



ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

9 Οκτωβρίου 2025

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 5395

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

- Ανανέωση άδειας λαιτουργίας Τράπεζας Κρυσυνηρήρησης στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αρεταίειο Νοσοκομείο».
- Ανανέωση άδειας λαιτουργίας Τράπεζας Κρυσυνηρήρησης με την επωνυμία «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ - ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ».
- Ανανέωση άδειας λαιτουργίας Μονάδας Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής με την επωνυμία «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ- ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ».
- Προσθήκη Παραστήματος στο άρθρο 44 της υπό στοιχεία ΕΑΛΕ/Γ.Π. 4091/24-04-2025 κοινής υπουργικής απόφασης με περιεχόμενο «Τροποποίηση και αντικατάσταση της υπό στοιχεία ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157/1-11-2018 κοινής απόφασης των Αναπληρωτών Υπουργών Οικονομικών και Υγείας "Τροποποίηση και αντικατάσταση της υπό στοιχεία ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/19-06-2018 (Β' 2315) κοινής υπουργικής απόφασης με περιεχόμενο "Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)" (Β' 4898)» (Β' 2106).

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθμ. 4410

(1)

Ανανέωση άδειας λαιτουργίας Τράπεζας Κρυσυνηρήρησης στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αρεταίειο Νοσοκομείο».

ΤΟ ΕΠΙΟΠΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΓΩΓΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τα άρθρα 19, 20 και 21 του ν. 3305/2005 «Έφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής» (Α' 17).

- Την υπό στοιχεία Α1Β/Γ.Π. οικ. 49139/17.09.2024 απόφαση του Υπουργείου Υγείας «Συγκρότηση και ορισμός μελών στο Εποπτικό Συμβούλιο της Εθνικής Αρχής Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής» (Υ.Ο.Α.Δ. 1050).
- Το άρθρο 17 (παρ. 3 και 4) του ν. 3305/2005 (Α' 17), όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 19 (παρ. 2) του ν. 4272/2014 «Έφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής» (Α' 145).
- Την υπ' αρ. οικ. 6901/2015 απόφαση «Άδεια ίδρυσης και λαιτουργίας Τραπεζών Κρυσυνηρήρησης, Όροι και προϋποθέσεις» (Β' 2639).
- Την υπ' αρ. 306/2016 απόφαση της ΕΑ.Ι.Υ.Α. «Καθορισμός διαδικασίας και οργάνων ελέγχου της ΕΑ.Ι.Υ.Α. για την αδειοδότηση των Τραπεζών Κρυσυνηρήρησης» (Β' 2875).
- Την άδεια ίδρυσης και λαιτουργίας της Τράπεζας Κρυσυνηρήρησης του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «Αρεταίειο Νοσοκομείο» (Β' 2562/2020).
- Την υπ' αρ. 703/01.03.2023 απόφαση της ΕΑ.Ι.Υ.Α. για τη διαδικασία ανανέωσης άδειας λαιτουργίας Μονάδας Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής και Τράπεζας Κρυσυνηρήρησης.
- Το υπ' αρ. 2414/22.06.2023 αίτημα ανανέωσης άδειας λαιτουργίας της Μονάδας Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής και Τράπεζας Κρυσυνηρήρησης του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «Αρεταίειο Νοσοκομείο», που εδρεύει στην Αθήνα, Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας αρ. 76, με Α.Φ.Μ. 090249428, καθώς και τον φάκελο των συνημμένων δικαιολογητικών.
- Την υπ' αρ. 3484/18.07.2025 εντολή αυτοψίας της Εθνικής Αρχής Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής στη Μονάδα Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής και Τράπεζα Κρυσυνηρήρησης του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «Αρεταίειο Νοσοκομείο».
- Το από 10-09-2025 πρακτικό αυτοψίας και εισήγηση της Επιτροπής Ελέγχου.
- Την απόφαση της 44ης/10.09.2025 συνεδρίασης του Εποπτικού Συμβουλίου της Εθνικής Αρχής Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής, για την ανανέωση της άδειας λαιτουργίας της Μονάδας Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής και Τράπεζας Κρυσυνηρήρησης του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «Αρεταίειο Νοσοκομείο».

12. Το γεγονός ότι από την έκδοση της παρούσας απόφασης δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

Αναεώνουμε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αρεταλείο Νοσοκομείο», που εδρεύει στην Αθήνα, Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας αρ. 76, 11528, με Α.Φ.Μ. 090249428, την άδεια λειτουργίας Τράπεζας Κρυσου-ντήρησης, σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 3305/2005 και της υπ' αρ. οικ. 6901/2015 υπουργικής απόφασης. Η άδεια ισχύει για τρία χρόνια.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 24 Σεπτεμβρίου 2025

Η Πρόεδρος

ΙΣΜΗΝΗ ΚΡΙΑΡΗ



Αριθμ. 4411

(2)

Ανανέωση άδειας λειτουργίας Τράπεζας Κρυσου-ντήρησης με την επωνυμία «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣ-ΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ - ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ».

ΤΟ ΕΠΙΟΠΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Το άρθρο 19, 20 και 21 του ν. 3305/2005 «Εφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής» (Α'17).
2. Την υπό στοιχεία Α1β/Γ.Π. οικ. 49139/17.09.2024 απόφαση του Υπουργείου Υγείας «Συγκρότηση και ορισμός μελών στο Εποπτικό Συμβούλιο της Εθνικής Αρχής Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής» (Υ.Ο.Α.Δ. 1050).
3. Το άρθρο 17 (παρ. 3 και 4) του ν. 3305/2005 (Α'17), όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 19 (παρ. 2) του ν. 4272/2014 «Εφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής» (Α'145).
4. Την υπ' αρ. οικ. 6901/2015 απόφασης «Άδεια ίδρυ-σης και λειτουργίας Τραπεζών Κρυσυντήρησης. Όροι και προϋποθέσεις» (Β'2639).
5. Την υπ' αρ. 306/2016 απόφαση της ΕΑ.Ι.Υ.Α. «Καθορι-σμός διαδικασίας και οργάνων ελέγχου της ΕΑ.Ι.Υ.Α. για την αδειοδότηση των Τραπεζών Κρυσυντήρησης» (Β'2875).
6. Την άδεια ίδρυσης και λειτουργίας της Τράπε-ζας Κρυσυντήρησης με την επωνυμία «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣ-ΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ - ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ» (Β'4060/2016), καθώς και την ανανέωση άδειας λειτουρ-γίας της (Β'5070/2020).
7. Την υπ' αρ. 703/01.03.2023 απόφαση της ΕΑ.Ι.Υ.Α. για τη διαδικασία ανανέωσης άδειας λειτουργίας Μονάδας Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής και Τράπεζας Κρυσυντήρησης.
8. Το υπ' αρ. 3465/12.09.2023 αίτημα ανανέωσης άδειας λειτουργίας της Μονάδας Ιατρικής Υποβοηθούμενης

Αναπαγωγής και Τράπεζας Κρυσυντήρησης με την επωνυμία «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟ-ΤΗΤΑ - ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ», που εδρεύει στο Χαλάνδρι, οδός Πα-πανικολή αρ. 30, 15232, με Α.Φ.Μ. 095761880, καθώς και τον φάκελό των συνημμένων δικαιολογητικών.

9. Την υπ' αρ. 3593/25.07.2025 εντολή αυτοψίας της Εθνικής Αρχής Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαρ-γής στη Μονάδα Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαρ-γωγής και Τράπεζα Κρυσυντήρησης με την επωνυμία «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ-ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ».

10. Το από 10-09-2025 πρακτικό αυτοψίας και εισήγη-ση της Επιτροπής Ελέγχου.

11. Την απόφαση της 44η/10.09.2025 συνεδρίασης του Εποπτικού Συμβουλίου της Εθνικής Αρχής Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής, για την ανανέωση της άδειας λειτουργίας της Μονάδας Ιατρικής Υποβο-ηθούμενης Αναπαγωγής και Τράπεζας Κρυσυντή-ρησης με την επωνυμία «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ - ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ».

12. Το γεγονός ότι από την έκδοση της παρούσας από-φασης δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

Αναεώνουμε στην εταιρεία με την επωνυμία «ΜΗ-ΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕ-ΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ - ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ», που εδρεύει στο Χαλάνδρι, οδός Παπανικολή αρ. 30, 15232, με Α.Φ.Μ. 095761880, την άδεια λειτουρ-γίας Τράπεζας Κρυσυντήρησης, σύμφωνα με τις δια-τάξεις του ν. 3305/2005 και της υπ' αρ. οικ. 6901/2015 υπουργικής απόφασης. Η άδεια ισχύει για τρία χρόνια. Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 24 Σεπτεμβρίου 2025

Η Πρόεδρος

ΙΣΜΗΝΗ ΚΡΙΑΡΗ



Αριθμ. 4412

(3)

Ανανέωση άδειας λειτουργίας Μονάδας Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής με την επω-νυμία «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑ-ΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ - ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ».

ΤΟ ΕΠΙΟΠΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Το άρθρο 19, 20 και 21 του ν. 3305/2005 «Εφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής» (Α'17).
2. Την υπό στοιχεία Α1β/Γ.Π. οικ. 49139/17.09.2024 απόφαση του Υπουργείου Υγείας «Συγκρότηση και ορισμός μελών στο Εποπτικό Συμβούλιο της Εθνικής

Αρχής Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής» (Υ.Ο.Δ.Δ. 1050).

3. Το άρθρο 16 (παρ. 2 και 3) του ν. 3305/2005 (Α' 17), όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 18 (παρ. 2) του ν. 4272/2014 «Εφαρμογή της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής» (Α' 145).

4. Το άρθρο 14 του ν. 3305/2005 (Α' 17).

5. Το π.δ. 10/2016 «Άδεια Ίδρυσης και Λειτουργίας Μονάων Ιατρικών Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.). Όροι και προϋποθέσεις» (Α' 20).

6. Την υπ' αρ. 305/2016 απόφαση της Ε.Α.Ι.Υ.Α. «Καθορισμός διαδικασίας και οργάνων ελέγχου της Ε.Α.Ι.Υ.Α. για την αδειοδότηση των Μ.Ι.Υ.Α.» (Β' 2908).

7. Την άδεια Ίδρυσης και Λειτουργίας της Μονάδας Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ - ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ - ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ» (Β' 4064/2016), καθώς και την ανανέωση άδειας λειτουργίας της (Β' 3724/2020).

8. Την υπ' αρ. 703/01.03.2023 απόφαση της ΕΑΙΥΑ για τη διαδικασία ανανέωσης άδειας λειτουργίας Μονάδας Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής και Τράπεζας Κρυοσυντήρησης.

9. Το υπ' αρ. 3465/12.09.2023 αίτημα ανανέωσης άδειας λειτουργίας της Μονάδας Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής και Τράπεζας Κρυοσυντήρησης, με την επωνυμία «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ - ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ», που εδρεύει στο Χαλάνδρι, οδός Παπανικολή αρ. 30, 15232, με Α.Φ.Μ. 095761880, καθώς και τον φάκελο των συνημμένων δικαιολογητικών.

10. Την υπ' αρ. 3593/25.07.2025 εντολή αυτοψίας της Εθνικής Αρχής Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής στη Μονάδα Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής και Τράπεζα Κρυοσυντήρησης με την επωνυμία «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ - ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ».

11. Το από 10-09-2025 πρακτικό αυτοψίας και εισήγηση της Επιτροπής Ελέγχου.

12. Την απόφαση της 44ηc/10.09.2025 Συνεδρίασης του Εποπτικού Συμβουλίου της Εθνικής Αρχής Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής, για την ανανέωση της άδειας λειτουργίας της Μονάδας Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής και Τράπεζας Κρυοσυντήρησης με την επωνυμία «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ - ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ».

13. Το γεγονός ότι από την έκδοση της παρούσας απόφασης δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

Αναθέτουμε στην εταιρεία με την επωνυμία «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ - ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ», που εδρεύει στο Χαλάνδρι, οδός Παπανικολή αρ. 30, 15232 με Α.Φ.Μ. 095761880, την άδεια λειτουργίας Μονάδας Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.) σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 3305/2005 και του π.δ. 10/2016. Η άδεια ισχύει για τρία χρόνια.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 24 Σεπτεμβρίου 2025

Η Πρόεδρος,

ΙΣΜΗΝΗ ΚΡΙΑΡΗ



Αριθμ. απόφ. 287

(4)

Προσθήκη Παραρτήματος στο άρθρο 44 της υπό στοιχεία ΕΑΛΕ/Γ.Π. 4091/24-04-2025 κοινής υπουργικής απόφασης με περιεχόμενο «Τροποποίηση και αντικατάσταση της υπό στοιχεία ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157/1-11-2018 κοινής απόφασης των Αναπληρωτών Υπουργών Οικονομικών και Υγείας "Τροποποίηση και αντικατάσταση της υπό στοιχεία ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/19-06-2018 (Β' 2315) κοινής υπουργικής απόφασης με περιεχόμενο "Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)" (Β' 4898)" (Β' 2106).

ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ
ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τα άρθρα 21, 22 και 23 του ν. 3918/2011 «Περί συστάσεως του ΕΟΠΥΥ» (Α' 31).

2. Το άρθρο 8 του ν. 4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας, αλλαγή σκοπού του ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις» (Α' 38).

3. Την υπό στοιχεία Γ4β/15099/21-03-2023 απόφαση του Υπουργού Υγείας «Συνγκρότηση και ορισμός μελών στο Διοικητικό Συμβούλιο του ΕΘΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΟΠΥΥ) (ΝΠΔΔ) - άρθρο 29 του ν. 4931/2022 (Α' 94)" (Υ.Ο.Δ.Δ. 262).

4. Την υπό στοιχεία Γ4β/οικ.: 35978/21-06-2022 απόφαση του Υπουργού Υγείας «Διορισμός Διοικήτριας στον ΕΘΝΙΚΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΟΠΥΥ)" (Υ.Ο.Δ.Δ. 512).

5. Το άρθρο 44 της υπό στοιχεία ΕΑΛΕ/Γ.Π. 4091/24-04-2025 «Τροποποίηση και αντικατάσταση της υπό στοιχεία ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157/1-11-2018 κοινής απόφασης των Αναπληρωτών Υπουργών Οικονομικών και Υγείας "Τροποποίηση και αντικατάσταση της υπ' αρ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/19-06-2018 (Β' 2315) κοινής υπουργικής απόφασης με περιεχόμενο "Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)" (Β' 4898)", (Β' 2106) και την ανάγκη έκδοσης των παραρτημάτων.

6. Την υπ' αρ. 806/804/09-12-2021 απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. «Διάρθρωση των υπηρεσιών του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)», (Β' 6164).

7. Το υπό στοιχεία ΔΒ3Η 332/07-07-2025 έγγραφο της Διεύθυνσης Στρατηγικού Σχεδιασμού προς το Δ.Σ. με θέμα «Ένληψωση οχτικά με τις αλλαγές στο Αναλυσίμο

Υγειονομικό Υλικό που προκύπτουν από το Παράρτημα του άρθρου 44».

8. Το υπό στοιχεία ΔΒ3Η 386/09-09-2025 έγγραφο της Διεύθυνσης Στρατηγικού Σχεδιασμού προς το Δ.Σ. με θέμα «Ενημέρωση σχετικά με την επανυποβολή εισήγησης για το Παράρτημα του άρθρου 44 του Ε.Κ.Π.Υ».

9. Το γεγονός ότι η παρούσα δεν αφορά σε διοικητική διαδικασία για την οποία υπάρχει υποχρέωση καταχώριση στο ΕΜΑΔ - ΜΙΤΟΣ.

10. Το υπό στοιχεία ΔΑ1Α/163/07-07-2025 έγγραφο της Διεύθυνσης Οικονομικών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., σύμφωνα με το οποίο σε περίπτωση που προκληθεί αύξηση της υποβαλλόμενης δαπάνης των συμβεβλημένων παρόχων η οποία σχετίζεται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες που περιγράφονται στα εν λόγω παραρτήματα θα προκληθεί ισόπωση αύξηση της εισπραξής ποσού από την εφαρμογή του μηχανισμού αυτόματης επιστροφής του άρθρου 100 του ν. 4172/2013 καθώς οι χορηγούμενες παροχές, εντάσσονται σε κλειστούς προϋπολογισμούς. Συνεπώς, δεν προκαλείται επιβάρυνση στο δημοσιονομικό αποτέλεσμα έτους 2025.

Σε περίπτωση που από την εφαρμογή των Παραρτημάτων προκληθεί αύξηση της υποβαλλόμενης δαπάνης των ασφαλισμένων δικαιούχων η οποία είτε δεν ανήκει σε κλειστό προϋπολογισμό είτε δεν λαμβάνει γι' αυτήν

χρηματοδότηση ο Οργανισμός τότε θα προκληθεί πρόσθετη επιβάρυνση στον προϋπολογισμό του Οργανισμού η οποία θα καλυφθεί από τις ήδη εγγεγραμμένες πιστώσεις. Σε περίπτωση μη επάρκειας των πιστώσεων η Υπηρεσία θα προβεί σε τροποποίηση-αναμόρφωση του προϋπολογισμού α) με ανακατανομή των διαθέσιμων πιστώσεων και β) με την χρήση ταμιακών διαθεσίμων και επιβάρυνση του δημοσιονομικού αποτελέσματος.

Ο προϋπολογισμός του Οργανισμού καταρτίζεται σύμφωνα με την Εισηγητική Έκθεση του κρατικού προϋπολογισμού ο οποίος συντάσσεται σε ταμειακή βάση εξαιρουμένων των εσόδων από claw back & Rebate και βρίσκεται εντός των ορίων του ισχύοντος ΜΠΔΣ.

11. Την υπό στοιχεία ΔΒ3Η 388/οικ.21862/12/09/2025 έγγραφη εισήγηση της Διεύθυνσης Διοικητικής Υποστήριξης.

12. Την προφορική εισήγηση του Προϊστάμενου της ανωτέρω Διεύθυνσης.

13. Τη διεξαχθείσα ανταλλαγή απόψεων των μελών και τη σύμφωνη γνώμη τους με την εισήγηση της υπηρεσίας, αποφασίζει:

Την προσαρμογή των Πινάκων 1-12 ως Παράρτημα του άρθρου 44 «ΑΝΑΔΟΣΙΜΟ ΥΠΕΙΘΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ» της υπό στοιχεία ΕΑΝΕ/Γ.Π.4091/24-04-2025 (Β' 2106) κοινής υπουργικής απόφασης.

Συνεδρίαση Δ.Σ ΕΟΠΥΥ 1054/18-09-2025

ΠΙΝΑΚΑΣ 1							
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ							
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΓΙΑ ΑΥΤΟΪΠΟΚΛΥΣΜΟ							
A/A	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΟΥΣ	ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΧ/ΜΗΝΑ ⁽¹⁾	ΑΝΩΤΑΤΗ ΔΑΠΑΝΗ (€)	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ
1	Σύστημα υψηλού αυτοποκλυσμού	1τμχ /6 μήνες	128 €/6μηνο	ΠΑΘ,ΓΕΝ,ΧΕΙΡ,ΓΑΣΤ, ΦΥΣ,ΝΕΥΡ	G35,G36,G37,Q05,Q76.0,S14,S24,S34,T09.3,T91.3, G82	1 μήνα	Η πρώτη γνωμάτευση υποβάλλεται σε έλεγχο πραγματικού χρόνου από το Τμήμα Προεγκρίσεων Γνωματεύσεων Παροχών ΕΚΠΥ του Οργανισμού
2	Υδρόφιλοι καθετήρες ορθού	15	306€/μήνα	ΠΑΘ,ΓΕΝ,ΧΕΙΡ,ΓΑΣΤ, ΦΥΣ,ΝΕΥΡ	G35,G36,G37,Q05,Q76.0,S14,S24,S34,T09.3,T91.3, G82	έως 6 μήνες	
⁽¹⁾ Στις περιπτώσεις για τις οποίες απαιτούνται επιπλέον ποσότητες ή/και δαπάνες από τις ορισθείσες ως μέγιστες, υποβάλλεται αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, στην οποία θα τεκμηριώνεται η ανάγκη για την αιτούμενη ποσότητα και εξετάζεται από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο (ΑΥΣ) ή άλλο αρμόδιο υγειονομικό όργανο με απόφαση του Δ.Σ. του Οργανισμού,όπως ορίζεται στην υπο στοιχεία ΕΑΛΕ/Γ.Π. 4091/24-04/2025 (Β' 2106) Κ.Υ.Α.							

Συνεδρίαση Δ.Σ ΕΟΠΥΥ 1054/18-09-2025

ΠΙΝΑΚΑΣ 2											
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ											
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ											
Α/Α	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΟΥΣ	ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΧ/ΜΗΝΑ ⁽¹⁾	ΑΝΩΤΑΤΗ ΔΑΠΑΝΗ (€)	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ	ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΕΙΔΩΝ ΩΣ ΚΑΤΩΘΙ:				
							1η Επιλογή συγχορήγησης	2η Επιλογή συγχορήγησης	3η Επιλογή συγχορήγησης	4η Επιλογή συγχορήγησης	
1	Καθετήρες αποσιδήρωσης	30	339€/μήνα	ΠΑΤ, ΠΑΘ,ΑΙΜ,ΓΕΝ,ΑΓΡΟΤ	D56,D57,D58,D64	έως 6 μηνες	✓			✓	
2	Πεταλούδες αποσιδήρωσης πλάγιας ή κάθετης τοποθέτησης	30	162€/μήνα					✓	✓		
3	Ηλεκτρονική αντλία έγχυσης φαρμάκου αποσιδήρωσης	1 (αντικατασταση ανα 5 ετια λόγω φθοράς)	2.160 €/5ετια			1 μήνα	✓	✓			
4	Αντλίες (ελαστομερείς) μιας χρήσης για έγχυση φαρμάκου αποσιδήρωσης	30	750€/μήνα			έως 6 μηνες			✓	✓	
5	Σύριγγες απλές	30	15€/μήνα						✓	✓	
6	Αναλώσιμα ηλεκτρονικής αντλίας έγχυσης (Σύριγγες αποσιδήρωσης με ειδικό κούμπωμα)	30	83€/μήνα				✓	✓			
7	Οινόπνευμα ή άλλο αλκοολούχο διάλυμα	1 λίτρο	10€/μήνα								
8	Οξυζενέ	1 μπουκάλι	10€/μήνα								
9	Αντισηπτικό διάλυμα εξωτερικής χρήσης	1 μπουκάλι	10€/μήνα								
10	Αυτοκόλλητη επιδεσμική ταινία	2	3€/μήνα								
11	Ενέσιμο ύδωρ -WATER FOR INJECTION (WFI)	30	14€/μήνα								
12	Βαμβάκι	1 τμχ (100 γρ.)	1€/μήνα								

(1) Στις περιπτώσεις για τις οποίες απαιτούνται επιπλέον ποσότητες ή/και δαπάνες από τις ορισθείσες ως μέγιστες, υποβάλλεται αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, στην οποία θα τεκμηριώνεται η ανάγκη για την αιτούμενη ποσότητα και εξετάζεται από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο (ΑΥΣ) ή άλλο αρμόδιο υγειονομικό όργανο με απόφαση του Δ.Σ. του Οργανισμού,όπως ορίζεται στην υπο στοιχεία ΕΑΛΕ/Γ.Π. 4091/24-04/2025 (Β' 2106) Κ.Υ.Α.

Συνεδρίαση Δ.Σ ΕΟΠΥΥ 1054/18-09-2025

ΠΙΝΑΚΑΣ 3						
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ						
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ (Μ.Υ.Κ.)						
A/A	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΟΥΣ	ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΧ/ΜΗΝΑ ⁽¹⁾	ΑΝΩΤΑΤΗ ΔΑΠΑΝΗ (€)	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ
1	Αντιμικροβιακό διάλυμα εξωτερικής χρήσης	3 μπουκάλια	300€/μήνα	ΚΡΔ, ΚΡΧ, ΠΑΘ, ΓΕΝ	I13 , I50	έως 6 μήνες
	Αποστειρωμένες γάζες	1200				
	Αποστειρωμένα γάντια	120 τμχ (60 ζεύγη)				
	Χάρτινη αυτοκόλλητη ταινία	5				
2	Αναλώσιμα υλικά (ταινίες μέτρησης) για Συσκευή Μέτρησης Χρόνου Προθρομβίνης (INR)	1 κουτί (24τμχ) / 3 μήνες	102€/3μηνο	ΚΡΔ, ΘΡΧ, ΚΡΧ, ΠΑΘ, ΑΙΜ, ΑΓΓΧ, ΓΕΝ	Υ44.2	έως 6 μήνες
3	Σκαρφιστήρες	100 τμχ/ έτος	12 €/έτος	ΚΡΔ, ΘΡΧ, ΚΡΧ, ΠΑΘ, ΑΙΜ, ΑΓΓΧ, ΓΕΝ	Υ44.2	
4	Συσκευή Μέτρησης Χρόνου Προθρομβίνης (INR)	1 τμχ/ 5 ετη	600 €/5ετία	ΚΡΔ, ΘΡΧ, ΚΡΧ, ΠΑΘ, ΑΙΜ, ΑΓΓΧ, ΓΕΝ	Υ44.2	1 μήνα
(1) Στις περιπτώσεις για τις οποίες απαιτούνται επιπλέον ποσότητες ή/και δαπάνες από τις ορισθείσες ως μέγιστες, υποβάλλεται αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, στην οποία θα τεκμηριώνεται η ανάγκη για την αιτούμενη ποσότητα και εξετάζεται από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο (ΑΥΣ) ή άλλο αρμόδιο υγειονομικό όργανο με απόφαση του Δ.Σ. του Οργανισμού, όπως ορίζεται στην υπο στοιχεία ΕΑΛΕ/Γ.Π. 4091/24-04/2025 (Β' 2106) Κ.Υ.Α.						

(1) Στις περιπτώσεις για τις οποίες απαιτούνται επιπλέον ποσότητες ή/και δαπάνες από τις ορισθείσες ως μέγιστες, υποβάλλεται αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, στην οποία θα τεκμηριώνεται η ανάγκη για την αιτούμενη ποσότητα και εξετάζεται από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο (ΑΥΣ) ή άλλο αρμόδιο υγειονομικό όργανο με απόφαση του Δ.Σ. του Οργανισμού, όπως ορίζεται στην υπο στοιχεία ΕΑΛΕ/Γ.Π. 4091/24-04/2025 (Β' 2106) Κ.Υ.Α.

Συνεδρίαση Δ.Σ ΕΟΠΥΥ 1054/18-09-2025

ΠΙΝΑΚΑΣ 5								
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ								
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗΣ								
A/A	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΟΥΣ	ΜΕΠΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΧ/ΜΗΝΑ ⁽¹⁾	ΑΝΩΤΑΤΗ ΔΑΠΑΝΗ (€)	ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ
1	Εναλλάκτης υγρανσης-θέρμανσης λαρυγγεκτομής	30 τμχ/μήνα	126 €/μήνα	Συγχορήγηση με ανωτατο όριο 60 τμχ/ μήνα	Η αρχική γνωμάτευση θα εκδίδεται από ΩΡΛ και οι επαναληπτικές από ΩΡΛ, ΓΕΝ, ΠΑΘ	Z90.02 Επίκτητη απουσία του Λάρυγγα	έως 6 μήνες	Η πρώτη γνωμάτευση υποβάλλεται σε έλεγχο πραγματικού χρόνου από το Τμήμα Προεγκρίσεων Γνωματεύσεων Παροχών ΕΚΠΥ του Οργανισμού
2	Εναλλάκτης υγρανσης-θέρμανσης λαρυγγεκτομής με κουμπί ομιλίας.	60 τμχ/μήνα	252 €/μήνα					
3	Αυτοκόλλητη βάση λαρυγγεκτομής	30 τμχ/μήνα	352 €/μήνα					
4	Προστατευτικό δέρματος (μαντηλάκια) για λαρυγγεκτομή	150τμχ/4μηνο	104 €/4μηνο	Συγχορήγηση μόνο με το είδος α/α 3.				
5	Καθαριστικό δέρματος (μαντηλάκια) για λαρυγγεκτομή	30τμχ/μήνα	10 €/μήνα					
6	Ζώνη στήριξης σωλήνα λαρυγγεκτομής	4 τμχ/μήνα	48 €/μήνα	Συγχορήγηση με τα είδη α/α 8,9			1 μήνα	
7	Κόλλα σιλικόνης για επιπρόσθετη στήριξη βάσης λαρυγγεκτομής	2 τεμ/εξάμηνο	115 €/6μηνο	Συγχορήγηση με το είδος α/α 3				
8	Σωλήνας λαρυγγεκτομής	2 τεμ/εξάμηνο	306 €/6μηνο	Συγχορήγηση με ανωτατο όριο 4 τμχ/ έτος. Δεν συγχορηγείται με το είδος με α/α 3				
9	Σωλήνας λαρυγγεκτομής τύπου button	2 τεμ/εξάμηνο	319 €/6μηνο					
10	Βαλβίδα αυτόματης ομιλίας λαρυγγεκτομής	1 τεμ/εξάμηνο	473 €/6μηνο	Συγχορήγηση με το είδος με α/α 1				
11	Βουρτσάκι καθαρισμού σωλήνα λαρυγγεκτομής	12 τεμ/εξάμηνο	117 €/6μηνο	Συγχορήγηση με τα είδη α/α 8,9				
12	Αδιάβροχο κάλυμμα προστασίας στομίου λαρυγγεκτομής	1 τεμ/εξάμηνο	34 €/6μηνο					
13	Φωνητική πρόθεση λαρυγγεκτομής	2 τεμ/ εξάμηνο	977 €/6μηνο	Χορηγείται μόνο σε αντικατάσταση μετά την αρχική τοποθέτηση				
14	Βουρτσάκι καθαρισμού φωνητικής πρόθεσης	6 τεμ/ εξάμηνο	49 €/6μηνο	Χορηγείται μόνο όταν ο ασθενής φέρει φωνητική πρόθεση (α/α 13)				
15	Σύστημα Πλύσης φωνητικής προθεσης	2 τεμ/εξάμηνο	303 €/6μηνο					
16	Βύσμα ή Φλάντζα φωνητικής πρόθεσης	2 τεμ/εξάμηνο	109 €/6μηνο					
17	Λαρυγγόφωνο	1 τμχ / 4 έτη	600 €/4 έτη					
(1) Στις περιπτώσεις για τις οποίες απαιτούνται επιπλέον ποσότητες ή/και δαπάνες από τις ορισθείσες ως μέγιστες, υποβάλλεται αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, στην οποία θα τεκμηριώνεται η ανάγκη για την αιτούμενη ποσότητα και εξετάζεται από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο (ΑΥΣ) ή άλλο αρμόδιο υγειονομικό όργανο με απόφαση του Δ.Σ. του Οργανισμού, όπως ορίζεται στην υπο στοιχεία ΕΑΛΕ/Γ.Π. 4091/24-04/2025 (Β' 2106) Κ.Υ.Α.								

Συνεδρίαση Δ.Σ ΕΟΠΥΥ 1054/18-09-2025

ΠΙΝΑΚΑΣ 6											
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ											
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΑΝΤΛΙΕΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ- ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΕΓΧΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ											
A/A	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΟΥΣ	ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΧ/ΜΗΝΑ ⁽¹⁾	ΑΝΩΤΑΤΗ ΔΑΠΑΝΗ (€)	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ			
1	Ηλεκτρονική αντλία έγχυσης διατροφικών διαλυμάτων (εντερικής και παρεντερικής σίτισης)	1 (αντικατάσταση ανά 5 ετία λόγω φθοράς)	2.500/Σετία	ΟΓΚ,ΑΚΘ,ΠΑΘ,ΓΕΝ,ΧΡΓ,ΓΑΣΤ,ΠΔΤ,ΠΔΧ,ΝΕΥΡ,ΝΡΧ, ΦΥΣ		K20.8, K20.9, T66, C15-C26, C34.9, C80.1, G12.21, G35, G20, G80.0–G80.9, G12.2, F01–F03, I69	1 μήνας	Απαιτείται έγκριση από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο (Α.Υ.Σ.).			
2	Ηλεκτρονική αντλία έγχυσης για τη θεραπεία με γ-σφαιρίνη, ινóτροπα φάρμακα, φάρμακα για την πνευμονική υπέρταση	1 (αντικατάσταση ανά 5 ετία λόγω φθοράς)	2.500/5ετία	ΠΑΘ,ΠΔΤ,ΑΙΜ,ΝΕΥΡ,ΚΡΔ,ΓΕΝ		D80.0, D83, D81.0, D81.1, D81.2, D81.9, D80.3, C90, C91.1, D80.1,I50,I46,I95,R57,I27.0,I27.2, G70.0, E83.1	1 μήνας	Όλες οι γνωματεύσεις υποβάλλονται σε έλεγχο πραγματικού χρόνου από το Τμήμα Προεγκρίσεων Γνωματεύσεων Παροχών ΕΚΠΥ του Οργανισμού			
3	Καθετήρες υποδόριας έγχυσης	10	111€/μήνα	ΠΑΘ,ΟΓΚ,ΚΡΔ,ΓΑΣΤ,ΓΕΝ,ΧΡΓ,ΝΕΥΡ,ΠΔΤ,ΝΡΧ,ΑΚΤΙΝ,ΠΔΧ,ΑΝΑΙΣΘ,ΑΙΜ	Η γνωματευση εκδίδεται κατόπιν ελέγχου υπαρξης εκτελεσης του α/α 1 ή α/α 2 στον ΑΜΚΑ		έως 3 μήνες				
4	Πλήρες σετ έγχυσης αντλιών	10	600€/μήνα								
5	Δεξαμενές φαρμακου μιας χρήσης	10	400€/μήνα								
6	Βελόνες Εμφυτευμένων φλεβικών καθετήρων (Port – a – Cath)	10	151€/μήνα								
7	Προεκτάσεις γραμμων έγχυσης	10	260€/μήνα								
8	Σύριγγες αντλιών	10	21€/μήνα								
9	Ελαστομερείς αντλίες έγχυσης για ΧΜΘ (μιας χρήσης)	5	125€/μήνα								
10	Αναλώσιμα υλικά για έγχυση ΧΜΘ	5	77€/μήνα			Συγχορήγηση με α/α 9					
11	Ελαστομερείς αντλίες έγχυσης αναλγησίας (μίας χρήσης)	10	250€/μήνα								
12	Αναλώσιμα υλικά για έγχυση αναλγησίας	10	113€/μήνα			Συγχορήγηση με α/α 11					
(1) Στις περιπτώσεις για τις οποίες απαιτούνται επιπλέον ποσότητες ή/και δαπάνες από τις ορισθείσες ως μέγιστες, υποβάλλεται αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, στην οποία θα τεκμηριώνεται η ανάγκη για την αιτούμενη ποσότητα και εξετάζεται από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο (ΑΥΣ) ή άλλο αρμόδιο υγειονομικό όργανο με απόφαση του Δ.Σ. του Οργανισμού,όπως ορίζεται στην υπο στοιχεία ΕΑΛΕ/Γ.Π. 4091/24-04/2025 (Β' 2106) Κ.Υ.Α.											

Συνεδρίαση Δ.Σ ΕΟΠΥΥ 1054/18-09-2025

ΠΙΝΑΚΑΣ 7							
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ							
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ							
A/A	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΟΥΣ	ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΧ/ΜΗΝΑ ⁽¹⁾	ΑΝΩΤΑΤΗ ΔΑΠΑΝΗ (€)	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΕΠΙΤΡΕΠΤΗ ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ
1	Καθετήρας γαστροστομίας με μπαλόνι και δίσκο συγκράτησης (με υποδοχή σίτισης)	1 τμχ / 3μηνο	150€/3μηνο	ΟΓΚ, ΑΚΤΙΝΘ, ΠΑΘ, ΓΕΝ, ΧΡΓ, ΓΑΣΤ, ΠΔΤ, ΠΔΧ, ΝΕΥΡ, ΝΡΧ, ΦΥΣ, ΨΥΧ, ΠΔΨ	Z93.1, Z93.4, R63.4, R63.3, R63.5, I69, G12.2, C15.9, K91.0, G35		1 μήνα
2	Σετ γαστροστομίας χαμηλού προφίλ (καθετήρας γαστροστομίας με προεκτάσεις σίτισης και συριγγες)	1 τμχ / 3μηνο	273€/3μηνο				
3	Μεταβατικός σύνδεσμος (σύνδεση σύριγγας με ρινογαστρικό καθετήρα σίτισης)	30	47 €/ μήνα			Συγχορήγηση μόνο με το είδος με α/α 4	έως 3 μήνες
4	Ρινογαστρικός/ρινονησιδικός καθετήρας σίτισης (Levin σίτισης)	1	11 €/μήνα				
5	Σύριγγα σίτισης (Με Σπείρωμα)	30	33 €/μήνα				
6	Προέκταση σίτισης για καθετήρα γαστροστομίας με μπαλόνι και δίσκο συγκράτησης	2	60 €/ μήνα			Συγχορήγηση μόνο με το είδος με α/α 1	
7	Προέκταση σίτισης για καθετήρα γαστροστομίας χαμηλού προφίλ (με σπείρωμα ή χωρίς)	2	56 €/μήνα			Συγχορήγηση μόνο με το είδος με α/α 2	
9	Ασκός εντερικής σίτισης	30	278 €/μήνα				
10	Συσκευή εντερικής σίτισης μέσω βαρύτητας	30	329 €/μήνα			Συγχορήγηση με ανωτατο όριο 30 τμχ/ μήνα	
11	Συσκευή εντερικής σίτισης μέσω βαρύτητας με ασκό	30					
12	Συσκευή εντερικής σίτισης μέσω αντλίας	30					
13	Συσκευή εντερικής σίτισης μέσω αντλίας με ασκό	30					
(1) Στις περιπτώσεις για τις οποίες απαιτούνται επιπλέον ποσότητες ή/και δαπάνες από τις ορισθείσες ως μέγιστες, υποβάλλεται αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, στην οποία θα τεκμηριώνεται η ανάγκη για την αιτούμενη ποσότητα και εξετάζεται από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο (ΑΥΣ) ή άλλο αρμόδιο υγειονομικό όργανο με απόφαση του Δ.Σ. του Οργανισμού,όπως ορίζεται στην υπο στοιχεία ΕΑΛΕ/Γ.Π. 4091/24-04/2025 (Β' 2106) Κ.Υ.Α.							

ΠΙΝΑΚΑΣ 8						
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ						
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΦΛΕΒΙΚΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ HICKMAN						
A/A	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΟΥΣ	ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΧ/ΜΗΝΑ ⁽¹⁾	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ	ΑΝΩΤΑΤΗ ΜΗΝΙΑΙΑ ΔΑΠΑΝΗ (€)
1	Γάντια αποστειρωμένα	6 ζεύγη/ μήνα	ΠΑΤ, ΟΓΚ, ΠΑΘ, ΝΕΦ, ΓΕΝ	D43, C71, C81, C85	έως 6 μήνες	229 €
2	Γάζες αποστειρωμένες γάζες	30				
3	Σύριγγες	30				
5	Διαφανή αδιάβροχα αυτοκόλλητα επιθέματα	4				
6	Διχτυωτός επίδεσμος	1				
7	Καπάκια για την έξοδο Hickman	10				
8	Σπρέι αφαίρεσης κολλητικού υλικού από το δέρμα	2				
9	Αντισηπτικό διάλυμα	1				
10	Χειρουργικές μάσκες ενηλίκων	100				
11	Μεταξωτή ταινία	1				
12	Χειρουργικά πεδία	10				
(1) Στις περιπτώσεις για τις οποίες απαιτούνται επιπλέον ποσότητες ή/και δαπάνες από τις ορισθείσες ως μέγιστες, υποβάλλεται αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, στην οποία θα τεκμηριώνεται η ανάγκη για την αιτούμενη ποσότητα και εξετάζεται από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο (ΑΥΣ) ή άλλο αρμόδιο υγειονομικό όργανο με απόφαση του Δ.Σ. του Οργανισμού, όπως ορίζεται στην υπο στοιχεία ΕΑΛΕ/Γ.Π. 4091/24-04/2025 (Β' 2106) Κ.Υ.Α.						

Συνεδρίαση Δ.Σ ΕΟΠΥΥ 1054/18-09-2025

ΠΙΝΑΚΑΣ 9						
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ						
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΓΙΑ ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΥΣΤΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ						
A/A	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΟΥΣ	ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΧ/ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ⁽¹⁾	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ	ΑΝΩΤΑΤΗ ΜΗΝΙΑΙΑ ΔΑΠΑΝΗ (€)
1	Σύστημα ενδοφλέβιας έγχυσης ορού	140	ΠΝΕ , ΠΑΘ, ΓΕΝ	Ε84	1 μήνα	183 €
2	Σύριγγες 10 ml με τις αντίστοιχες βελόνες	84				
3	Σύριγγες 5 ml με τις αντίστοιχες βελόνες	210				
4	Αντισηπτικό διάλυμα	1				
5	Καπάκια / stop για φλεβοκαθετήρες Abbocath	14				
(1) Στις περιπτώσεις για τις οποίες απαιτούνται επιπλέον ποσότητες ή/και δαπάνες από τις ορισθείσες ως μέγιστες, υποβάλλεται αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, στην οποία θα τεκμηριώνεται η ανάγκη για την αιτούμενη ποσότητα και εξετάζεται από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο (ΑΥΣ) ή άλλο αρμόδιο υγειονομικό όργανο με απόφαση του Δ.Σ. του Οργανισμού, όπως ορίζεται στην υπο στοιχεία ΕΑΛΕ/Γ.Π. 4091/24-04/2025 (Β' 2106) Κ.Υ.Α.						

ΠΙΝΑΚΑΣ 10																										
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ																										
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΥΛΙΚΟ (*)																										
				I.ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΥΛΙΚΟ					II.ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΝΤΛΙΑΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ					III. ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΥΝΕΧΟΥΣ/ ΣΤΙΓΜΙΑΙΑΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ (CGM-FGM)			ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ									
				1					2					3					4		5	6	7	8		
A/A	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ	ICD 10		ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΣΥΓΚΟΡΗΓΗΣΗΣ ΩΣ ΚΑΤΩΘΙ:	ΤΑΙΝΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΤΟ ΑΙΜΑ (ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΚ/ΜΗΝΑ) (2)	ΤΑΙΝΙΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΕΤΟΝΩΝ ΣΤΟ ΑΙΜΑ (ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΚ/ΕΤΟΣ)(2)	ΣΚΑΡΦΙΣΤΗΡΕΣ (ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΚ/ΜΗΝΑ)(2)	ΒΕΛΟΝΕΣ ΦΥΣΙΤΟΣΥΡΙΓΓΙΤΩΝ (ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΚ/ΜΗΝΑ)(2)	ΣΥΡΙΓΓΕΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΜΕ ΒΕΛΟΝΕΣ (ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΚ/ΜΗΝΑ)(2)	ΑΝΤΛΙΑ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ (τύπου patch) (ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΚ/ΜΗΝΑ) (2)	ΑΝΤΛΙΑ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ	ΚΑΘΕΤΗΡΑΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ (Σετ καθετήρα και γραμμή) (ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΚ/ΜΗΝΑ)(2)	ΔΕΞΑΜΕΝΕΣ (ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΚ/ΜΗΝΑ) (2)	ΜΠΑΤΑΡΙΕΣ (ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΚ/ΜΗΝΑ)(2)	ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΥΝΕΧΟΥΣ/ ΣΤΙΓΜΙΑΙΑΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ (CGM-FGM) (2)	ΑΝΩΤΑΤΗ ΜΗΝΙΑΙΑ ΔΑΠΑΝΗ (€)										
ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΟΥΣ																										
1	•ΣΑΚΚΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 •ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΙ ΜΕ ΣΑΚΚΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΕΠΙ ΕΔΑΦΟΥΣ ΠΑΚΗΡΕΑΚΤΟΜΗΣ Ή ΣΟΒΑΡΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΠΑΚΗΡΕΑΤΟΣ	E10,K85,K86, K87	ΧΩΡΙΣ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΛΙΑΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ	ΕΠΙΛΟΓΗ 1	200	50	200	200 (ΒΕΛΟΝΕΣ ΦΥΣΙΤΟΣΥΡΙΓΓΙΤΩΝ ή ΣΥΡΙΓΓΕΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΜΕ ΒΕΛΟΝΕΣ)								116 €										
				ΕΠΙΛΟΓΗ 2		50		200 (ΒΕΛΟΝΕΣ ΦΥΣΙΤΟΣΥΡΙΓΓΙΤΩΝ ή ΣΥΡΙΓΓΕΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΜΕ ΒΕΛΟΝΕΣ)					✓		(3)	Μέγιστη ποσότητα τυχ πομπού & αισθητήρα ανάλογα με τον τύπο του συστήματος με ανώτατο όριο κατ' έτος										
			ΜΕ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΛΙΑΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ	ΕΠΙΛΟΓΗ 1	200	50	200	ΕΩΣ 100 ΤΜΚ / ΕΤΟΣ (ΒΕΛΟΝΕΣ ΦΥΣΙΤΟΣΥΡΙΓΓΙΤΩΝ ή ΣΥΡΙΓΓΕΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΜΕ ΒΕΛΟΝΕΣ)	10							550 €										
				ΕΠΙΛΟΓΗ 2	200	50	200	ΕΩΣ 100 ΤΜΚ / ΕΤΟΣ (ΒΕΛΟΝΕΣ ΦΥΣΙΤΟΣΥΡΙΓΓΙΤΩΝ ή ΣΥΡΙΓΓΕΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΜΕ ΒΕΛΟΝΕΣ)		1		15	15	4		467 €	Αντικατάσταση ή γυμνάτευση άλλου τύπου αντλίας μόνο μετά την παρέλευση πενταετίας με έγκριση από αρμόδιο υγειονομικό όργανο									
				ΕΠΙΛΟΓΗ 3		50		ΕΩΣ 100 ΤΜΚ / ΕΤΟΣ (ΒΕΛΟΝΕΣ ΦΥΣΙΤΟΣΥΡΙΓΓΙΤΩΝ ή ΣΥΡΙΓΓΕΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΜΕ ΒΕΛΟΝΕΣ)	10						✓	(3)	Μέγιστη ποσότητα τυχ πομπού & αισθητήρα ανάλογα με τον τύπο του συστήματος με ανώτατο όριο κατ' έτος									
				ΕΠΙΛΟΓΗ 4		50		ΕΩΣ 100 ΤΜΚ / ΕΤΟΣ (ΒΕΛΟΝΕΣ ΦΥΣΙΤΟΣΥΡΙΓΓΙΤΩΝ ή ΣΥΡΙΓΓΕΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΜΕ ΒΕΛΟΝΕΣ)		1		15	15	4	✓	(3)	Μέγιστη ποσότητα τυχ πομπού & αισθητήρα ανάλογα με τον τύπο του συστήματος με ανώτατο όριο κατ' έτος / Αντικατάσταση ή γυμνάτευση άλλου τύπου αντλίας μόνο μετά την παρέλευση πενταετίας με έγκριση από αρμόδιο υγειονομικό όργανο									
2	ΣΑΚΚΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟ	E11	ΕΠΙΛΟΓΗ 1	100	30	100	100 (ΒΕΛΟΝΕΣ ΦΥΣΙΤΟΣΥΡΙΓΓΙΤΩΝ ή ΣΥΡΙΓΓΕΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΜΕ ΒΕΛΟΝΕΣ)									59 €										
3	ΣΑΚΚΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΔΙΣΚΙΑ	E11,E12	ΕΠΙΛΟΓΗ 1	25		25											12 €									
4	ΣΑΚΚΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΥΠΟ ΕΝΕΣΙΜΗ ΑΓΩΓΗ (ΕΚΤΟΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ)	E11,E12	ΕΠΙΛΟΓΗ 1	25		25	50 (ΠΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ GLP-1)										17 €									
5	ΣΑΚΚΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΥΠΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	E11,E12	ΕΠΙΛΟΓΗ 1	50 /ΤΡΙΜΗΝΟ		50 /ΤΡΙΜΗΝΟ											7 €									
6	ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	O24	ΕΠΙΛΟΓΗ 1	150	50 (ΑΠΑΣ)	150	150 (ΒΕΛΟΝΕΣ ΦΥΣΙΤΟΣΥΡΙΓΓΙΤΩΝ ή ΣΥΡΙΓΓΕΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΜΕ ΒΕΛΟΝΕΣ)									82€ (+ 92€ απας)										
			ΕΠΙΛΟΓΗ 2			50 (ΑΠΑΣ)		150 (ΒΕΛΟΝΕΣ ΦΥΣΙΤΟΣΥΡΙΓΓΙΤΩΝ ή ΣΥΡΙΓΓΕΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΜΕ ΒΕΛΟΝΕΣ)						✓	(3)	Μέγιστη ποσότητα τυχ πομπού & αισθητήρα ανάλογα με τον τύπο του συστήματος με ανώτατο όριο κατ' έτος / Οι παροχές αφορούν το χρονικό διάστημα της κύησης										
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΩΝ				ΠΑΘ,ΓΕΝ,ΕΝΔ,ΓΥΝ,ΑΓΡ,ΠΑΤ															Ιατροί πιστοποιημένων διαβητολογικών κέντρων ή ιατρείων, δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα (μόνο για την αρχική γνωμάτευση) επαναληφθή γνωματεύσεων ΠΑΘ,ΓΕΝ,ΕΝΔ,ΑΓΡ,ΠΑΤ	Ιατροί πιστοποιημένων διαβητολογικών κέντρων ή ιατρείων, δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα	ΠΑΘ,ΓΕΝ,ΕΝΔ,ΓΥΝ,ΑΓΡ,ΠΑΤ					
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ (ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ)																			έως 6 μήνες		έως 3 μήνες					

[1] Προϋπόθεση για τη παροχή των διαβητολογικών υλικών είναι η καταχώρηση του δικαιούχου στην ηλεκτρονική πλατφόρμα καταγραφής και παρακολούθησης ασθενών που λαμβάνουν παροχές για Σακχαρώδη Διαβήτη, από τον θεράποντα ιατρό. (2) Στις περιπτώσεις για τις οποίες απαιτούνται επιπλέον ποσότητες ή/και δαπάνες από τις ορισθείσες ως μέγιστες (με εξαίρεση την ηλεκτρονική αντλία (ινσουλίνη συμβατικού τύπου), υποβάλλεται αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, στην οποία θα τεκμηριώνεται η ανάγκη για την ατομική ποσότητα και εφετάζεται από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο (ΑΥΣ) ή άλλο αρμόδιο υγειονομικό όργανο με απόφαση του Δ.Σ. του Οργανισμού όπως ορίζεται στην υπο στοιχεία ΕΑΛΕ/Γ.Π. 4091/24-04/2025 (Β' 2106) Κ.Υ.Α (3) Το ανώτατο μηνιαίο όριο θα αποτυπωθεί μετά τη διαδικασία διαπραγμάτευσης των συστημάτων CGM και FGM από την Επιτροπή Διαπραγμάτευσης Τιμών Αποζημίωσης Υπηρεσιών Υγείας, Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων και Υλικών (Επιτροπή Διαπραγμάτευσης)

(1) Προϋπόθεση για τη παροχή των διαβητολογικών υλικών είναι η καταχώρηση του δικαιούχου στην ηλεκτρονική πλατφόρμα καταγραφής και παρακολούθησης ασθενών που λαμβάνουν παροχές για Σακχαρώδη Διαβήτη, από τον Θεράποντα Ιατρό. (2) Στις περιπτώσεις για τις οποίες απαιτούνται επιπλέον ποσότητες ή/και δαπάνες από τις οριοθετικές ως μέγιστες (με εξαίρεση την ηλεκτρονική ανάλυση υποδακτύλου τύπου), υποβάλλεται αιτούλημένη γνωμάτευση του Θεράποντος Ιατρού, στην οποία θα τεκμηριώνεται η εν λόγω ποσότητα και ελέγχεται από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο (ΑΥΣ) ή άλλο αρμόδιο υγειονομικό όργανο με απόφαση του Δ.Σ. του Οργανισμού όπως ορίζεται στην υπο στοιχεία ΕΛΛΕ/Γ.Π. 4093/24-04/2025 (Β' 2106) Κ.Υ.Α (3) Το ανώτατο μηνιαίο όριο θα αποτυπωθεί μετά τη διαδικασία διαπραγμάτευσης των συστημάτων CGM και FGM από την Επιτροπή Διαπραγμάτευσης Τύμων Αποζημίωσης Υπηρεσιών Υγείας, Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων και Υλικών (Επιτροπή Διαπραγμάτευσης)

Συνεδρίαση Δ.Σ ΕΟΠΥΥ 1054/18-09-2025

ΠΙΝΑΚΑΣ 11 ΑΝΑΛΟΓΙΣΜΟ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ ΥΛΙΚΩ																																
ΟΣΤΙΟΝΟΜΑ ΥΛΙΚΩ																																
Α/Α	ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΣΥΝΧΡΟΝΙΣΗΣ ΕΙΔΩΝ ΣΕ ΚΑΤΩΣ:	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΩΣ	ΜΕΓΕΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΚ/ΜΗΝΙΑ ⁽¹⁾	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΩΝ ΜΕΓΕΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΤΜΚ/ΜΗΝΙΑ (*)						ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΔΙΑΚΡΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ	ΑΝΩΤΑΤΗ ΜΗΝΙΑΙΑ ΔΑΠΑΝΗ (€)	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ																		
				ΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΑ - ΑΦΑΙΡΕΤΙΚΑ ΥΛΙΚΑ (μικ επιλογή είδους)		ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΑ ΥΛΙΚΑ (μικ επιλογή είδους)		ΠΡΟΙΟΝΤΑ ΣΤΕΓΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ							ΖΩΝΗ ΣΤΟΜΙΑΣ																	
				Καθαριστικό δερματός ή σφραγιστικό κόλλας (μονοηλικού)	Καθαριστικό δερματός ή σφραγιστικό κόλλας (άλλης μορφής)	Μαντηλάκια διαγνωστικής δερματοσκοπικού φραγμού	Προστατευτικό δερματός σε μορφή σπρέι	Πάστα στεγανοποίησης (σουλφονίου)	Πάστα στεγανοποίησης άλλης μορφής (ηρθικός, διακυλικός κ.α) συνσκευασία 30mg							Προϊόντα αντιμετώπισης κρεβατιών δερματός																
1	ΥΛΙΚΑ ΕΙΣΑΓΩΓΟΜΙΑΣ (σκέτος 1 τεμαχίου σκευός / μετρηγμένος με παράθυρο και βρωμιάς / σκευός 2 τεμαχίων και λοιπά σκευός αλλού)	1η ΕΠΙΛΟΓΗ	Σέκος 1 τεμαχίου σκευός	30	30	2	30	2	2	2	2	1 τμχ/ 6 μήνες	ΠΑΘ, ΧΕΙΡ, ΟΓΚ, ΠΛΑ, ΓΕΝ, ΑΓΡΟΤ, ΓΑΣΤΡ	293.2, 243.2	1-3 μήνες, προσηυρωμένη εκκατομάρια & 4-6 μήνες μόνιμη εκκατομάρια	240	Ο θορύβος σκευός δύναται να μετασχηματισθεί έως 4 τμήματα σκευός ανά σκευός από τα σκευός άλλού να θεωρηθεί δερματός σε σκευός σκευός / ηρθικός, διακυλικός κ.α) συνσκευασία 30mg Πάστα στεγανοποίησης άλλης μορφής (ηρθικός, διακυλικός κ.α) συνσκευασία 30mg Προϊόντα αντιμετώπισης κρεβατιών δερματός σε μορφή σπρέι Πάστα στεγανοποίησης άλλης μορφής (ηρθικός, διακυλικός κ.α) συνσκευασία 30mg															
		2η ΕΠΙΛΟΓΗ	Σέκος με τετραγωνιστικό με παράθυρο και βρωμιάς	με έγκριση ΑΥΕ	30	2	30	2	2	2	2	1 τμχ/ 6 μήνες																				
		3η ΕΠΙΛΟΓΗ	Σέκος συστημάτων 2 τεμαχίων σκευός	30	30	1	30	1	2	2	1	1 τμχ/ 6 μήνες																				
			Βάσεις συστημάτων 2 τεμαχίων	10																												
2	ΥΛΙΚΑ ΚΑΘΕΣΤΟΜΙΑΣ (σκέτος 1 τεμαχίου σκευός / σέκος 1 τεμαχίου αλλού / μετρηγμένος με παράθυρο και βρωμιάς / σκευός 2 τεμαχίων σκευός/σκευός 2 τεμαχίων αλλού και λοιπά σκευός αλλού)	1η ΕΠΙΛΟΓΗ	Σέκος με τετραγωνιστικό με παράθυρο και βρωμιάς	30	30	2	30	2	2	2	2	1 τμχ/ 6 μήνες	ΠΑΘ, ΧΕΙΡ, ΟΓΚ, ΠΛΑ, ΓΕΝ, ΑΓΡΟΤ, ΑΝΕΥ, ΓΑΣΤΡ	293.3, 243.3	1-3 μήνες, προσηυρωμένη εκκατομάρια & 4-6 μήνες μόνιμη εκκατομάρια	290	Ο θορύβος σκευός δύναται να μετασχηματισθεί έως 4 τμήματα σκευός ανά σκευός από τα σκευός άλλού να θεωρηθεί δερματός σε σκευός σκευός / ηρθικός, διακυλικός κ.α) συνσκευασία 30mg Πάστα στεγανοποίησης άλλης μορφής (ηρθικός, διακυλικός κ.α) συνσκευασία 30mg Προϊόντα αντιμετώπισης κρεβατιών δερματός σε μορφή σπρέι Πάστα στεγανοποίησης άλλης μορφής (ηρθικός, διακυλικός κ.α) συνσκευασία 30mg															
		2η ΕΠΙΛΟΓΗ	Σέκος 1 τεμαχίου σκευός	30	30	2	30	2	2	2	2	1 τμχ/ 6 μήνες																				
		3η ΕΠΙΛΟΓΗ	Σέκος 1 τεμαχίου σκευός	60	60	2	60	2	2	2	2	1 τμχ/ 6 μήνες																				
		4η ΕΠΙΛΟΓΗ	Σέκος συστημάτων 2 τεμαχίων σκευός	30	30	1	30	1	2	2	1	1 τμχ/ 6 μήνες																				
			Βάσεις συστημάτων 2 τεμαχίων	10																												
		5η ΕΠΙΛΟΓΗ	Σέκος συστημάτων 2 τεμαχίων αλλού	60	30	1	30	1	2	2	2	1						1 τμχ/ 6 μήνες														
			Βάσεις συστημάτων 2 τεμαχίων	10																												
Α/Α		ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΩΣ	ΜΕΓΕΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΚ/ΜΗΝΙΑ ⁽¹⁾	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΔΙΑΚΡΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ	ΑΝΩΤΑΤΗ ΜΗΝΙΑΙΑ ΔΑΠΑΝΗ (€)																									
3	ΥΛΙΚΑ ΥΠΟΚΑΛΕΣΜΟΥ ΚΟΚΚΟΤΟΜΙΑΣ	Σκευός υποκατασκευασμένο	1 τμχ/6 μήνες	ΠΑΘ, ΧΕΙΡ, ΟΓΚ, ΠΛΑ, ΓΕΝ, ΑΓΡΟΤ, ΑΝΕΥ, ΓΑΣΤΡ	293.3	1 μήνα	290																									
		Τάπη ή κάλυμμα εκκατομάρια	30			έως 6 μήνες																										
		Απορροφητικό σκευός υποκατασκευασμένο	30																													
Α/Α	ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΣΥΝΧΡΟΝΙΣΗΣ ΕΙΔΩΝ ΣΕ ΚΑΤΩΣ:	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΩΣ	ΜΕΓΕΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΚ/ΜΗΝΙΑ ⁽¹⁾	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΩΝ ΜΕΓΕΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΤΜΚ/ΜΗΝΙΑ (*)						ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΔΙΑΚΡΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ	ΑΝΩΤΑΤΗ ΜΗΝΙΑΙΑ ΔΑΠΑΝΗ (€)	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ																		
				ΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΑ - ΑΦΑΙΡΕΤΙΚΑ ΥΛΙΚΑ (μικ επιλογή είδους)		ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΑ ΥΛΙΚΑ (μικ επιλογή είδους)		ΠΡΟΙΟΝΤΑ ΣΤΕΓΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ							ΖΩΝΗ ΣΤΟΜΙΑΣ	ΟΥΡΟΠΡΟΤΟΜΙΑΣ																
				Καθαριστικό δερματός ή σφραγιστικό κόλλας (μονοηλικού)	Καθαριστικό δερματός ή σφραγιστικό κόλλας (άλλης μορφής)	Μαντηλάκια διαγνωστικής δερματοσκοπικού φραγμού	Προστατευτικό δερματός σε μορφή σπρέι	Πάστα στεγανοποίησης (σουλφονίου)	Πάστα στεγανοποίησης άλλης μορφής (ηρθικός, διακυλικός κ.α) συνσκευασία 30mg								Προϊόντα αντιμετώπισης κρεβατιών δερματός															
				4	ΥΛΙΚΑ ΝΕΦΡΟΤΟΜΙΑΣ (σέκος 1 τεμαχίου με βρωμιά, σέκος σκευός 2 τεμαχίων με βρωμιά και λοιπά σκευός αλλού)	1η ΕΠΙΛΟΓΗ	Σέκος 1 τεμαχίου με βρωμιά	30	30						2	30	2	0	0	2	1 τμχ/ 6 μήνες	30 μικς χρήσης ή 10 πολλαπλών χρήσεων	ΠΑΘ, ΝΕΦ, ΧΕΙΡ, ΠΛΑ, ΓΕΝ, ΟΥΡ, ΟΓΚ, ΑΓΡΟΤ	293.6, 243.6	έως 3 μήνες	270	Ο θορύβος σκευός δύναται να μετασχηματισθεί έως 4 τμήματα σκευός ανά σκευός από τα σκευός άλλού να θεωρηθεί δερματός σε σκευός σκευός / ηρθικός, διακυλικός κ.α) συνσκευασία 30mg Πάστα στεγανοποίησης άλλης μορφής (ηρθικός, διακυλικός κ.α) συνσκευασία 30mg Προϊόντα αντιμετώπισης κρεβατιών δερματός σε μορφή σπρέι Πάστα στεγανοποίησης άλλης μορφής (ηρθικός, διακυλικός κ.α) συνσκευασία 30mg					
						2η ΕΠΙΛΟΓΗ	Σέκος συστημάτων 2 τεμαχίων με βρωμιάς	30	30						1	30	1	0	0	1	1 τμχ/ 6 μήνες	30 μικς χρήσης ή 10 πολλαπλών χρήσεων										
							Βάσεις συστημάτων 2 τεμαχίων	10																								
					ΥΛΙΚΑ ΟΥΡΟΠΡΟΤΟΜΙΑΣ (σέκος 1 τεμαχίου με βρωμιά, σέκος σκευός 2 τεμαχίων με βρωμιά, σέκος σκευός 2 τεμαχίων και λοιπά σκευός αλλού)	1η ΕΠΙΛΟΓΗ	Σέκος 1 τεμαχίου με βρωμιάς	30	30						2	30	2	2	2	2	1 τμχ/ 6 μήνες	30 μικς χρήσης ή 10 πολλαπλών χρήσεων						ΠΑΘ, ΧΕΙΡ, ΠΛΑ, ΓΕΝ, ΠΝΕ, ΟΓΚ, ΧΕΙΡ, ΑΓΡΟΤ	293.8, 293.9	1 μήνες	240	Ο θορύβος σκευός δύναται να μετασχηματισθεί έως 4 τμήματα σκευός ανά σκευός από τα σκευός άλλού να θεωρηθεί δερματός σε σκευός σκευός / ηρθικός, διακυλικός κ.α) συνσκευασία 30mg Πάστα στεγανοποίησης άλλης μορφής (ηρθικός, διακυλικός κ.α) συνσκευασία 30mg Προϊόντα αντιμετώπισης κρεβατιών δερματός σε μορφή σπρέι Πάστα στεγανοποίησης άλλης μορφής (ηρθικός, διακυλικός κ.α) συνσκευασία 30mg
						2η ΕΠΙΛΟΓΗ	Σέκος συστημάτων 2 τεμαχίων με βρωμιάς	30	30						1	30	1	2	2	1	1 τμχ/ 6 μήνες	30 μικς χρήσης ή 10 πολλαπλών χρήσεων										
							Βάσεις συστημάτων 2 τεμαχίων	10																								
				Α/Α	ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΣΥΝΧΡΟΝΙΣΗΣ ΕΙΔΩΝ ΣΕ ΚΑΤΩΣ:	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΩΣ	ΜΕΓΕΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΚ/ΜΗΝΙΑ ⁽¹⁾	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΩΝ ΜΕΓΕΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΤΜΚ/ΜΗΝΙΑ (*)							ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΔΙΑΚΡΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ	ΑΝΩΤΑΤΗ ΜΗΝΙΑΙΑ ΔΑΠΑΝΗ (€)	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ													
								ΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΑ - ΑΦΑΙΡΕΤΙΚΑ ΥΛΙΚΑ (μικ επιλογή είδους)												ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΑ ΥΛΙΚΑ (μικ επιλογή είδους)		ΠΡΟΙΟΝΤΑ ΣΤΕΓΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ		ΖΩΝΗ ΣΤΟΜΙΑΣ	ΟΥΡΟΠΡΟΤΟΜΙΑΣ							
								Καθαριστικό δερματός ή σφραγιστικό κόλλας (μονοηλικού)	Καθαριστικό δερματός ή σφραγιστικό κόλλας (άλλης μορφής)											Μαντηλάκια διαγνωστικής δερματοσκοπικού φραγμού	Προστατευτικό δερματός σε μορφή σπρέι	Πάστα στεγανοποίησης (σουλφονίου)	Πάστα στεγανοποίησης άλλης μορφής (ηρθικός, διακυλικός κ.α) συνσκευασία 30mg			Προϊόντα αντιμετώπισης κρεβατιών δερματός						
5	ΥΛΙΚΑ ΓΙΑ ΟΡΘΟΚΑΤΟΜΙΑ Ή ΣΥΝΤΙΚΟ (σκέτος 1 τεμαχίου σκευός ή με βρωμιάς / σέκος μετρηγμένος με παράθυρο και βρωμιάς / σέκος συστημάτων 2 τεμαχίων σκευός ή με βρωμιάς και λοιπά σκευός αλλού)	1η ΕΠΙΛΟΓΗ	Σέκος 1 τεμαχίου με βρωμιάς					30	30	2	30	2	2	2						2	1 τμχ/ 6 μήνες	ΠΑΘ, ΧΕΙΡ, ΠΛΑ, ΓΕΝ, ΠΝΕ, ΟΓΚ, ΧΕΙΡ, ΑΓΡΟΤ	293.8, 293.9	1 μήνες	240	Ο θορύβος σκευός δύναται να μετασχηματισθεί έως 4 τμήματα σκευός ανά σκευός από τα σκευός άλλού να θεωρηθεί δερματός σε σκευός σκευός / ηρθικός, διακυλικός κ.α) συνσκευασία 30mg Πάστα στεγανοποίησης άλλης μορφής (ηρθικός, διακυλικός κ.α) συνσκευασία 30mg Προϊόντα αντιμετώπισης κρεβατιών δερματός σε μορφή σπρέι Πάστα στεγανοποίησης άλλης μορφής (ηρθικός, διακυλικός κ.α) συνσκευασία 30mg						
		2η ΕΠΙΛΟΓΗ	Σέκος 1 τεμαχίου σκευός					30	30	2	30	2	2	2						2	1 τμχ/ 6 μήνες											
		3η ΕΠΙΛΟΓΗ	Σέκος με τετραγωνιστικό με παράθυρο και βρωμιάς					με έγκριση ΑΥΕ σε τετραγωνιστικό πολλαπλών συστημάτων	30	2	30	2	2	2						2	1 τμχ/ 6 μήνες											
		4η ΕΠΙΛΟΓΗ	Σέκος συστημάτων 2 τεμαχίων σκευός					30	30	1	30	1	2	2						1	1 τμχ/ 6 μήνες											
			Βάσεις συστημάτων 2 τεμαχίων					10																								
		5η ΕΠΙΛΟΓΗ	Σέκος συστημάτων 2 τεμαχίων με βρωμιάς					30	30	1	30	1	2	2						1	1 τμχ/ 6 μήνες											
			Βάσεις συστημάτων 2 τεμαχίων					10																								

1) Στις περιπτώσεις για τις οποίες απαιτούνται ειδικά ποσότητες ή/και δοσολογίες από τις αρμόδιες ως μέλη, υποβάλλει με αυτοεγκρίμνη γνώμη την υποτιθέμενη ποσότητα και εξετάζει από το Ανώτατο Υπενομοτικό Συμβούλιο (ΑΥΣ) ή άλλο αρμόδιο υγειονομικό όργανο με απόφαση του Δ.Σ. το Οργανισμό όπως ορίζεται στην υπο στοιχεία ΕΑΛΕ/Τ' Π. 4091/24-04/2025 (Π' 2100) Κ.Υ.Α.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12													
ΑΝΑΛΟΓΙΣΜΟ ΥΓΕΙΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ													
ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ-ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚΤΕΣ													
		ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΧ/ΜΗΝΑ ⁽¹⁾	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ		A/A	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΟΥΣ	ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΥΓΧΡΗΡΙΖΗΣ ΕΙΔΩΝ ΩΣ ΚΑΤΩΘΙ:	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΟΥΣ	ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΧ/ΜΗΝΑ ⁽¹⁾	ΑΝΩΤΑΤΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΡΙΟ (€)	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΛΕΓΧΟΣ
Α. ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΑΥΤΟΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟΥ		S14,S24,S34	180	έως 6 μήνες	ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΥΠΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΑ ΑΝΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ (δυνατότητα επιλογής περισσότερων του ενός τύπου)	1	ΑΠΛΟΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΑΥΤΟΚΑΘΗΤΗΡΙΑΣΜΟΥ	1Η ΕΠΙΛΟΓΗ	ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚΤΕΣ ΜΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ 2000ML	ΙΣΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΜΧ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ (στις περιπτώσεις χορήγησης καθετήρων με εναωσιωατωμένο ουροσυλλεκτή (α/α 3,5,8) χρησιμοποιείται έως 30 τμχ το μήνα με ισάριθμη μείωση στον αριθμό τεμαχίων των λοιπών τυπων καθετήρων αυτοκαθετηριασμού και ουροσυλλεκτών μίας χρήσης).	640 €	Αρχική γνωμάτευση από ΟΥΡ, ΦΥΣ και επανάληψη γνωματεύσεων από ΟΥΡ,ΝΕΥΡ,ΦΥΣ, ΠΘ, ΓΕΝ	Η αρχική γνωμάτευση υποβάλλεται σε έλεγχο πραγματικού χρόνου στο Τμήμα Προεγχειρίσεων Γνωματεύσεων Πασχών ΕΚΠΥ το Οργανισμό
		C70.1,C72.0,C72.1,G06.1	180			2	ΠΡΟΛΙΠΑΣΜΕΝΟΙ ΜΕ ΓΕΛΗ						
		G80,G83.4	180			3	ΠΡΟΛΙΠΑΣΜΕΝΟΙ ΜΕ ΓΕΛΗ ΚΑΙ ΕΝΕΣΜΑΤΟΜΕΝΟ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚΤΗ						
		G04	180			4	ΥΔΡΟΦΙΛΟΙ ΑΥΤΟΛΙΠΑΙΝΟΜΕΝΟΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΜΕ ΔΣΚΟ/ ΔΜΠΟΥΛΑ ΝΕΡΟΥ						
		G35,G36,G37	150	5		ΥΔΡΟΦΙΛΟΙ ΑΥΤΟΛΙΠΑΙΝΟΜΕΝΟΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΜΕ ΔΣΚΟ/ ΔΜΠΟΥΛΑ ΝΕΡΟΥ ΚΑΙ ΕΝΕΣΜΑΤΟΜΕΝΟ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚΤΗ	2Η ΕΠΙΛΟΓΗ	ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚΤΕΣ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΧΡΗΣΕΩΝ (κλίνης ή περιπάτου)	10 τμχ/μήνα				
		G20,G21,G22,G23,G24,G25,G26	120	έως 3 μήνες		6				ΥΔΡΟΦΙΛΟΙ ΑΥΤΟΛΙΠΑΙΝΟΜΕΝΟΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΜΕ ΠΡΟΣΩΡΙΚΗ ΝΕΡΟΥ / ΔΙΑΛΥΜΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΟΡΟΥ			
		G99.0	120	έως 3 μήνες		7				ΥΔΡΟΦΙΛΟΙ ΕΤΟΙΜΟΙ ΛΙΠΑΣΜΕΝΟΙ ΣΥΣΚΕΥΑΣΜΕΝΟΙ ΣΕ ΔΙΑΛΥΜΑ			
		Q05,Q64.1	180	έως 6 μήνες		8				ΥΔΡΟΦΙΛΟΙ ΕΤΟΙΜΟΙ ΛΙΠΑΣΜΕΝΟΙ ΣΥΣΚΕΥΑΣΜΕΝΟΙ ΣΕ ΔΙΑΛΥΜΑ ΚΑΙ ΕΝΕΣΜΑΤΟΜΕΝΟ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚΤΗ			
		C61,C67,D30.3,D30.4	120	έως 3 μήνες									
	N35,N99.1	30	έως 3 μήνες										
	N31	150	έως 3 μήνες										

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 18 Σεπτεμβρίου 2025

Η Πρόεδρος

ΘΕΑΝΩ ΚΑΡΠΟΔΙΝΗ



ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

Το Εθνικό Τυπογραφείο αποτελεί δημόσια υπηρεσία υπαγόμενη στην Προεδρία της Κυβέρνησης και έχει την ευθύνη τόσο για τη σύνταξη, διαχείριση, εκτύπωση και κυκλοφορία των Φύλλων της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως (ΦΕΚ), όσο και για την κάλυψη των εκτυπωτικών - εκδοτικών αναγκών του δημοσίου και του ευρύτερου δημόσιου τομέα (ν. 3469/2006/Α' 131 και π.δ. 29/2018/Α' 58).

1. ΦΥΛΛΟ ΤΗΣ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ (ΦΕΚ)

- Τα **ΦΕΚ σε ηλεκτρονική μορφή** διατίθενται δωρεάν στο **www.et.gr**, την επίσημη ιστοσελίδα του Εθνικού Τυπογραφείου. Όσα ΦΕΚ δεν έχουν ψηφιοποιηθεί και καταχωριστεί στην ανωτέρω ιστοσελίδα, ψηφιοποιούνται και αποστέλλονται επίσης δωρεάν με την υποβολή αιτήματος στην ηλεκτρονική διεύθυνση feksales@et.gr.
- Τα **ΦΕΚ σε έντυπη μορφή** διατίθενται σε μεμονωμένα φύλλα είτε απευθείας από το Τμήμα Πωλήσεων και Συνδρομητών, είτε ταχυδρομικά με την αποστολή αιτήματος παραγγελίας στην ηλεκτρονική διεύθυνση feksales@et.gr.
 - Το κόστος ενός ασπρόμαυρου ΦΕΚ από 1 έως 16 σελίδες είναι 1,00 €, αλλά για κάθε επιπλέον οκτασέλιδο (ή μέρος αυτού) προσαυξάνεται κατά 0,20 €. Το κόστος ενός έγχρωμου ΦΕΚ από 1 έως 16 σελίδες είναι 1,50 €, αλλά για κάθε επιπλέον οκτασέλιδο (ή μέρος αυτού) προσαυξάνεται κατά 0,30 €.
 - Το τεύχος Α.Σ.Ε.Π. διατίθεται δωρεάν.
 - Υπάρχει δυνατότητα ετήσιας συνδρομής οποιουδήποτε τεύχους σε έντυπη μορφή μέσω του Τμήματος Πωλήσεων και Συνδρομητών.

• Τρόποι αποστολής κειμένων προς δημοσίευση:

- A.** Αποστολή των εγγράφων προς δημοσίευση στο ΦΕΚ στην ηλεκτρονική διεύθυνση <https://eservices.et.gr>. Σχετικές εγκύκλιοι και οδηγίες στην ηλεκτρονική διεύθυνση του Εθνικού Τυπογραφείου (www.et.gr) στη διαδρομή **Ανακοινώσεις → Εγκύκλιοι**.
- B.** Κατ' εξαίρεση, όσοι πολίτες δεν διαθέτουν προηγμένη ψηφιακή υπογραφή μπορούν είτε να αποστέλλουν ταχυδρομικά, είτε να καταθέτουν με εκπρόσωπό τους κείμενα προς δημοσίευση εκτυπωμένα σε χαρτί στο Τμήμα Παραλαβής και Καταχώρισης Δημοσιευμάτων.

• Πληροφορίες, σχετικά με την αποστολή/κατάθεση εγγράφων προς δημοσίευση, την ημερήσια κυκλοφορία των Φ.Ε.Κ., με την πώληση των τευχών και με τους ισχύοντες τιμοκαταλόγους για όλες τις υπηρεσίες μας, περιλαμβάνονται στον ιστότοπο (www.et.gr). Επίσης μέσω του ιστότοπου δίδονται πληροφορίες σχετικά με την πορεία δημοσίευσης των εγγράφων, με βάση τον Κωδικό Αριθμό Δημοσίευματος (ΚΑΔ). Πρόκειται για τον αριθμό που εκδίδει το Εθνικό Τυπογραφείο για όλα τα κείμενα που πληρούν τις προϋποθέσεις δημοσίευσης.

2. ΕΚΤΥΠΩΤΙΚΕΣ - ΕΚΔΟΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ

Το Εθνικό Τυπογραφείο ανταποκρινόμενο σε αιτήματα υπηρεσιών και φορέων του δημοσίου αναλαμβάνει να σχεδιάσει και να εκτυπώσει έντυπα, φυλλάδια, βιβλία, αφίσες, μπλοκ, μηχανογραφικά έντυπα, φακέλους για κάθε χρήση, κ.ά.

Επίσης σχεδιάζει ψηφιακές εκδόσεις, λογότυπα και παράγει οπτικοακουστικό υλικό.

Ταχυδρομική Διεύθυνση: Καποδιστρίου 34, 10432 Αθήνα
ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ: 210 5279000
Ιστότοπος: www.et.gr
Πληροφορίες σχετικά με την λειτουργία του ιστότοπου: helpdesk.et@et.gr
Αποστολή εγγράφων προς δημοσίευση στο ΦΕΚ στην ηλεκτρονική διεύθυνση https://eservices.et.gr
ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΚΟΙΝΟΥ
Πωλήσεις - Συνδρομές: (Ισόγειο, τηλ. 210 5279178 - 180)
Πληροφορίες: (Ισόγειο, Γραφείο 3 και τηλεφ. κέντρο 210 5279000)
Παραλαβή Δημοσιευτέας Ύλης: (Ισόγειο, τηλ. 210 5279139)
Ωράριο για το κοινό: Δευτέρα έως και Παρασκευή: 8:00 - 13:30



* 0 2 0 5 3 9 5 0 9 1 0 2 5 0 0 2 0 *