

Αθήνα, 13 Ιανουαρίου 2012



**ΔΙΟΙΚΗΣΗ**  
**ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΥ**  
Ταχ. Δ/ση: Κηφισίας 39, Τ.Κ.15123, Μαρούσι  
Αριθ. Τηλ.: 210-6871718  
Αριθ. FAX: 210-6871789

Αρ.πρωτ.221

**ΠΡΟΣ**  
-----

1. Περιφερειακά και Τοπικά Υποκαταστήματα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
2. Μονάδες Υγείας Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**  
-----

1. Πρόεδρο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. κ.Γ.Βουδούρη
2. Διοικητή ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Ρ.Σπυρόπουλο
3. Αντιπρόεδρο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. κ.Κ.Νικόλη
- 3.. Όλες οι Διευθύνσεις της Διοίκησης Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

**Θέμα:** «Οδηγίες σχετικά με την κατάθεση δικαιολογητικών ασφαλισμένων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για απόδοση δαπάνης για την αγορά φαρμάκων μέχρι τη λήξη μη εκτέλεσης συνταγών του Οργανισμού από ιδιωτικά φαρμακεία καθώς και για την κατάθεση δικαιολογητικών για αναλώσιμο υγειονομικό υλικό, προϊόντα ειδικής διατροφής και διαλύματα και εξαρτήματα περιτοναϊκής κάθαρσης»

Σχετικό: 1. Το Γ55/888/28-12-2011 γενικό έγγραφο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

**Α.** Λόγω της προσωρινής μη εκτέλεσης συνταγών για ασφαλισμένους του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. από ιδιωτικά φαρμακεία της χώρας και προς αποφυγή της ταλαιπωρίας των ασφαλισμένων σας ενημερώνουμε για τα κάτωθι:

Μέχρι την έναρξη εκτέλεσης συνταγών από τα ιδιωτικά φαρμακεία για τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., οι ασφαλισμένοι θα υποβάλλουν δικαιολογητικά στις υπηρεσίες των ταμείων τους που υπέβαλαν στο παρελθόν.

Τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για κατάθεση είναι τα κάτωθι:

1. Πρωτότυπη Συνταγή που δεν εκτελέστηκε στο ιδιωτικό φαρμακείο (σημειώνεται ότι ισχύουν οι απαιτήσεις για θεώρηση της συνταγής όταν η αξία της υπερβαίνει τα 150€, συνταγή ναρκωτικών και της καταχώρησης στο βιβλιάριο υγείας του ασφαλισμένου.
2. Προσκόμιση των αντίστοιχων ταινιών γνησιότητας των φαρμάκων
3. Απόδειξη πληρωμής στο φαρμακείο
4. Έγκριση από τον ελεγκτή ιατρό (όπου απαιτείται)

Σημειώνεται ότι θα αποδίδεται το ποσό που αντιστοιχεί στην τιμή του φαρμάκου μειωμένο με το ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου που έχει αναγραφεί από το θεράποντα ιατρό επί της συνταγής.

Το ποσό της εκκαθάρισης θα κατατίθεται σε τραπεζικό λογαριασμό του ασφαλισμένου.

**Β.** Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για την αποζημίωση αναλώσιμου υγειονομικού υλικού, προϊόντων ειδικής διατροφής, διαλύματα και εξαρτήματα περιτοναϊκής κάθαρσης και αναλώσιμα διαβήτη θα υποβάλλονται στις υπηρεσίες των ταμείων τους που υπέβαλαν στο παρελθόν οι ασφαλισμένοι.

Ειδικότερα:

**Ι.** Για τη χορήγηση **αναλώσιμου υγειονομικού υλικού** ισχύουν οι αναγραφόμενες στο Γ55/888/28-12-2011 γενικό έγγραφο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ποσότητες και τιμές αποζημίωσης (επισυνάπτεται). Η διάρκεια χορήγησης ορίζεται σε ένα μήνα για όλα τα υλικά, εκτός των οστομικών υλικών και τους καθετήρες των παραπληγικών, που ορίζεται σε τρεις μήνες και των επιθεμάτων που ορίζεται σε δύο μήνες.

Για την αποζημίωση του χορηγούμενου αναλώσιμου υγειονομικού υλικού απαιτείται:

1. Έκδοση ιατρικής γνωμάτευσης από τον θεράποντα ιατρό και καταχώρηση στο βιβλιάριο υγείας (όπως οι συνταγές φαρμάκων).
2. Έγκριση από τον ελεγκτή ιατρό.
3. Απόδειξη λιανικής πώλησης ή τιμολόγιο – δελτίο αποστολής για την αγορά των υλικών, όπου θα πρέπει να σημειώνεται η περιγραφή των υλικών, η ποσότητα και η αξία ανά τεμάχιο και επί των οποίων θα πρέπει να έχουν επικολληθεί οι αυτοκόλλητοι γραμμωτοί κώδικες που υποχρεωτικά φέρουν τα υλικά.
4. Αίτηση κατάθεσης δικαιολογητικών, σύμφωνα με το συνημμένο υπόδειγμα.

Το ποσό της εκκαθάρισης θα κατατίθεται σε τραπεζικό λογαριασμό του ασφαλισμένου.

Σε περίπτωση εξουσιοδοτημένου δικαιούχου απαιτείται επιπλέον:

1. Συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο ή εξουσιοδότηση με γνήσιο της υπογραφής

2. Υπεύθυνη δήλωση παραλαβής εμπορευμάτων από το χρήστη υλικών ή από συγγενή πρώτου βαθμού συγγένειας.

3. Το ποσό της εκκαθάρισης θα κατατίθεται σε τραπεζικό λογαριασμό του πληρεξούσιου δικαιούχου.

**II.** Ειδικά για την περίπτωση χορήγησης **διαλυμάτων και εξαρτημάτων περιτοναϊκής κάθαρσης** για την αποζημίωση πληρεξούσιου δικαιούχου (προμηθεύτρια εταιρεία) απαιτείται:

- 1) Γνωμάτευση νεφρολόγου ιατρού από Κρατικό Νοσοκομείο, στην οποία θα αναγράφεται ότι ο ασφαλισμένος πάσχει από χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, ότι υποβάλλεται σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση καθώς επίσης τα είδη και οι ποσότητες αυτών που απαιτούνται για κάλυψη του ασφαλισμένου για ένα μήνα. Τα είδη και οι ποσότητες θα πρέπει να καταχωρούνται στο βιβλιάριο υγείας του ασθενούς, ενώ οι γνωματεύσεις θα πρέπει να θεωρούνται από ελεγκτή ιατρό.
- 2) Επικυρωμένη φωτοτυπία της σελίδας του βιβλιαρίου υγείας στην οποία έχουν καταχωρηθεί τα είδη και οι ποσότητες των ειδών από το θεράποντα ιατρό καθώς και του φύλλου του βιβλιαρίου υγείας στο οποίο αναγράφονται τα στοιχεία του ασφαλισμένου.
- 3) Τιμολόγιο εταιρείας επ' ονόματι του δικαιούχου ασφαλισμένου.
- 4) Δελτίο αποστολής.
- 5) Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 στην οποία ο ασφαλισμένος θα δηλώνει ότι παρέλαβε και έκανε χρήση του συγκεκριμένου υλικού και στις δοθείσες ποσότητες.
- 6) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από τα ΚΕΠ (ανά εξάμηνο), προκειμένου να συνεχιστεί η χορήγηση των υλικών.
- 7) Συμβολαιογραφικό πληρεξούσιο από τον ασφαλισμένο προς την εταιρεία για ποσά άνω των 1.500€.

Σας ενημερώνουμε ότι τα περιτοναϊκά διαλύματα και εξαρτήματα αυτών δεν εντάσσονται στα προϊόντα στα οποία απαιτείται η ύπαρξη barcode για την απόδοση δαπάνης από τα τμήματα παροχών και η απόδοση της δαπάνης θα γίνεται σύμφωνα με τις τιμές Παρατηρητηρίου.

**III.** Ειδικά τα **αναλώσιμα του διαβήτη** δύνανται να συνταγογραφούνται επί συνταγής ως εξής:

A. Με αντιδιαβητική αγωγή (δισκία ή ινσουλίνη)

B. Χωρίς αντιδιαβητική αγωγή, αρκεί να επισυνάπτεται γνωμάτευση του θεράποντα ιατρού στην οποία θα βεβαιώνεται ότι ο ασθενής υποβάλλεται σε αντιδιαβητική αγωγή.

Επίσης μπορούν να αναγραφούν και σε γνωμάτευση θεράποντα ιατρού η οποία θα θεωρείται από τον ελεγκτή ιατρό προσκομίζοντας στις υπηρεσίες των ταμείων τους τα δικαιολογητικά που αναφέρονται στο εδάφιο Ι.

**IV.** Για την περίπτωση χορήγησης **προϊόντων ειδικής διατροφής** ισχύουν τα κάτωθι δικαιολογητικά:

1.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 σκευασμάτων, καθώς και η μηνιαία ποσότητα κάθε είδους.

2.Έγκριση από αρμόδιο ελεγκτή του φορέα.

3.Πρωτότυπο τιμολόγιο αγοράς στο οποίο θα αναγράφεται το ονοματεπώνυμο και η πλήρης διεύθυνση του δικαιούχου, η ποσότητα των ειδών, η τιμή μονάδας και το ποσό που κατέβαλε ο ασφαλισμένος.

4.Στα πρωτότυπα τιμολόγια θα πρέπει να επικολλώνται και τα barcode των εν λόγω ειδών.

Επισημαίνουμε ότι τα δικαιολογητικά θα πρέπει να προσκομίζονται μόνο από τον ίδιο τον ασφαλισμένο η συγγενή ο οποίος θα διαθέτει ειδική προς τούτο εξουσιοδότηση.

**Γ.**Καταργούνται οι διαφορετικές διαδικασίες που ίσχυαν στα επιμέρους ταμεία, όπως η χορήγηση οστομικών υλικών με συνταγές για ασφαλισμένους ΟΠΑΔ, η χορήγηση αναλώσιμου υλικού σε ασφαλισμένους ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από τις Μονάδες Υγείας κλπ.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ  
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

ΗΛΙΑΣ ΠΕΡΙΜΕΝΗΣ

**Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

**Κ.ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ**

**ΑΙΤΗΣΗ**

**Προς  
ΕΟΠΥΥ**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....  
ΟΝΟΜΑ:.....  
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:.....  
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ή ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ:.....  
ΔΗΜΟΥ ή ΚΟΙΝΩΤΗΤΑΣ:.....  
Α.Μ. ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ:.....  
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ:.....

Παρακαλώ να εγκρίνετε

**Σ Χ Ε Δ Ι Ο**

ΑΡΙΘ. ΛΟΓ/ΣΜΟΥ ΕΤΕ

.....  
ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΕ ΑΛΛΗ  
ΤΡΑΠΕΖΑ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ Ο ΙΒΑΝ

ΑΜΚΑ:.....

GR.....

Συνοποβάλλω τα παρακάτω δικαιολογητικά

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

Ο/Η Αιτ.....

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΑΔΑ: 45Ψ14691ΩΓ-64Τ

ΑΘΗΝΑ: 28-12-2011

Αριθμ. Πρωτ.: Γ55/888

ΠΡΟΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ  
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ  
Πληροφορίες:  
Τηλ. 2105213-660, -661, -662-697, -698,

ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
ΓΡ. ΠΡΟΕΔΡΟΥ

1. Περιφερειακά και Τοπικά Υποκαταστήματα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ,
2. Νομαρχιακές και Τοπικές Μονάδες Υγείας ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
3. Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο, Πειραιώς 134 & Αγαθημέρου, Αθήνα 11854

ΘΕΜΑ: «Διευκρινήσεις επί του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας Ε.Ο.Π.Υ.Υ».

ΣΧΕΤΙΚΟ: Το υπ'αριθμ. Γ32/1367/19-12-11 έγγραφο της Διεύθυνσης Υγειονομικών Υπηρεσιών, Τμήματα Ανοικτής Περίθαλψης, Κλειστής Περίθαλψης, Προληπτικής Ιατρικής

Σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού εγγράφου, σας επισημαίνουμε τα πεδία του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας που άπτονται του αντικειμένου της Φαρμακευτικής Διεύθυνσης και χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής.

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 αναγκαιότητά 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 στομίων και των παρακολουθημάτων τους, υλικών αποσιδήρωσης, συρίγγων ινσουλίνης μιας χρήσης, επιθεμάτων, βελονών φυσιγοσυρίγγων, αναλωσίμων των συσκευών χορηγήσεως ινσουλίνης, τραχειοσωλήνων και υλικών τραχειοστομίας, υλικών για χρησιμοποίηση συσκευών συνεχούς έγχυσης φαρμάκων, συσκευών άπνοιας και συσκευών σίτισης.

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

- Για τους ινσουλινοεξαρτούμενους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη (διαβήτης τύπου Ι), χορηγούνται έως 150 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα/μήνα, έως 100 σκαρφιστήρες ανά μήνα, έως 200 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 σκαρφιστήρες 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 σκαρφιστήρες/ έτος.

- Σε διαβήτη κύησης, χορηγούνται έως 150 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 σκαρφιστήρες 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 400 σκαρφιστήρες 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 ΑΥΣ.
- β) για συσκευές έγχυσης φαρμάκων που φέρουν εμφυτευόμενα συστήματα αποδίδεται το 90% της δαπάνης, μετά από έγκριση του ΑΥΣ.
- γ) για τις αναλώσιμες συσκευές χημειοθεραπείας ανάλογα με το θεραπευτικό σχήμα και μέχρι 5 το μήνα, 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 και ουροσυλλέκτες) μηνιαία δαπάνη μέχρι 280 €,



4. είδη για λουπές στομίες (σάκκοι και βάσεις) νεφροστομία, θωρακοστομία, ουρίγγιο, 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, 6 τμχ. 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 προτίμησής 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 των και των φαρμακευτικών ουσιών που τα αποτελούν καθώς και η φαρμακοτεχνική εργασία, σύμφωνα με την ισχύουσα κοστολόγηση κάθε φορά. 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 και ακτινική οισοφαγίτιδα

στ) αγαμμασφαιριναιμία,

4. κυστική ίνωση,

5. σε βαριά πάσχοντες που σιτίζονται μέσω γαστροστομίας ή / και νηστιδοστομίας

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 έκδοσής 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 άρθρου 32 παρ. 4 του ν. 3846/2010.

#### Φάρμακα Εξαιρούμενα του Νοσηλίου των Ιδιωτικών Κλινικών

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.ά.) καθώς και φάρμακα που έχουν ένδειξη ως επικουρικά της χημειοθεραπείας.

- Β. παρεντερικά αντιπηκτικά
- Γ. αυξητικοί αιμοποιητικοί παράγοντες (ερυθροποιητίνη, G-CSF κ.ά.)
- 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.

#### Εξωσωματική Γονιμοποίηση

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 σκεύασματος). 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 ωοθυλακιοτρόπου 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 κυτία GnRH αγωνιστών, αλλά όχι ανταγωνιστών γοναδοτροπινών.

Ακριβές Αντίγραφο

Η Προϊσταμένη Γραμματειακής Υποστήριξης  
και Διοικητικής Μέριμνας

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΟΠΥΥ

Ρ. ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ

Γ. ΒΟΥΔΟΥΡΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Γρ. Διοικητή ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
2. Γρ. Προέδρου Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
3. Γρ. Αντιπροέδρου Ε.Ο.Π.Υ.Υ. κ. Νικόλη
4. Γρ. Αντιπροέδρου Ε.Ο.Π.Υ.Υ. κ. Σουλιώτη
5. Κεντρική Μονάδα Επεξεργασίας Συνταγών
6. Τοπικοί Φαρμακευτικοί Σύλλογοι
7. Υπουργείο Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης  
Διεύθυνση Οργάνωσης & Απλούστευσης Διαδικασιών  
Τμήμα Διοικητικής Οργάνωσης  
Σταδίου 29, 10110 Αθήνα