nóminas, cotizaciones a la seguridad social, pago de retenciones a cuenta, ventajas y bonificaciones para optimizar costes. El Colegio tiene una gestoría privada en la sede del COMTF especializada en nuestra profesión que ofrece costes reducidos a colegiados.)

7

Alta en la Agencia de Protección de Datos:

- .- Los datos sanitarios están especialmente protegidos y hay que seguir la normativa europea 216/679
- .- La responsabilidad de salvaguardar la historias clínicas recae en la dirección de los centros o en los profesionales que ejerzan por cuenta propia en su consulta

8

Receta Médica privada:

- .- Obligatoria para los medicamentos de uso médico exclusivo.
- .- La facilita únicamente los Colegios de Médicos o la O.M.C. para los grandes centros.

Autorizaciones de instalación, funcionamiento, modificación de estructura, variación de la oferta asistencial y cierre de consulta.

Acreditación de Centros de la Consejería de Sanidad

- .- R.D. 1277/2003
- .- Decreto 68/2010
- .- Resolución de la Dirección del S.C.S. de 25/1/2013

Se aportarán los siguientes documentos:

- .- Identidad del solicitante (Física o jurídica)
- .- Documento acreditativo de disponibilidad del inmueble (contrato de alquiler o título de propiedad).
- .- Memoria de las actividades a desarrollar de la oferta asistencial
- .- Se renueva cada 5 años.

ANEXO-DOC. A. (Preceptivo para centros enunciados en el artículo 7).

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE: INSTALACIÓN __/MODIFICACIÓN DE ESTRUCTURA __.

1. IDENTIDAD DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos:

NIF : _____ ; Persona Física__ / Jurídica__. Denominación:

Domicilio a efectos de notificación

Teléfono móvil: _____ ; fijo: _____ .Fax: _____

Correo e-: _____ ; _____

2. DENOMINACIÓN, TIPOLOGÍA Y UBICACIÓN DEL CENTRO

Denominación completa del Centro: _____ Tfnos.: _____

Dirección completa:

Edificio (nombre): _____ completo__/plantas:_____ Fax: ;URL(web): _____

Correo e-: _____

Tipo de centro o establecimiento (según R.D. 1277/2003):

Marcar código (preceptivo): C.1.1__ ;C.1.2__ ;C.1.3__ ; C.1.4__ ;C.1.90__ ;C.2.4__ ;C.2.5.2__ ;C.2.5.3__ ; C.2.5.4__ ;C.2.5__

;C.2.6__ ;C.2.5.8__ ;C.2.5.9__ ;C.2.5.90__ .

Marcar código (opcional): C.2.1._; C.2.2._; C.2.3.1._; C.2.3.2._; C.2.4._; C.2.5.1._; C.2.5.6._; C.2.5.7._; C.2.5.10._;C.2.5.11._; G.2.5.90._;

C.2.90._; E.3._; E.4._; E.5._

3. DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA PAGINADA (Escriba el número de página inicial y final de cada documento. En tramitación electrónica, el nombre del documento anexo y su formato)

- ❖ **JUSTIFICANTE ABONO TASAS DE AUTORIZACIÓN__INSPECCIÓN__;**
- ❖ **Si persona Jurídica: Certificación del Registro Mercantil en la que conste la representación de la sociedad y confirme que la actividad sanitaria específica está incluida en su objeto social__**
- ❖ **Copia del Proyecto de Ingeniería y/o Arquitectura, con sus planos, firmado por técnico competente y visado:**
- ❖ **Según proceda, certificados emitidos por Técnico competente de la adecuación a la normativa vigente de Instalaciones eléctricas:___ ; Instalaciones de agua:___ ; Instalaciones de climatización:___; Instalaciones de gases medicinales:___ ; Protección contra incendios:___**
- ❖ **Documentos acreditativos de la adecuación a las recomendaciones propias de las distintas unidades: (Plantas hospitalización:___; Bloque quirúrgico:___; Circulaciones:___; UMI:___; Central Esterilización:___ ; Diálisis:___ ; Consultas ext.:___; Servicios especiales:___; Instalaciones especiales:___; Otros:___.)**
- ❖ **Declaración del Director/a Técnico/a del Centro (en caso de modificación de estructura, según modelo): ___**
- ❖ **Previsión de accesibilidad y cumplimiento de la normativa de eliminación de barreras:___**
- ❖ **INFORME ACREDITATIVO DEL COLEGIO PROFESIONAL (según Convenio):___**
- ❖ **Si se precisa, fotocopia del DNI**

***Observaciones:**

Rubrica y pie de firma del Solicitante:

4. DATOS ARQUITECTÓNICOS. Cumplimentar según proceda.

Superficie construida total:	;	S. área de hospitalización:	,	S. área de consultas:	,	S. Bloque quirúrgico:	,	Superficie áreas con requerimientos específicos:															
Nº total de plantas ocupadas por el centro:	;	Planta a nivel de calle sin escaleras:	.	Otras plantas:																			
. Vías de comunicación vertical: montacamillas:								;	ascensor adaptado:	ascensor no adaptado:	;	escaleras:											
, rampas de evacuación:																							
Escaleras de incendios:													.	Otros medios de evacuación de emergencias:									
Posibilidad de evacuación del paciente en camilla en caso de urgencia:																							
Señalización de emergencias:													.	Iluminación de emergencias:	Plan de emergencias y evacuación:	;	Detectores de humos:	;	Extintores:	;	Irrigadores automáticos de emergencias:	;	Grupo electrógeno con suficiente capacidad y conexión a todas las áreas requeridas:
Habitaciones de hospitalización con ventilación e iluminación natural:																							
Anchura mínima de puertas (con tránsito de pacientes):													;	Anchura mínima de pasillos (con tránsito de pacientes):									
;													Circulaciones independientes sucio-limpio en quirófano y áreas estériles:										
;													Lavamanos para profesionales en áreas quirúrgicas y estériles:	;	Lavamanos para profesionales en todos los locales de exploración física y consulta:	;							

5. Si está prevista la dotación de USO MÉDICO DE RADIACIONES IONIZANTES, en unidades asistenciales con equipos de Radiodiagnóstico, Radioterapia y/o Medicina Nuclear.

- ❖ Copia de la Declaración presentada ante la autoridad competente en materia de Industria:
- ❖ Copia del Proyecto de Instalación realizado por la Empresa de Venta y Asistencia Técnica:

Observaciones

Rúbrica y pie de firma del Solicitante

ANEXO-DOC B.

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE: FUNCIONAMIENTO ___Preceptivo para centros distintos a los enunciados en el artículo 7.

MODIFICACIÓN DE OFERTA ASISTENCIAL ___.

1. IDENTIDAD DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos:

NIF : _____ ; Persona Física ___ / Jurídica __. Denominación:

Domicilio a efectos de notificación

Municipio:

Teléfono móvil: _____ ; fijo: _____ .Fax: _____

Correo e-: _____ ; _____

2. DENOMINACIÓN, TIPOLOGÍA Y UBICACIÓN DEL CENTRO

Denominación completa del Centro:

Tfnos.:

Dirección completa:

Edificio (nombre): _____ completo ___/plantas: _____ Fax: _____

Correo e-: _____ URL (web): _____

Tipo de centro o establecimiento (según R.D. 1277/2003):

Marcar código (preceptivo): C.2.1._; C.2.2._; C.2.3.1._; C.2.3.2._; C.2.4._; C.2.5.1._; C.2.5.6._; C.2.5.7._; C.2.5.10._; C.2.5.11._; C.2.5.90._; C.2.90._; E.3._; E.4._; E.5._;

Marcar código (opcional): C.1.1__ ; C.1.2__ ; C.1.3 __ ; C.1.4__ ; C.1.90__ ; C.2.4__ ; C.2.5.2__ ; C.2.5.3 __ ; C.2.5.4__ ; C.2.5__ ; C.2.6__ ; C.2.5.8__ ; C.2.5.9__ ; C.2.5.90__ .

3. DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA PAGINADA (Escriba el número de página inicial y final de cada documento. En tramitación electrónica, el nombre del documento anexo y su formato)

- ❖ JUSTIFICANTE ABONO TASAS DE AUTORIZACIÓN__INSPECCIÓN__INSCRIPCIÓN EN REGISTRO__;
- ❖ Si persona Jurídica: Certificación del Registro Mercantil en la que conste la representación de la sociedad y confirme que la actividad sanitaria específica está incluida en su objeto social__ I:
- ❖ Planos escala 1/50 : _____ ; idem 1/100: _____ ;Firmados: _____
- ❖ Plano de ubicación del centro:
- ❖ Certificados sobre los locales firmados y visados por técnico competente (título y nombre)
- ❖ Certificación de colegiaciones y titulaciones verificada por el/los Colegios Profesionales Sanitarios:
- ❖ Copia de títulos académicos y de especialidades:
- ❖ Declaraciones de conformidad del equipamiento electromédico y previsto en la normativa:
- ❖ Declaración del Director/a Técnico/a (según modelo pag.5): _____
- ❖ Protocolos: sí___; no:___
- ❖ En su caso, fotos de las dependencias del centro (jpg, <1Mb): _____
- ❖ Si está prevista la dotación de USO MÉDICO DE RADIACIONES IONIZANTES, en unidades asistenciales con equipos de Radiodiagnóstico, Radioterapia y/o Medicina Nuclear:
 - a. Copia del Proyecto a presentar ante la autoridad competente en materia de Industria:
 - b. Certificado Empresa de Venta y Asistencia Técnica:
 - c. Certificación de las Pruebas de aceptación:
 - d. Copia del contrato de mantenimiento previsto:
 - e. Respecto al personal: en el caso de radiodiagnóstico, copia del Diploma del Director (y en su caso) del Operador; en el caso de Medicina Nuclear y Radioterapia copia de la Acreditación del Consejo de Seguridad Nuclear del personal de la instalación:
 - f. Si líquidos de revelado, copia solicitud inscripción en Registro de Pequeños Productores de Residuos Tóxicos y Peligrosos de Canarias de la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación Territorial (Decreto 51/1995, de 24 de marzo).
 - g. Si U.86 o U.87: Certificados de calibración de fuentes y equipos: _____ ;
 - h. Identidad médico responsable de dicha U.A.:
- ❖ Si procede, fotocopia del DNI:___ ; copia solicitud inscripción en Registro de Pequeños Productores de Residuos Tóxicos:___
- ❖ Otros:
- ❖ INFORME ACREDITATIVO DEL COLEGIO PROFESIONAL (según Convenio): _____

*Observaciones :

*Autorización que se concede al Servicio Canario de la Salud a recabar de otros organismos oficiales los datos necesarios completar el presente expediente: sí___no___

Rúbrica y Pie de firma del/a Solicitante

DOC B

4. OFERTA DE ATENCIÓN AL USUARIO

4.1. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO: Ininterrumpido:___, A demanda:___, Programado según cuadro:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

4.2. INFORMACIÓN. Se encuentra expuesto en la entrada en lugar visible el anterior horario___, la relación de personal___, la relación de precios___, la existencia de hojas de reclamaciones___, en otras lenguas___.

Observaciones:

5. CONDICIONES MATERIALES

5.1. DATOS ARQUITECTÓNICOS

Superficie construida total: _____ . Número total de plantas ocupadas por el centro: _____
Planta a nivel de calle sin escaleras: _____ . Otras plantas: _____ , Vías de comunicación vertical, ascensor adaptado : / ascensor no adaptado:
/ escaleras: _____
Posibilidad de evacuación del paciente en camilla en caso de urgencia: ___; en camilla rodante plegable:___
Observaciones:



6. RECURSOS HUMANOS

6.1. DIRECTOR/A TÉCNICO/A

Nombre y apellidos:			Nº DNI
Titulación:	. Fecha expedición título:		
Especialización:	. Fecha expedición título:		Tipo vinculación contractual y horario:
Fecha incorporación:			
Otros Directores/as			
Protocolo de funciones y responsabilidades: sí ___; no ___.			

Observaciones:

6.2. JEFES DE UNIDADES ASISTENCIALES

Denom. U. Asistencial	Nombre y apellidos	Colegio y N°colegiado	Tit.especialista y Fecha exped.	Vinculo contractual	Nº horas/ sem y firma prof.

6.3. RESTO PERSONAL COLEGIADO

Denom. U. Asistencial	Nombre y apellidos	Colegio y N°colegiado	Tit.especialista y Fecha exped.	Vinculo contractual	Nº horas/ sem y firma prof.

6.4. PERSONAL NO COLEGIADO Y/O NO SANITARIO (MANTENIMIENTO E INSTALACIONES)

Denom. U. Asistencial	Nombre y apellidos	Categoría profesional	Título o doc. acreditativo	Vinculo contractual	Nº horas/ sem y firma prof.

*Protocolo de uniformidad:___, expediente cada profesional con título___ contrato___ y colegiación:___, ubicación expedientes ordenados:

; Plan de formación continuada:

*Observaciones

7. GARANTÍA DE CALIDAD Y NORMAS DE FUNCIONAMIENTO

7.1. NORMAS ESCRITAS DE FUNCIONAMIENTO/PNT/POE

Título/ Objeto	Fuente/Autoría	Nombre doc. /Nº de folios.

7.2. VÍAS CLÍNICAS, PROTOCOLOS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y DE CUIDADOS

Título/ Objeto	Fuente/ Autoría	Nombre doc. /Nº de folios.

10

Autorización de funcionamiento en el Ayuntamiento:

- Licencia de apertura de actividad
- Si es un piso hay que tener en cuenta los estatutos de la comunidad

11

Alta en Hacienda:

A. Consulta propia

- Comunicar la apertura en las oficinas de Hacienda.
- Declaraciones trimestrales, retenciones en facturación (punto 8)

B. Consulta o centro ajeno:

- Contrato laboral.
- Factura del propietario y acuerdo porcentajes con el médico (25-30/75-70)
- Relación mercantil: factura el centro incluyendo honorarios y servicios.

Notas ¡Cuidado con falso autónomos!

- Para las negociaciones con compañías de seguros es necesario conocer el nomenclátor de actos médicos de la especialidad en donde se aclara qué actos cubren los servicios prestados.

12

Publicidad sanitaria:

Leyes: 14/1986; 24/1988; 29/2006; 29/2009

.- Proposición de ley del 8-III-2019: publicidad prestaciones y actividad sanitaria (en trámite)

13-14

.- 15.R.D1/2013 de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

Incompatibilidades:

.- Nacionales: Ley 53/1984; R.D. 598/1985

.- Autonómica: Decreto 44/1985 y 150/1990

.- Última modificación: 31-X-2015

Texto consolidado:

.- El 2º puesto de trabajo solo podrá prestarse en régimen laboral, a tiempo parcial y con duración determinado, necesitando autorización de compatibilidad.

Por excepción en el ámbito laboral será compatible con la pensión de jubilación parcial (excepción médicos y abogados 30/1995 modificación por otra de 1998)

INCOMPATIBILIDADES: Texto consolidado

- No se podrán ejercer actividades que se relacionen directamente con las que se ejerzan en el puesto público

Se incluyen especialmente las actividades profesionales prestadas a personas a quienes se esté obligado a atender en el desempeño del puesto público durante los dos últimos años de actividad.

- Las actividades privadas con horario igual o superior a la mitad de la jornada laboral semanal ordinaria del puesto público, solo podrán autorizarse cuando la actividad pública es a tiempo parcial.

- No se podrá autorizar compatibilidad cuando las retribuciones complementarias del puesto público incluyan el factor de incompatibilidad. (En Canarias renunciando a una pequeña parte del complemento específico, incompatibilidad, eres compatible porque si no superas 30% del sueldo base)

- No se considerarán como trabajos la dirección de seminarios, cursos, conferencias siempre que no tengan carácter permanente y sean menor de 75 horas al año. Tampoco la producción literaria, artística, científica o técnica, así como la colaboración y asistencia ocasional a congresos.

- La actividad docente de catedráticos y profesores universitarios no precisarán de compatibilidad, pudiendo desempeñar su actividad en régimen de dedicación completa o parcial. Los profesores universitarios eméritos podrán desempeñar su labor cobrando la totalidad de su pensión.

- Podrá autorizarse la compatibilidad para el personal docente, investigador o de asesoramiento científico o técnico.

TRABAJAR FUERA DE ESPAÑA



NORMATIVA:

A

.- **Directiva 2013/55/UE** de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el reglamento (UE) N.º 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior (Reglamento IMI).

.- **Directiva 2005/36/CE** de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales

.- Real Decreto 581/2017 de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y del Reglamento (UE) N.º 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior (Reglamento IMI)

NORMATIVA:

B

- .- El **derecho de establecimiento** permite ejercer la profesión de manera de manera estable en otro Estado miembro, para lo que será necesario colegiarse en los países en los que sea obligatorio.
- .- El **prestador de servicios médicos** se desplaza temporalmente a otro Estado miembro. No es necesario colegiarse en la organización médica del país de destino, pero se puede prever una inscripción temporal que se produzca automáticamente o una adhesión proforma al colegio profesional.

COLEGIACIÓN:

C

De modo orientativo, los **requisitos mínimos** son:

- .- Título de Licenciado en Medicina y, en su caso, de Especialista según la **Directiva Comunitaria 2005/36/CE.**
- .- Pasaporte, DNI o permiso de residencia.
- .- Certificado de Idoneidad profesional.

CERTIFICADO DE IDONEIDAD PROFESIONAL

De los documentos necesarios para colegiarse y trabajar como médico en otros países de la Unión Europea es el Certificado Electrónico de Idoneidad Profesional.

Este certificado lo expide el Consejo General de Colegios de Médicos de las provincias donde se esté o se haya estado colegiado y tiene una validez de 3 meses.

E

El **plazo de tramitación** será de **21 días**.

Los certificados de idoneidad profesional, cuya firma electrónica, pueden ser verificados en el siguiente enlace:

<https://certificados.cgcom.es/verificar>

Con su código de verificación electrónica particular. Por tanto, no es necesario apostillarlos.

