



ΩΦΕΛΕΕΙΝ Η ΜΗ ΒΛΑΠΤΕΙΝ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Αθήνα 2/4/2015

Αριθμ.Πρωτ. 875

Προς τους
Προέδρους των Ιατρικών Συλλόγων
της Χώρας

Αγαπητή/έ κυρία/ε Πρόεδρε,

Σας διαβιβάζουμε τα εξής έγγραφα:

1. Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Γενική Δ/νση Οργάνωσης & Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας, Δ/νση Φαρμάκου, Τμήμα Σχεδιασμού και Παρακολούθησης Χορήγησης Φαρμάκων, αριθμ.πρωτ. Φ36/οικ.11527/27.3.2015, με θέμα: Διευκρινίσεις σχετικά με τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για φάρμακα που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους,
2. Υπουργείου Οικονομίας Υποδομών, Ναυτιλίας & Τουρισμού, Αρχηγείο Λιμενικού Σώματος-Ελληνικής Ακτοφυλακής, Υπηρεσία Υγειονομικού, Τμήμα 3ο, Υγειονομικής Υποστήριξης, αριθμ.σχεδίου 1161/20.3.2015, με θέμα: Υποβολή Δικαιολογητικών Υγειονομικής Περιθάλψης,
με τη παράκληση όπως ενημερώσετε τα μέλη περιοχής ευθύνης του Συλλόγου σας.



Για τον Π.Ι.Σ.

Εμμανουήλ Ηλιάκης
Προϊστάμενος Διοικ. Υπηρεσιών

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ (Π.Ι.Σ.)

ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3 & ΨΗΛΑΝΤΟΥ • 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 ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
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: 210-8110694
E-mail: d6.t1@eopyy.gov.gr

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ
Π.Ι.Σ.
ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. ... 817
ΗΜΕΡ. ΛΗΨΕΩΣ ... 30/3/2015

Μαρούσι 27-3-2015

Αρ. Πρωτ: Φ36/ΟΙΚ. 11527

ΠΡΟΣ:

1. ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΕΟΠΥΥ
2. ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ & ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ
3. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΕΟΠΥΥ
4. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
5. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
6. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗΣ & ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

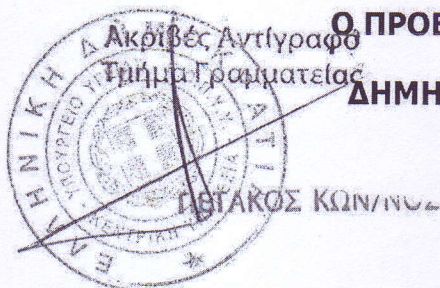
ΘΕΜΑ: Διευκρινίσεις σχετικά με τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για φάρμακα που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους.

Σχετικά: 1. Έγγραφό μας με αριθμό πρωτοκόλλου 21165/06.06.2014.

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

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
ΔΗΜΗΤΡΗΣ Α. ΚΟΝΤΟΣ**

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ FORSTEO / PREOTACT

<u>Εκδίδεται από:</u> Σφραγίδα / υπογραφή ιατρού Ημερομηνία: Τηλέφωνο θεράποντος:	<u>ΠΡΟΣ:</u> Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
<u>Στοιχεία ασθενούς</u> 1.ΑΜΚΑ: 2.Α.Μ.: 3.ΤΑΜΕΙΟ: 4.Ονοματεπώνυμο Επίθετο: Όνομα: 5.Ημερομηνία Γέννησης:	
<u>Δήλωση συνταγογράφου ιατρού</u> 6.Εξήγησα στον ασφαλισμένο τη διαδικασία προέγκρισης και χορήγησης τεριπαρατίδης ή ανθρώπινης παραθορμόνης. Θεωρώ ότι έγινε κατανοητό και δεκτό από τον ασφαλισμένο. Υπογραφή συνταγογράφου ιατρού:	
<u>Ενδείξεις για τις οποίες χορηγείται το φάρμακο (να γίνει επιλογή)</u> 7. Εγκεκριμένες ενδείξεις Forsteo: Θεραπεία της οστεοπόρωσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και σε άντρες με αυξημένο κίνδυνο για κάταγμα ☐ Θεραπεία της οστεοπόρωσης που σχετίζεται με παρατεταμένη και συστηματική θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή σε γυναίκες και άντρες με αυξημένο κίνδυνο για κάταγμα ☐	
8. Εγκεκριμένες ενδείξεις Preotact: Θεραπεία της οστεοπόρωσης σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με υψηλό κίνδυνο καταγμάτων ☐	
<u>Στοιχεία θεραπείας</u> 9. Πρόκειται για το φάρμακο: Forsteo ☐ Preotact ☐ Σε περίπτωση προηγούμενης χορήγησης να αναγραφεί η ημερομηνία έναρξης της θεραπείας: Αριθμός ενέσεων (Forsteo/Preotact) που έχει λάβει ήδη ο ασθενής: Αιτούμενο διάστημα αγωγής:	
<u>Προϋποθέσεις και Κριτήρια</u> 10.Για να διαπιστωθεί η καταλληλότητα του ασθενούς για να λάβει θεραπεία οι κάτωθι πληροφορίες πρέπει να συμπληρωθούν:	

A. Αποτέλεσμα πρόσφατης (τελευταίου έτους) μέτρησης οστικής πυκνότητας:

T-score:

(Σημ. Προϋπόθεση για τη χορήγηση είναι η ύπαρξη T-score <-2.5)

Αποτέλεσμα προηγούμενης μέτρησης (πριν από την πρόσφατη) οστικής πυκνότητας. Οι προσκομιζόμενες μετρήσεις στις DEXA, να είναι σύμφωνες με τις διεθνείς βιβλιογραφικές οδηγίες (για ηλικίες > 65 ετών DEXA ισχίου και για μικρότερες ηλικίες DEXA ΟΜΣΣ ή ισχίου).

T-score:

B. Προηγούμενες αγωγές της οστεοπόρωσης σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο καταγμάτων

B1. Προηγούμενη θεραπεία με διφωσφονικά:

- i. Από του στόματος ☐
- ii. Παρεντερική χορήγηση ☐
- iii. Δυσανεξία σε διφωσφονικά ☐

ή αντένδειξη χορήγησης:

Εάν ναι, αναφέρατε:.....

Αποτελεσματικότητα θεραπείας:

Σκεύασμα:

Χρονικό Διάστημα αγωγής:

B2. Προηγούμενη θεραπεία με ρανελικό στρόντιο, ραλοξιφαίνη, denosumab:

Αποτελεσματικότητα θεραπείας:

Σκεύασμα:

Χρονικό διάστημα αγωγής:

Γ. Πρόσφατη μέτρηση ΡΤΗ:

Τιμή ΡΤΗ:

Φυσιολογικές τιμές εργαστηρίου:-----

Δ. Υπάρχουν οστικά κατάγματα;

Ναι ☐

Όχι ☐

(Σε περίπτωση καταγμάτων να προσκομιστεί ο ακτινολογικός έλεγχος μαζί με την αντίστοιχη γνωμάτευση).

(Σημ.: 1. Η θεραπεία με teriparatide ή parathyroid hormone δεν είναι αγωγή ενάρξεως θεραπείας οστεοπόρωσης

2. Η προηγούμενη χορήγηση καλσιτονίνης ενδορινικά δεν είναι δόκιμη αγωγή για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης βάσει σχετικού εγγράφου του ΕΟΦ)

Επισυναπτόμενα:

1. Μέτρηση οστικής πυκνότητας.

2. Ακτινολογικός έλεγχος μαζί με την αντίστοιχη γνωμάτευση

3. Επιπρόσθετη ιατρική γνωμάτευση (όπου απαιτείται)

ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ/ΚΛΙΝΙΚΗΣ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ
(σφραγίδα-υπογραφή)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΥΠΟΔΟΜΩΝ, ΝΑΥΤΙΛΙΑΣ
& ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ

ΑΡΧΗΓΕΙΟ ΛΙΜΕΝΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ -
ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΚΤΟΦΥΛΑΚΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ 3ο ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Ταχ. Δ/ση : ΑΚΤΗ ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗ
(Πύλη Ε1 - Ε2)

Ταχ. Κώδικας : 185 10, ΠΕΙΡΑΙΑΣ
Πληροφορίες : Σημ/ρος ΛΣ ΠΑΣΧΑΛΗ Μ.
Τηλέφωνο 213-137 1080
Fax 213-137 4519
e-mail yq@hcg.gr

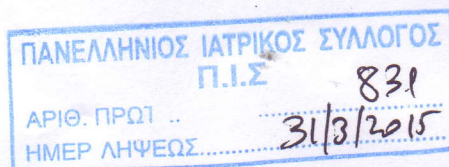
Πειραιάς,

20-03-2015

Αριθ. Φακέλου : 743.10-4/2015

Αριθ. Σχεδίου : 1161-

ΠΡΟΣ : ΩΣ ΠΙΝΑΚΑΣ
ΔΙΑΝΟΜΗΣ



ΘΕΜΑ: «Υποβολή Δικαιολογητικών Υγειονομικής Περιθαλψης»

1. Σας γνωρίζουμε ότι σε σύνδεσμο εντός της ιστοσελίδας του Υπουργείου Οικονομίας, Υποδομών, Ναυτιλίας και Τουρισμού/ Αρχηγείου Λιμενικού Σώματος Ελληνικής Ακτοφυλακής έχουν αναρτηθεί υποδείγματα Αιτήσεων Παρόχου Υγειονομικής Περιθαλψης, Υποδειγμάτων Καταστάσεων, καθώς επίσης και διευκρινιστικές οδηγίες για την ορθή υποβολή των δικαιολογητικών.

2. Οι συμβεβλημένοι ιατροί -φαρμακοποιοί για την ενημέρωσή τους σχετικά με τον τρόπο υποβολής των δικαιολογητικών θα πρέπει να ανατρέχουν στην ιστοσελίδα www.hcg.gr
→ Για τον Πολίτη → Υγειονομική Υποστήριξη → Αίτηση και Καταστάσεις Παρόχων Υγειονομικής Περιθαλψης

α) Υπόδειγμα Αίτησης Παρόχων Υγειονομικής Περιθαλψης

β) Υπόδειγμα Συγκεντρωτικής -Αναλυτικής Κατάστασης Ιατρικών Επισκέψεων και Πράξεων

γ) Εγχειρίδιο Υποβολής Δικαιολογητικών.

3. Παρακαλούμε τους αποδέκτες του παρόντος για την άμεση ενημέρωση των μελών τους.



Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

ΠΛΟΙΑΡΧΟΣ ΛΣ (Ο)
ΣΟΦΟΥΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

Αποδέκτες για ενέργεια

1) Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος

(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)

Πλουτάρχου 3, 10675, Αθήνα

2) Στρατιωτικό Φαρμακείο Αθηνών

Μονής Πετράκη 12 (εντός νοσοκομείου ΝΙΜΙΤΣ), 11521 Αθήνα