



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 : ΥΠ/ΡΧΟΣ ΛΣ (Ο) ΜΑΖΗΣ Φ.  
Τηλέφωνο : 213-137 1080  
Fax : 213-137 4519  
e-mail : [yg@hcg.gr](mailto:yg@hcg.gr)

Πειραιάς,

10-03-2015

Αριθ. Φακέλου : 743.10-4/2015  
Αριθ. Σχεδίου : -1021-

ΠΡΟΣ : ΩΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

716  
19/3/2015

ΘΕΜΑ : «Χορήγηση Επί Πιστώσει Αναλώσιμων Υγειονομικών Υλικών Σακχαρώδους Διαβήτη»

ΣΧΕΤ : α) ΠΔ 432/1983 (Στρ. Δελτ. Ν-Δ-Α 16/1984/ΓΕΕΘΑ)  
β) ΦΕΚ Β' 3054/18-11-2012 (ΕΚΠΥ ΕΟΠΥΥ)  
γ) Αριθμ. Πρωτ. 47743/19-11-2012/ Εγκύκλιος ΕΟΠΥΥ  
δ) ΦΕΚ Β' 1561/21-06-2013 (Τροποποίηση ΕΚΠΥ ΕΟΠΥΥ)  
ε) Αριθμ. Πρωτ. 22473/01-07-2013/ Εγκύκλιος ΕΟΠΥΥ  
στ) Αριθμ. Πρωτ. 33260/16-10-2013/ Εγκύκλιος ΕΟΠΥΥ  
ζ) ΦΕΚ Β' 3677/31-12-2014

1. ~~Εας γνωρίζουμε ότι το ΥΠ.Ο.Υ.Ν.Τ./Α.ΛΣ-ΕΛ.ΑΚΤ~~ αποζημιώνει ~~δαπάνη~~ χορήγησης αναλώσιμων υγειονομικών υλικών για την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη επί πιστώσει στα Στρατιωτικά Φαρμακεία και τα Ιδιωτικά Φαρμακεία, με τους όρους που προβλέπονται στα ανωτέρω σχετικά.

2. Οι εν ενεργεία στρατιωτικοί δεν καταβάλλουν συμμετοχή στις ανωτέρω δαπάνες, ως σχετικό (α). Τα έμμεσα μέλη καταβάλλουν 20% συμμετοχή στις περιπτώσεις διαβήτη τύπου II (σκαρφιστήρες, βελόνες, ταινίες μέτρησης κετονών), διαβήτη κύησης (ταινίες, σκαρφιστήρες, βελόνες), διαβήτη με διαιτητική αγωγή (ταινίες, σκαρφιστήρες), διαβήτη με θεραπευτική αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία (σκαρφιστήρες) πλην διαβήτη τύπου I.

3. Δεν καταβάλλουν συμμετοχή για το ανωτέρω Υγειονομικό Υλικό:

- Οι παραπληγικοί, οι τετραπληγικοί, οι νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε συνεχή θεραπεία υποκατάστασης, ή έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού, οι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη τύπου I, οι πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας, αυτοί που κάνουν χρήση αντλίας συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης, καθώς και οι υποβληθέντες σε μεταμόσχευση συμπαγών, ή ρευστών οργάνων και οι HIV θετικοί ασθενείς.
- Οι χρόνια πάσχοντες για τη δαπάνη αγοράς των παρακάτω ειδών αναλώσιμου υγειονομικού υλικού: συρίγγων ινσουλίνης μιας χρήσης, βελονών φυσιγοσυρίγγων, βελονών χορήγησης ινσουλίνης, και αναλωσίμων των συσκευών χορηγήσεως ινσουλίνης.
- Οι ινσουλινοθεραπευόμενοι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και οι πάσχοντες από σύνδρομο διαβήτη που ακολουθούν θεραπευτική αγωγή με χάπια για τη δαπάνη αγοράς ταινιών μέτρησης σακχάρου αίματος.

4. Οι τιμές κοστολόγησης/ αποζημίωσης και οι αποζημιούμενες ποσότητες αναλωσίμων για τις ταινίες μέτρησης σακχάρου καθορίζονται στα σχετικά (δ) και (ε), και για σκαρφιστήρες και βελόνες φυσιγοσυριγγίων στα σχετικά (γ) και (στ). Οποιαδήποτε αναπροσαρμογή των προβλεπομένων σε αυτά, αυτοδίκαια εφαρμόζεται και από το ΥΠ.Ο.Υ.Ν.Τ./Α.ΛΣ-ΕΛ.ΑΚΤ.

5. Κατά τη διαδικασία υποβολής των αναλωσίμων σακχαρώδους διαβήτη απαιτούνται τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

(α) Αίτηση παρόχου υγειονομικής περίθαλψης.

(β) Εντολή Βιβλιαρίου Υγειονομικής Περίθαλψης (ΒΥΠ) συνταγογραφημένη και συμπληρωμένη ορθά από ιατρό αντίστοιχης ειδικότητας, στην οποία αναγράφεται το είδος, η ποσότητα των υλικών και το χρονικό διάστημα κάλυψης (π.χ. θεραπεία μηνός Μαρτίου 2015).

**Η εντολή θεωρείται από ελεγκτή ιατρό εντός τριών εργάσιμων ημερών από την ημερομηνία συνταγογράφησης.** Δύναται δε να αφορά και θεραπεία διμήνου, η οποία θα αναγράφεται ευκρινώς και σαφώς ή έως και εξαμήνου με τις προϋποθέσεις του (ζ) σχετικού. Στην οπίσθια όψη της εντολής στο πεδίο «Ο εκτελέσας την εντολή» τίθεται σφραγίδα του Φαρμακείου και υπογραφή του Φαρμακοποιού που την εκτέλεσε.

(γ) Ιατρική γνωμάτευση θεράποντος ιατρού ισχύος έως ενός έτους, αντίγραφο της οποίας θα επισυνάπτεται υποχρεωτικά και θα συνοδεύει τη συνταγή. Στη γνωμάτευση θα αιτιολογείται η αναγκαιότητα χορήγησης του υλικού και θα αναγράφεται το είδος του διαβήτη, το είδος και ο αριθμός των απαιτούμενων ανά μήνα θεραπευτικών αναλωσίμων και η χρονική διάρκεια ισχύος.

(δ) Οι αυτοκόλλητες ταινίες γνησιότητας (bar-codes) επικολλημένες στο πίσω μέρος της εντολής.

(ε) Τιμολόγιο παροχής υπηρεσιών με ορθή αναγραφή των στοιχείων του ασφαλιστικού μας φορέα (Επωνυμία: Υπουργείο Οικονομίας Υποδομών, Ναυτιλίας & Τουρισμού/ Αρχηγείο Λιμενικού Σώματος Ελληνικής Ακτοφυλακής, Διεύθυνση: Ακτή Βασιλειάδη Πύλη Ε1-Ε2, Τ.Κ. 185 10 Πειραιάς, Α.Φ.Μ.:997881842, Δ.Ο.Υ: Ε' Πειραιά).

(στ) Υπόμνημα δαπάνης (κατάσταση) συνταγών σε τρία (3) αντίτυπα.

(ζ) Αντίγραφο βιβλιαρίου ή βεβαίωση τράπεζας με αναγραφή του λογαριασμού IBAN.

6. Οι παραπάνω δαπάνες θα αποστέλλονται για έλεγχο ξεχωριστά στο ~~ΥΠ.Θ.Υ.Ν.Τ./Α.ΑΣ-ΕΔ.ΑΚΤ/Υπηρεσία Υγειονομικού/Τμήμα 3ο~~ με ξεχωριστό φάκελο και με ξεχωριστό διαβιβαστικό από τις δαπάνες φαρμάκων και με δικό τους τιμολόγιο οι οποίες θα καταλογίζονται σε βάρος του ΚΑΕ 0549 προϋπολογισμού Α.ΑΣ-ΕΔ.ΑΚΤ.

7. Παρακαλούμε τους αποδέκτες του παρόντος για την άμεση ενημέρωσή των μελών τους.

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

ΠΛΟΙΑΡΧΟΣ ΛΣ (ΥΙ)

ΣΟΦΟΥΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ  
ΣΗΜΑΙΟΦΟΡΟΣ Α.Σ.

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ**

##### **Αποδέκτες για ενέργεια**

1) Στρατιωτικό Φαρμακείο Αθηνών

Μονής Πετράκη 12 (εντός νοσοκομείου ΝΙΜΙΤΣ), 11521 Αθήνα  
(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)

2) Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος

(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)  
Πειραιώς 134, 11854, Αθήνα

3) Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος

(με την υποχρέωση να ενημερώσει όλα τα μέλη του)  
Πλουτάρχου 3, 10675, Αθήνα