

ΕΝΙΑΙΟΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ
ΣΚΟΠΟΣ – ΟΡΙΣΜΟΙ – ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ – ΠΟΡΟΙ**

Άρθρο 1

Σκοπός

Με τον παρόντα Κανονισμό και στο πλαίσιο της σύμπραξης αφενός των μονάδων υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) με τις υπάρχουσες δομές του και αφετέρου των Κλάδων Υγείας και Τομέων Ασθένειας των ασφαλιστικών οργανισμών, κατ' εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 31 του ν. 3863/2010 (Α',115), επιδιώκεται να εξασφαλισθεί η ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, που έχει ως σκοπό την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας των αναφερομένων στο άρθρο 3 προσώπων. Ειδικότερα, με τον παρόντα Κανονισμό, καθορίζονται οι παροχές υγείας σε είδος, η έκταση, το ύψος, ο τρόπος και η διαδικασία χορήγησής τους και προσδιορίζονται οι δικαιούχοι των παροχών αυτών καθώς και ο τρόπος κάλυψης των προκαλούμενων δαπανών.

Ως παροχές υγείας νοούνται:

Παροχές Υγείας σε Είδος:

1. πρόληψη και την προαγωγή της υγείας
2. πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας- ιατρική περίθαλψη – διαγνωστικές ιατρικές πράξεις
3. παρακλινικές εξετάσεις
4. φυσικοθεραπεία – εργοθεραπεία – λογοθεραπεία - ψυχοθεραπεία
5. φαρμακευτική περίθαλψη
6. οδοντιατρική – στοματολογική περίθαλψη
7. ειδική αγωγή
8. λοιπή περίθαλψη
9. νοσοκομειακή περίθαλψη
10. χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας
11. δαπάνες μετακίνησης ασθενών
12. μαιευτική περίθαλψη – επίδομα τοκετού
13. νοσηλεία στο εξωτερικό
14. αποκατάσταση της υγείας
15. παροχή θεραπευτικών μέσων και προθέσεων – πρόσθετη περίθαλψη
16. επιδόματα λουτροθεραπείας και αεροθεραπείας

Άρθρο 2

Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

Ως **“ασφαλιστικοί οργανισμοί”** νοούνται το σύνολο των ασφαλιστικών φορέων αρμοδιότητας Γ.Γ.Κ.Α.

Ως **“δικαιούχοι”** νοούνται οι ασφαλισμένοι των κλάδων υγείας όλων των ασφαλιστικών οργανισμών καθώς και τα μέλη οικογένειας αυτών, που σύμφωνα με τα επιμέρους οριζόμενα δικαιούνται παροχών υγειονομικής περίθαλψης.

Ως **“περίθαλψη”** νοούνται όλες οι υπηρεσίες και πράξεις, τις οποίες πραγματοποιούν επαγγελματίες υγείας ή οργανισμοί φροντίδας υγείας και οι οποίες σκοπό έχουν την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία της νόσου και την αποκατάσταση της υγείας.

Ως **“πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας”** (Π.Φ.Υ.) νοούνται όλες οι υπηρεσίες και πράξεις, οι οποίες διενεργούνται με σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των βλαβών υγείας στα:

- εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, στα ολοήμερα ιατρεία και τα διαγνωστικά εργαστήρια αυτών
- υπηρεσίες του ΕΚΑΒ
- κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία
- αγροτικά ιατρεία
- πολυϊατρεία και ιατρεία ΙΚΑ- ΕΤΑΜ
- κέντρα αποθεραπείας – αποκατάστασης
- συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές που λειτουργούν εξωτερικά ιατρεία και διαγνωστικά εργαστήρια εκτέλεσης ιατρικών πράξεων και παρακλινικών εξετάσεων
- συμβεβλημένους ιδιωτικούς φορείς όπως περιγράφονται στο άρθρο 28 του 3846/2010 (Α', 66)
- γιατρούς ΚΑΠΗ
- μονάδες ψυχικής υγείας
- μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης
- κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας του άρθρου 14 του Ν. 2071/1992 (Α', 123)
- Σταθμούς Προστασίας Μάνας, Παιδιού και Εφήβου, όπου διαθέτει ο φορέας

Ως **“Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας”** (Δ.Φ.Υ.) νοούνται όλες οι υπηρεσίες και πράξεις, οι οποίες διενεργούνται εντός των εσωτερικών τμημάτων των νοσοκομείων, στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, στις μονάδες ψυχικής υγείας, στα κέντρα αποθεραπείας- αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας και στα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων συμπεριλαμβανομένων και αυτών που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας.

Ως **“υπερσυνταγογράφηση”** η συνταγογράφηση μεγαλύτερης ποσότητας φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων από αυτή που αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος για τη συγκεκριμένη ένδειξη από γιατρό ειδικότητας .

Ως **“προκλητή ζήτηση”** συνταγογράφηση φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων των οποίων η θεραπευτική δράση τους δεν έχει επιστημονικά τεκμηριωθεί, θεραπεία θεωρείται πειραματική, η συνταγογράφηση κατ’ απαίτηση του ασθενούς

Ως **“κατευθυνόμενη συνταγογράφηση”** η αναγραφή φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων συγκεκριμένου παραγωγού

Ως **“κατευθυνόμενη εκτέλεση συνταγών”** η υπόδειξη στους ασθενείς – ασφαλισμένους από τους παρόχους υγείας για εκτέλεση των συνταγών σε συγκεκριμένα φαρμακεία.

Ως **“παραβίαση όρων σύμβασης”** κάθε ενέργεια παρόχου υγείας με την οποία παραβιάζεται όρος της συναφθείσας σύμβασης με το ασφαλιστικό φορέα .

Ως **“ορθή συμπλήρωση συνταγής”** ευανάγνωστη και με ακρίβεια συμπλήρωση όλων των στοιχείων – πεδίων επί του εντύπου της συνταγής από τους αρμόδιους παρόχους υγείας

Ως **“ταυτοποίηση”** η επιβεβαίωση και επαλήθευση των αναγνωριστικών στοιχείων του ασθενούς – ασφαλισμένου από τους παρόχους υγείας.

Ως **“πάροχοι υπηρεσιών υγείας”** νοούνται φυσικά πρόσωπα (γιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, φυσικοθεραπευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας) ή νομικά πρόσωπα (νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια, πολυϊατρεία, πολυοδοντιατρεία και τμήματα εξωτερικών ιατρείων ιδιωτικών κλινικών), τα οποία παρέχουν νόμιμα υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Ως **“ειδική αγωγή”** νοούνται οι ειδικές θεραπείες για παιδιά ασφαλισμένων σε ειδικά εκπαιδευτήρια και ιδρύματα περίθαλψης.

Άρθρο 3

Υπαγόμενα πρόσωπα – δικαιούχοι

Στις ρυθμίσεις των διατάξεων του παρόντα Κανονισμού υπάγονται οι άμεσα ασφαλισμένοι των Κλάδων Υγείας όλων των ασφαλιστικών οργανισμών, καθώς και τα μέλη οικογενείας τους, σύμφωνα με τα οριζόμενα στους επί μέρους κανονισμούς αυτών, που ισχύουν μέχρι την έναρξη εφαρμογής του παρόντος Κανονισμού.

Ειδικότερα υπάγονται:

- A. - οι ασφαλιζόμενοι στον κλάδο ασθένειας του ΙΚΑ – ETAM
- οι ασφαλιζόμενοι στον κλάδο υγείας του ΟΑΕΕ
- οι ασφαλιζόμενοι στον κλάδο υγείας του ΟΓΑ
- οι ασφαλιζόμενοι στους τομείς του κλάδου υγείας του ΕΤΑΑ
- οι ασφαλιζόμενοι στους τομείς του κλάδου υγείας του ΤΑΥΤΕΚΩ
- οι ασφαλιζόμενοι στους τομείς του κλάδου υγείας του ΕΤΑΠ – ΜΜΕ

- οι ασφαλιζόμενοι στον ΟΠΑΔ και στον Τομέα Υγείας Δημοτικών & Κοινοτικών Υπαλλήλων του ΟΠΑΔ.

Β. τα μέλη οικογένειας όλων των ανωτέρω ασφαλισμένων προσώπων.

Ως μέλη οικογένειας θεωρούνται:

- α. ο/η σύζυγος, εφόσον δεν ασφαρίζεται από δικό του δικαίωμα σε άλλο ασφαλιστικό οργανισμό.
- β. Τα άγαμα τέκνα (νόμιμα ή τέκνα που έχουν νομιμοποιηθεί, αναγνωρισθεί ή υιοθετηθεί, ή οι προγονοί), τα φυσικά τέκνα ασφαλισμένης ή συνταξιούχου λόγω αναπηρίας ή γήρατος, τα ανάδοχα τέκνα, των οποίων την επιμέλεια κατέχει με δικαστική πράξη ο ανάδοχος ασφαλισμένος, μέχρι τη συμπλήρωση του 18ου έτους της ηλικίας τους και εάν μεν είναι άνεργα μέχρι τη συμπλήρωση του 24ου έτους της ηλικίας τους ή εάν είναι προπτυχιακοί, εάν δε συνεχίζουν τις σπουδές τους για 2 έτη μετά τη λήξη των σπουδών τους, εφόσον είναι άνεργα, όχι όμως πέρα από τη συμπλήρωση του 26ου έτους της ηλικίας τους.
- γ. Τα τέκνα άμεσα ασφαλισμένων τα οποία έχουν αναπηρία εξήντα επτά τοις εκατό (67%) και άνω διατηρούν το δικαίωμα για λήψη παροχών ως μέλη οικογένειας, έστω και αν εργάζονται ή απασχολούνται ακόμη με σκοπό βιοποριστική εργασία ή την εργασιοθεραπεία ή απασχολησιοθεραπεία. Η κατά τα ανωτέρω ανικανότητα κρίνεται από τις αρμόδιες υγειονομικές επιτροπές.
- δ. Οι φυσικοί ή θετοί γονείς, με τις προϋποθέσεις του άρθρου 48 παρ. 11 του ν. 3996/2011 (Α', 170).
- ε. Τα αδέρφια άμεσα ασφαλισμένων, τα οποία έχουν αναπηρία εξήντα επτά τοις εκατό (67%) και άνω, ύστερα από γνωμάτευση υγειονομικής επιτροπής, εφόσον δεν έχουν ίδιο δικαίωμα περίθαλψης σε άλλον ασφαλιστικό φορέα.
- στ. Οι άγαμες θυγατέρες και αδελφές των άμεσα ασφαλισμένων υπαλλήλων ΝΠΔΔ και οι οποίες είναι άνω των σαράντα (40) ετών, που κατείχαν βιβλιάριο περίθαλψης από το Δημόσιο μέχρι την 13-3-2004, όταν εφαρμόστηκε η αρ. 2/190/0094/28-1-2004 κοινή υπουργική απόφαση των υπουργών Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Οικονομίας & Οικονομικών, διατηρούν το δικαίωμα υγειονομικής περίθαλψης, εφόσον δεν έχουν ίδιο δικαίωμα υγειονομικής περίθαλψης από άλλο ασφαλιστικό οργανισμό.
- ζ. Ο/η ανασφάλιστος/η διαζευγμένος/η σύζυγος μπορεί να διατηρήσει το ασφαλιστικό δικαίωμα παροχών ασθένειας σε είδος που είχε κατά το χρόνο λύσης του γάμου στο δημόσιο ή στον ασφαλιστικό φορέα όπου ήταν ασφαλισμένος για παροχές ασθένειας ο άλλος σύζυγος, εφόσον συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις:
 - ο γάμος λύθηκε μετά τη συμπλήρωση του 35ου έτους της ηλικίας του,
 - δεν έχει δικαίωμα ασφάλισης άμεσα ή έμμεσα για παροχές ασθένειας από το δημόσιο ή άλλο ασφαλιστικό φορέα,
 - υποβάλει την αίτηση διατήρησης του δικαιώματος εντός έτους από την ημερομηνία έκδοσης της τελεσίδικης απόφασης του διαζυγίου, και

- καταβάλλει τις ασφαλιστικές εισφορές για τον κλάδο ασθένειας του φορέα που υπάγεται, λόγω της ιδιότητας του διαζευχθέντος συζύγου ως εξής:
1. οι ασφαλιζόμενοι στον ΟΠΑΔ καταβάλλουν εισφορά ίση με το 5% του συνόλου των μηνιαίων αποδοχών τακτικού δημοσίου υπαλλήλου, με εισαγωγικό κλιμάκιο του κλάδου ΔΕ χωρίς οικογενειακά βάρη.
 2. Οι ασφαλιζόμενοι στον κλάδο ασθένειας ασφαλιστικών οργανισμών ασφάλισης μισθωτών καταβάλλουν το άθροισμα της εισφοράς ασφαλισμένου και εργοδότη για τις παροχές σε είδος του κλάδου ασθένειας του ταμείου, που αναλογεί στο ημερομίσθιο του ανειδίκευτου εργάτη
 3. Οι ασφαλιζόμενοι στον κλάδο ασθένειας ασφαλιστικών οργανισμών που ασφαλίζουν αυτοτελώς απασχολούμενους ή ελεύθερους ή ανεξάρτητους επαγγελματίες καταβάλλουν τις εισφορές που αντιστοιχούν στην κατώτερη ασφαλιστική κατηγορία ή τη μηνιαία εισφορά όπου δεν προβλέπονται ασφαλιστικές κατηγορίες.

Για την εφαρμογή των διατάξεων του παρόντος Κανονισμού ως προς τα ασφαλιστέα πρόσωπα ισχύουν οι επιμέρους διατάξεις των Κανονισμών των Κλάδων ή Τομέων Υγείας των ΦΚΑ, καθώς και του ΟΠΑΔ, που εντάσσονται στο ΕΟΠΠΥ κατ' εφαρμογή των διατάξεων του ν. 3918/2011(Α', 31).

Άρθρο 4

Ασφαλιστική ικανότητα

Η ασφαλιστική ικανότητα και η απόκτηση δικαιώματος στις παροχές υγειονομικής περίθαλψης αποδεικνύεται με βιβλιάριο υγείας, που εκδίδεται μετά από αίτηση του ασφαλισμένου στον ασφαλιστικό του φορέα. Η ασφαλιστική ικανότητα για παροχή περίθαλψης και χορήγηση βιβλιαρίου υγείας αποκτάται, σύμφωνα με τα οριζόμενα στους επί μέρους κανονισμούς των ασφαλιστικών οργανισμών, που ισχύουν μέχρι την έναρξη ισχύος των διατάξεων του παρόντος Κανονισμού.

Άρθρο 5

Χρηματοδότηση - πόροι

Οι πόροι των Κλάδων ή Τομέων Υγείας των ΦΚΑ προέρχονται από:

- τις προβλεπόμενες εισφορές ασφαλισμένου – εργοδότη – συνταξιούχων – ασφαλιστικού φορέα,
- την ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό ως συμμετοχή του δημοσίου στην τριμερή χρηματοδότηση νέων ασφαλισμένων σύμφωνα με το άρθρο 35 του ν. 2084/1992 (Α', 65),
- τα έσοδα από τυχόν κοινωνικούς πόρους υπέρ των Φορέων και Κλάδων Υγείας,

- προσόδους περιουσίας, απόδοση κεφαλαίων και αποθεματικών, καθώς και κάθε άλλο έσοδο που προβλέπεται από την οικεία νομοθεσία ή άλλες γενικές διατάξεις νόμων,
- δωρεές, κληρονομίες, κληροδοτήματα και κτήσεις από άλλη χαριστική αιτία,
- από προσόδους από τη χρηματοοικονομική διαχείριση των διαθεσίμων κεφαλαίων και αξιών,
- ποσά από επιβολή προστίμων και άλλων χρηματικών ποινών
- έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους ασφαλιστικών εταιρειών, οι οποίες συνάπτουν συμβάσεις με τους ασφαλιστικούς φορείς, καθώς και σε αλλοδαπούς, σύμφωνα με τις συμβατικές υποχρεώσεις της χώρας,
- οι προβλεπόμενοι πόροι από τις διατάξεις του άρθρου 19 του ν.3918/2011 (Α,31)
- είσπραξη ποσών επιστροφής (rebate) από φαρμακεία και φαρμακευτικές εταιρείες, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 34 και 35 του ν.3918/2011.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΠΑΡΟΧΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΙΔΟΣ

Άρθρο 6

Πρόληψη και προαγωγή υγείας

Με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και τη λήψη μέτρων για την πρόληψη της εκδήλωσης ή την ανατροπή της εμφάνισης νοσηρών καταστάσεων παρέχονται στα πλαίσια της προληπτικής ιατρικής, υποχρεωτικά και χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου, τα εξής:

α) Εμβολιασμοί παιδιών και ενηλίκων, σύμφωνα με το εγκεκριμένο από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού

β) Εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου σε γυναίκες και άνδρες με σκοπό τη γέννηση υγιών παιδιών και συγκεκριμένα:

- αιματολογικές εξετάσεις (γεν. αίματος, φερριτίνης και εγκλείστων) για τη διαπίστωση ετεροζυγωτών μεσογειακής αναιμίας
- ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης, εφόσον προκύψουν ενδείξεις από τις παραπάνω εξετάσεις
- εξέταση DNA του εμβρύου, εφόσον έχει διαπιστωθεί ότι και οι δύο γονείς έχουν γενετική επιβάρυνση για μεσογειακή αναιμία και κάλυψη της μεθόδου λήψης του υλικού
- προσδιορισμός αντισωμάτων ερυθράς
- έλεγχος καριοτύπου του εμβρύου σε γυναίκες άνω των 35 ετών

γ) μαστογραφία για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και ειδικότερα: κάθε δύο χρόνια σε γυναίκες ηλικίας από 40 έως 50 ετών, κάθε χρόνο σε γυναίκες άνω των 50 ετών καθώς και σε γυναίκες άνω των 35 εφόσον ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου. Για την τελευταία περίπτωση απαιτείται παραπομπή ειδικού γιατρού.

δ) test pap για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, κάθε χρόνο, σε όλες τις γυναίκες μετά την έναρξη της γενετήσιας ζωής.

ε) PSA, για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη κάθε δύο χρόνια σε άνδρες άνω των 50 ετών και κάθε χρόνο σε άνδρες άνω των 60 ετών

στ) εξετάσεις χοληστερόλης ολικής και κλασμάτων υψηλής και χαμηλής πυκνότητας καθώς και τριγλυκεριδίων με σκοπό τη διάγνωση δυσλιπιδαιμιών, για την πρόληψη των καρδιοπαθειών, κάθε πέντε χρόνια από 15 έως 30 ετών και κάθε τρία χρόνια άνω των 30 ετών

ζ) κολονοσκόπηση και μικροσκοπική εξέταση για αιμοσφαιρίνη στα κόπρανα, για την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του παχέως εντέρου ανά 5ετία, μετά την ηλικία των 50 ετών.

Άρθρο 7

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

A. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται σε όλους τους ασφαλισμένους των ασφαλιστικών οργανισμών από τις κατά τόπους υφιστάμενες δομές, ήτοι από τα εξωτερικά ιατρεία των κέντρων υγείας, των κρατικών νοσοκομείων, των στρατιωτικών νοσοκομείων, των πανεπιστημιακών νοσοκομείων, τα αγροτικά Ιατρεία, τα περιφερειακά ιατρεία, τα πολυϊατρεία και ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών, τα εξωτερικά ιατρεία των ιδιωτικών νοσοκομείων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα καθώς και από οικογενειακούς ιατρούς και ιατρούς συμβεβλημένους με το Φορέα.

B. Η ιατρική περίθαλψη περιλαμβάνει την εξέταση στο ιατρείο ή στο σπίτι του ασφαλισμένου, εφόσον αυτό είναι απαραίτητο. Επίσης, περιλαμβάνει τις ιατρικές πράξεις που είναι αναγκαίες για τη διάγνωση και την θεραπεία του ασθενούς.

Γ. Οι ιατροί είναι υποχρεωμένοι να ελέγχουν την ταυτοπροσωπία και την ασφαλιστική ικανότητα των ασφαλισμένων ασθενών που εξετάζουν.

Συνταγογράφηση, παραπομπή για εξετάσεις και οποιαδήποτε παροχή περίθαλψης κατευθυνόμενη απαγορεύεται και επισύρει την επιβολή των προβλεπόμενων κυρώσεων από την κείμενη νομοθεσία και στον παραπέμποντα και στον εκτελούντα.

Οι συμβεβλημένοι ιατροί είναι υποχρεωμένοι να συμμορφώνονται με τις διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας, του ΠΔ 121/2008 (Α', 183) όπως ισχύει και των οδηγιών περί του τρόπου, χρόνου και όρων παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και να τηρούν τους όρους της σύμβασης.

Ο Φορέας διατηρεί το δικαίωμα να διενεργεί ελέγχους σε όλους τους ιατρούς για τη διαπίστωση της τήρησης των διατάξεων του παρόντος κανονισμού, των ισχυουσών διατάξεων περί υγειονομικής περίθαλψης καθώς και των όρων της σύμβασης.

ΑΡΘΡΟ 8

Παρακλινικές εξετάσεις

Στους δικαιούχους παρέχονται παρακλινικές εξετάσεις πάσης φύσεως, που εκτελούνται από συμβεβλημένους εργαστηριακούς ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, διαγνωστικά εργαστήρια (ΠΔ 84/2000), πολυϊατρεία και γενικότερα φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.), καθώς και στα εξωτερικά εργαστήρια των συμβεβλημένων ιδιωτικών κλινικών, ύστερα από έγκριση του φορέα ανεξαρτήτως ποσού επί χειρόγραφων παραπεμπτικών και από του ποσού των 50 € και άνω επί ηλεκτρονικών παραπεμπτικών. Η περίθαλψη αυτή παρέχεται επίσης και στα εξωτερικά ιατρεία των κρατικών ή πανεπιστημιακών νοσοκομείων, των στρατιωτικών νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, υγειονομικών σταθμών, πολυϊατρείων και ιατρείων ασφαλιστικών οργανισμών, χωρίς έγκριση ελεγκτή ιατρού.

Για την εκτέλεση παρακλινικών εξετάσεων αναγράφονται αυτές από τον θεράποντα ιατρό, στο ατομικό βιβλιάριο υγείας του ασφαλισμένου, θεωρούνται εντός δέκα (10) ημερών από τον αρμόδιο ελεγκτή ιατρό, και εκτελούνται εντός μηνός από τη θεώρηση.

Για την πραγματοποίηση μικροβιολογικών εξετάσεων, ακτινογραφιών, υπερηχογραφημάτων, λοιπών εξετάσεων και εξετάσεων υψηλού κόστους ο Οργανισμός αποδίδει το ποσό που προβλέπεται από το κρατικό τιμολόγιο με ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων (άμεσα και έμμεσα) 15%. Σε περίπτωση πραγματοποίησης των εξετάσεων εντός των δομών του Οργανισμού ή των σχηματισμών του ΕΣΥ δεν προβλέπεται συμμετοχή του ασφαλισμένου.

Για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης θεσπίζεται διαδικασία τακτικής αξιολόγησης των πληροφοριών που λαμβάνονται μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ΣΥΣ) από το φορέα καθώς και της λειτουργίας του συστήματος των τηλεφωνικών ραντεβού. Η αξιολόγηση γίνεται με κατάρτιση έκθεσης από τουλάχιστον τριμελή επιτροπή συγκροτούμενη κατά περίπτωση από τον Πρόεδρο του Φορέα, ιατρούς και φαρμακοποιούς, η οποία υποβάλλεται στη ΓΓΚΑ, εξετάζεται από Επιτροπή Ελέγχου Στατιστικών- Ιατρικών και Φαρμακευτικών δαπανών και εγκρίνεται από το Συντονιστικό Συμβούλιο Παροχών Υγείας (ΣΥΣΠΥ) με την υποστήριξη της ΗΔΙΚΑ και της κεντρικής μονάδας επεξεργασίας συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων. Η έκθεση των ανωτέρω οργάνων αποτελεί επαρκές στοιχείο για την εισαγωγή του υπαιτίου σε πειθαρχική δίκη και εφόσον προκύπτει ζημία του Φορέα, για τον καταλογισμό αυτής σε βάρος του. Η ως άνω έκθεση δημοσιεύεται κατ' έτος και παρέχει στοιχεία παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων, σχόλια και παρατηρήσεις για κάθε

γιατρό, που εστιάζονται στη συμπεριφορά του αναφορικά με την παραπομπή για παρακλινικές εξετάσεις σε σχέση με τι πιο δαπανηρές και ευρέως εκτελούμενες ιατρικές εξετάσεις.

ΑΡΘΡΟ 9

Φαρμακευτική περίθαλψη

Η φαρμακευτική περίθαλψη περιλαμβάνει τα αναγκαία φάρμακα για την αποκατάσταση της υγείας και της ικανότητας προς εργασία των ασθενών ή για ανακούφιση από τη νοσηρή τους κατάσταση, τις αναγκαίες για τη διάγνωση των νόσων ουσίες, καθώς και λοιπά δόκιμα θεραπευτικά μέσα, δηλαδή σκευάσματα ειδικής διατροφής και αναλώσιμα υγειονομικά υλικά.

Τα φάρμακα παρέχονται μόνο εφόσον κυκλοφορούν νόμιμα, υπάρχει έγκριση να χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή ανεξάρτητα από την ονομασία και τη μορφή και περιλαμβάνονται στον ενιαίο κατάλογο των συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.3816/2010.

Δεν καλύπτεται η δαπάνη για φάρμακα, που περιέχονται στην αρνητική λίστα, όπως αυτή ισχύει κάθε φορά.

Κατ' εξαίρεση δύναται να αναγνωρίζεται και να καταβάλλεται η αξία ιδιοσκευασμάτων που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα, σύμφωνα με την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία.

Τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα χορηγούνται βάσει ιατρικών συνταγών, που εκδίδονται από τους αρμόδιους για τον οργανισμό ιατρούς και είτε καταχωρούνται και εκτελούνται ηλεκτρονικά κατ' εφαρμογή των διατάξεων του ν. 3892/2010 (Α', 189) «Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων», είτε αναγράφονται αποκλειστικά στο ενιαίου τύπου συνταγολόγιο. Κάθε φάρμακο θα συνταγογραφείται από ιατρό της αντίστοιχης ειδικότητας (με τις εξαιρέσεις του Π.Δ.121/2008, όπως ισχύει) βάσει των εγκεκριμένων ενδείξεων. Η συνταγή των φαρμάκων θα πρέπει να εκτελεστεί εντός πέντε (5) εργασίμων ημερών, αφού προηγουμένως έχει θεωρηθεί από τον αρμόδιο ελεγκτή ιατρό, όπου τούτο προβλέπεται και εντός του ιδίου χρονικού διαστήματος.

Ο γιατρός ελέγχει το βιβλιάριο υγείας και καταχωρεί τα χορηγούμενα φάρμακα.

Οδηγίες για τον τρόπο παροχής φαρμακευτικής περίθαλψης μπορεί να εκδίδονται με αποφάσεις του Προέδρου του Φορέα.

Για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης θεσπίζεται διαδικασία τακτικής αξιολόγησης των πληροφοριών που λαμβάνονται μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από το φορέα καθώς και της λειτουργίας του συστήματος των τηλεφωνικών ραντεβού. Η αξιολόγηση γίνεται με κατάρτιση έκθεσης από τουλάχιστον τριμελή επιτροπή συγκροτούμενη κατά περίπτωση από τον Πρόεδρο του Φορέα, ιατρούς και φαρμακοποιούς, η οποία υποβάλλεται στη ΓΓΚΑ, εξετάζεται από Επιτροπή Ελέγχου Στατιστικών- Ιατρικών και Φαρμακευτικών δαπανών και εγκρίνεται

από το Συντονιστικό Συμβούλιο Παροχών Υγείας (ΣΥΣΠΥ) με την υποστήριξη της ΗΔΙΚΑ και της κεντρικής μονάδας επεξεργασίας συνταγών. Η έκθεση των ανωτέρω οργάνων αποτελεί επαρκές στοιχείο για την εισαγωγή του υπαιτίου σε πειθαρχική δίκη και εφόσον προκύπτει ζημία του Φορέα, για τον καταλογισμό αυτής σε βάρος του. Η ως άνω έκθεση δημοσιεύεται κατ' έτος και παρέχει στοιχεία για τη συνταγογράφηση των φαρμάκων, σχόλια και παρατηρήσεις για κάθε γιατρό, που εστιάζονται στη συνταγογραφική συμπεριφορά του αναφορικά με τα πιο δαπανηρά και ευρέως χρησιμοποιούμενα φάρμακα.

Για την αναγκαιότητα θεραπείας με φάρμακα που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα καθώς και με φάρμακα υψηλού κόστους ειδικών παθήσεων γνωματεύει επιτροπή αποτελούμενη από γιατρούς, φαρμακοποιούς και ειδικούς επιστήμονες στην οικονομική αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας ή τα οικονομικά της υγείας του Φορέα ή ιατρούς του ΕΣΥ, με αναπληρωματικά μέλη, η διάρκεια της οποίας θα είναι διετής. Πρόεδρος της επιτροπής ορίζεται ένα από τα τακτικά μέλη και γραμματεύς ένας υπάλληλος του Φορέα. Η Επιτροπή συγκροτείται με απόφαση του Προέδρου του Φορέα μία στην Περιφέρεια Αττικής και μια στην Περιφέρεια Θεσσαλονίκης.

Τα ανωτέρω φάρμακα παρέχονται μόνο από τα φαρμακεία του Οργανισμού ή τα κρατικά νοσοκομεία.

Το γενικό ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων όλων των ασφαλιστικών οργανισμών στην αξία των φαρμάκων ορίζεται στο 25%, σύμφωνα με το άρθρο 19 του ν. 1902/90 <Α', 138>, όπως ισχύει. Επίσης προβλέπεται μειωμένη κατά 10% καθώς και μηδενική (0%) συμμετοχή στην αξία των χορηγούμενων φαρμάκων, στις περιπτώσεις, που καθορίζονται από τις διατάξεις των ν.1976/91, ν.2676/99 & ν.3518/06, όπως ισχύουν.

Στις συνταγές πρέπει να αναγράφονται μόνο οι ποσότητες φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων για θεραπεία 1 μηνός το ανώτερο (ΠΔ 121/2008) και υποχρεωτικά η δοσολογία, ανεξάρτητα του αριθμού των εμβολαγίων, ενώ στις περιπτώσεις μειωμένης ή μηδενικής συμμετοχής αυτή πρέπει να αναγράφεται από το θεράποντα ιατρό και να βεβαιώνεται με υπογραφή και σφραγίδα του εκτός και εάν η συνταγή έχει καταχωρηθεί από τον ιατρό ηλεκτρονικά οπότε δεν απαιτείται υπογραφή και σφραγίδα στο ποσοστό συμμετοχής. Συνταγές με διορθώσεις δε γίνονται αποδεκτές από τις υπηρεσίες του Ταμείου, εκτός εάν υπάρχει επί των διορθώσεων υπογραφή και σφραγίδα του ιατρού.

Στους ασφαλισμένους, που ακολουθούν σταθερή επαναλαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή για τη θεραπεία χρόνιων παθήσεων, εφαρμόζονται οι διατάξεις του Π.Δ. 121/2008 (ΦΕΚ 183/Α) όπως ισχύουν κάθε φορά.

Η εκτέλεση της συνταγής γίνεται από τα συμβεβλημένα με τον Οργανισμό φαρμακεία, από τα φαρμακεία του Οργανισμού ή τα φαρμακεία των Κρατικών Νοσοκομείων. Η χορήγηση φαρμάκων από τα Φαρμακεία του Οργανισμού γίνεται χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου και χωρίς να απαιτείται θεώρηση.

Η σύμβαση με τον Οργανισμό καταρτίζεται ατομικά με κάθε φαρμακοποιό.

Ο συμβεβλημένος φαρμακοποιός είναι υποχρεωμένος να συμμορφώνεται με τους όρους της σύμβασης, τις εκάστοτε σχετικές αποφάσεις, τις εγκυκλίους οδηγίες και τις αποφάσεις του Προέδρου του Φορέα για τον τόπο και χρόνο χορήγησης φαρμάκων και οφείλει να εκτελεί κάθε κανονικά εκδοθείσα και εμπρόθεσμα υποβληθείσα συνταγή, σύμφωνα προς τον παρόντα κανονισμό και τις γενικές διατάξεις περί φαρμακευτικής περίθαλψης, όπως ισχύουν κάθε φορά.

Η εκτέλεση της συνταγής και η παραλαβή του φαρμάκου από το δικαιούχο βεβαιώνεται με την υπογραφή επί της συνταγής του φαρμακοποιού που την εκτέλεσε ή του υπευθύνου του φαρμακείου με τη σφραγίδα του φαρμακείου και την ημερομηνία εκτέλεσης της συνταγής καθώς και με υπογραφή επί της συνταγής του παραλήπτη του φαρμάκου. Επί εκτέλεσης της συνταγής ηλεκτρονικά επισυνάπτεται και η συνταγή του γιατρού.

Το καταβλητέο από τον Οργανισμό ποσό στους φαρμακοποιούς προσδιορίζεται με βάση την εκάστοτε ισχύουσα κρατική διατίμηση χωρίς καμιά προσαύξηση και με γενική για όλες τις κατηγορίες των φαρμάκων έκπτωση υπέρ του Φορέα, σύμφωνα με το ν. 3918/2011 (Α',) "Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις".

Τα αρμόδια όργανα της ΥΠΕΔΥΦΚΑ, της Φαρμακευτικής Διεύθυνσης και των Περιφερειακών υπηρεσιών μπορούν να διενεργούν ελέγχους για την τήρηση από τους γιατρούς και φαρμακοποιούς των διατάξεων του παρόντος κανονισμού, των αποφάσεων του Διοικητή, των σχετικών εγκυκλίων και της φαρμακευτικής νομοθεσίας.

Οι συμβεβλημένοι με τον Οργανισμό φαρμακοποιοί υποβάλλουν κάθε μήνα και εντός των πέντε πρώτων εργάσιμων ημερών του επόμενου μήνα τους λογαριασμούς και τις συνταγές που έχουν εκτελέσει.

Ανεξαρτήτως του χρόνου ελέγχου και εκκαθάρισης του λογαριασμού καταβάλλεται στο φαρμακοποιό, ύστερα από πρόχειρο λογιστικό έλεγχο και μετά από αφαίρεση των νόμιμων κρατήσεων, το πληρωτέο ποσό του λογαριασμού, εντός 45 ημερών από την υποβολή του λογαριασμού. Εάν κατά τον έλεγχο και εκκαθάριση του λογαριασμού προκύψει τελικό ποσό μικρότερο από αυτό που αιτείται ο φαρμακοποιός και έχει εξοφλήσει ο Οργανισμός, η διαφορά παρακρατείται από οποιονδήποτε από τους επόμενους λογαριασμούς του φαρμακοποιού, σε περίπτωση δε που δεν υποβληθεί νεότερος, η διαφορά αυτή αναζητείται κατά τις κείμενες διατάξεις για την αναγκαστική είσπραξη των καθυστερούμενων εισφορών του Οργανισμού.

Ο έλεγχος της τιμολόγησης των συνταγών και της τήρησης των διατυπώσεων περί έκδοσης και εκτέλεσης αυτών διενεργείται χειρόγραφα ή μηχανογραφικά επί του συνόλου των συνταγών του λογαριασμού ή επί δείγματος τούτων, αποτελούμενου τουλάχιστον εκ του ενός δέκατου του συνόλου των συνταγών.

Η αρμόδια υπηρεσία συνοδεύει την εκκαθάριση κάθε λογαριασμού με σημείωμα των κυριότερων κατά τον έλεγχο παρατηρήσεων της, εφόσον υπάρχουν τέτοιες .

Επί διαφωνίας του φαρμακοποιού, που αφορά τον έλεγχο του λογαριασμού του οποίου έλαβε γνώση μπορεί εντός 15νθημέρου από την κοινοποίηση σ' αυτόν του σημειώματος των παρατηρήσεων, να υποβάλλει αίτηση αναθεώρησης ελέγχου του λογαριασμού του, στην οποία να εκθέτει τις τυχόν αντιρρήσεις του.

Για την αίτηση αυτή και ύστερα από αιτιολογημένη έκθεση του Προϊσταμένου της Φαρμακευτικής Υπηρεσίας, αποφαινεται οριστικώς η αρμόδια επιτροπή, όπου τούτο προβλέπεται.

Στους φαρμακοποιούς που παραβαίνουν τις διατάξεις του Κανονισμού και τη Φαρμακευτική Νομοθεσία κατά την εκτέλεση συνταγών του Φορέα επιβάλλονται οι προβλεπόμενες από τις ισχύουσες διατάξεις κυρώσεις.

Επίσης, στους ασφαλισμένους που παραβαίνουν τις υποχρεώσεις έναντι του Οργανισμού που έχουν καθορισθεί με Π.Δ/μα (191/20-9-05) επιβάλλονται από το αρμόδιο όργανο του ασφαλιστικού φορέα οι προβλεπόμενες από το ίδιο Δ/μα κυρώσεις.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Α.Ν. 1846/51 άρθρο 31 παρ.8 είναι δυνατόν να εισάγονται, να αποθηκεύονται και να χορηγούνται φάρμακα, φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό. Για λόγους που εκτιμώνται από τον Πρόεδρο του, ο Οργανισμός μπορεί να ιδρύει δικά του φαρμακεία από τα οποία μπορούν να παρέχονται φάρμακα, λοιπά δόκιμα θεραπευτικά μέσα και ουσίες προς διάγνωση των νόσων αποκλειστικά στους ασφαλισμένους του. Για τη λειτουργία των φαρμακείων χρησιμοποιούνται αποκλειστικά φαρμακοποιοί και βοηθοί φαρμακείων. Οι φαρμακοποιοί πρέπει να διαθέτουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και δεν επιτρέπεται να διατηρούν δικό τους φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργοστάσιο φαρμακευτικών προϊόντων ή να έχουν οποιαδήποτε σχέση εργασίας με τέτοια επιχείρηση.

Στη Διοίκηση του Φορέα και στις Περιφερειακές Υπηρεσίες του λειτουργούν αποθήκες υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού καθώς και θεραπευτικών μέσων παροδικής χρήσης, που διευθύνονται από φαρμακοποιούς ή βοηθούς φαρμακείου με την εποπτεία στη δεύτερη περίπτωση γιατρού, εφοδιάζονται δε με τα απαραίτητα είδη μέσω των αρμοδίων κρατικών φορέων.

Οι φαρμακαποθήκες του Φορέα εφοδιάζουν με τα είδη που διαθέτουν τα εργαστήρια, τα ιατρεία και τις λοιπές Μονάδες αυτού.

Το αναλώσιμο υγειονομικό υλικό το προμηθεύονται οι ασφαλισμένοι από τις Αποθήκες, τα Φαρμακεία και τα Ιατρεία του Οργανισμού, όπου τούτο προβλέπεται ή από το ελεύθερο εμπόριο, με ιατρική γνωμάτευση του θεράποντα ιατρού, κατόπιν έγκρισης του ελεγκτή ιατρού του Οργανισμού. Στην ιατρική γνωμάτευση ισχύος έως ενός έτους,

αιτιολογείται η αναγκαιότητα χορήγησης του υλικού και καθορίζεται το χρονικό διάστημα χορήγησης του καθώς και η απαραίτητη ανά μήνα ποσότητα.

Με αποφάσεις του Προέδρου μπορεί να χορηγηθεί με συνταγή μικρή ποσότητα υγειονομικού υλικού, εφόσον η αναγκαιότητα του είναι προφανής και περιττεύει η ιατρική γνωμάτευση.

Το αντίτιμο αγοράς από το ελεύθερο εμπόριο του αναλωσίμου υγειονομικού υλικού καταβάλλεται από τον Οργανισμό στον ασφαλισμένο που το έχει πληρώσει μετά από αφαίρεση του προβλεπόμενου από τις κατωτέρω διατάξεις ποσοστού συμμετοχής.

Το ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων στην αξία του αναλωσίμου υγειονομικού υλικού που προμηθεύονται από το εμπόριο είναι 25%

Δεν καταβάλλουν συμμετοχή για το Υγειονομικό Υλικό:

Α. οι ασφαλισμένοι που προμηθεύονται το Υλικό από τις Αποθήκες, τα Φαρμακεία και Ιατρεία του Φορέα.

Β. οι παραπληγικοί, οι τετραπληγικοί, οι νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε συνεχή θεραπεία υποκατάστασης ή έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού, οι πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας καθώς και οι υποβληθέντες σε μεταμόσχευση συμπαγών ή ρευστών οργάνων και οι HIV θετικοί ασθενείς.

Γ. Οι χρόνια πάσχοντες για τη δαπάνη αγοράς των παρακάτω ειδών αναλώσιμου υγειονομικού υλικού: καθετήρων ουρήθρας, ουροσυλλεκτών, υλικών παρά φύσει στομιών και των παρακολουθημάτων τους, υλικών αποσιδήρωσης, συρίγγων ινσουλίνης μιας χρήσης, επιθεμάτων, βελονών φυσιγγοσυρίγγων, αναλωσίμων των συσκευών χορηγήσεως ινσουλίνης, τραχειοσωλήνων και υλικών τραχειοστομίας, υλικών για χρησιμοποίηση συσκευών συνεχούς έγχυσης φαρμάκων, συσκευών άπνοιας και συσκευών σίτισης.

ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ:

Ι. Τα αναλώσιμα υλικά διαβήτη (ταινίες μέτρησης, βελόνες, σκαριφιστήρες) χορηγούνται ως εξής:

- Για τους ινσουλινοεξαρτούμενους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη (διαβήτης τύπου Ι), χορηγούνται έως 200 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα / μήνα, έως 150 σκαριφιστήρες ανά μήνα, έως 100 βελόνες ανά μήνα και έως 50 ταινίες μέτρησης κετονών στο αίμα ανά έτος.
- Για τους ινσουλινοθεραπευόμενους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη που (διαβήτης τύπου ΙΙ), χορηγούνται έως 100 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα / μήνα, έως 50 σκαριφιστήρες ανά μήνα ή 100 ανά δίμηνο, έως 50 βελόνες ανά μήνα και έως 30 ταινίες μέτρησης κετονών στο αίμα ανά έτος.

- Για τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη που λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία, χορηγούνται έως 50 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα / δίμηνο και έως 200 βελόνες / έτος.
- Σε διαβήτη κύησης, χορηγούνται έως 100 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα/μήνα και έως 100 βελόνες / μήνα.
- Για τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη που αντιμετωπίζονται με διαιτητική αγωγή, χορηγούνται έως 50 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα / τρίμηνο και έως 100 βελόνες το έτος .
- Για τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη που κάνουν χρήση αντλίας συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης, χορηγούνται έως 200 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα/μήνα και έως 600 βελόνες το έτος.

Σε περίπτωση που απαιτούνται επιπλέον ποσότητες από τις ανωτέρω ορισθείσες, θα πρέπει να προσκομίζεται απαραίτητα αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, όπου θα αναφέρεται η ανάγκη για την πρόσθετη αιτούμενη ποσότητα.»

II. Συσκευές έγχυσης φαρμάκων: α) η αντλία χορήγησης ινσουλίνης χορηγείται με κάλυψη της δαπάνης 100%, μετά από έγκριση του ΚΕΣΥ.

β)για συσκευές έγχυσης φαρμάκων που φέρουν εμφυτευόμενα συστήματα αποδίδεται το 90% της δαπάνης, μετά από έγκριση του ΚΕΣΥ.

γ)για τις αναλώσιμες συσκευές χημειοθεραπείας ανάλογα με το θεραπευτικό σχήμα και μέχρι 5 το μήνα, ύστερα από έγκριση του ΚΕΣΥ, με κάλυψη της δαπάνης 100%.

δ) για αναλώσιμες συσκευές αναλγησίας μέχρι 10 το μήνα (υποδόριες), με κάλυψη της δαπάνης 100%.

III. α) Επιθέματα μέχρι 300€ το μήνα, μετά από ιατρική γνωμάτευση , κατόπιν έγκρισης του ελεγκτή ιατρού του οργανισμού ανά δίμηνο

β) Οστομικά Υλικά:

1. είδη κολοστομίας (σάκκοι και βάσεις) μηνιαία δαπάνη μέχρι 330 €
2. είδη ειλεοστομίας (σάκκοι και βάσεις) μηνιαία δαπάνη μέχρι 280 €
3. είδη ουρητηροστομίας (σάκκοι, βάσεις, καθετήρες & ουροσυλλέκτες) μηνιαία δαπάνη μέχρι 280 €
4. είδη για λοιπές στομίες (σάκκοι και βάσεις) νεφροστομία, θωρακοστομία, συρίγγιο, μηνιαία δαπάνη μέχρι 280 €
5. καθετήρες γαστροστομίας σύμφωνα με γνωμάτευση

Για διπλές διαφορετικές στομίες, ισχύει το πλαφόν για κάθε μια στομία. Για την περίπτωση διπλής ίδιας στομίας μηνιαία δαπάνη μέχρι 550 €.

Στα ανωτέρω πλαφόν περιλαμβάνεται και η δαπάνη προμήθειας των παρακάτω ειδών: ζώνη στήριξης σάκκων, κόλλα, πάστα για περιποίηση στομίας, πώματα, σετ υποκλεισμού, σωλήνες αερίων.

γ) Υλικά περιτοναϊκής κάθαρσης μέχρι 150€ το μήνα

δ) Καθετήρες – ουροσυλλέκτες:

1. καθετήρες κύστεως με ουροσυλλέκτες, μηνιαία δαπάνη μέχρι 60 €

2. περιπεϊκοί καθετήρες με ουροσυλλέκτες, μηνιαία δαπάνη μέχρι 120 €

3. υλικά αυτοκαθετηριασμών (καθετήρες αυτοκαθετηριασμού με ουροσυλλέκτες), μηνιαία δαπάνη μέχρι 540 €, με προσκόμιση ουροδυναμικής μελέτης και ιατρικής γνωμάτευσης από την οποία να προκύπτει ο αριθμός κενώσεων της κύστης.

ε) τραχειοστομίες:

1. τραχειοσωλήνες, 6τμχ το μήνα

2. ρύγχη τραχειακής αναρρόφησης, 10 τμχ το μήνα

3. καθετήρες αναρρόφησης, 150 τμχ το μήνα

4. φίλτρα τραχειοστομίας, σύμφωνα με γνωμάτευση

5. φακαρόλα, ένα ρολό ή 30 τμχ το μήνα

ζ) ταινίες μετρήσεως αίματος και λευκώματος στα ούρα, έως 30 το μήνα

Οι ανωτέρω τιμές, στις οποίες περιλαμβάνεται ο ΦΠΑ, διαμορφώνονται με βάση τις τιμές που προκύπτουν από τη βάση δεδομένων του παρατηρητηρίου τιμών του άρθρου 24 του ν.3846/2010 (Α', 66) ή εκτός αν με απόφαση του Δ.Σ. του φορέα έχουν ορισθεί χαμηλότερες κατ' εφαρμογή του άρθρου 32 παρ. 4 του ίδιου νόμου.

Διαγνωστικά σκευάσματα απεικονιστικών εξετάσεων: Οι σκιαγραφικές ουσίες αποζημιώνονται από το Ταμείο ως εξής: α) στις περιπτώσεις κατά τις οποίες είναι εκ των προτέρων γνωστό ότι απαιτείται σκιαγραφική ουσία για την πραγματοποίηση της εξέτασης ο γιατρός θα αναγράφει σε συνταγή τη σκιαγραφική ουσία, στη συνήθη για την εξέταση ποσότητα, την οποία ο ασφαλισμένος θα εκτελεί σε φαρμακείο της προτίμησης του και θα προσκομίζει τη σκιαγραφική ουσία στο συμβεβλημένο εργαστήριο στο οποίο παραπέμπεται για εξέταση β) στις περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν είναι δυνατή η έκδοση συνταγής τότε η απόδοση δαπάνης αγοράς της σκιαγραφικής ουσίας είναι δυνατή εφόσον το τιμολόγιο ή απόδειξη αγοράς έχει εκδοθεί στο όνομα του ασφαλισμένου και έχει επικολληθεί η ταινία γνησιότητας της σκιαγραφικής ουσίας. Η συμμετοχή του ασφαλισμένου καθορίζεται στο 10%.

Τα γαληνικά σκευάσματα αποζημιώνονται με συνταγή και ποσοστό συμμετοχής ανάλογα με τη διάγνωση. Χορηγείται η αξία των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων και των φαρμακευτικών ουσιών που τα αποτελούν καθώς και η φαρμακοτεχνική εργασία, σύμφωνα με την ισχύουσα κοστολόγηση. Τα ομοιοπαθητικά φάρμακα και τα καλλυντικά δεν αποζημιώνονται.

Προϊόντα ειδικής διατροφής: Χορηγούνται ειδικά προϊόντα και σκευάσματα ειδικής διατροφής, που είναι απαραίτητα για τη διαιτητική αγωγή στους πάσχοντες από:

1. μεταβολικά νοσήματα (π.χ. φαιτυλκετονουρία, γαλακτοζαιμία),
2. κοιλιοκάκη,
3. δυσαπορρόφηση από: α) φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, β) σύνδρομο βραχέος εντέρου, εκτομή ειλεού, γ) μερική γαστρεκτομή με γαστρονηστιδοαναστόμωση (Billroth II), δ) ηωσινοφιλική γαστρεντερίτιδα (έως 3 χρόνια χορήγηση των ειδικών προϊόντων), ε) ακτινική εντερίτιδα, στ) αγαμμασφαιριναιμία,
4. κυστική ίνωση,
5. σε βαριά πάσχοντες με γαστροστομία ή/και νηστιδοστομία,
6. σε παιδιά με αλλεργία στο γάλα αγελάδος χορηγούνται θεραπευτικά γάλατα έως την ηλικία των 2 ετών, για χορήγηση πέραν των 2 ετών είναι απαραίτητη η προσκόμιση RAST – TEST,
7. σε πρόωρα και λιποβαρή νεογνά μέχρι την ηλικία των 6 μηνών καθώς και σε νεογνά με νεκρωτική εντεροκολίτιδα ή με βραχύ έντερο.

Για την πιστοποίηση της νόσου απαιτείται γνωμάτευση Διευθυντή Πανεπιστημιακής Κλινικής ή Κλινικής του Ε.Σ.Υ., σχετικής με την πάθηση ειδικότητας κατά περίπτωση, στην οποία αναφέρεται η πάθηση του ασθενούς, η ανάγκη χρησιμοποίησης των ειδικών προϊόντων και σκευασμάτων, καθώς και η μηνιαία ποσότητα κάθε είδους, ύστερα από έγκριση του αρμόδιου ελεγκτή του φορέα. Η σχετική γνωμάτευση ισχύει έως ένα (1) έτος από την ημερομηνία έκδοσή της.

Η συμμετοχή του ασφαλισμένου για τα εν λόγω προϊόντα ορίζεται σε ποσοστό 10%.

Με απόφαση του Δ.Σ. του Φορέα καθορίζονται ανώτατες τιμές για τα παραπάνω σκευάσματα ειδικής διατροφής κατ' εφαρμογή του άρθρ. 32 παρ. 4 του ν. 3846/2010.

ΑΡΘΡΟ 10

Νοσοκομειακή περίθαλψη

Α. Η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τη νοσηλεία του πάσχοντα, την ενδιαίτησή του, την οποιασδήποτε φύσεως ιατρική, νοσηλευτική και φαρμακευτική προς αυτόν συνδρομή και ειδικότερα τη δέουσα αγωγή και θεραπεία για αποκατάσταση σωματικών και ψυχικών αναπηριών ή νοσηρών εν γένει καταστάσεων, καθώς και τις αναγκαίες θεραπείες, παρακλινικές εξετάσεις, κάθε αναγκαία φαρμακευτική αγωγή, ειδικά θεραπευτικά μέσα και προθέσεις.

Β. Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται στα: α) νοσηλευτικά ιδρύματα των σχηματισμών του ΕΣΥ, β) πανεπιστημιακά νοσοκομεία, γ) νοσηλευτικά ιδρύματα

Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα δ) συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, ε) στρατιωτικά νοσοκομεία, στ) κέντρα αποκατάστασης – αποθεραπείας κλειστής νοσηλείας, ζ) κλινικές και ιδρύματα χρόνιων παθήσεων, η) Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης και θ) Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

Η νοσηλεία σε όλες τις ανωτέρω περιπτώσεις παρέχεται στη βάση σχετικών συμβάσεων και ειδικότερα στις περιπτώσεις γ & δ στη βάση συμβάσεων κατ' εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 11 του Ν. 2071/92 (Α, 123) , όπως ισχύει, και ύστερα από έγκριση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Γ. Η εισαγωγή του ασθενή για νοσηλεία γίνεται με εισιτήριο, που εκδίδεται από το αρμόδιο όργανο του Οργανισμού μετά από ιατρική γνωμάτευση του θεράποντα ιατρού για την αναγκαιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Στο εισιτήριο αναγράφεται η **δικαιούμενη θέση νοσηλείας** και η διάγνωση εισόδου. Η διαδικασία εισαγωγής πραγματοποιείται και μέσω ηλεκτρονικής καταχώρησης, κατ' εφαρμογή των διατάξεων του ν. 3892/2010 (Α', 189) (ηλεκτρονική αναγγελία και έκδοση εισιτηρίου εισαγωγής). Για τις ιδιωτικές κλινικές η ηλεκτρονική αναγγελία είναι υποχρεωτική. Νοσηλεία πέραν των τριάντα (30) ημερών δικαιολογείται ύστερα από έγκριση του αρμόδιου οργάνου του Φορέα και έγγραφη γνωμάτευση του αρμόδιου οργάνου του Νοσοκομείου ή της Κλινικής για την αιτιολόγηση της ανάγκης συνέχισης της νοσηλείας. Το μέτρο αυτό ισχύει στις περιπτώσεις που η μέση διάρκεια νοσηλείας βάσει του κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου, που περιγράφεται κατωτέρω, είναι μικρότερη των τριάντα ημερών και για τον πέραν των ημερών αυτών χρόνο νοσηλείας.

Εξαιρούνται του περιορισμού των τριάντα (30) ημερών οι νοσηλευόμενοι σε ψυχιατρικές κλινικές ή ψυχιατρικά τμήματα κρατικών νοσοκομείων και θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων.

Δ. Οι δαπάνες για νοσήλια που καταβάλλουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί είναι αυτές που καθορίζονται κάθε φορά με Π.Δ/γμματα, Κ.Υ.Α. ή αποφάσεις των Δ.Σ. των φορέων και εμπεριέχονται αναλυτικά στους όρους των συμβάσεων.

Ειδικότερα: α) για νοσηλεία σε νοσηλευτικά ιδρύματα σχηματισμών του ΕΣΥ εφαρμόζεται η νέα τιμολόγηση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ) καθώς και του ημερήσιου νοσηλίου της ΚΥΑ αριθμ. Υ4α/οικ.83649/27-7-2011. Στην έννοια του Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλίου, όπως περιγράφεται στην ανωτέρω κ.υ.α., περιλαμβάνεται κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον άρρωστο συνδρομή, που παρέχεται από το Νοσοκομείο καθώς και η σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή σ' αυτόν των ανωτέρω υπηρεσιών, ανεξαρτήτως θέσεως νοσηλείας. Επίσης, στην έννοια αυτή περιλαμβάνονται και τα εξαιρούμενα του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου, που περιγράφονται στην κ.υ.α. Υ4α/οικ. 1320/10-2-1998 (Β' 99), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει.

Όταν κάποια νοσηλεία υπερβαίνει τη μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) του κάθε ανωτέρω ΚΕΝ, τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τη δαπάνη για τις πρόσθετες ημέρες νοσηλείας (ημερήσιο κλειστό νοσήλιο), σύμφωνα με την κ.υ.α. Υ4α/οικ. 1320/10-2-1998 (Β' 99), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει και με βάση την αναπροσαρμογή του ημερήσιου νοσηλίου της ανωτέρω κ.υ.α. Επίσης αποδίδουν εξαιρούμενα του νοσηλίου, ήτοι φάρμακα στη νοσοκομειακή τιμή, ιατρικές πράξεις σύμφωνα με το κρατικό τιμολόγιο και υγειονομικό υλικό στην τιμή του παρατηρητηρίου. Όσον αφορά τη νοσηλεία σε Μονάδες Αιμοκάθαρσης αποδίδεται για τις πέραν της ΜΔΝ ημέρες, το ειδικό νοσήλιο της Υ4ε/οικ. 60730/2007 (Β, 807), όπως ισχύει.

Για νοσηλεία σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας αποδίδεται το ειδικό ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο, που προβλέπεται από την υ.α. Υ5β/Γ.Π οικ. 35724/2002 (Β, 485), όπως ισχύει.

β) Για νοσηλεία σε συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές εφαρμόζεται η νέα τιμολόγηση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ) της ΚΥΑ αριθμ. Υ4α/οικ.83649/27-7-2011 προσαυξημένη κατά 20%.

Στην έννοια του ενοποιημένου κλειστού νοσηλίου περιλαμβάνεται κάθε αναγκαία ιατρική, νοσηλευτική και φαρμακευτική προς τον άρρωστο συνδρομή, καθώς και η δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή των περιγραφόμενων στην ανωτέρω κ.υ.α. Υπηρεσιών, ανεξαρτήτως θέσεως νοσηλείας. Επίσης, στην έννοια αυτή περιλαμβάνονται και τα εξαιρούμενα (ιατρικές πράξεις, υγειονομικό υλικό και φάρμακα) του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου.

Όταν κάποια νοσηλεία υπερβαίνει τη μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) του κάθε ανωτέρω ΚΕΝ, τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τη δαπάνη για τις πρόσθετες ημέρες νοσηλείας (ημερήσιο κλειστό νοσήλιο), σύμφωνα με τις Υπουργικές Αποφάσεις αρ. Υ4ε/130675/2008 (Β, 2115), Υ4ε/οικ.12971/2007 (Β, 326), καθώς και τα εξαιρούμενα ως κατωτέρω:

ΕΞΑΙΡΟΥΜΕΝΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΙΟΥ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ

1) Ημερήσια φαρμακευτική δαπάνη.

Για τις ιδιωτικές κλινικές, πλην των ψυχιατρικών, αποδίδεται το ποσό των 8 € ως ημερήσια φαρμακευτική δαπάνη (πέραν του ημερήσιου νοσηλίου).

Φάρμακα εξαιρούμενα της ημερήσιας φαρμακευτικής δαπάνης:

Α. αντινεοπλασματικά φάρμακα (χημειοθεραπευτικά, ορμόνες, ανταγωνιστές ορμονών κ.α.) καθώς και φάρμακα που έχουν ένδειξη ως επικουρικά της χημειοθεραπείας.

Β. παρεντερικά αντιπηκτικά

Γ. αυξητικοί αιμοποιητικοί παράγοντες (ερυθροποιητίνη, G-CSF κ.α.)

Δ. ινωδολυτικά και θρομβολυτικά φάρμακα

Ε. ανθρώπινη φυσιολογική ανοσοσφαιρίνη για ενδοφλέβια χρήση (IVIg) και ανθρώπινη anti-D ανοσοσφαιρίνη

ΣΤ. συστηματικώς δρώντες ανοσοτροποποιητικοί παράγοντες (όπως μονοκλωνικά αντισώματα, ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, ιντερφερόνες και άλλες κυτοκίνες)

Ζ. παρεντερικά κορτικοειδή
Η. σκιαγραφικές ουσίες και ραδιοφάρμακα
Θ. υποκατάστατα του επιφανειοδραστικού παράγοντα.

2) Αμοιβή χειρουργού, αμοιβή αναισθησιολόγου, έξοδα χειρουργείου και έξοδα αναισθησίας καταβάλλονται, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στα Π.δ/γμματα και τις Υ.Α., όπως ισχύουν κάθε φορά.

3) Τα μοσχεύματα, τα ειδικά υλικά μιας επέμβασης καθώς και τα υλικά μιας χρήσης, που είναι απαραίτητα για την πραγματοποίηση της επέμβασης.

Δεν αποδίδεται δαπάνη για ειδικά υλικά και υλικά μιας χρήσης μη κοστολογημένων ιατρικών πράξεων.

Για τα παραπάνω υλικά ισχύουν οι τιμές του Παρατηρητηρίου του άρθρου 24 του ν.3846/2010 ή εκτός αν με απόφαση του Δ.Σ. του φορέα έχουν ορισθεί χαμηλότερες κατ' εφαρμογή του άρθρου 32 παρ.4 του ίδιου νόμου.

4) Τα θεραπευτικά μέσα εμφυτεύσιμα ή μη και θεραπευτικές προθέσεις.

5) Η παρεντερική διατροφή.

6) Το πλάσμα, τα υποκατάστατα και τα παράγωγα του πλάσματος.

7) Η αιμοκάθαρση

8) Οι κοστολογημένες ιατρικές πράξεις αποζημιώνονται με το 80% της πρώτης στήλης του κρατικού τιμολογίου εκτός από τις κάτωθι που αποζημιώνονται με το 55% της πρώτης στήλης του κρατικού τιμολογίου.

Α. Μαγνητικές τομογραφίες

Β. Αξονικές τομογραφίες

Γ. TRIPLEX αγγείων και καρδιάς

Δ. Ορμονολογικές εξετάσεις (όχι οι δοκιμασίες)

Ε. Καρκινικοί δείκτες

Με απόφαση του Δ.Σ. του φορέα είναι δυνατή η αλλαγή των πιο πάνω ποσοστών και εξετάσεων.

Όσον αφορά τη νοσηλεία σε μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης καθώς και σε μονάδες ψυχικής υγείας, αποδίδεται το ειδικό νοσήλιο των Υ4ε/οικ. 60730/2007 (Β, 807) και Υ3β/Γ.Π./οικ. 37564/2002 (Β, 485), όπως ισχύουν.

Α. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΜΕΘ και σε Μονάδες Εγκαυμάτων

Το ημερήσιο νοσήλιο (πακέτο) για ασθενείς νοσηλευόμενους σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) σε κρατικά νοσοκομεία και σε ιδιωτικές κλινικές ορίζεται για τις δύο πρώτες ημέρες νοσηλείας στο ποσό ύψους 800€ ημερησίως, από την 3η έως και την 19η ημέρα νοσηλείας ορίζεται στο ποσό ύψους 550€ ημερησίως, από την 20η ημέρα και μετά το ποσό ορίζεται σε 400€ ημερησίως, χωρίς εξαιρούμενα.

Β. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΜΑΦ- Ειδικές Μονάδες

Για ασθενείς ασφαλισμένους που νοσηλεύονται σε Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) σε κρατικά νοσοκομεία και σε ιδιωτικές κλινικές αποδίδεται ποσό ύψους 250€ ημερησίως χωρίς εξαιρούμενα.

Γ. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΜΕΝΝ

Για νοσηλεία σε νεογνική μονάδα Ιδιωτικών Κλινικών αποδίδεται: α) ημερήσιο νοσήλιο ύψους 150€ για απλή ή πρωτοβάθμια φροντίδα (επίπεδο Ι) και ενδιάμεση νοσηλεία ή δευτεροβάθμια φροντίδα (επίπεδο ΙΙ) και β) ημερήσιο νοσήλιο ύψους 300€ για εντατική νοσηλεία ή τριτοβάθμια φροντίδα (επίπεδο ΙΙΙ). Κατά τα λοιπά ισχύει η αρ. ΥΑ 1892/Β/2004.

Δ. Κέντρα Αποθεραπείας- Αποκατάστασης

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί παρέχουν νοσοκομειακή περίθαλψη σε Κέντρα Αποθεραπείας - Αποκατάστασης Κλειστής Νοσηλείας σε εξωτερικούς και εσωτερικούς ασθενείς που έχουν ανάγκη φυσικής αποκατάστασης. Επίσης, παρέχουν ιατρικές και λοιπές φροντίδες σε Κέντρα Αποθεραπείας - Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας σε εξωτερικούς ασθενείς που έχουν ανάγκη φυσικής αποκατάστασης, χωρίς διανυκτέρευση.

Επιπλέον, παρέχονται υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας και παραμονής σε

Κέντρα Διημέρευσης- Ημερήσιας Φροντίδας για άτομα με ειδικές ανάγκες κατά τη διάρκεια της ημέρας και μέχρι 16 ώρες κατ' ανώτατο όριο, ανάλογα με τις ανάγκες των ΑΜΕΑ

Στα ανωτέρω Κέντρα αποδίδεται ημερήσιο νοσήλιο, που καθορίζεται από το Π.Δ. 383/2002 (Α,332), όπως ισχύει. Αναλώσιμα υλικά, ήδη προσωπικής υγιεινής, επιθέματα, καθετήρες σίτισης απλοί, καθετήρες κύστεως, υγειονομικό υλικό, εξετάσεις εκτός των εξαιρουμένων της ΚΥΑ Υ4α/οικ1320/10.2.1998 (ΦΕΚ 99/Β/98) περιλαμβάνονται στο ημερήσιο κλειστό νοσήλιο.

Για όσους νοσηλεύονται στην μονάδα αυξημένης φροντίδας (ΜΑΦ) του Κέντρου Αποθεραπείας-Αποκατάστασης αποδίδεται ποσό ύψους 200 € ημερησίως χωρίς εξαιρούμενα.

Ε. Αποκλειστική νοσηλεύτρια/τής: σε όλως εξαιρετικά περιστατικά νοσηλείας ασφαλισμένων ασφαλιστικών οργανισμών σε κρατικά νοσοκομεία για τα οποία απαιτούνται ιδιαίτερες φροντίδες, είναι δυνατή η αναγνώριση της δαπάνης για τη χρησιμοποίηση αποκλειστικής αδελφής νοσοκόμας κατά τη διάρκεια της νύχτας και μέχρι οκτώ νύχτες. Η καταβαλλόμενη αμοιβή ορίζεται σε 32 € για κάθε νύχτα τις καθημερινές και σε 40€ τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες και αποδίδεται με την προσκόμιση γνωμάτευσης του Διευθυντή της Κλινικής νοσηλείας θεωρημένη από τον ελεγκτή ιατρό του φορέα και το εξιτήριο. Το ποσό αυτό δύναται να αναπροσαρμόζεται με απόφαση του Δ.Σ. του φορέα.

ΣΤ. ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

α) Ασθενείς ασφαλισμένοι ασφαλιστικών οργανισμών, που εισήχθησαν ή αντιμετωπίστηκαν με βραχεία νοσηλεία σε νοσηλευτική μονάδα εκτός του τόπου κατοικίας τους, δικαιούνται την αξία των εισιτηρίων μετάβασης και επιστροφής με τα συγκοινωνιακά μέσα μαζικής μεταφοράς στις οικονομικότερες θέσεις (λεωφορείο, τρένο, πλοίο), στις περιπτώσεις που η πάθησή τους δεν αντιμετωπίζεται στο κρατικό ή πανεπιστημιακό νοσοκομείο του τόπου κατοικίας τους. Ο ασφαλιστικός φορέας καλύπτει και τη δαπάνη συνοδού, εφόσον τούτο κρίνεται απαραίτητο, ύστερα από έγκριση του αρμόδιου υγειονομικού οργάνου αυτού. Στην περίπτωση αυτή καταβάλλεται το αντίτιμο των εισιτηρίων ως ανωτέρω. Για την καταβολή της δαπάνης απαιτείται: α) αιτιολογημένη βεβαίωση του Κρατικού, πανεπιστημιακού ή στρατιωτικού νοσοκομείου του τόπου κατοικίας για την αδυναμία αντιμετώπισης της πάθησης στον τόπο αυτό, β) απόδειξη καταβολής του αντιτίμου των εισιτηρίων και γ) βεβαίωση της νοσηλευτικής μονάδας για τη νοσηλεία του ασθενούς.

β) Όταν υπάρχουν όλως εξαιρετικοί λόγοι πλήρως δικαιολογημένοι, εγκρίνεται από το αρμόδιο υγειονομικό όργανο του Οργανισμού η μετακίνηση με ειδικά μεταφορικά μέσα (ταξί, αεροπλάνο). Στις περιπτώσεις αυτές αποδίδεται το αντίτιμο του εισιτηρίου επί μετακίνησης με αεροπλάνο και η δαπάνη του ταξί βάσει χιλιομετρικής απόστασης.

γ) όσον αφορά στην μετακίνηση των νεφροπαθών για αιμοκάθαρση ο ασφαλιστικός φορέας καλύπτει έξοδα μετακίνησης ως εξής:

A. Για Αθήνα- Πειραιά 230€ το μήνα,

B. Για Θεσσαλονίκη 220€ το μήνα

Γ. Για Ηράκλειο- Πάτρα 140€ το μήνα

Δ. Εντός των λοιπών αστικών κέντρων 115€ το μήνα

E. Για τις μετακινήσεις εκτός των αστικών κέντρων προς το πλησιέστερο διαθέσιμο κέντρο αιμοκάθαρσης καταβάλλεται δαπάνη με ταξί βάσει χιλιομετρικής απόστασης και όχι πάνω από 400€ το μήνα. Σε περίπτωση μετακίνησης στο μη πλησιέστερο κέντρο αιμοκάθαρσης καταβάλλεται η δαπάνη μετακίνησης με ταξί βάσει χιλιομετρικής απόστασης στο πλησιέστερο κέντρο και πάντως όχι πάνω από 400€. Αν δεν χρησιμοποιηθεί ταξί, τότε καταβάλλονται τα 4/5 του αντιτίμου εισιτηρίου του κοινού μεταφορικού μέσου.

δ) Όσον αφορά στη μετακίνηση των πασχόντων από μεσογειακή αναιμία για μετάγγιση ο ασφαλιστικός φορέας καλύπτει έξοδα μετακίνησης ως εξής:

A. Για Αθήνα- Πειραιά 38€ το μήνα

B. Για Θεσσαλονίκη 36€ το μήνα

Γ. Για Ηράκλειο- Πάτρα 22€ το μήνα

Δ. Εντός των λοιπών αστικών κέντρων 20€ το μήνα

E. Για τις μετακινήσεις εκτός των αστικών κέντρων προς το πλησιέστερο κέντρο μετάγγισης καταβάλλεται δαπάνη με ταξί βάσει χιλιομετρικής απόστασης και όχι πάνω

από 100€ το μήνα. Σε περίπτωση μετακίνησης στο μη πλησιέστερο κέντρο μετάγγισης καταβάλλεται η δαπάνη μετακίνησης με ταξί βάσει χιλιομετρικής απόστασης στο πλησιέστερο κέντρο και πάντως όχι πάνω από 100€. Αν δεν χρησιμοποιηθεί ταξί, τότε καταβάλλονται τα 4/5 του αντιτίμου εισιτηρίου του κοινού μεταφορικού μέσου.

δ) Σε εξαιρετικά επείγοντα περιστατικά, που λόγω της σοβαρότητας και κρισιμότητας της κατάστασης του ασθενούς χρειάζεται μεταφορά, η οποία δεν μπορεί να γίνει με τα συνήθη μεταφορικά μέσα, ο οικείος ασφαλιστικός οργανισμός καταβάλλει τα έξοδα διακομιδής (με πλωτά ή εναέρια μέσα) μέσω του ΕΚΑΒ, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 31 του ν. 2072/1992 (Α', 125), όπως ισχύει. Προκειμένου να αποδοθεί η σχετική δαπάνη απαιτείται η προσκόμιση των δικαιολογητικών και η βεβαίωση αναγκαιότητας για την διακομιδή.

Ζ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ

Οι ασφαλιστικοί Οργανισμοί καλύπτουν τις δαπάνες με βάση το κρατικό τιμολόγιο στο πλαίσιο υπογραφής σχετικών συμβάσεων, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

Οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων από ζώντα ή νεκρό δότη διενεργούνται αποκλειστικά σε ειδικές Μονάδες Μεταμόσχευσης νοσηλευτικών ιδρυμάτων Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί αποδίδουν το 100% της δαπάνης, σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις του ν. 3984/2011 (Α,150) "Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις", όπως ισχύει.

Παρακλινικές εξετάσεις και ειδικές θεραπείες, που διενεργούνται για προμεταμοσχευτικό ή μεταμοσχευτικό έλεγχο σε ειδικά οργανωμένες και εξουσιοδοτημένες μονάδες νοσηλευτικών Ιδρυμάτων της χώρας Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, παρέχονται στους ασφαλισμένους χωρίς συμμετοχή. Οι δαπάνες για την αφαίρεση ενός ή περισσότερων οργάνων από ζώντα ή θανόντα δότη, τη συντήρηση, τη μεταφορά και τη μεταμόσχευσή τους βαρύνουν τον ασφαλιστικό οργανισμό του λήπτη ή του υποψηφίου λήπτη.

Όταν η αφαίρεση αφορά ζώντα δότη, στις δαπάνες περιλαμβάνονται : α) οι ιατρικές και παραϊατρικές πράξεις πριν και μετά την αφαίρεση οργάνου, β) η φαρμακευτική αγωγή, γ) τα υλικά μέσα αποκατάστασης της υγείας ή ανακούφισης, δ) τη νοσηλεία πριν και μετά την αφαίρεση οργάνου, ε) την απασχόληση αποκλειστικής νοσοκόμας, στ) τα έξοδα μετακίνησης προς τον Οργανισμό αφαίρεσης και διαμονής του υποψηφίου δότη και ζ) κάθε θετική ζημία εξαιτίας της αποχής από την εργασία του, η) οι αμοιβές για εργασία που στερήθηκε να προετοιμαστεί και να πραγματοποιηθεί η αφαίρεση και να αποκατασταθεί η υγεία του.

Όταν η αφαίρεση αφορά θανόντα δότη, στις δαπάνες περιλαμβάνονται: α) ιατρικές και παραϊατρικές πράξεις πριν την αφαίρεση οργάνου και β) η αναγκαία νοσηλεία και μεταφορά για την αφαίρεση οργάνου.

Ειδικά για ασφαλισμένους που πρόκειται να υποβληθούν σε μεταμόσχευση οργάνου ή μυελού των οστών εκτός των άλλων απαιτείται να προσκομίζεται και η απόφαση της υπηρεσίας συντονισμού και ελέγχου μεταμοσχεύσεων του Υπουργείου Υγείας και ο έλεγχος ιστοσυμβατότητας.

Επίσης οι ασφαλιστικοί οργανισμοί καλύπτουν και τα έξοδα διαμονής και διατροφής του υπαλλήλου EOM που μετακινείται για τη μεταφορά του μοσχεύματος.

ΑΡΘΡΟ 11

Νοσηλεία στο Εξωτερικό

1. Η νοσηλεία στο εξωτερικό των ασφαλισμένων του Οργανισμού εγκρίνεται με δαπάνες του οικείου ταμείου ύστερα από έγκριση των Ειδικών Υγειονομικών Επιτροπών Εξωτερικού (Ε.Υ.Ε.Ε.) και εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις που ορίζονται από τις εκάστοτε υπουργικές αποφάσεις περί νοσηλείας στο εξωτερικό, στις ακόλουθες περιπτώσεις:

A) Αν ο ασφαλισμένος πάσχει από σοβαρό νόσημα, το οποίο δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί στην Ελλάδα, είτε γιατί δεν υπάρχουν τα κατάλληλα επιστημονικά μέσα είτε γιατί δεν εφαρμόζεται η ειδική ιατρική μέθοδος διάγνωσης της θεραπείας που απαιτείται.

B) Αν ο ασφαλισμένος πάσχει από σοβαρό νόσημα το οποίο δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί έγκαιρα στην Ελλάδα και η τυχόν καθυστέρηση της αντιμετώπισής του θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του.

Προκειμένου να γνωματεύσουν οι ειδικές υγειονομικές επιτροπές στις ανωτέρω A & B περιπτώσεις απαιτείται η προσκόμιση από τον ενδιαφερόμενο των εξής δικαιολογητικών:

Γνωμάτευση γιατρού Διευθυντή κλινικής κρατικού νοσοκομείου ή Πανεπιστημιακής κλινικής ή στρατιωτικού νοσοκομείου ή ιδιωτικής κλινικής της αντίστοιχης με την πάθηση ειδικότητας ή των νομίμων αναπληρωτών τους. Στη σχετική γνωμάτευση θα πρέπει να περιγράφεται με λεπτομέρεια το είδος της πάθησης ή της βλάβης και το ανέφικτο της αντιμετώπισής της στην Ελλάδα.

Γ) Αν ο ασθενής αναχωρήσει επειγόντως για το εξωτερικό χωρίς την προβλεπόμενη προέγκριση του ασφαλιστικού φορέα, επειδή υπάρχει ανάγκη άμεσης αντιμετώπισης της περίπτωσης.

Για την ως άνω Γ περίπτωση απαιτείται γνωμάτευση γιατρού διευθυντή κλινικής κρατικού νοσοκομείου ή Πανεπιστημιακής κλινικής ή στρατιωτικού νοσοκομείου ή ιδιωτικής κλινικής της αντίστοιχης με την πάθηση ειδικότητας με την οποία να πιστοποιείται με λεπτομέρεια η σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς και να

επισημαίνεται η αδυναμία αντιμετώπισής του στην Ελλάδα και ότι η καθυστέρηση μετάβασης στο εξωτερικό εγκυμονεί κινδύνους για τη ζωή του ασφαλισμένου.

Δ) Αν ο ασφαλισμένος που βρίσκεται προσωρινά για οποιονδήποτε λόγο σε χώρα του εξωτερικού, ασθενήσει ξαφνικά και νοσηλευτεί σε θεραπευτήριο. Για την περίπτωση αυτή απαιτείται ο ασφαλισμένος να υποβάλει γνωμάτευση νοσηλευτικού κέντρου του εξωτερικού στην οποία να περιγράφεται λεπτομερώς η πάθηση και η αναγκαιότητα της άμεσης και επιβεβλημένης νοσηλείας.

2. Σε χώρες της Ε.Ε. η νοσηλεία του ασθενούς και, προκειμένου για μεταμόσχευση, του δότη εγκρίνεται για δημόσιο νοσοκομείο ή φορείς ενταγμένους στο σύστημα με βάση τα κοινοτικά έντυπα. Σε χώρες εκτός Ε.Ε. ο οικείος ασφαλιστικός φορέας καταβάλλει τα ισχύοντα στην Ελλάδα με βάση το κρατικό τιμολόγιο, ύστερα από γνωμάτευση της αρμόδιας υγειονομικής επιτροπής.

Η νοσηλεία σε χώρα εκτός Ευρώπης εγκρίνεται μόνο στην περίπτωση που το συγκεκριμένο περιστατικό δεν αντιμετωπίζεται σε Ευρωπαϊκή χώρα. Στην περίπτωση αυτή η αναγκαιότητα της νοσηλείας πρέπει να αιτιολογείται σαφώς τόσο στη γνωμάτευση του γιατρού, όσο και στη γνωμάτευση της ΕΥΕΕ.

Εάν το περιστατικό αντιμετωπίζεται μεν σε χώρα της Ευρώπης αλλά ο ασφαλισμένος επιθυμεί να νοσηλευτεί σε άλλη μη Ευρωπαϊκή χώρα, τότε οι ασφαλιστικοί οργανισμοί βαρύνονται μόνο με το 30% των δαπανών νοσηλείας, των εξόδων ταξιδιού και διαμονής.

Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται οι διατάξεις των σχετικών Υπουργικών Αποφάσεων όπως ισχύουν κάθε φορά.

3. Επίσης, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί αναλαμβάνουν και τις παρακάτω δαπάνες:

α. το αντίτιμο των εισιτηρίων μετάβασης και επιστροφής του ασθενή, του τυχόν αναγκαίου συνοδού του και, προκειμένου για μεταμόσχευση, του δότη, της οικονομικότερης θέσης του μεταφορικού μέσου που χρησιμοποιείται.

β. Για έξοδα διαμονής και διατροφής του ασθενή, του τυχόν αναγκαίου συνοδού και του τυχόν δότη, ο φορέας καταβάλλει το ποσό των ενενήντα (90) € ημερησίως.

4. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου των ασφαλιστικών οργανισμών προκαταβάλλεται μέρος των δαπανών για νοσηλεία, για όσες μέρες ορίζει η απόφαση της αρμόδιας Υγειονομικής Επιτροπής. Η προκαταβολή αυτή χορηγείται με προσκόμιση βεβαίωσης ή προτιμολογίου του νοσοκομείου όπου αναλύονται οι δαπάνες νοσηλείας κατά πρόβλεψη.

5. Σε περίπτωση θανάτου ασφαλισμένου στο εξωτερικό, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί αναλαμβάνουν τις δαπάνες ταρίχευσης, φερέτρου, και μεταφοράς της σορού του αποβιώσαντος μέχρι του τόπου ενταφιασμού του στην Ελλάδα. Το ύψος του ποσού στην περίπτωση αυτή καθορίζεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Φορέα.

ΑΡΘΡΟ 12

Οδοντιατρική – στοματολογική περίθαλψη

1. Η οδοντιατρική περίθαλψη συνίσταται στην παροχή των κατάλληλων φροντίδων για την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία των νόσων του στόματος καθώς και την αποκατάσταση των οδόντων.
2. Στους ασφαλισμένους του Οργανισμού παρέχεται οδοντιατρική περίθαλψη, που περιλαμβάνει θεραπευτικές, προσθετικές και ορθοδοντικές εργασίες σύμφωνα με τους επιμέρους κανονισμούς τους, που ισχύουν μέχρι την έναρξη εφαρμογής του παρόντος κανονισμού.
3. Η οδοντιατρική περίθαλψη παρέχεται στις δομές του Οργανισμού, σε οδοντιάτρους της ελεύθερης επιλογής των ασφαλισμένων ή συμβεβλημένα οδοντιατρεία, που έχουν άδεια λειτουργίας.
4. Οι δαπάνες για την παροχή θεραπευτικών και προσθετικών εργασιών αποδίδονται σύμφωνα με το Κρατικό Τιμολόγιο. Η αξία των ευγενών μετάλλων (χρυσός ή χρυσοπλατίνα) και η αξία των συνδέσμων ακριβείας των μερικών οδοντοστοιχιών οπου απαιτείται βαρύνει αποκλειστικά τον ασφαλισμένο.
Η δαπάνη για παροχή ορθοδοντικών εργασιών αποδίδεται σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στους οικείους κανονισμούς των ασφαλιστικών οργανισμών και όπου αυτό προβλέπεται.
5. Για την αναγνώριση δαπανών οδοντιατρικών εργασιών απαιτείται:
 - α. Αναγραφή των απαιτούμενων εργασιών και των αντίστοιχων τιμών στο συνταγολόγιο του ασφαλισμένου.
 - β. Έγκριση από τα αρμόδια ελεγκτικά όργανα πριν από την έναρξη των εργασιών, εφόσον το σχετικό ποσό υπερβαίνει το όριο το οποίο τίθεται κάθε φορά από το Δ.Σ. του φορέα.
 - γ. Υπογραφή και σφραγίδα του θεράποντα οδοντιάτρου για την πραγματοποίηση των εργασιών.
 - δ. Έγκριση από τα αρμόδια ελεγκτικά όργανα των πραγματοποιηθεισών εργασιών.
6. Επανάληψη της ίδιας προσθετικής εργασίας ή κατασκευής και τοποθέτησης μερικών ή ολικών οδοντοστοιχιών δε δύναται να εγκριθεί πριν από την παρέλευση 5ετίας. Αναγόμευση μετά 2ετία. Επανάληψη όλων των θεραπευτικών εργασιών, πλην του απλού καθαρισμού, μετά από ένα έτος.
7. Δαπάνη οδοντιατρικής επίσκεψης δεν αναγνωρίζεται παρά μόνο σε έκτακτες και επείγουσες περιπτώσεις για την αντιμετώπιση οξέων περιστατικών, για τα οποία δεν έχει πραγματοποιηθεί άλλη οδοντιατρική πράξη, μετά από τελική έγκριση του ελεγκτή οδοντιάτρου.

ΑΡΘΡΟ 13

Μαιευτική περίθαλψη - εξωσωματική γονιμοποίηση

Α. Στις ασφαλισμένες των ασφαλιστικών οργανισμών, σε περίπτωση τοκετού, καταβάλλεται αντί μαιευτικής περίθαλψης εφάπαξ χρηματικό βοήθημα ύψους 900€, 1200€ για δίδυμη κύηση και 1600€ για τρίδυμη κύηση.

Τοκετός θεωρείται και η γέννηση νεκρού εμβρύου άνω των 25 εβδομάδων.

Β. Στις περιπτώσεις νοσηλείας άνω των τεσσάρων ημερών λόγω επιπλοκών, εφαρμόζεται η διάταξη περί νοσοκομειακής περίθαλψης για την επιπλέον δαπάνη.

Γ. Χορηγούνται δαπάνες εξωσωματικής γονιμοποίησης στις άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένες ασφαλιστικών οργανισμών ηλικίας έως 50 ετών και μέχρι 4 ολοκληρωμένες προσπάθειες, αφού συμπληρωθεί τετράμηνο από την τελευταία προσπάθεια, σύμφωνα με τα επιμέρους οριζόμενα στις διατάξεις του ν.3305/2005 (Α,17) «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής» .

Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται οι διατάξεις του Π.Δ. που εκδίδεται κατ' εξουσιοδότηση του άρθρου 28 του ανωτέρω νόμου για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.Δ.

α) Σε περίπτωση εξωσωματικής γονιμοποίησης η ανώτερη δοσολογία γοναδοτροπινών που χορηγούνται ανά προσπάθεια είναι 5.000 IU και έως 4 κυττία GnRH αναλόγων ή έως 3 mg αγωνιστών γοναδοτροπινών (σύμφωνα με τις ενδείξεις και τη δοσολογία κάθε σκευάσματος). Η corifollitropin alfa δικαιολογείται μόνο στα πλαίσια εξωσωματικής γονιμοποίησης πάντα σε συνδυασμό με GnRH ανταγωνιστή. Τα 100 και 150mcg corifollitropin alfa αντιστοιχούν σε 2.100IU ανασυνδυασμένης FSH. Εφ' όσον χρησιμοποιηθούν ανασυνδυασμένες ή μη φολλιτροπίνες δικαιολογείται η χορήγηση 2.500 IU για την περίπτωση της σπερματέγχυσης.

Κατ' εξαίρεση και σε ειδικές περιπτώσεις χορηγούνται επιπλέον ποσότητες μετά από έγκριση Επιτροπής κατ' εφαρμογή των διατάξεων του παρόντος κανονισμού.

Σε ειδικές περιπτώσεις και μετά από έγκριση της κατά τα άνω Επιτροπής, όπου χρησιμοποιηθούν ανασυνδυασμένες γοναδοτροπίνες να χορηγείται και ωχρινότροπος ορμόνη (LH) έως 2.000 IU.

β) Σε περίπτωση πρόκλησης ωοθυλακιόρρηξιας η ανώτερη δοσολογία είναι 2.500 IU ανασυνδυασμένης ωοθυλακιότροπου ορμόνης (FSH) ή 3.000 IU ουροφολλιτροπίνης, εκτός εάν αιτιολογείται από τον ιατρό η ανάγκη αυξημένης δοσολογίας, οπότε οι μονάδες αυξάνονται κατά 500 mg ανά περίπτωση. Μπορούν να συνταγογραφούνται παράλληλα έως 3 κυττία GnRH αγωνιστών, αλλά όχι ανταγωνιστών γοναδοτροπινών.

ΑΡΘΡΟ 14

Φυσικοθεραπείες – λογοθεραπείες –εργοθεραπείες - ψυχοθεραπείες

Α. Οι φυσικοθεραπείες διενεργούνται σε συμβεβλημένα φυσικοθεραπευτήρια, εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, σε εργαστήρια κλινικών και

θεραπευτηρίων, κατόπιν παραπεμπτικού θεράποντος ιατρού αντίστοιχης ειδικότητας και έγκριση ελεγκτή ιατρού.

Στη φυσικοθεραπεία καθιερώνεται αποζημίωση ανά συνεδρία (επίσκεψη) εντός της οποίας εκτελούνται όσες φυσικοθεραπευτικές πράξεις κρίνονται αναγκαίες. Η έκδοση του κάθε παραπεμπτικού θα γίνεται ανά μήνα και στο παρεμπμπτικό θα αναγράφεται ο αριθμός των συνεδριών καθώς και οι απαιτούμενες φυσικοθεραπευτικές πράξεις ανά συνεδρία.

Δικαιολογούνται έως 12 συνεδρίες το εξάμηνο (αφορούν συνολικά όλα τα σημεία του σώματος) και η αποζημίωση ανά συνεδρία ορίζεται σε είκοσι (20) ευρώ.

α. Σε αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια δύνανται να χορηγούνται φυσικοθεραπείες δέκα (10) συνεδρίες το μήνα καθώς και οκτώ (8) λογοθεραπείες το μήνα και μέχρι έξι (6) μήνες.

Για συνέχιση της θεραπείας και μέχρι άλλο ένα εξάμηνο (6 μήνες), απαιτείται απαραίτητως ιατρική γνωμάτευση ειδικευμένου θεράποντος ιατρού ανάλογης ειδικότητας Κρατικού ή Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, η οποία θα επισυνάπτεται στο παραπεμπτικό.

β. Σε σοβαρά κινητικά προβλήματα, όπως παραπληγίες, τετραπληγίες κ.λ.π., μπορεί να χορηγούνται μέχρι δέκα (10) συνεδρίες το μήνα και για έξι (6) μήνες που μπορεί να παραταθούν έως 1 έτος, μετά από γνωμάτευση ειδικευμένου θεράποντος ιατρού ανάλογης ειδικότητας Κρατικού ή Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, η οποία θα επισυνάπτεται στο παραπεμπτικό.

γ. Σε σοβαρά ορθοπεδικά προβλήματα αναστρέψιμα (σοβαρά κατάγματα ή δυσκαμψίες) χορηγούνται 12 συνεδρίες το μήνα και μέχρι έξι (6) μήνες.

Β. Λογοθεραπείες, εργοθεραπείες και ψυχοθεραπείες χορηγούνται ανάλογα με την πάθηση με παραπεμπτικό θεράποντος ιατρού αντίστοιχης ειδικότητας και έγκριση ελεγκτή ιατρού ως εξής:

- Λογοθεραπείες έως 8 ανά μήνα και η αποζημίωση ανά συνεδρία ορίζεται σε 10€.
- Εργοθεραπείες όσες απαιτούνται και η αποζημίωση είναι αυτή του κρατικού τιμολογίου, όπως ισχύει κάθε φορά.
- Ψυχοθεραπείες έως 4 το μήνα (ομαδική ή ατομική ή θεραπεία συμπεριφοράς) σε ενήλικες και η αποζημίωση είναι αυτή του κρατικού τιμολογίου, όπως ισχύει κάθε φορά.

ΑΡΘΡΟ 15

Πρόσθετη περίθαλψη και θεραπευτικά μέσα

Ο φορέας παρέχει στους ασφαλισμένους του όλα τα ενδεδειγμένα προς αποκατάσταση της υγείας τους ή προς ανακούφιση από την νοσηρή τους κατάσταση θεραπευτικά μέσα και προθέσεις και με συμμετοχή του ασφαλισμένου **25%**, εκτός αν στις επιμέρους διατάξεις του παρόντος Κανονισμού ορίζεται διαφορετικά. Δεν θα καταβάλλεται

συμμετοχή για εκείνα τα θεραπευτικά μέσα και τις προθέσεις που προμηθεύονται οι ασφαλισμένοι από τις αποθήκες του φορέα.

Τα χορηγούμενα είδη και οι ανώτατες αποδιδόμενες τιμές προσδιορίζονται σύμφωνα με τις τιμές της βάσης δεδομένων του παρατηρητηρίου τιμών ή με απόφαση του Δ.Σ. του φορέα, εφόσον είναι μικρότερες αυτών του παρατηρητηρίου.

Σε περίπτωση που δεν προκύπτει κοστολόγηση με βάση τα αναφερόμενα στο προηγούμενο εδάφιο, ο φορέας αποδίδει τη μικρότερη προσφερόμενη τιμή της αγοράς. Στις περιπτώσεις που το τιμολόγιο αγοράς είναι χαμηλότερο του καθορισμένου σύμφωνα με τα παραπάνω, καταβάλλεται το ποσό του τιμολογίου.

Δύναται να αποζημιώνεται και η δαπάνη που έχει πραγματοποιηθεί μέσω διαδικτύου, εφόσον είναι χαμηλότερη των παραπάνω αναφερομένων.

Ο τρόπος και η διαδικασία χορήγησης των θεραπευτικών μέσων και προθέσεων καθώς και κάθε άλλη λεπτομέρεια θα καθορίζονται με εγκυκλίους του Οργανισμού, ύστερα από απόφαση του Δ.Σ. του.

Τα χορηγούμενα είδη και οι ανώτατες τιμές προκύπτουν από το επισυναπτόμενο στον κανονισμό ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ, το οποίο επικαιροποιείται – τροποποιείται με απόφαση του Δ.Σ. του φορέα.

Τα ανωτέρω είδη όπως αναφέρονται στο παρόν άρθρο καθώς και στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ χορηγούνται με έγκριση του αρμόδιου οργάνου του Φορέα, ύστερα από γνωμάτευση ιατρού αντίστοιχης με το χορηγούμενο είδος ειδικότητας.

Ειδικότερα:

A. ΟΠΤΙΚΑ- ΓΥΑΛΙΑ ΟΡΑΣΕΩΣ

Στους ασφαλισμένους χορηγείται για την αποκατάσταση της οπτικής τους οξύτητας ένα ζευγάρι γυαλιά ή φακοί επαφής ανά δύο έτη. Για δικαιούχους άνω των 40 ετών και εφόσον συντρέχει λόγος, δύο ζευγάρια, ένα μυωπίας, ένα πρεσβυωπίας ή ένα ζευγάρι διπλεστικά ή πολυεστικά ή πολυεστικούς φακούς επαφής. Μέγιστη αποδιδόμενη τιμή για το πρώτο ζευγάρι ορίζεται το ποσό των 80 ευρώ, για το δεύτερο ζευγάρι το ποσό των 60 €, ενώ για τα πολυεστικά το ποσό των 140 €. Στα παιδιά έως 12 ετών χορηγείται σκελετός με φακούς ασφαλείας (άθραυστα) κάθε δύο (2) έτη. Το μέγιστο καταβαλλόμενο ποσό σε κάθε περίπτωση ανέρχεται σε 100€ για φακούς ή γυαλιά. Τα παραπάνω ποσά αποδίδονται μετά από προσκόμιση των απαραίτητων παραστατικών (παραπεμπτικό –τιμολόγιο αγοράς) χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου.

B. ΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΒΑΡΗΚΟΪΑΣ

Ο ασφαλιστικός φορέας χορηγεί ακουστικά βαρηκοΐας με μέγιστη αποδιδόμενη τιμή τα 400€ χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου. Τα ακουστικά αντικαθίστανται κάθε 4 χρόνια εκτός των βαρήκων παιδιών έως 15 ετών που αντικαθίσταται κάθε χρόνο με την προϋπόθεση ότι η ακουστική τους οξύτητα παρουσιάζει σημαντική μείωση, γεγονός

που προκύπτει από συγκριτικά ακουογράμματα και πάνω από 50 decibell βαρηκοΐας. Αποδίδεται η δαπάνη με την προσκόμιση των παραστατικών (παραπεμπτικό-τιμολόγιο αγοράς) συμπεριλαμβανομένου του ακουογράμματος του ασφαλισμένου καθώς και του σειριακού αριθμού του προϊόντος. Ο φορέας δεν καταβάλλει τις δαπάνες επισκευών.

Γ. ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ (C-PAP, BI-PAP, BENNET ΚΛΠ)

1) Αναπνευστικές συσκευές

Για την αγορά αναπνευστικών συσκευών αποδίδεται δαπάνη βάσει του τιμολογίου αγοράς και μέχρι του ποσού που ανά τύπο συσκευής καθορίζεται, ήτοι :

CPAP (απλή)	840 €
CPAP (auto)	1050 €
BiPAP (απλή)	1540 €
BiPAP ς/T (πίεσης)	3500 €
Αναπνευστική συσκευή όγκου/ πίεσης	7000 €

Στα παραπάνω ποσά συμπεριλαμβάνεται ο Φ.Π.Α. και προβλέπεται η καταβολή από το δικαιούχο, εγγύησης εκ ποσοστού 20% του καταβαλλόμενου ποσού, που επιστρέφεται με την επιστροφή της συσκευής.

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί υποχρεούνται να τηρούν και να αποθηκεύουν σε βάση δεδομένων (σε πρόγραμμα access ή excel) τα στοιχεία των συσκευών, που χορηγούν ανά ασφαλισμένο (με αναγραφή και του ΑΜΚΑ αυτού), προκειμένου να εξασφαλίζεται η παρακολούθηση και ο έλεγχος.

Για αναλώσιμα υλικά (μάσκα, κεφαλοδέτης, αναπνευστήρας) των παραπάνω συσκευών αποδίδεται ποσό μέχρι 150 € συνολικά, χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου, στο οποίο περιλαμβάνεται ο ΦΠΑ.

2) Λοιπές συσκευές

Για τη **φορητή συσκευή (βαλίτσα) για θέρμανση και αποθήκευση υλικών περιτοναϊκής κάθαρσης** σε μετακινούμενους ασθενείς, αποδίδεται δαπάνη μέχρι του ποσού των 1.000,00 €, συμπεριλαμβανομένου του Φ.Π.Α., βάσει τιμολογίου αγοράς και χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου.

Αντικατάσταση αυτής μπορεί να γίνεται ανά τριετία .

Για τη **συσκευή μέτρησης χρόνου προθρομβίνης** αποδίδεται δαπάνη μέχρι του ποσού των 678,00 €, βάσει τιμολογίου αγοράς και 122,00 € για τα αναλώσιμα υλικά αυτής κατ' έτος, συμπεριλαμβανόμενου του Φ.Π.Α. Η συσκευή χορηγείται σε περιπτώσεις ασθενών με θρομβοφιλία όπου είναι αδύνατη η εξυπηρέτηση τους από εργαστήριο δημόσιο ή ιδιωτικό .

Εάν το τιμολόγιο αγοράς είναι χαμηλότερο του ορισθέντος αντίστοιχου ανωτάτου ποσού, θα καταβάλλεται το ποσό του τιμολογίου.

Δ. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ

α. ΕΝΔΟΣΤΟΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΣΚΕΥΕΣ: στις περιπτώσεις υπνικής άπνοιας που δεν είναι απαραίτητη η χορήγηση αναπνευστικής συσκευής αποδίδεται ποσό έως 200 €, με συμμετοχή του ασφαλισμένου κατά 25%.

β. Σε πάσχοντες από πνευμονική ανεπάρκεια χορηγούνται οι λοιπές αναπνευστικές συσκευές που αναφέρονται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ, κατόπιν προέγκρισης με απόδοση δαπάνης μέχρι 90 € κατά είδος και χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου.

γ. Σε πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία χορηγείται ρυθμιζόμενη συσκευή αποσιδήρωσης με κάλυψη της δαπάνης κατά 80%

δ. Στους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη χορηγούνται τα κατωτέρω είδη:

α/α	ΕΙΔΟΣ	ΑΠΟΔΟΤΕΟ ΠΟΣΟ €	ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
1	Θεραπευτικά υποδήματα διαβήτη με ένθετα πέλματα, ανά ζεύγος.	115,20	Κάθε δύο χρόνια (δύο ζεύγη το χρόνο)
2	Πέλμα εξατομικευμένο, ανά τεμάχιο.	34,00	Κάθε χρόνο
3	Θεραπευτικά υποδήματα διαβήτη Εξατομικευμένα κατόπιν γύψινου Προπλάσματος, ανά ζεύγος	330,00	Κάθε δύο χρόνια
4	Μπότα αποφόρτισης (aircast) ανά τεμάχιο	69,00	Δεν αντικαθίστανται
5	Υπόδημα αποφόρτισης (half shoes) ανά τεμάχιο	38,00	Δεν αντικαθίστανται
6	Εξατομικευμένος νάρθηκας (cast) ανά τεμάχιο	261,00	Δεν αντικαθίστανται
7	Προθέσεις δακτύλων επί ειδικών ενδείξεων.	Τιμές παραρτήματος	Όπως παράρτημα

Στις αναγραφόμενες ως άνω τιμές περιλαμβάνεται ο Φ.Π.Α.

Η αναπροσαρμογή των τιμών των θεραπευτικών μέσων Α,Β,Γ,Δ, γίνεται με αποφάσεις του Δ.Σ. του φορέα.

Για την απόδοση δαπάνης απαιτείται γνωμάτευση του θεραπευτή ιατρού του φορέα αντίστοιχης με την πάθηση ειδικότητας, απόδειξη αγοράς, έγκριση ελεγκτή ιατρού και πιστοποίηση της καταλληλότητας (CE).

ΑΡΘΡΟ 16

Επίδομα λουτροθεραπείας και αεροθεραπείας

1. Το επίδομα λουτροθεραπείας παρέχεται στη διάρκεια της λουτρικής περιόδου (για το χρονικό διάστημα από 1/6^{ου} έως 31/10ου) προς τους ασφαλισμένους, όταν είναι γι' αυτούς αναγκαία η θεραπεία της πάθησής τους (απαιτείται έγκριση από την υγειονομική επιτροπή του ασφαλιστικού φορέα ή γνωμάτευση από δημόσιο νοσοκομείο) σε αναγνωρισμένες από το κράτος λουτροπηγές. Έξοδα λουτροθεραπείας χορηγούνται κατά ανώτατο όριο έως 15 λούσεις και σε κάθε περίπτωση δεν μπορούν να υπερβούν τα 250€.
2. Το επίδομα αεροθεραπείας παρέχεται στους ασφαλισμένους των ασφαλιστικών οργανισμών, εφόσον πάσχουν από φυματίωση, καρκίνο των πνευμόνων ή πνευμονοκονίαση, νεφρική ανεπάρκεια ή έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού, καθώς επίσης και οι υποβληθέντες σε μεταμόσχευση πνευμόνων, καρδιάς και ήπατος και οι πάσχοντες από πνευμονοπάθεια με ποσοστό αναπηρίας 67% από πνευμονική νόσο για το χρονικό διάστημα από 1/6^{ου} έως 31/8^{ου}.
Το επίδομα θα καταβάλλεται αφού ο ασφαλισμένος προσκομίσει βεβαίωση Νοσηλευτικού Ιδρύματος, το φάκελο με το ιστορικό της ασθένειάς του και συμπληρώσει δήλωση Ν.1599/86 α) για το ότι δεν έλαβε και ούτε θα λάβει το επίδομα από άλλο φορέα Κοινωνικής ασφάλισης, Δημόσιο κλπ και β) για το ότι κατά την περίοδο Ιουνίου-Αυγούστου νοσηλεύτηκε για μια από τις παραπάνω παθήσεις όχι όμως πάνω από το μισό χρονικό διάστημα της περιόδου σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα με δαπάνες του Ταμείου. Το ύψος του βοηθήματος καθορίζεται στο ποσό των 200 €.

ΑΡΘΡΟ 17

Ειδική αγωγή

1. Για παιδιά που πάσχουν από σωματική ή νοητική αναπηρία και στα οποία παρέχεται ειδική αγωγή από ειδικά εκπαιδευτήρια οικοτροφεία, άσυλα, το Ταμείο, στο πλαίσιο συμβάσεων, καλύπτει το 100% του ημερήσιου τροφείου του προβλεπόμενου από την παρ. 2 της Υ.Α: Φ.80000/23141/2495 (ΦΕΚ 2274/Β/2007), όπως ισχύει κάθε φορά, με την προσκόμιση των ακόλουθων παραστατικών: α) γνωμάτευση σχετικής ειδικότητας ιατρού και έγκριση ελεγκτή ιατρού του οργανισμού, β) βεβαίωση του εκπαιδευτηρίου για τις ημέρες προσέλευσης του παιδιού και γ) πρωτότυπο τιμολόγιο.
2. Σε περιπτώσεις παιδιών μέχρι την συμπλήρωση του δέκατου ογδού (18^{ου}) έτους της ηλικίας τους με γνωμάτευση ειδικευμένου ιατρού Κρατικού ή Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου αντίστοιχης ειδικότητας, ισχύος ενός (1) έτους, η οποία μπορεί να

επαναλαμβάνεται κάθε μήνα από θεράποντες ιατρούς αντίστοιχης ειδικότητας και μετά από έγκριση ελεγκτού ιατρού, χορηγούνται ως κατωτέρω:

Α. Σε αμιγή περιστατικά κινητικών προβλημάτων φυσικοθεραπείες 10 συνεδρίες το μήνα και η αποζημίωση ανά συνεδρία ορίζεται σε είκοσι (20) €.

Β. Σε σοβαρά νοητικά ή ψυχιατρικά προβλήματα και σε παιδιά με Διάχυτη Διαταραχή της Ανάπτυξης (Αυτισμό), εγκρίνεται ειδική αγωγή (λογοθεραπεία – εργοθεραπεία – ειδική διαπαιδαγώγηση- ομαδική και ατομική ψυχοθεραπεία- θεραπεία συμπεριφοράς- εκμάθηση δυσκολιών- λογοπαιδικές ασκήσεις- συμβουλευτική γονέων- ψυχολογική υποστήριξη) μέχρι είκοσι (20) συνεδρίες ανά είδος το μήνα, εκτός της συμβουλευτικής γονέων που προβλέπονται τέσσερις (4) το μήνα. Μέγιστο συνολικά αποδιδόμενο ποσό για τις παραπάνω περιπτώσεις ορίζονται τα 900 € το μήνα

Εγκρίνεται επίσης ειδική αγωγή σε παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) καθώς επίσης και σε παιδιά με Κώφωση, Μαθησιακές Δυσκολίες, Δυσλεξία, Διαταραχή στην ανάπτυξη και στο λόγο, Τραυλισμό, με μέγιστο συνολικά αποδιδόμενο ποσό τα 300 € το μήνα.

Γ. Σε μικτά περιστατικά κινητικών και νοητικών ή ψυχονοητικών προβλημάτων, όπως ορίζεται ανωτέρω.

Για την έγκριση όλων των παραπάνω δαπανών απαιτείται γνωμάτευση από δημόσιο φορέα, από εξειδικευμένο παιδίατρο ή ψυχίατρο ή νευρολόγο και έγκριση του αρμόδιου ελεγκτή γιατρού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

ΑΡΘΡΟ 18 Συμβάσεις

1. Για την αγορά υπηρεσιών νοσοκομειακής, ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης, καθώς και λοιπών ειδών και μέσων περίθαλψης, το Ταμείο συνάπτει συμβάσεις με τους παρόχους υγείας, με τις οποίες προσδιορίζονται οι όροι που διέπουν τις συμβατικές υποχρεώσεις των συμβαλλομένων, μέσα στο πλαίσιο των κειμένων κάθε φορά διατάξεων για τα προβλεπόμενα όρια αμοιβών, ύστερα από γνωμοδότηση του Σ.Υ.Σ.Π.Υ. κατ' εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 32 παρ.2 του ν.3863/2010, όπως ισχύει.
2. Καμία δαπάνη δε θα καταβάλλεται αν δεν έχουν υπογραφεί συμβάσεις με ιδιωτικό ή δημόσιο πάροχο υγείας.

ΑΡΘΡΟ 19

Υγειονομικές επιτροπές

1. Με απόφαση των Υπουργών Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης συνιστώνται πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υγειονομικές επιτροπές ύστερα από πρόταση του Δ.Σ. του φορέα, για την παραπομπή σε αυτές θεμάτων υγειονομικής περίθαλψης, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στις επιμέρους διατάξεις του παρόντος Κανονισμού.
2. Με απόφαση του Υπουργού Εργασίας & Κοινωνικής και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συνιστάται Ανώτατο Υγειονομικό συμβούλιο (Α.Υ.Σ.) για την παραπομπή σε αυτό θεμάτων υγειονομικής περίθαλψης, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στις επιμέρους διατάξεις του παρόντος Κανονισμού, καθώς και την πρόταση για κατάρτιση καταλόγου (θετική λίστα) φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων, που θα αποζημιώνει η κοινωνική ασφάλιση, κατόπιν έγκρισης του ΣΥΣΠΥ.
3. Για περιπτώσεις νοσηλείας στο εξωτερικό γνωματεύουν αφενός οι ειδικές υγειονομικές επιτροπές, που προβλέπονται κατ' εξουσιοδότηση του άρθρου 39 του ν.1759/1988 (Α,217) από την υ.α. αρ. Φ7/οικ.15/7-1-1997 <Β', 22>, όπως ισχύει, και οι οποίες συγκροτούνται κάθε χρόνο με απόφαση του υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και αφετέρου η δευτεροβάθμια ειδική υγειονομική επιτροπή, που λειτουργεί στη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων κατ' εφαρμογή του άρθρου 32 παρ. 6 του ν. 3863/2010 <Α', 115>.

ΑΡΘΡΟ 20

Έλεγχος

Η άσκηση του Υγειονομικού και Φαρμακευτικού ελέγχου γίνεται από τους ιατρούς, οδοντιάτρους και φαρμακοποιούς και βοηθούς φαρμακοποιούς του Ταμείου, μόνιμους και με σύμβαση καθώς και τις αρμόδιες υπηρεσίες της ΥΠΕΔΥΦΚΑ. Το Δ.Σ. του Ταμείου μπορεί με απόφασή του να αναθέτει τον υγειονομικό, φαρμακευτικό καθώς και τον οδοντιατρικό έλεγχο σε ιατρό, φαρμακοποιό και οδοντίατρο με σύμβαση έργου, τηρουμένων των κειμένων διατάξεων.

Απαγορεύεται στους ως άνω ιατρούς ελεγκτές να έχουν παράλληλα την ιδιότητα του θεραπευτή ιατρού για τους ασφαλισμένους ή συνταξιούχους του Ταμείου.

ΑΡΘΡΟ 21

Αναγνώριση δαπανών

1. Η αναγνώριση των παροχών γίνεται από τα αρμόδια όργανα του Ταμείου με την υποβολή των προβλεπόμενων παραστατικών – δικαιολογητικών από τον

παρόντα κανονισμό, καθώς και από τις σχετικές διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά περί υγειονομικής περίθαλψης.

2. Το ύψος των δικαιούμενων παροχών καθορίζεται με βάση το ισχύον κάθε φορά κρατικό τιμολόγιο και το ποσοστό έκπτωσης που προβλέπουν οι εκάστοτε συνομολογούμενες κατά το άρθρο 18 του παρόντος συμβάσεις.
3. Δαπάνες ιατρικών πράξεων, παρακλινικών εξετάσεων και θεραπειών που δεν περιλαμβάνονται στο κρατικό τιμολόγιο δεν αναγνωρίζονται από το Ταμείο.
4. Είδος παροχών που δεν αναφέρεται στον παρόντα κανονισμό δεν αναγνωρίζεται από το Ταμείο.

ΑΡΘΡΟ 22

Υποχρεώσεις

Οι υποχρεώσεις των θεραπόντων & ελεγκτών ιατρών, των συμβεβλημένων φαρμακοποιών, των ασφαλιστικών οργανισμών καθώς και οι κυρώσεις που επιβάλλονται σε περίπτωση μη τήρησής τους, διέπονται από τις διατάξεις του π.δ. 121/2008 <Α', 183>, όπως ισχύει κάθε φορά.

Οι υποχρεώσεις των ασφαλισμένων καθώς και οι κυρώσεις που επιβάλλονται σε περίπτωση μη τήρησής τους διέπονται από τις διατάξεις του π.δ. 191/2005 <Α', 234>, όπως ισχύει κάθε φορά.

Επί ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, οι υποχρεώσεις των ιατρών, των φαρμακοποιών και των Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, διέπονται από το ν.3892/2010 <Α', 189>, σύμφωνα με τις διατάξεις του οποίου είναι υποχρεωμένοι να διαθέτουν την απαραίτητη υποδομή για την εγγραφή, την ταυτοποίηση και τη σύνδεσή τους με το Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (Σ.Η.Σ.) καθώς και για την επεξεργασία, καταχώριση και εκτύπωση ηλεκτρονικών συνταγών και παραπεμπτικών.

ΑΡΘΡΟ 23

Ιατροί

1. Ιατρική περίθαλψη παρέχεται στους ασφαλισμένους του Οργανισμού από ιατρούς, ως ακολούθως:

α) Από τους μόνιμους, καθώς και τους με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου ιατρούς του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

β) Από ιατρούς, οι οποίοι συμβάλλονται με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με σύμβαση μίσθωσης έργου διάρκειας **δύο (2) ή τριών (3) ετών**, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, για τις κατωτέρω ειδικότητες:

β1. Παθολόγο – Γενικό Ιατρό

β2. Παιδίατρο

β3. Καρδιολόγο

- β4. Οφθαλμίατρο
- β5. Γυναικολόγο
- β6. Ωτορινολαρυγγολόγο
- β7. Δερματολόγο - Αφροδισιολόγο
- β8. Ορθοπαιδικό
- β9. Πνευμονολόγο
- β10. Ουρολόγο
- β11. Γαστρεντερολόγο
- β12. Ρευματολόγο
- β13. Νευρολόγο
- β14. Χειρουργό
- β15. Ψυχίατρο
- β16. Ενδοκρινολόγο
- β17. Αλλεργιολόγο
- β18. Νεφρολόγο
- β19. Νευροχειρουργό
- β20. Παιδοψυχίατρο
- β21. Πλαστικό Χειρουργό
- β22. Χειρουργό Θώρακα
- β23. Χειρουργό Παιδών

Με αποφάσεις του Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καθορίζονται ο απαιτούμενος αριθμός ιατρών, οι όροι παροχής των ιατρικών φροντίδων, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια.

Η ανάθεση έργου πραγματοποιείται ύστερα από πρόσκληση και υποβολή αίτησης για εκδήλωση ενδιαφέροντος από ιατρούς που επιθυμούν τη συνεργασία με τον Οργανισμό, η οποία πρόσκληση δημοσιεύεται τέσσερις (4) μήνες πριν τη λήξη της προηγούμενης μίσθωσης έργου, σε δύο (2) τουλάχιστον εφημερίδες, που εκδίδονται στην έδρα του Οργανισμού και με κοινοποίηση σε όλους τους Ιατρικούς Συλλόγους της χώρας.

Η επιλογή των γιατρών γίνεται από 5μελή επιτροπή, που συγκροτείται κάθε χρόνο, ύστερα από πρόταση του Διοικητή, με απόφαση του Δ.Σ., το οποίο καθορίζει και τα κριτήρια αξιολόγησης.

Η ανάδειξη των αναδόχων γίνεται με απόφαση του Διοικητή.

Σε περίπτωση λύσης της σύμβασης έργου για οποιοδήποτε λόγο πριν από τη λήξη αυτής, το έργο ανατίθεται για τον υπόλοιπο χρόνο σε άλλο γιατρό κατά σειρά αξιολόγησης, μη υπάρχοντος δε τοιούτου γίνεται απευθείας ανάθεση. Το ίδιο μπορεί να γίνει και στην περίπτωση που δεν εκδηλωθεί ενδιαφέρον από γιατρούς κατά τις ετήσιες προσκλήσεις.

Η μηνιαία κλίμακα αποζημίωσης των θεραπειών γιατρών κατά ειδικότητα, βάσει των κλιμακίων περιθαλπομένων δικαιούχων περίθαλψης, διαμορφώνεται ως ακολούθως:

Α΄ ΟΜΑΔΑ: 4.000 ΠΑΘΟΛΟΓΟΙ – ΓΕΝΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ

800 – 1.200 ασφαλισμένοι	1.000 €
1.201 – 1.500 ασφαλισμένοι	1.200 €
1.501 – 1.800 ασφαλισμένοι	1.400 €
1.801 – 2.100 ασφαλισμένοι	1.600 €
2.101 – 2.500 ασφαλισμένοι	1.800 €
Από 2.501 ασφαλισμένους και άνω	2.000 €

Β΄ ΟΜΑΔΑ: 1.000 ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ

700 – 900 ασφαλισμένοι	1.000 €
901 – 1.200 ασφαλισμένοι	1.100 €
1.201 – 1.500 ασφαλισμένοι	1.300 €
1.501 – 1.800 ασφαλισμένοι	1.500 €
1.801 – 2.100 ασφαλισμένοι	1.700 €
2.101 – 2.300 ασφαλισμένοι	1.900 €
2.301 ασφαλισμένους και άνω	2.100 €

**Γ΄ ΟΜΑΔΑ: 9.000 ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΙ, ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΙ, ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΙ,
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΙ, ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΙ, ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΙ, ΟΥΡΟΛΟΓΟΙ,
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΙ, ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΙ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ,
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΟΙ**

500 – 1.000 ασφαλισμένοι	1.000 €
1.001 – 2.500 ασφαλισμένοι	1.300 €
2.501 – 4.000 ασφαλισμένοι	1.600 €
4.001 – 5.000 ασφαλισμένοι	1.800 €
5.001 ασφαλισμένους και άνω	2.000 €

**Δ΄ ΟΜΑΔΑ: 1.000 ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ, ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΟΙ, ΑΛΛΕΡΓΙΟΛΟΓΟΙ,
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΙ, ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΙ, ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ, ΟΓΚΟΛΟΓΟΙ,
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΙ, ΠΛΑΣΤΙΚΟΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ, ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΙ, ΓΕΝΙΚΟΙ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ ΘΩΡΑΚΟΣ, ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ ΠΑΙΔΩΝ**

151 – 300 ασφαλισμένοι	1.500 €
301 – 400 ασφαλισμένοι	2.000 €
401 – 500 ασφαλισμένοι	2.500 €
501 – 600 ασφαλισμένοι	2.800 €

Ένας ιατρός των ως άνω ειδικοτήτων μπορεί να αμοιφθεί για 600 επισκέψεις μηνιαίως κατ' ανώτατο όριο

Η ως άνω μηνιαία αμοιβή των συμβεβλημένων με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με μίσθωση έργου, θεραπειών γιατρών, αναπροσαρμόζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών

Οικονομικών και Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης μετά από πρόταση του Δ.Σ. του Οργανισμού.

Οι θεραπευτές γιατροί υποχρεούνται, πέραν της εξέτασης του ασθενούς, να εκτελούν, εφόσον κρίνεται αναγκαίο, τις παρακάτω κατά ειδικότητα ιατρικές πράξεις, χωρίς επιβάρυνση του ασφαλισμένου ή του Οργανισμού.

Παθολόγοι – Παιδιάτροι:	Εμβολιασμούς πάσης φύσεως
Καρδιολόγοι:	Ηλεκτροκαρδιογραφήματα και Ταλαντώσεις
Γυναικολόγοι:	Διάφορες μικροθεραπείες
Οφθαλμίατροι:	Τονομέτρηση, μέτρηση οπτικού πεδίου, εξέταση με σχισμοειδή λυχνία και βυθοσκόπηση
Ωτορινολαρυγγολόγοι:	Αφαίρεση βυσμάτων ώτων, προσθία και οπισθία ρινοσκόπηση, έμμεση λαρυγγοσκόπηση

Η ιατρική περίθαλψη δύναται να παρέχεται και από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, εκτός από αυτές που αναφέρονται στο παρόν άρθρο, με απόφαση του Υπουργού Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης, ύστερα από απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

ΑΡΘΡΟ 24

Παραγραφή

Κάθε δικαίωμα για τη λήψη των παροχών του παρόντος Ενιαίου Κανονισμού παραγράφεται μετά ένα (1) έτος από τη γέννησή του.

Απαιτητές παροχές, που προβλέπονται στον παρόντα κανονισμό, εφόσον δεν εισπραχθούν μέσα σε ένα (1) χρόνο από την ημέρα που έγιναν απαιτητές, παραγράφονται.

Η ημερομηνία παραγραφής αρχίζει για :

1. Νοσήλια από την έξοδο του ασθενή από το θεραπευτήριο.
2. Παρακλινικές εξετάσεις και ειδικές θεραπείες, από την ημερομηνία πραγματοποίησής τους.
3. Φάρμακα και θεραπευτικά μέσα, από την ημερομηνία αγοράς τους.
4. Βοήθημα τοκετού, από την ημερομηνία τοκετού.
5. Έξοδα μετακίνησης νεφροπαθών και δαπάνη για αποκλειστική νοσοκόμα, από την ημερομηνία πραγματοποίησης αυτών.

ΑΡΘΡΟ 25

Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως.