



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας

www.eopyy.gov.gr

Γενική Δ/ση: Σχεδιασμού & Ανάπτυξης
Υπηρεσιών Υγείας

Δ/ση: Σχεδιασμού

Τηλ.: 210-6871784 Fax: 210-6871795

Ταχ. Δ/ση: Λ. Κηφισίας 39, 15123 Μαρούσι

E-mail: d7@eopyy.gov.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Αθήνα, 05/12/2012

Αρ. Πρωτ.: 49976

Προς:

Όλους τους ιδιωτικούς συμβεβλημένους
πάροχους υγείας

ΘΕΜΑ : « Αποζημίωση με νέα ανώτατη ασφαλιστική τιμή για διαγνωστικές εξετάσεις, από τους ιδιωτικούς συμβεβλημένους πάροχους υγείας»

Σχετ. : 1. ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ (ΦΕΚ 3054/18-11-2012)

2. Η υπ' αριθμ. 805 απόφαση της 70^{ης}/14-11-2012 Συνεδρίασης του ΔΣ ΕΟΠΥΥ

3. Η υπ' αριθμ. 752 απόφαση της 65^{ης}/26-10-2012 Συνεδρίασης του ΔΣ ΕΟΠΥΥ

Σήμερα η πατρίδα μας κλονίζεται από δύσκολη οικονομική συγκυρία και απαιτείται κοινή προσπάθεια και ελάχιστη συνεισφορά όλων μας, προκειμένου το Σύστημα Υγείας να συνεχίσει να παρέχει ισότιμες, αποτελεσματικές και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας σε όλους τους ασφαλισμένους. Ο κοινός στόχος όλων των εμπλεκόμενων φορέων και επαγγελματιών στην υγεία δίνει προοπτική για το μέλλον, εξασφαλίζοντας πρωτίστως το παρόν.

Με γνώμονα την ανωτέρω οικονομική συγκυρία και την εξασφάλιση της οικονομικής βιωσιμότητας του Οργανισμού, το Διοικητικό Συμβούλιο του ΕΟΠΥΥ έλαβε τις σχετικές αποφάσεις για την περιστολή των δαπανών στις υψηλού κόστους διαγνωστικές εξετάσεις, σε συνάρτηση με τον ισχύοντα Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του ΕΟΠΥΥ. Σύμφωνα με τον ΕΚΠΥ προβλέπεται στο άρθρο 8 για τις παρακλινικές εξετάσεις ότι ο Οργανισμός αποζημιώνει τους συμβεβλημένους πάροχους υγείας με βάση το κρατικό τιμολόγιο ή με το ποσό που προκύπτει μετά από διαπραγμάτευση και σύμφωνα με την ισχύουσα κάθε φορά σύμβαση, ή την ασφαλιστική αποζημίωση.

Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει τους συμβεβλημένους πάροχους υγείας με βάση τη «Νέα ασφαλιστική αποζημίωση» για εξετάσεις (υψηλού κόστους) πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που εκτελούνται σε συμβεβλημένους πάροχους υγείας, σύμφωνα με τον παρακάτω Πίνακα:

α/α	ΕΞΕΤΑΣΗ	ΙΣΧΥΟΥΣΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ	ΝΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ
1	Αξονική Τομογραφία (όλοι οι κωδικοί εξετάσεων)	71,11	Αξονικές τομογραφίες, ανάλογα με τις τομές: <ul style="list-style-type: none"> • 1-2 τομές 40€ • 4-8 τομές 45€ • 16-32 τομές 50€ • 64 και άνω τομές 65€
2	ΜΤ Μαγνητική Τομογραφία (όλοι οι κωδικοί εξετάσεων)	236,95	Μαγνητικές τομογραφίες, ανάλογα με την ένταση του μαγνητικού πεδίου ως ακολούθως: <ul style="list-style-type: none"> • Μικρότεροι του 0,5T, 135€ • 1,0T, 165€ • 1,5T και άνω 180€ • Εξαιρούνται οι ανοικτού τύπου με τιμή 180€
3	TRIPLEX: Υπερηχογράφημα καρδιάς με έγχρωμο υπερηχογράφο	73,37	60,00
4	TRIPLEX: Υπερηχητική αρτηριογραφία: καρωτίδων και σπονδυλικών αρτηριών έγχρωμο	73,37	60,00
5	TRIPLEX: Υπερηχητική αρτηριογραφία αορτής έγχρωμο	52,82	44,00
6	TRIPLEX: Υπερηχητική αρτηριογραφία λαγονίων αρτηριών έγχρωμο	52,82	44,00
7	TRIPLEX: Υπερηχητική αγγειογραφία νεφρικών αγγείων έγχρωμο	52,82	44,00
8	TRIPLEX: Υπερηχητική αρτηριογραφία άνω άκρων έγχρωμο (Έγχρωμη υπερηχητική αγγειογραφία αρτηριών)	52,82	44,00
9	TRIPLEX: Υπερηχητική αρτηριογραφία κάτω άκρων έγχρωμο (Έγχρωμη υπερηχητική αγγειογραφία αρτηριών)	52,82	44,00
10	TRIPLEX: Υπερηχητική φλεβογραφία κάτω άκρων έγχρωμο (Έγχρωμη υπερηχητική αγγειογραφία φλεβών)	73,37	60,00

	ΕΞΕΤΑΣΗ	ΙΣΧΥΟΥΣΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ	ΝΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ
11	ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΠΛΗΡΗΣ. ΔΙΑΘΩΡΑΚΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΧΡΟΝΟΥ 2-ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ, ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ Μ-MODE. DOPPLER ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΓΧΡΩΜΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΡΟΗΣ	70,00	58,00
12	TRIPLEX: Υπερηχητική φλεβογραφία άνω άκρων έγχρωμο (Έγχρωμη υπερηχητική αγγειογραφία φλεβών)	52,82	44,00
13	ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΙΜΑ ΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ. ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΛΗΨΕΙΣ (SPECT) ΣΕ ΗΡΕΜΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΚΟΠΩΣΗ (ΑΣΚΗΣΗΣ Η ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ)	260,00	195,00
14	Μέτρηση οστικής πυκνότητας με διπλή φωτονιακή απορροφησιομέτρηση (D.P.A.) (ΜΟΠ)	52,82	43,00
15	Αλκαλική φωσφατάση αίματος (ALP)	5,02	4,00
16	γGT	5,02	4,00
17	Τρανσαμινάσες αίματος εκάστη (SGPT-SGOT)	4,49	3,49
18	Τριγλυκερίδια αίματος TG	4,49	3,49
19	Προσδιορισμός ουρίας αίματος UR	2,26	2,00
20	Προσδιορισμός σακχάρου αίματος - γλυκόζης (CL)	2,26	2,00
21	Προσδιορισμός στο αίμα ουρικού οξέος UA	2,88	2,00
22	Προσδιορισμός στο αίμα ασβεστίου Ca	4,05	3,00
23	Προσδιορισμός στο αίμα χοληστερίνης TOTAL CHOL	2,88	2,20
24	Προσδιορισμός στο αίμα ή στα ούρα κρεατίνης, κρεατινίνης (CR)	4,05	3,80
25	Προσδιορισμός στο αίμα ή στα ούρα νατρίου Na, καλίου K, ανόργανου και οργανικού φωσφόρου P ανά	5,22	4,00

	ΕΞΕΤΑΣΗ	ΙΣΧΥΟΥΣΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ	ΝΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ
26	Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1C)	7,16	6,16
27	Χοληστερόλη υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (HDL-CHOLESTEROL)	4,75	4,00
28	Χοληστερόλη χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (LDL-CHOLESTEROL)	4,75	4,00
29	Γαλακτική αφυδρογονάση (LDH)	4,75	4,00
30	Φερριτίνη ορού FERRITIN	9,51	8,20
31	ΘΥΡΟΕΙΔΟΤΡΟΠΙΟΣ ΟΡΜΟΝΗ (TSH) - RIA, ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΚΑΤ ΤΗΣ ΤSH (ΑΝΤΙ-TSH) Η (TSI ABS) - RIA, ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΤΗΣ ΤSH (TSI) - RIA, ΤSH RECEPTOR ΑΥΤΟ ΑΒ Η (TSI ABS) - RIA	12,38	11,00
32	ΑΝ ΣΤΡΟΦΗ ΤΡΙΩΔΟΘΥΡΟΝΙΝΗ ΟΡΟΥ (RT3) - RIA	11,89	8,28
33	ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΘΥΡΟΞΙΝΗ (FT4)	20,54	12,00
34	ΤΡΙΩΔΙΟΘΥΡΟΝΙΝΗ (RU) (T3)	12,38	8,28
35	ΑΝ ΣΤΡΟΦΗ ΤΡΙΩΔΟΘΥΡΟΝΙΝΗ ΟΡΟΥ (RT3)	11,89	8,28
36	ΘΥΡΟΕΙΔΟΤΡΟΠΙΟΣ ΟΡΜΟΝΗ (TSH), ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΚΑΤ ΤΗΣ ΤSH (ΑΝΤΙ-TSH) Η (TSI ABS), ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΤΗΣ ΤSH (TSI), ΤSH RECEPTOR ΑΥΤΟ ΑΒ Η (TSI ABS)	12,38	11,00
37	ΘΥΡΟΕΙΔΟΤΡΟΠΙΟΣ ΟΡΜΟΝΗ (TSH) ΠΡΟ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ TRH (TRH TEST ΓΙΑ ΤSH)	12,38	11,00
38	ΘΥΡΟΕΙΔΟΤΡΟΠΙΟΣ ΟΡΜΟΝΗ (TSH) ΜΕΤ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ TRH (TRH TEST ΓΙΑ ΤSH)	12,38	11,00
39	ΘΥΡΟΕΙΔΟΤΡΟΠΙΟΣ ΟΡΜΟΝΗ (TSH) ΠΡΟ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ TRH (TRH TEST ΓΙΑ ΤSH) - RIA	12,38	11,00

	ΕΞΕΤΑΣΗ	ΙΣΧΥΟΥΣΑ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ	ΝΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ
40	ΘΥΡΟΕΙΔΟΤΡΟΠΟΣ ΟΡΜΟΝΗ (TSH) ΜΕΤ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΡΗ (ΤΡΗ TEST ΓΙΑ TSH) – ΡΙΑ	12,38	11,00

Επισημαίνουμε ότι, θα πρέπει να εφαρμόζεται από όλους τους ιδιωτικούς συμβεβλημένους πάροχους υγείας η συμβατότητα των εξετάσεων με τα διαγνωστικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα, όπως αναρτώνται στην ιστοσελίδα του Οργανισμού, καθώς αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την αποζημίωση της κάθε εξέτασης.

Η συμμετοχή του 15% των άμεσα και έμμεσων ασφαλισμένων θα πρέπει να υπολογίζεται με βάση τη Νέα Ασφαλιστική Τιμή (σύμφωνα με τον Πίνακα) από τους ιδιωτικούς συμβεβλημένους πάροχους υγείας και δεν θα πρέπει να απαιτείται καμία επιπλέον δαπάνη για την εκτέλεση των ανωτέρω εξετάσεων.

Οι ιδιωτικοί συμβεβλημένοι πάροχοι υγείας που διαθέτουν αξονικό ή μαγνητικό τομογράφο υποχρεούνται να αποστείλουν εντός πέντε (5) ημερών το συνημμένο αρχείο-έγγραφο με ηλεκτρονικό μήνυμα (email) στο d7.tl@eopyy.gov.gr με θέμα «Μητρώο CT – MRI».

Πιστεύουμε στη συνέχιση της μέχρι τώρα καλής συνεργασίας μας και την άμεση επίλυση των μέχρι τώρα δυσλειτουργιών.

Η ισχύς του παρόντος από της αναρτήσεως στο διαδίκτυο.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

Ελευθέριος Παπαγεωργόπουλος

Εσωτερική Διανομή:

- Γραφείο Προέδρου ΕΟΠΥΥ
- Γραφείο Αντιπροέδρου κ. Νικόλη
- Γραφείο Γενικού Δ/ντή ΕΟΠΥΥ- κ.Ι.Βαφειάδη

Κοινοποίηση:

1. Πανελλήνια Ένωση Ιδιωτικών Φορέων
Σεβαστουπόλεως 150, 115 23 Αθήνα
2. Π.Ο.Σ.Ι.Π.Υ.
Πανεπιστημίου 56, 10678, Αθήνα
3. Παν/νιος Σύνδ. Ιατρικών Διαγν. Κέντρων
Πανεπιστημίου 56, 10678, Αθήνα