



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



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

ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ :ΠΑΡΟΧΩΝ ΚΑΙ
ΚΑΤΑΡΤΗΣΗΣ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ
ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ : ΚΗΦΙΣΙΑΣ 39
ΤΑΧ. ΚΩΔ : 151 23 ΜΑΡΟΥΣΙ

ΜΑΡΟΥΣΙ 11/12 /2012

ΑΡ. ΠΡΩΤ.: 51187

**ΠΡΟΣ: Προς τις Υπηρεσίες
Υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. :**

1. Νομαρχιακές & Τοπικές Μονάδες Υγείας ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ-ΕΤΑΜ)
2. Υποκαταστήματα & Παραρτήματα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (για τις υπηρεσίες υγείας ΕΟΠΥΥ που δεν λειτουργούν με αυτοτέλεια)
3. Περιφερειακές Δ/νσεις Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (πρώην ΥΠΑΔ)
4. Διοίκηση ΙΚΑ
5. ΟΑΕΕ – Δ/ση Οργάνωσης και εκπαίδευσης
6. ΟΓΑ – Δ/ση Παροχών
7. ΤΥΔΚΥ
8. ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ
9. Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω.
10. Ε.Τ.Α.Α.
11. Ε.Τ.Α.Π.- Μ.Μ.Ε.

ΘΕΜΑ : Οδηγίες για την απόδοση δαπανών μετακίνησης αιμοκαθαρόμενων ασφαλισμένων από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Σύμφωνα με το εδάφιο γ της παραγράφου Η του άρθρου 10 του τροποποιημένου Κανονισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., που δημοσιεύθηκε στο Φ.Ε.Κ. 3054/Τ.Β./18-11-2012, από 1/12/2012 άλλαξε ο τρόπος και η διαδικασία για την αποζημίωση των δαπανών μετακίνησης των αιμοκαθαρομένων προς την επιλεγμένη μονάδα αιμοκάθαρσης. Σύμφωνα με τα αναφερόμενα στην εν λόγω διάταξη σας γνωρίζουμε τα ακόλουθα :

Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καλύπτει τα έξοδα μετακίνησης των νεφροπαθών εντός αστικών κέντρων προκειμένου να υποβληθούν σε αιμοκάθαρση ως εξής :

- 1) α) Για Αθήνα – Πειραιά 230 ευρώ το μήνα.
β) Για Θεσσαλονίκη 220 ευρώ το μήνα.
γ) Για Ηράκλειο – Πάτρα 140 ευρώ το μήνα.
δ) Εντός των λοιπών αστικών κέντρων 115 ευρώ το μήνα..

Επισημαίνουμε ότι :

Η Νομαρχιακή ζώνη Αθηνών-Πειραιώς, περιλαμβάνει τις παρακάτω περιοχές:

Αθηναίων, Αγ. Δημητρίου, Αγ. Βαρβάρας, Αγ. Παρασκευής, Αγ. Αναργύρων, Αιγάλεω, Αλίμου, Αμαρουσίου, Αργυρούπολης, Αχαρνών, Βριλλησίων, Βύρωνα, Γαλασίου, Γλυφάδας, Δάφνης, Ελληνικού, Ζωγράφου, Ηλιούπολης, Ν. Ηρακλείου, Ιλίου, Καισαριανής, Καλλιθέα, Καματερού, Κηφισιάς, Λυκόβρυσης, Μελισσίων, Μεταμόρφωσης, Μοσχάτου, Ν.Ερυθραίας, Ν. Ιωνίας, Ν. Σμύρνης, Ν. Φιλαδέλφειας,

Ν. Χαλκηδόνας, Ν. Ψυχικού, Παλ. Φαλήρου, Παπάγου, Περιστερίου, Πετρούπολης, Πεύκης, Ταύρου, Υμηττού, Φιλοθέης, Χαϊδαρίου, Χαλανδρίου, Χολαργού, Ψυχικού, Πειραιώς, Αγ. Ιωάννη Ρέντη, Δραπετσώνας, Κερατσινίου, Κορυδαλλού, Νίκαιας και Περάματος, Εκάλης, Ν. Πεντέλης, Πεντέλης.

Τα όρια του πολεοδομικού συγκροτήματος Θεσσαλονίκης, περιλαμβάνει τις παρακάτω περιοχές:

Αμπελοκήπων, Ελευθερίου – Ν. Κορδελιού, Ευόσμου, Θεσσαλονίκης, Καλαμαριάς, Μενεμένης, Νεάπολης, Πολίχνης, Πυλαίας, Σταυρούπολης, Συκεών, Τριανδίας, Αγ. Παύλου, Ν. Ευκαρπίας, Πανοράματος.

Για τις μετακινήσεις εκτός των αστικών κέντρων (χωριά ή κωμοπόλεις) ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. αποζημιώνει τους αιμοκαθαρόμενους ασφαλισμένους με εφάπαξ ποσά για το σύνολο των μηνιαίων μετακινήσεων, ανεξαρτήτως του μέσου με το οποίο μετακινούνται και ως εξής :

Α) για αποστάσεις έως 50 χιλιόμετρα από τον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου, προς το πλησιέστερο διαθέσιμο κέντρο αιμοκάθαρσης με το ποσό των 400 €.

Β) για αποστάσεις από 50 έως 80 χιλιόμετρα από τον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου, προς το πλησιέστερο διαθέσιμο κέντρο αιμοκάθαρσης, με το ποσό των 550 €.

Γ) για αποστάσεις από 80 χιλιόμετρα και άνω από τον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου, προς το πλησιέστερο διαθέσιμο κέντρο αιμοκάθαρσης, με το ποσό των 800 €.

Τα ανωτέρω αναφερόμενα ποσά αντιστοιχούν σε δεκατρείς και άνω αιμοκαθάρσεις μηνιαίως και σε περίπτωση πραγματοποίησης λιγότερων, θα διαμορφώνονται αναλογικά ως προς τις πραγματοποιούμενες μηνιαίες αιμοκαθάρσεις και πάντα για την κοντινότερη του τόπου κατοικίας μονάδα αιμοκάθαρσης.

Αναλογικά επίσης θα καταβάλλονται τα έξοδα μετακίνησης και για τις ημέρες κατά τις οποίες ο νεφροπαθής νοσηλεύεται και κατά συνέπεια δεν πραγματοποιεί όλες τις μετακινήσεις.

Για την απόδοση των ανωτέρω αναφερομένων παγίων ποσών (εντός και εκτός αστικού κέντρου) δεν απαιτείται η συλλογή αποδείξεων TAXI.

Επισημαίνουμε ότι για τις μετακινήσεις ενός εκάστου ασφαλισμένου που μετακινείται σε μη πλησιέστερη, του τόπου κατοικίας του, μονάδα αιμοκάθαρσης η τελική έγκριση ανήκει στο Α.Υ.Σ.

Στην περίπτωση αυτή και προκειμένου να εγκριθεί από το Α.Υ.Σ. η μετακίνηση αυτή, ο ασφαλισμένος θα πρέπει να προσκομίσει ιατρική γνωμάτευση του συντονιστή Δ/ντή Νεφρολογικής Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου ή του αντικαταστάτη του, από την οποία να προκύπτει η κατάσταση της υγείας του και ο λόγος για τον οποίο επιβάλλεται να αιμοκαθάρεται σε συγκεκριμένη μονάδα (πιθανόν μακριά του τόπου κατοικίας του), καθώς και αντίστοιχη ιατρική γνωμάτευση της κοντινότερης κάθε φορά στο τόπο κατοικίας του μονάδα που θα μπορούσε να υποβληθεί σε αιμοκάθαρση και από την οποία να προκύπτει η αδυναμία εξυπηρέτησής του σε αυτή. Επίσης σε περίπτωση που η πλησιέστερη στον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου μονάδα αιμοκάθαρσης αδυνατεί να τον εξυπηρετήσει, λόγω έλλειψης κενών κλινών, θα προσκομίζεται αντίστοιχη ιατρική γνωμάτευση του Δ/ντή της μονάδας αυτής που να το πιστοποιεί.

Τα ανωτέρω δικαιολογητικά ο ασφαλισμένος θα τα υποβάλλει στα Τμήματα Παροχών των εντασσόμενων φορέων και θα διαβιβάζονται στην Δ/ση Παροχών και Κατάρτισης Συμβάσεων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Κηφισίας 39 Τ.Κ. 15123 Μαρούσι) προκειμένου να προωθούνται στο Α.Υ.Σ. για έγκριση.

Σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος επιλέξει να αιμοκαθάρεται σε μη πλησιέστερη του τόπου κατοικίας του μονάδα παρά το γεγονός ότι η πλησιέστερη δύναται να τον αντιμετωπίσει, τότε αποζημιώνεται με το πάγιο ποσό της κοντινότερης χιλιομετρικά μονάδας από την οικία του.

Για την αποζημίωση των μετακινήσεων και στις δύο περιπτώσεις (εντός και εκτός αστικού κέντρου) απαιτείται η υποβολή εκ μέρους των ασφαλισμένων των εξής δικαιολογητικών :

1. Υπεύθυνη δήλωση από την οποία πιστοποιείται το ονοματεπώνυμο και το πατρώνυμο του ασφαλισμένου, ο ΑΜΚΑ, η διεύθυνση μόνιμης κατοικίας του και η μονάδα στην οποία αιμοκαθάρεται. Η εν λόγω δήλωση συμπληρώνεται από τον ασφαλισμένο και κατατίθεται μια φορά το χρόνο στην υπηρεσία από την οποία αποζημιώνεται.

2. Μηνιαία βεβαίωση του Δ/ντή της Μονάδας όπου αιμοκαθάρεται από την οποία προκύπτει ο αριθμός των αιμοκαθάρσεων στις οποίες υπεβλήθη τον συγκεκριμένο μήνα.

3. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 κατά μήνα του ασφαλισμένου από την οποία να προκύπτει ότι δεν νοσηλεύθηκε σε Κρατικό Νοσοκομείο ή ιδιωτική συμβεβλημένη ή μη κλινική. Σε περίπτωση νοσηλείας θα αναφέρεται το χρονικό διάστημα της νοσηλείας.

4. Βεβαίωση της Τεχνικής Υπηρεσίας της Περιφέρειας ή του Δήμου κατοικίας του ασφαλισμένου από την οποία θα προκύπτει η ακριβής χιλιομετρική απόσταση της μόνιμης κατοικίας του ασφαλισμένου (αυτή που έχει δηλώσει στην Υπεύθυνη Δήλωση) από την μονάδα αιμοκάθαρσης προς την οποία μετακινείται και αιμοκαθάρεται.

Σε περίπτωση που ο αιμοκαθαρόμενος δεν επιλέξει την κοντινότερη μονάδα αιμοκάθαρσης στον τόπο κατοικίας του η οποία διαθέτει κενή κλίνη, τότε ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καταβάλλει σε αυτόν ως αποζημίωση το πάγιο ποσό που αντιστοιχεί στη χιλιομετρική απόσταση της κοντινότερης μονάδας από την οικία του.

Εάν η κοντινότερη μονάδα στον τόπο κατοικίας του νεφροπαθή δεν διαθέτει κενή κλίνη (υποβάλλεται αντίστοιχη βεβαίωση), τότε ο Οργανισμός αποζημιώνει τον ασφαλισμένο για την επόμενη και ούτω καθ' εξής και την υποβολή των δικαιολογητικών που αναφέρουμε ανωτέρω μετά από έγκριση του Α.Υ.Σ.

Επισημαίνουμε δε ότι ο αριθμός των αιμοκαθάρσεων στους χρόνια πάσχοντες είναι τρεις (3) συνεδρίες εβδομαδιαίως και κατά κανόνα δεν μπορεί να ξεπερνά τις δεκατρείς (13) ανά μήνα, ενώ οι ασθενείς που υποβάλλονται σε δύο (2) ή τέσσερις (4) συνεδρίες αιμοκάθαρσης εβδομαδιαίως αποτελούν σπάνιες περιπτώσεις.

Σε περίπτωση κατάθεσης ψευδών στοιχείων (εκ μέρους των ασφαλισμένων ή των Μονάδων αιμοκάθαρσης) διακόπτεται η αποζημίωση οδοιπορικών στον ασφαλισμένο, ο οποίος υποχρεούται να επιστρέψει και τα προηγούμενα ποσά ως αχρεωστήτως καταβληθέντα.

Μετά την ανάρτηση του παρόντος εγγράφου παύει να ισχύει κάθε άλλο προηγούμενο σχετικά με την αποζημίωση των μετακινήσεων των αιμοκαθαρόμενων ασφαλισμένων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

ΕΛ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ