



Ε Λ Λ Η Ν Ι Κ Η Δ Η Μ Ο Κ Ρ Α Τ Ι Α

Αθήνα 19.6.2017

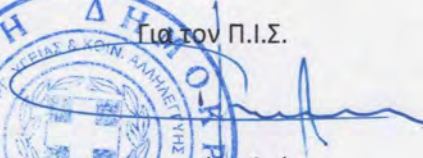
ΑΠ: 1327

Προς τους
Ιατρικούς Συλλόγους
της Χώρας

Κυρία/ ε Πρόεδρε,

Σας διαβιβάζουμε τα εξής έγγραφα:

1. Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Γεν.Δ/ση Οργάνωσης & Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας, Δ/ση Φαρμάκου, αριθμ.πρωτ. Γ32/43972/15/13.6.2017, (ΑΠ ΠΙΣ 1294/15.6.2017) με θέμα: Διευκρινίσεις σχετικά με τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για νευρολογικά φάρμακα που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους
2. Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Περιφερειακή Διεύθυνση Συντάξεων και Πρόνοιας του Τομέα Υγειονομικού-Τμήμα Οικονομικού Μητρώου, αριθμ.πρωτ. 816159/6.6.2017/31.5.2017, (ΑΠ ΠΙΣ: 1295/15.6.2017), με θέμα: Ενημέρωση σχετικά με την υπαγωγή σε κατώτερη ασφαλιστική κατηγορία με τη παράκληση όπως ενημερώσετε τα μέλη περιοχής ευθύνης του Συλλόγου σας.

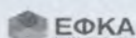
Για τον Π.Ι.Σ.

Εμμανουήλ Ηλιάκης
Πρόεδρος Διοικ.Υπηρεσιών

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ (Π.Ι.Σ.)

ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3 & ΥΨΗΛΑΝΤΟΥ • 106 75 ΑΘΗΝΑ • ΤΗΛ.: 210 7258660, 210 7258661, 210 7258662, FAX: 210 7258663
PANHELLENIC MEDICAL ASSOCIATION • 3, PLOUTARCHOU & IPSILANDOU Str., 106 75 ATHENS • HELLAS
www.pis.gr • e-mails: ΚΕΝΤΡΙΚΟ: pisinfo@pis.gr • ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: pis@pis.gr • ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ: pisref@pis.gr
ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ: pislog@pis.gr • ΔΙΕΘΝΕΣ: pisinter@pis.gr, pisinter1@pis.gr
ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΣΗ: pismember@pis.gr



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**



Αθήνα : 31/5/2017

Αρ. Πρωτ : 816159/6/6/17.

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ - ΜΗΤΡΩΟΥ**

Ταχ. Δ/ νση : Αχαρνών 27 10436 Αθήνα

Πληροφορίες: Ξανθή Φώτου

Τηλέφωνο : 2132169359

ΦΑΞ : 2132169410

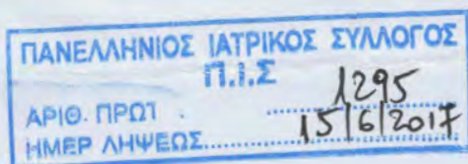
e-mail : xfotou@tsay.gr

ΠΡΟΣ

1. Ελληνική Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας
Θεμιστοκλέους 38 Αθήνα τκ 10678
2. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
Πλουτάρχου 3 10675 Αθήνα
3. Πανελλήνιος Κτηνιατρικός Σύλλογος
Λεφέβρ 4, τκ 11744 Νέος Κόσμος

ΚΟΙΝ:

1. Γραφείο Διοικητή
Αγ. Κων/νου 8 Αθήνα ΤΚ 10431
2. Δ/νση Εισφορών Μη Μισθωτών Τμήμα
Υπολογισμού Εισφορών Μη Μισθωτών
Σατωβριάνδου 18 ΤΚ 10432 Αθήνα



ΘΕΜΑ : Ενημέρωση σχετικά με την υπαγωγή σε κατώτερη ασφαλιστική κατηγορία
ΣΧΕΤ : 10/2/2017 αίτηση – διαμαρτυρία σας

Σε απάντηση του άνω εγγράφου σας , σας ενημερώνουμε ότι:

1. Με την αρ.398/18-5-16 απόφαση ΔΣ του ΕΤΑΑ αποφασίστηκε ομόφωνα η « .. αποδοχή της με αριθμό 122/2016 Γνωμοδότηση του ΝΣΚ την οποία έκανε αποδεκτή ο Υφυπουργός Κοινωνικών Ασφαλίσεων και σε εφαρμογή της αποφασίζεται να μην ανακληθούν οι διοικητικές πράξεις αλλαγής ασφαλιστικής κατηγορίας στις οποίες προέβη το ΕΤΑΑ για όσους ασφαλισμένους υπέβαλαν σχετικές αιτήσεις κατάταξης σε κατώτερη ασφαλιστική κατηγορία οι οποίες και έγιναν αποδέκτες σε εφαρμογή του άρθρου 39 του Ν4336/2016. Για την ταυτότητα του νομικού λόγου όλες οι υποβληθείσες αιτήσεις στους επιμέρους τομείς του ΕΤΑΑ, οι οποίες είναι εκκρεμείς σε διάφορα στάδια διαδικασίας, θα έχουν την αυτή αντιμετώπιση , με μεριμνά των αρμοδίων υπηρεσιών , χωρίς να χρειασθεί η εισαγωγή του θέματος στις αρμόδιες Διοικούσες Επιτροπές σύμφωνα και με τα αναφερόμενα ανωτέρω ... Κατά τα λοιπά θα ισχύσουν οι διατάξεις των Ν.3986/2011 , Ν.4337/2015 και του Ν.4387/2016». Επίσης αποφασίστηκε κατά πλειοψηφία ... είσπραξη των αναδρομικών διάφορων ασφαλιστικών εισφορών για τους ελεύθερους επαγγελματίες του παλαιού και νέου ασφαλιστικού σε οκτώ ισόποσες μηνιαίες δόσεις μέσω ηλεκτρονικών ειδοποιητηρίων τα οποία θα λήγουν σε τέλος κάθε ημερολογιακού εξαμήνου , αρχής γενομένης από το β εξάμηνο του τρέχοντος έτους...».
2. Με την απόφαση της αριθ. 246/25-10-2016 αποφάσισε ομόφωνα :
 - A) Σε ότι αφορά την εισήγηση της υπηρεσίας για την υπαγωγή σε κατώτερη ασφαλιστική κατηγορία των ΝΑ να ισχύσει η απόφαση της 398^{ης} Συνεδρίασης /18-5-2016 του Διοικητικού Συμβουλίου του ΕΤΑΑ.
 - B) Η εισήγηση του μέλους της ΔΕ κ. Σεραφείμ Ζήκα και οι τεχνικές λεπτομέρειες της αποτελούν οδηγό υλοποίησης της απόφασης του ΔΣ του ΕΤΑΑ. Τα μέλη της ΔΕ κ. Τσεκέρης Σ. και κ. Ζήκας Σ. να συνεργαστούν με τις διοικητικές υπηρεσίες του ταμείου για την καλύτερη και εγκαίριότερη υλοποίηση της ως άνω απόφασης .

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣΕθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας

www.eopyy.gov.gr

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ: ΦΑΡΜΑΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ
ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**Ταχ. Δ/ση: Απ. Παύλου 12, Μαρούσι
Ταχ. Κώδικας: 15123
Πληροφορίες: Α. Πασχάλη
Τηλ.: 210-8110575, Φαξ: 210-8110544
E-mail: d6.t1@eopyy.gov.gr

Μαρούσι 13-6-2017

Αρ. Πρωτ: Γ32/43972/15

ΠΡΟΣ:

1. ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΕΟΠΥΥ
2. ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ & ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ
3. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΕΟΠΥΥ
4. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

**ΘΕΜΑ: Διευκρινίσεις σχετικά με τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για νευρολογικά φάρμακα που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους.****Σχετικά:** 1. Έγγραφο μας με αριθμό πρωτοκόλλου 21165/06.06.2014.
2. Έγγραφο μας με αριθμό πρωτοκόλλου Φ36/ΟΙΚ.37661 24-10-14
3. Έγγραφο μας με αριθμό πρωτοκόλλου Φ36/ΟΙΚ.12461 2-4-2015 (ορθή επανάληψη)

Σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού 1 και 2 σας κοινοποιούμε με το παρόν έγγραφο πρότυπες επικαιροποιημένες γνωματεύσεις για νευρολογικά φάρμακα που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους ΕΟΠΥΥ.

Προς διευκόλυνση και για αποφυγή ταλαιπωρίας των ασφαλισμένων επισημαίνεται ότι απαιτείται μόνο η κατάθεση του προτύπου γνωμάτευσης με τα επισυναπτόμενα που αναφέρει για την εξέταση του φακέλου από την Επιτροπή, εκτός εάν ζητηθεί κατά περίπτωση επιπλέον διευκρίνιση από την Επιτροπή.

Συν/μένα φύλλα: 2

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ**ΣΩΤΗΡΙΟΣ ΜΠΕΡΣΙΜΗΣ****Επ. Καθηγητής Πανεπιστημίου Πειραιώς**

ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΒΟΤΟΧ/DYSPORT/NEUROBLOC**ΠΡΟΣ:****Ε.Ο.Π.Υ.Υ.****ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ-ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΗΛΙΚΙΑ:

ΑΜΚΑ:

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ (να γίνει επιλογή):

Σκεύασμα (περιεκτικότητα και αριθμός εμβολαγγίων):

- Botox
- Dysport
- Neurobloc

Πρόκειται για (να γίνει επιλογή):

- Χορήγηση για 1^η φορά
- Συνεχιζόμενη θεραπεία
Ημερομηνία τελευταίας λήψης,
Εμπειρία από τυχόν παλαιότερη χορήγηση
.....

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ (να γίνει επιλογή):

Εγκεκριμένες ενδείξεις για τις οποίες αποζημιώνεται το φάρμακο:

Ενδείξεις ΒΟΤΟΧ:

- Αυχενική δυστονία-σπαστικό ραιβόκρανο.
- Βλεφαρόσπασμος, ημίσπασμος προσώπου και σχετιζόμενες εστιακές δυστονίες
- Εστιακή σπαστικότητα που σχετίζεται με δυσμορφία άκρου ποδός (ιπποποδία) από εγκεφαλική παράλυση, παιδιών από 2 ετών ή μεγαλύτερα (να αναγράφεται το Σωματικό Βάρος) Σ.Β.:.....
- Εστιακή σπαστικότητα καρπού άκρας χειρός και άνω άκρου σε ενήλικες μετά από Α.Ε.Ε¹.
- Εστιακή σπαστικότητα αστραγάλου άκρου ποδός και κάτω άκρου σε ενήλικες μετά από Α.Ε.Ε².
- Ανακούφιση συμπτωμάτων σε ενήλικες που πληρούν τα κριτήρια για την χρόνια ημικρανία (κεφαλαλγίες σε ≥ 15 ημέρες ανά μήνα, από τις οποίες τουλάχιστον 8 ημέρες με ημικρανία) και οι οποίοι ανταποκρίθηκαν ανεπαρκώς ή παρουσιάζουν μη ανεκτικότητα στην προφυλακτική φαρμακευτική αγωγή κατά της ημικρανίας³.

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΒΟΤΟΧ/DYSPORT/NEUROBLOC

- Ακράτεια ούρων σε ενήλικες με νευρογενή υπερδραστηριότητα του εξωστήρα (νευρογενής ουροδόχος κύστη) λόγω κάκωσης νωτιαίου μυελού ή ΣΚΠ.
- Ιδιοπαθής υπερδραστήρια ουροδόχος κύστη με συμπτώματα ακράτειας ούρων, επιτακτικής και συχνής ούρησης, σε ενήλικες ασθενείς με ανεπαρκή ανταπόκριση ή μη ανεκτικότητα σε αντιχολινεργικά⁴.

Ενδείξεις DYSPORT:

- Σπαστικό ραιβόκρανο σε ενήλικες.
- Βλεφαρόσπασμος και σπασμός ημίσεως προσώπου σε ενήλικες.
- Σπαστικότητα άνω άκρου σε ασθενείς μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο¹.
- Δυσμορφία από δυναμική ιπποποδία, λόγω σπαστικότητας σε περιπατητικούς παιδιατρικούς ασθενείς με εγκεφαλική παράλυση, δύο ετών ή μεγαλύτερους (να αναγράφεται το Σωματικό Βάρος) Σ.Β.:..... .

Ενδείξεις NEUROBLOC:

- Αυχενική δυστονία(ραιβόκρανο) σε ενήλικες

***ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ (επεξηγήσεις):**

1. Για την έναρξη της αγωγής, απαιτείται πόρισμα απεικονιστικής εξέτασης εγκεφάλου που αναδεικνύει το Α.Ε.Ε ή ενημερωτικό/βεβαίωση νοσηλείας για αυτό.
2. Για την έναρξη της αγωγής, απαιτείται πόρισμα απεικονιστικής εξέτασης εγκεφάλου που αναδεικνύει το Α.Ε.Ε ή ενημερωτικό/βεβαίωση νοσηλείας για αυτό.
3. Για την έναρξη της αγωγής, απαιτείται ιατρική βεβαίωση στην οποία αναφέρεται η προφυλακτική φαρμακευτική αγωγή που έλαβε και λαμβάνει ο ασθενής και η διάρκεια λήψης της.
4. Για την έναρξη της αγωγής, απαιτείται ιατρική βεβαίωση στην οποία αναφέρεται η αντιχολινεργική αγωγή που έχει λάβει ο ασθενής, η διάρκεια λήψης της και η πιθανή μη ανεκτικότητά του σε αυτήν.

ΔΗΛΩΣΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΟΣ/ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥ ΙΑΤΡΟΥ:

Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης του φαρμάκου, ως φάρμακο περιορισμένης χρήσης «για αποκλειστική νοσοκομειακή χρήση» από ιατρό με κατάλληλη εξειδίκευση και εμπειρία» και βεβαιώνω ότι η χορήγησή του θα γίνει σε νοσοκομειακό περιβάλλον:

- Ιδιωτικό Νοσηλευτήριο
- Κρατικό Νοσοκομείο

ΣΦΡΑΓΙΔΑ/ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ
(σφραγίδα & υπογραφή)**

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ:

- 1) ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΕΟΠΥΥ
- 2) ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΥ ΕΟΠΥΥ
- 3) ΓΡΑΦΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
- 4) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΟΠΥΥ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΗΣ ΣΥΝΤΑΓΩΝ (ΚΜΕΣ)
- 5) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΕΟΠΥΥ
ΤΜΗΜΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
- 6) ΥΠΕΔΥΦΚΑ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

- 1) ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΕΟΠΥΥ
- 2) ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ (ΜΕ ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΕΠΟΠΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΤΟΥΣ)
- 3) ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΕΟΠΥΥ
- 4) ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
- 5) ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
- 6) ΗΔΙΚΑ