

31 ΟΚΤ. 2014

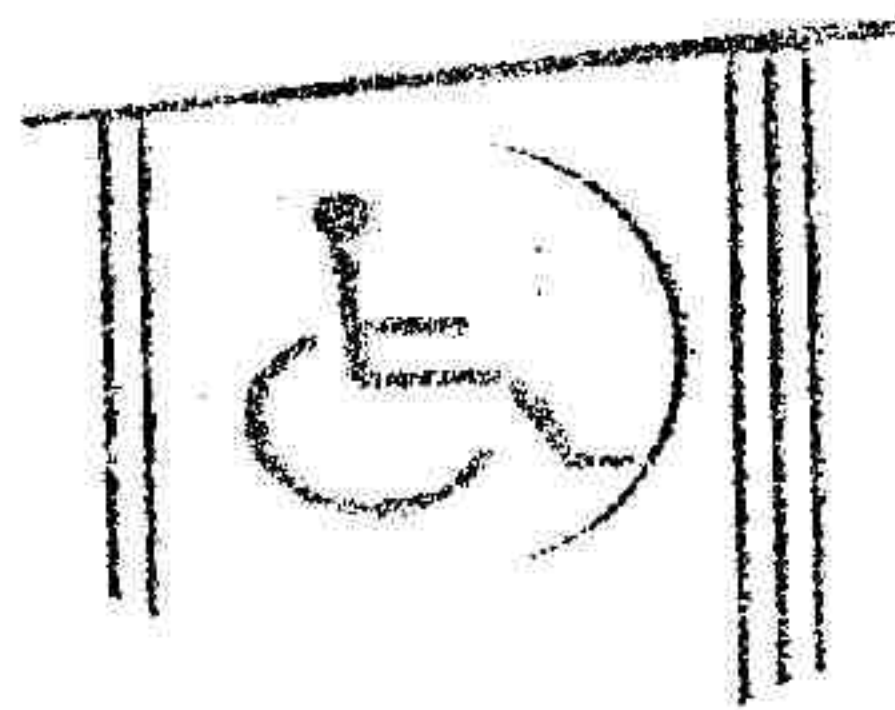
**ΑΝΑΦΟΡΑ
ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΥΠΟΥΡΓΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Σχετικά με ηλεκτρονική επιστολή που έλαβα από την κ. Τσακίρη Καθολική (kiki9@otenet.gr) με θέμα τις επισημάνσεις, διαφωνίες, προτάσεις στο Σχέδιο του Νέου Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. του Πανελλήνιου Συνδέσμου Παραπληγικών και Κινητικά Προβλήματα (info@pasirka.gr) και τις προτάσεις - παρατηρήσεις της Ε.Σ.ΑμεΑ. για το προσχέδιο του νέου Ε.Κ.Π.Υ., όπως δόθηκε σε δημόσια διαβούλευση από τον ΕΟΠΥΥ της Εθνικής Ομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία (esaea@otenet.gr) που μας προωθήθηκε από το Polyglot (polyglot@polyglot.com.gr).

Ο Αναφέρων Βουλευτής,

Νικόλαος Ι. Νικολόπουλος

Πρόεδρος Χριστιανοδημοκρατικού Κόμματος Ελλάδος



Μοσχάτο: 19 Σεπτεμβρίου 2014
Αρ. Πρωτ.: 10219

Προς: Ε.Σ.Α.με.Α

Κοιν: Ε.Ο.Κ.Α.

Θέμα: Επισημάνσεις, διαφωνίες, προτάσεις στο Σχέδιο του Νέου Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Ο Πανελλαδικός Σύνδεσμος Παραπληγικών και Κινητικά Αναπήρων αριθμεί 1000 μέλη (άτομα με κινητικές αναπηρίες) και δραστηριοποιείται σε όλη την Ελληνική Επικράτεια. Είναι ο μοναδικός φορέας, που μεταξύ των άλλων δραστηριοτήτων του, δίνει διέξοδο και ευκαιρίες στις δημιουργικές δυνατότητες και ικανότητες των ατόμων με κινητικές αναπηρίες, μεριμνώντας έτσι, για την ψυχική και πνευματική τους ανάταση και την ισότιμη ένταξή τους στα κοινωνικά και πολιτιστικά δρώμενα της σύγχρονης εποχής.

Είναι πιστοποιημένος φορέας από το Υπουργείο Υγείας, σύμφωνα με την απόφαση Γ.Π.Π (2)γ/ ΟΙΚ 681 (ΦΕΚ 25/ 17-1-2012) του Υφυπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (23/12/11).

Σε απάντηση της πρόσκλησής σας, προς τους Φορείς-Μέλη σας, προκειμένου να στείλουν τις αναφορές τους επί του προσχεδίου για το Νέο Ε.Κ.Π.Υ του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ο Σύνδεσμός μας, σας στέλνει τις παρακάτω επισημάνσεις του με κάποιες προτάσεις, στο πλαίσιο του δυνατού για το χρόνο ελέγχου που διαθέταμε και που δεν μας επέτρεπε ακριβή αναλυτικό έλεγχο τιμών αγοράς.

Όταν ένα προσχέδιο Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας στην εισαγωγή του δηλώνει ότι «Δεν προκαλείται επιβάρυνση στον Κρατικό Προϋπολογισμό, ούτε στον προϋπολογισμό του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., αλλά απεναντίας προκύπτει ελάφρυνση» (!), για εμάς τους Πολίτες με Αναπηρία και έχοντες ανάγκες συνεχώς των παροχών υγείας, σημαίνει ότι θα υπάρχει μείωση παροχών ή χειρότερης ποιότητας παροχές, από αυτές που μας έδινε ο Ε.Κ.Π.Υ. του 2012, που ήταν χειρότερος του Ε.Κ.Π.Υ. του 2011 και που στο παράρτημα τιμών του για «Πρόσθετα Είδη – Ειδικά Μηχανήματα Αποκατάστασης – Προθέσεις Άνω Και Κάτω Άκρων, κ.τ.λ.», είχε στα περισσότερα είδη, τιμές μειωμένες κατά 40%-50% περίπου, από τις τιμές που παρείχαν τα ασφαλιστικά ταμεία προ Ε.Ο.Π.Υ.Υ, π.χ. ο πίνακας τιμών των εγκεκλίων 46/2011 και 37/2009, του ΙΚΑ – ΕΤΑΜ, που είχαν πιο ρεαλιστικά κόστη, για την απόκτησή τους.

Επίσης θέλουμε να επισημάνουμε ότι η αγορά δεν προσαρμόστηκε, όπως μας διαβεβαίωναν προ τριετίας οι υπεύθυνοι και ότι όπου εμφανίστηκαν χαμηλότερες τιμές, αφορούσαν χειρότερης ποιότητας προϊόντα.

Έχουμε να παρατηρήσουμε τα παρακάτω επί του προσχεδίου του Ε.Κ.Π.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

➤ **Άρθρο 1: «Σκοπός του Ε.Κ.Π.Υ.».**

Εδώ τονίζεται η επιδίωξη εξασφάλισης «Ισότιμης πρόσβασης των δικαιούχων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.» που όμως δεν διαφαίνεται παρακάτω, διότι δεν λαμβάνεται υπόψη (π.χ.) η δυσκολία των Παρα-Τετραπληγικών να πλησιάσουν σε κάποιους χώρους παροχών υγείας και πολύ περισσότερο δεν προτρέπουν (π.χ.) με μεγαλύτερη αμοιβή για την κατ' οίκον επίσκεψη των Ιατρών, Φυσικοθεραπευτών, Οδοντιάτρων, κ.τ.λ. δηλαδή να παρέχουν τις υπηρεσίες τους **κατ' οίκον** σε άτομα μη δυνάμενα να μετακινηθούν από την οικεία τους δίχως τη χρήση ασθενοφόρου.

➤ **Άρθρο 2, «Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί», παρ. που περιγράφεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.)**

Εδώ πρέπει να προστεθεί ότι αυτή θα παρέχεται και **κατ' οίκον** εφόσον είναι απαραίτητο. Πρέπει να αναγραφεί κάποτε ο όρος «**κατ' οίκον νοσηλεία**» και να περιγραφεί.

Μην ξεχνάμε ότι στη Διεθνή Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία (Ν. 4074/ΦΕΚ 88/11-04-2012) στο άρθρο 19 «Ανεξάρτητη Διαβίωση και Ένταξη στην Κοινωνία», μεταξύ άλλων λέει ότι: «**Αναγνωρίζεται το δικαίωμα στα ΑμεΑ, να έχουν τη δυνατότητα να επιλέγουν τον τόπο διαμονής τους και δεν υποχρεούνται να ζουν σε συγκεκριμένο καθεστώς διαμονής, έχοντας από το κράτος παροχή υπηρεσιών και υποστήριξης κατ' οίκον και ό,τι είναι απαραίτητο για την υποστήριξη της διαβίωσης και της πρόληψης, απομόνωσης ή αποκλεισμού από την κοινότητα.**».

➤ **Άρθρο 3, τελευταία παράγραφος.**

Αναφέρεται ότι: «**Είναι δικαιούχοι φαρμακευτικής περίθαλψης, αλλά όχι υγειονομικού υλικού, οι ασφαλισμένοι που έχουν απολέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα και δεν τα δικαιούνται από οιονδήποτε φορέα κοινωνικής ασφάλισης.**».

Όμως, όπως πολύ καλά γνωρίζουμε, για τους Παρα-Τετραπληγικούς, π.χ. τους έχοντες νευρογενή κύστη, είναι απολύτως απαραίτητο να τους παρέχεται υγειονομικό υλικό (π.χ. καθετήρες), διότι αλλιώς δεν επιβιώνουν. Διότι είναι εξίσου απαραίτητο με μια φαρμακευτική αγωγή, οπότε εδώ **θα πρέπει να υπάρχει πρόβλεψη για παροχή αναλώσιμου υγειονομικού υλικού, για τους έχοντες Παρα-Τετραπληγία και οι οποίοι έχουν απολέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα.**

➤ **Άρθρο 6, «Πρόληψη και Προαγωγή Υγείας».**

Στην πρώτη διάγνωση του καρκίνου του παχέως εντέρου, επειδή οι έχοντες Παρα-Τετραπληγία, ακολουθούν εκκένωση του παχέως εντέρου και συνήθως έχουν και έλλειψη αισθητικότητας, **πρέπει να εντάσσονται στην ομάδα υψηλού κινδύνου αυτόματα και να μην απαιτείται πρόσθετη ταλαιπωρία, με έγκριση από ειδικό γιατρό.**

➤ **Άρθρο 7 «Ιατροί».**

Στο άρθρο αυτό αναγράφεται ότι: «**Η ιατρική περίθαλψη περιλαμβάνει την εξέταση στο ιατρείο ή στο σπίτι του δικαιούχου, εφόσον αυτό είναι απαραίτητο.**».

Αυτό αναγραφόταν και στο προηγούμενο Ε.Κ.Π.Υ. όμως ποτέ δεν εφαρμόζεται, διότι δεν υπάρχει επιπλέον κάλυψη στην τιμή της πληρωμής των ιατρών από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Επανηλειμμένα μας έχει καταγγελλθεί στο Σύνδεσμό μας, από Άτομα με Βαριά Κινητική Αναπηρία, που είναι αδύνατο να μετακινηθούν από την οικεία τους, η άρνηση της κατ' οίκον επίσκεψης ιατρών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με αποτέλεσμα να καλούν ιατρούς μη συμβεβλημένους με πολλαπλάσιο κόστος γι' αυτούς.

Εδώ λοιπόν θα πρέπει να τονιστεί, η υποχρεωτική κατ' οίκον επίσκεψη για εξέταση ή παροχή ιατρικών πράξεων των ιατρών του οργανισμού ή των συμβεβλημένων με αυτόν για τα άτομα που έχουν Παραπληγία- Τετραπληγία ή κατάκοιτους ασθενείς.

➤ **Άρθρο 8, «Διαγνωστικές Εξετάσεις – Ιατρικές Πράξεις».**

Ζητάμε να εξαιρεθούν από τη συμμετοχή 15%, στην τιμή αποζημίωσης εξετάσεων, οι έχοντες αναπηρία 80% και άνω.

➤ **Άρθρο 9, «Φαρμακευτική Περίθαλψη» και «Αναλώσιμο Υγειονομικό Υλικό»**

Σε αντιστοιχία των περιπεϊκών καθετήρων που παρέχονται στους άνδρες θα πρέπει να χορηγείται αναλώσιμο υλικό ακράτειας, για τα ενδιάμεσα των καθετηριασμών διαστήματα, στις γυναίκες με νευρογενή κύστη, ενδεικτικού ποσού 100,00 € / μήνα.

Ακόμη εκτός από λευκοπλάστ, οινόπνευμα, αντισηπτικά που παρέχονται από τον Ε.Κ.Π.Υ. στους Παραπληγικούς – Τετραπληγικούς πρέπει να παρέχονται 2 κουτιά λάτεξ μιας χρήσης το μήνα.

➤ **Άρθρο 10, «Νοσοκομειακή Περίθαλψη».**

Θα πρέπει να παρέχεται και στα άτομα που είναι σε κατ' οίκον νοσηλεία, νοσηλεύτρια κάποιες ώρες καθημερινά (έλεγχο ενδιαίτησης ασθενούς, παρακολούθηση νοσηλείας, έλεγχο δέρματος, προσωπική υγιεινή, κ.τλ.). Επιβάλλεται να οριοθετηθεί η κατ' οίκον νοσηλεία.

Οι έχοντες Παρα-Τετραπληγία, σε πολλές περιπτώσεις οδηγούνται – εξαναγκάζονται, λόγω δυσκολιών αντιμετώπισής τους, στα περισσότερα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα – να νοσηλεύονται σε ιδιωτικές κλινικές.

Προτείνουμε να εξαιρεθούν από τη συμμετοχή των ασφαλισμένων για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές, δηλ. να έχουν μηδενική συμμετοχή.

Στην παρ. ΙΣΤ' «ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ – ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ», στην κατηγορία 2 «Νοσηλεία σε ΚΑΑ», να δικαιούνται νοσηλεία και οι έχοντες σοβαρή έκπτωση μυϊκής ισχύος και στα «Άνω Άκρα». Βασικά εδώ πιστεύουμε ότι θέλει αλλαγή η διατύπωση, δηλ. να αναφέρεται **«η σοβαρή έκπτωση μυϊκής ισχύος», δίχως να καθορίζεται σε κάποια άκρα ή αν θέλουν να αναφέρονται στα Άκρα, να προστεθούν και τα Άνω Άκρα.**

- Στις παθήσεις, που οι πάσχοντες δικαιούνται νοσηλεία σε ΚΑΑ, να αναφερθεί μετά την Κρανιοεγκεφαλική Κάκωση, η Κάκωση του Νωτιαίου Μυελού.
- Στη συνέχεια για την εισαγωγή σε ΚΑΑ, εξαιρεί τους «έχοντες διαταραχή σφικτήρος», που θεωρούμε ότι είναι άδικο να εξαιρούνται άτομα που με εκπαίδευση μπορούν να αποκατασταθούν και να αντιμετωπίσουν το πρόβλημά τους.
- Ακόμη εξαιρούν ασθενείς που, πριν την τελευταία τους νοσηλεία ήταν μη περιπατητικοί (έστω και με υποστήριξη). Θεωρούμε ότι αυτό είναι πολύ γενικό και λάθος. Υπάρχουν άνθρωποι με προϋπάρχουσα αναπηρία, που κάποια στιγμή της ζωής τους, τους συμβαίνει κάτι νέο, π.χ. ένας Παραπληγικός παθαίνει εγκεφαλικό και αποκτά επιπλέον και ημιπληγία (παράλυση στα 3 από τα 4 άκρα του). Όσο εκπαιδευμένος και να ήταν να ζει με την παραπληγία του, τώρα χρήζει επανεκπαίδευσης. Νομίζουμε ότι η εξαίρεση αυτή πρέπει να επανεξεταστεί ή να περιοριστεί, δίνοντας το δικαίωμα ένταξης σε ΚΑΑ, μετά από απόφαση Ανώτατης Υγειονομικής Επιτροπής (Α.Υ.Ε.).

Στο ΙΖ'. «ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ», ο περιορισμός παροχής αποκλειστικής νοσηλεύτριας για δώδεκα (12) νύχτες σε Παραπληγικούς δεν πρέπει να υπάρχει, θα πρέπει να παρέχεται η αποκλειστική νοσηλεύτρια για όσο διάστημα απαιτείται, μετά από κρίση των θεραπόντων ιατρών, γιατί στα νοσηλευτικά μας ιδρύματα, δεν έχουν τη δυνατότητα να μας παρέχουν την κατάλληλη νοσηλεία με το σταθερό προσωπικό.

Ακόμη εδώ, ξαναεμφανίζεται η έκφραση «άνω του 80%» που τα τελευταία χρόνια εξαπλώνεται σε νόμους, εγκυκλίους και αλλού.

Το σωστό είναι: **«80% και άνω»**, δηλαδή να περιλαμβάνονται οι ανάπηροι με 80% ποσοστό αναπηρίας. Χρειάζεται να διορθωθεί η έκφραση αυτή, όπου και αν συναντάται στο προσχέδιο.

➤ **Άρθρο 11, «Περίθαλψη και Παροχές Ασθενείας σε είδος, σε Κράτη-Μέλη Ε.Ε. και λοιπές χώρες».**

Μας έχει επισημανθεί ότι στην Ελλάδα δεν υπάρχουν Κέντρα Αποκατάστασης (ΚΑΑ) για τα Άτομα που έχουν παράλληλα ανάγκη ΜΕΘ, και όπου υπάρχουν ΜΑΦ, δεν καλύπτουν τις ανάγκες (π.χ. περίπτωση Κάκωσης Νωτιαίου Μυελού Επιπέδου Α2-Α3). Αν δεν υπάρχει αυτή η δομή στη χώρα μας, **απαιτείται ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. να παρέχει τη μετάβαση και διαμονή σε Κέντρο Αποκατάστασης του εξωτερικού που να έχει και ΜΕΘ.**

➤ **Άρθρο 12 «Οδοντιατρική – Στοματολογική Περίθαλψη».**

Πρέπει να προβλεφθεί παροχή κατ' οίκον με ξεχωριστό – αυξημένο τιμολόγιο για Παρα – Τετραπληγικούς και γενικά κλινήρεις μη αυτοεξυπηρετούμενους με Π.Α. 80% και άνω. **Ακόμη να εξαιρεθούν από τη συμμετοχή ασφαλισμένου, στις παροχές αυτές, οι ανάπηροι έχοντες Π.Α. 80% και άνω.**

➤ **Άρθρο 13 «Φυσικοθεραπείες – Λογοθεραπείες – Εργοθεραπείες – Ψυχοθεραπείες Ενηλίκων».**

Ενώ παρέχονται και κατ' οίκον θεραπείες αυτές αμείβονται με την ίδια τιμή με τις άλλες. Νομίζουμε ότι για να μπορεί να χρησιμοποιηθεί η παροχή θα πρέπει να έχουν αυξημένη τιμή, διότι τα Άτομα με Αναπηρία, δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν τη διαφορά.

Ακόμη, ορίζει ότι δύναται να χορηγούνται τέσσερις (4) συνεδρίες φυσικοθεραπείας το μήνα ανά έτος, σε έχοντες μόνιμα κινητικά νευρολογικά ελλείμματα (ημιπληγία, παραπληγία, κ.τλ.), βάζοντας τον περιορισμό να μην έχουν νοσηλευθεί περισσότερο από έξι (6) μήνες. Εκτός του ότι ο περιορισμός των έξι (6) μηνών, προϋπάρχουσας νοσηλείας, δεν έχει νόημα, γιατί δεν έχει σχέση η νοσηλεία και το αρχικό πρόγραμμα αποκατάστασης, με τη δια βίου ανάγκη ενός (π.χ.) τετραπληγικού για φυσικοθεραπείες. **Θα πρέπει οι συνεδρίες που θα χορηγούνται να είναι οκτώ (8) και όχι τέσσερις (4) το μήνα ανά έτος.** Μην ξεχνάμε ότι μόνο έτσι θα απαλλαχθεί από δεκάδες άλλες αρνητικές επιπτώσεις της υγείας του. Ακόμη στους έχοντες μόνιμα κινητικά νευρολογικά ελλείμματα τον πρώτο χρόνο, είναι απαραίτητες κατ' οίκον εργοθεραπείες, για να καταφέρουν να προσαρμοσθούν στο χώρο οικιακού περιβάλλοντός τους.

Σε δικαιούχους που έχουν πρόσφατα πάθει εγκεφαλικό, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, κ.τ.λ. θα πρέπει οι οκτώ (8) συνεδρίες λογοθεραπείας που παρέχονται μηνιαία να είναι για διάστημα μέχρι έξι (6) μηνών και όχι μέχρι τριών (3).

➤ **Άρθρο 15 «Πρόσθετη Περίθαλψη και Θεραπευτικά Μέσα».**

Εξαιρούνται της συμμετοχής 25% από την αγορά πρόσθετων ειδών, όσοι ασφαλισμένοι λαμβάνουν το εξωϊδρυματικό επίδομα Τετραπληγίας – Παραπληγίας. Μας έχει καταγγελλθεί ότι άτομα με ακρωτηριασμό, που λαμβάνουν το «μισό» εξωϊδρυματικό επίδομα, τους ζητείται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ, στην αγορά πρόσθετων ειδών συμμετοχή 25%. Εδώ λοιπόν θα

πρέπει να υπάρξει διευκρίνιση του τύπου «Οι ασφαλισμένοι που λαμβάνουν το εξωϊδρυματικό επίδομα Τετραπληγίας – Παραπληγίας ή τμήμα αυτού εξαιρούνται της συμμετοχής 25%».

➤ **Άρθρο 16 «Μετακινήσεις».**

Θα πρέπει να προστεθεί η «**δωρεάν παροχή ασθενοφόρου**», δημόσιου ή ιδιωτικού για όσους δεν μπορούν να μεταφερθούν καθήμενοι (π.χ. Παραπληγικοί – Τετραπληγικοί με κατάκλιση).

Επαναλαμβάνεται και σε αυτό το άρθρο η έκφραση «άνω του 80%» που πρέπει να αντικατασταθεί με την «80% και άνω», διότι αλλιώς ξαφνικά αποκλείεται μια μεγάλη μερίδα από την ομάδα των Ατόμων με Βαριά Αναπηρία.

Στο παράρτημα του Άρθρου 15 του Ε.Κ.Π.Υ. έχουμε να κάνουμε μια γενική παρατήρηση. Στα περισσότερα είδη η τιμή τους, είναι πολύ χαμηλότερη από αυτή της ελληνικής αγοράς, με αποτέλεσμα συνεχώς τα Άτομα με Αναπηρία να επιβαρύνονται οικονομικά ή να κάνουν έκπτωση των αναγκών τους, με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της υγείας τους.

Κρίνουμε απαραίτητο ότι στον πίνακα πρέπει να ενταχθούν:

1. **Το διοφθαλμικό μηχανήμα επικοινωνίας** (επικοινωνία μέσω υπολογιστή με βλεμματικό έλεγχο) που είναι απολύτως απαραίτητο **μηχάνημα αποκατάστασης**, διότι είναι ο τρόπος επικοινωνίας ενός ατόμου με ολική παράλυση αλλά με πλήρη πνευματική διαύγεια με το περιβάλλον του. Οι περιπτώσεις ασθενών (κυρίως οι έχοντες Νόσο του Κινητικού Νευρώνα, ΑΙς, κ.τ.λ.), που το χρησιμοποιούν είναι ελάχιστοι, και είναι αδιανόητο από μία πολιτισμένη χώρα να μην τους το παρέχει δωρεάν.
2. **Μηχανήματα σκάλας – αναβατόρια – ανελκυστήρες σκάλας.** Δεν νοείται αποκατάσταση και προσπάθεια να γίνει ένα ΑμεΑ Ενεργός Πολίτης, με το να είναι κλεισμένος σπίτι του. Θα πρέπει για πρώτη φορά να δοθεί μια κάποια ενίσχυση στα Άτομα που έχουν υψομετρικές διαφορές στην είσοδο της οικείας τους για να τις καλύψουν και να πάψουν να είναι απομονωμένα.
Ενδεικτικά προτείνουμε, να παρέχεται περίπου το 50% του κόστους των μηχανημάτων. Π.χ. αν έχουμε κάλυψη υψομετρικής διαφοράς 1,60 m να τους παρέχονται 2.000,00 €, από 1,60 m έως 4,00 m να τους παρέχονται 3.500,00 € και ανά τρία (3) μέτρα επιπλέον υψομετρική διαφορά 2.000,00 €, επιπλέον στην παροχή.

Οι τιμές του παραρτήματος του άρθρου 15 του Ε.Κ.Π.Υ. όπως προαναφέραμε, διατηρούνται στα χαμηλά επίπεδα του Ε.Κ.Π.Υ. του 2012, εκτός από μια μικρή αύξηση στο αναπηρικό αμαξίδιο ελαφρού τύπου (παρέχονται στο προσχέδιο 1.300,00 € αντί των 1.080,00 € που παρέχονται στο ισχύον), που και αυτή η παροχή στην πράξη, είναι το 50% της αγοράς ενός σωστού αμαξιδίου από τον Παραπληγικό – Τετραπληγικό. Διατηρώντας αυτές τις χαμηλές τιμές ο πίνακας και στο Νέο Ε.Κ.Π.Υ. με τη λογική της «οικονομίας», μπορεί να έχει αντίστροφο αποτέλεσμα. **Προτείνουμε την επαναφορά των 1.800,00 € που ίσχυε για την αγορά αμαξιδίου ελαφρού τύπου προ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**

Σε ότι αφορά το θέμα των μαξιλαριών, η «οικονομία» που προσπαθεί να κάνει ο Ε.Κ.Π.Υ., μπορεί να αποβεί σε πολλές περιπτώσεις «σε μεγάλο κόστος» για την πολιτεία. Παράδειγμα, εάν ένας παραπληγικός δεν αγοράσει μαξιλάρι προς αποφυγή κατακλίσεων, γιατί δεν μπορεί να αντιμετωπίσει το κόστος (είναι 50% η διαφορά της παροχής από το κόστος αγοράς του) και πάθει κατάκλιση, που είναι πολύ πιθανό, θα χρειαστεί νοσηλεία, πιθανό χειρουργείο και συνολικά δάμηνη φροντίδα για την αποκατάστασή του, οπότε το κόστος για την πολιτεία θα είναι πολλαπλάσιο.

Δεν γνωρίζουμε με πιο σκεπτικό αφαιρέθηκε από τον πίνακα, το νοσοκομειακό κρεβάτι (χειροκίνητο και ηλεκτρικό). Ποιος αλήθεια έκρινε ότι δεν είναι απαραίτητο σε κανέναν;
Προτείνουμε την επαναφορά του στον πίνακα.

Υπάρχει και μια μικρή αύξηση στις Προθέσεις – Πρόσθετα Μέλη, που αν και δεν είμαστε γνώστες αναλυτικά όλων των τιμών της αγοράς, συζητώντας με ακρωτηριασμένους - μέλη μας, μας είπαν ότι οι παροχές δεν πλησιάζουν το 50% - 60%, ενός τεχνολογικά εξελιγμένου προϊόντος που έχει σαν αποτέλεσμα την αγορά και χρήση από αυτούς παλαιών τύπων τεχνητών μελών πιο δύσχρηστων.

Προτείνουμε να γίνει επανέλεγχος του πίνακα, με αύξηση των τιμών, ώστε να πλησιάσουν τις τιμές των σωστών και κατάλληλων προϊόντων.

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Είμαστε στη διάθεσή σας, για οποιαδήποτε περαιτέρω ανάλυση, διευκρίνιση επί των επισημάνσεων και προτάσεών μας και σας ενημερώνουμε ότι ο Σύνδεσμός μας, είναι πάντα πρόθυμος να ανταποκριθεί σε κάθε κάλεσμά σας, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των Ατόμων με Βαριές Κινητικές Αναπηρίες και κατ' επέκταση για όλο το αναπηρικό κίνημα.

Με Εκτίμηση
Για το Δ.Σ.

Η Γενική Γραμματέας

Ο Πρόεδρος

Κοφινάκου – Κατσίπη Βασιλική

Γρηγόρης Μούσιος

Προς: 1. Πρόεδρο Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
κ. Δ. Κοντό
2. Μέλη Δ.Σ. Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

ΚΟΙΝ:

- Γραφείο Υπουργού Υγείας κ. Μ. Βορίδη
- Γραφείο Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας κ. Λ. Γρηγοράκου
- Γραφείο Υφυπουργού Υγείας κ. Παπακώστα
- Π.Ι.Σ. - Ι.Σ.Α
- Φορείς- Μέλη Ε.Σ.ΑμεΑ.

Θέμα : «Προτάσεις - παρατηρήσεις της Ε.Σ.ΑμεΑ. για το προσχέδιο του νέου Ε.Κ.Π.Υ όπως δόθηκε σε δημόσια διαβούλευση από τον ΕΟΠΥΥ»

Το νέο σχέδιο του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας διαμορφώνεται σε ένα οικονομικό περιβάλλον που υπαγορεύει μια σειρά αναδιαρθρωτικών προσαρμογών στον τομέα της υγείας.

Η κατακόρυφη μείωση των δαπανών υγείας παράλληλα με την εκρηκτική αύξηση των ανασφάλιστων/απόρων συμπολιτών μας, μεταξύ των οποίων και άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις, οδηγεί στην εμφάνιση νέων προβλημάτων στον υγειονομικό χάρτη της χώρας, τα οποία απαιτούν αύξηση των κονδυλίων χρηματοδότησης για το σκοπό αυτό. Σε αντίθετη περίπτωση, η μη ενίσχυση του ΕΟΠΥΥ με επιπλέον κρατική χρηματοδότηση για τη κάλυψη των ανασφάλιστων θα οδηγήσει σε συνολική υποβάθμιση των υπηρεσιών υγείας της χώρας μας.

Είναι σαφές ότι στο σημερινό περιβάλλον η σπατάλη που προέρχεται από την προκλητή ζήτηση και την υπερκατανάλωση διαγνωστικών - εργαστηριακών εξετάσεων και των φαρμάκων πρέπει να ελεγχθεί και να παταχθεί σε όφελος της ελληνικής κοινωνίας. Αυτό σημαίνει όμως ανάπτυξη ελεγκτικών μηχανισμών και όχι οριζόντιων χαοτικών διατάξεων που δημιουργούν προβλήματα στη χορήγηση σύγχρονων φαρμακευτικών και

θεραπευτικών μεθόδων, αναγκαίων για την αύξηση της λειτουργικότητας και της αυτονομίας των ατόμων με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις και εν τέλει για τη διατήρησή τους στη ζωή.

Επί του νέου σχεδίου του ΕΚΠΥ, το οποίο δόθηκε σε διαβούλευση από τον ΕΟΠΥΥ διαπιστώνουμε ότι υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις που αφορούν σε μία σειρά τομείς όπως:

- Η πολιτική πρόληψης και προαγωγής της υγείας, σύμφωνα με νέες παθήσεις που εμφανίζονται σε μεγάλα τμήματα του πληθυσμού,
- η χορήγηση αναλωσίμων υλικών σε χρόνια πάσχοντες που ακολουθούν θεραπευτική αγωγή στο σπίτι (π.χ. παραπληγικοί – τετραπληγικοί, πάσχοντες από κυστική ίνωση κ.λπ.)
- η χορήγηση ορθοπεδικών – ορθωτικών μέσων – τεχνητών μελών, σύμφωνα με τις εξατομικευμένες ανάγκες κάθε ατόμου με αναπηρία ή χρόνια πάθηση,
- η μείωση αναλωσίμων υλικών για θεραπευτικές μεθόδους όπως η αποσιδήρωση για άτομα με μεσογειακή αναιμία ομόζυγο β' - δρεπανοκυτταρική νόσο και λοιπές σοβαρές αιμολυτικές αναιμίες,
- η πρόβλεψη των τεχνητών βοηθημάτων υγείας για άτομα με αισθητηριακές αναπηρίες,
- η συρρίκνωση των πράξεων ειδικής αγωγής για τα άτομα με βαριές αναπηρίες και η διαιώνιση ατέρμονων γραφειοκρατικών διαδικασιών στις οποίες αδυνατούν να ανταποκριθούν οι γονείς των ατόμων με βαριά αναπηρία.

Ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) θα πρέπει να δώσει βαρύτητα και να καλύψει τις επιμέρους και εξειδικευμένες ανάγκες των ασφαλισμένων του με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Σε διαφορετική περίπτωση ο νέος ΕΚΠΥ έρχεται σε ρητή αντίθεση τόσο με τη νέα αντίληψη για την υγεία όπως αυτή υιοθετείται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) όσο και με τη Διεθνή Σύμβαση για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία όπως αυτή κυρώθηκε με τη ψήφιση του ν. 4074/2012.

Υπό αυτό πρίσμα καταθέτουμε τις παρατηρήσεις - προτάσεις μας επί του νέου σχεδίου ΕΚΠΥ κατά άρθρο.

Άρθρο 2: «Εννοιολογικοί προσδιορισμοί»

α) Το εδάφιο της ειδικής αγωγής θα πρέπει να συμπληρωθεί ως εξής: «Ως Ειδική Αγωγή, νοούνται οι ειδικές θεραπείες για παιδιά ασφαλισμένων σε ειδικά εκπαιδευτήρια, ιδρύματα περίθαλψης, κέντρα αποθεραπείας και αποκατάστασης, κέντρα διημέρευσης και ημερήσιας

φροντίδας, Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών με Αναπηρία, εργαστήρια φυσικοθεραπείας.»

β) Στην παράγραφο: «Ως «πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» (Π.Φ.Υ.) νοούνται όλες οι υπηρεσίες και πράξεις, οι οποίες διενεργούνται με σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των βλαβών υγείας στα.....» πρέπει να προστεθεί : «συμβεβλημένες Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης.

γ) Προτείνουμε να αφαιρεθούν οι Μονάδες Μεσογειακής Αναιμίας διότι ανήκουν στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα υγείας και προβλέπονται στους Οργανισμούς των νοσοκομείων.

Άρθρο 3: Υπαγόμενα πρόσωπα - Δικαιούχοι

Στο τέλος του τελευταίου εδαφίου του παρόντος άρθρου εντάσσονται ως δικαιούχοι φαρμακευτικής περίθαλψης και οι ανασφάλιστοι σύμφωνα με το αρ. 182 του ν. 4270/2014.

Προτείνουμε να απαλειφθεί η φράση «εκτός σκευασμάτων ειδικής διατροφής και αναλώσιμου υγειονομικού υλικού», διότι η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σε περιπτώσεις χρονίως πασχόντων όπως είναι οι ινσουλινοεξαρτώμενοι, θαλασσαιμικοί και λοιπές παθήσεις απαιτεί τη χρήση αναλωσίμων υλικών. Ως παράδειγμα αναφέρουμε τη χορήγηση ινσουλίνης για την οποία απαιτείται μέτρηση επιπέδων γλυκόζης.

Άρθρο 6: «Πρόληψη και προαγωγή υγείας»

α) Να εφαρμοστεί ο προγεννητικός έλεγχος σε γυναίκες και άνδρες με σκοπό τη γέννηση υγιών παιδιών και για τη Δρεπανοκυτταρική Νόσο (Δρεπανοκυτταρική και Μικροδρεπανοκυτταρική).

Για το σκοπό αυτό προτείνεται η ακόλουθη τροποποίηση συμπλήρωση της δρεπανοκυτταρικής νόσου στην περ. β ως εξής :

β) Εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου.....

- Αιματολογικές εξετάσεις (γεν. αίματος, ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης, τεστ δρεπανώσεως, φερριτίνης και εγκλείστων) για τη διαπίστωση ετεροζυγωτών μεσογειακής αναιμίας και δρεπανοκυτταρικής αναιμίας.
- Εξέταση DNA του εμβρύου, εφόσον έχει διαπιστωθεί ότι και οι δύο γονείς έχουν γενετική επιβάρυνση για μεσογειακή αναιμία και δρεπανοκυτταρική νόσο και κάλυψη.....»

γ) Για την πρόληψη και διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη, εξετάσεις γλυκόζης αίματος και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) κάθε πέντε χρόνια σε άνδρες και γυναίκες από 15 έως 30 ετών και κάθε τρία χρόνια σε άνδρες και γυναίκες άνω των 30 ετών.

Οι προαναφερθείσες εξετάσεις κάθε δύο χρόνια ειδικά σε άτομα με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη όπως : α) συγγενείς 'α βαθμού με διαβήτη (κληρονομικότητα), β) παχυσαρκία (BMI>30), γ) γυναίκες με πολυκυστικές ωοθήκες, δ) γυναίκες με ιστορικό διαβήτη κύησης, ε) άντρες και γυναίκες άνω των 45 ετών, στ) ασθενείς που πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία.

δ) PCR, κάθε έξι μήνες για προσδιορισμό του ιικού φορτίου της ηπατίτιδας C στους πάσχοντες από Μεσογειακή Αναιμία και Δρεπανοκυτταρική Νόσο, αιμορροφιλία –συγγενή αιμορραγική διάθεση – πολυμεταγγιζόμενοι και οι μεταμοσχευμένοι από ήπαρ που πάσχουν συγχρόνως και από ηπατίτιδα C.

Τα τεστ PCR είναι απαραίτητα για την ανίχνευση της νόσου και παρακολούθηση της πορείας της θεραπείας με τα αντίστοιχα φαρμακευτικά σκευάσματα, των οποίων μάλιστα οι Περιλήψεις Χαρακτηριστικών του Προϊόντος (ΠΧΠ) συνιστούν σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές την διενέργεια της εξέτασης. Ωστόσο, ο ΕΟΠΠΥ δεν αποζημιώνει τις εξετάσεις αυτές ή τουλάχιστον όχι σύμφωνα με τις εγκεκριμένες από τον ΕΟΦ ΠΧΠΧ. Το επιθυμητό θα ήταν να αποζημιώνονται 100% το σύνολο των απαιτούμενων εξετάσεων.

ε) Σε ότι αφορά την Κυστική Ίνωση στον τομέα της πρόληψης και προαγωγής της υγείας και συγκεκριμένα σχετικά με τις εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου θεωρούμε άκρως απαραίτητο να παρέχονται στα πλαίσια της προληπτικής ιατρικής υποχρεωτικά και χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου για τους **φορείς της Κυστικής Ίνωσης**, όπως προβλέπεται και για το νόσημα της Μεσογειακής Αναιμίας, διότι η Κυστική Ίνωση είναι ένα σοβαρότατο πολυσυστηματικό και με μικρό προσδόκιμο επιβίωσης νόσημα και αποτελεί πλέον το πιο συχνό κληρονομικό νόσημα στην χώρα μας με περισσότερους από 500.000 φορείς του παθολογικού γονιδίου.

ζ) Πρόληψη στον τομέα του HIV/AIDS:

α) Στον τομέα της πρόληψης είναι προκριματικό ζητούμενο η τακτική (κάθε εξάμηνο) πρόσβαση σε εξετάσεις διάγνωσης HIV και Ηπατιτίδων, με τρόπο που να διαφυλάσσεται η ανωνυμία και χωρίς την οικονομική συμμετοχή του ασφαλισμένου, ως μέσο πρόνοιας και προστασίας του πολίτη και της Δημόσιας Υγείας. Η δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης της HIV λοίμωξης και των Ηπατιτίδων Β και C πέραν του ότι αποτελεί στοιχειώδες δικαίωμα των πολιτών πρέπει να είναι και στόχος της Πολιτείας ειδικά για τους μετερχόμενους πρακτικές υψηλού κινδύνου.

β) Στον τομέα του Προγεννητικού ελέγχου, επίσης θα πρέπει να ενταχθεί η δωρεάν εξέταση ανίχνευσης αντισωμάτων HIV και Ηπατιτίδων, για τους προαναφερόμενους λόγους.

Για την ένταξη των ανωτέρω εξετάσεων γνωρίζουμε ότι απαιτείται τροποποίηση σχετικών Προεδρικών Διαταγμάτων, αίτημα το οποίο αναμένουμε να προωθηθεί από τον ΕΟΠΥΥ προς το αρμόδιο Υπουργείο Υγείας.

ΑΡΘΡΟ 8: «Διαγνωστικές – Ιατρικές Πράξεις»

Να προστεθούν στο τέλος της 5^{ης} παραγράφου του 8^{ου} άρθρου τα εξής εδάφια:

«α) Ο οργανισμός αποζημιώνει τα κρατικά νοσοκομεία με βάση τα παραστατικά τους για μη κοστολογημένες πράξεις, με γνωμάτευση ιατρού που υπηρετεί σε αυτά και εφόσον αυτές διενεργούνται στα κρατικά νοσοκομεία, για τις ομάδες χρόνιων πασχόντων που είναι ενταγμένοι σε κέντρα αναφοράς αυτών (όπως νεφροπαθείς υπό αιμοκαθάρση, περιτοναϊκή ή μεταμόσχευση) θαλασσαιμικοί (μεσογειακή αναιμία δρεπανοκυταρρική νόσος), αιμορροφιλία κ.λπ).

β) Οι ασφαλισμένοι (άμεσα και έμμεσα) άτομα με αναπηρία, χρονίως πάσχοντες ενταγμένοι σε κέντρα αναφοράς κρατικών νοσοκομείων, δεν καταβάλουν το ποσοστό συμμετοχής 15% για κοστολογημένες διαγνωστικές εξετάσεις που δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν στα κρατικά νοσοκομεία, είτε λόγω έλλειψης υποδομών και τεχνογνωσίας, είτε λόγω σημαντικής καθυστέρησης πραγματοποίησης της εξέτασης που βάσει των διατάξεων συνταγογράφησης διαγνωστικών εξετάσεων που είναι εν, ισχύ κρίνεται επείγουσα. Απαιτείται γνωμοδότηση από την ΑΥΕ του Οργανισμού.

γ) Η αποζημίωση των μη κοστολογημένων εργαστηριακών διαγνωστικών εξετάσεων που δεν διενεργούνται αποδεδειγμένα σε δημόσιο νοσοκομείο εξετάζεται κατά περίπτωση από την ΑΥΣ ΕΟΠΥΥ.

ΑΡΘΡΟ 9: «Φαρμακευτική περίθαλψη»

α) Να προστεθεί το πρώτο εδάφιο του τροποποιηθέντος ΕΚΠΥ τροποποιούμενο ως προς την φράση “νοσηρή τους κατάσταση ως εξής:

«Η Φαρμακευτική περίθαλψη περιλαμβάνει τα αναγκαία φάρμακα για την αποκατάσταση της υγείας και της ικανότητας προς εργασία των ασφαλισμένων ασθενών ή για ανακούφιση από επώδυνες καταστάσεις. *Ειδικά για τους χρόνια πάσχοντες η φαρμακευτική περίθαλψη περιλαμβάνει και τα φάρμακα για την πρόληψη επιπλοκών της κύριας πάθησης*»

β) Να προβλεφθεί με διακριτό τρόπο ότι οι χρόνια πάσχοντες αποζημιώνονται για φάρμακα που εμπεριέχονται στην αρνητική λίστα, εφόσον αυτό αιτιολογείται πλήρως με γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού τους.

γ) Να συμπληρωθούν οι ακόλουθοι παράγραφοι ως εξής:

Στο τέλος της 5^{ης} παραγράφου του προσχεδίου «Κάθε φάρμακο.....ν. 4172/2013» να συμπληρωθεί το ακόλουθο εδάφιο: Οι ιατροί των Μονάδων Μεσογειακής Αναιμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου μπορούν να συνταγογραφούν όλα τα σκευάσματα που χρειάζονται για την αντιμετώπιση της νόσου και των επιπλοκών αυτής, ανεξάρτητα από την ειδικότητά τους

Ομοίως στο τέλος της 10^{ης} παραγράφου του προσχεδίου «Στους δικαιούχους.....του δικαιούχου» να συμπληρωθεί το ακόλουθο εδάφιο: Οι ιατροί των Μονάδων Μεσογειακής Αναιμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου μπορούν να συνταγογραφούν όλα τα σκευάσματα που χρειάζονται για την αντιμετώπιση της νόσου και των επιπλοκών αυτής ανεξάρτητα από την ειδικότητά τους

Υγειονομικό Υλικό: Δεν καταβάλλουν συμμετοχή για το υγειονομικό υλικό:

Στην περίπτωση Δ. (ινσουλινοθεραπευόμενοι τύπου 2 και με αντιδιαβητικά δισκία) να προστεθούν στη μηδενική συμμετοχή και οι σκαρφιστήρες

δ) Στην παρ. Ι Τα αναλώσιμα υλικά διαβήτη χορηγούνται ως εξής:

Στην τελευταία περίπτωση (6^η) που αφορά σε πάσχοντες που κάνουν χρήση αντλίας συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης να προστεθούν και οι ταινίες κετονών στο αίμα (50 ταινίες/ανά έτος). Εκτιμούμε ότι εκ παραδρομής δεν συμπληρώθηκε από του συντάκτες του προσχεδίου.

Στον πίνακα όπου αναγράφεται η λιανική τιμή και τιμή αποζημίωσης από τον ΕΟΠΥΥ, δεν αναφέρεται η τιμή αποζημίωσης για:

-Βελόνες

-Σκαρφιστήρες και

-Ταινίες κετονών για το αίμα. Η λιανική τιμή των ταινιών μέτρησης της κετόνης στο αίμα είναι 20-21 ευρώ για 10 ταινίες, ενώ η τιμή αποζημίωσης είναι 7,50 Ευρώ. Το ποσό των 7,50 € αφορά τις ταινίες κετονών για τα ούρα (παρατηρητήριο τιμών). Αντιληπτό γίνεται ότι ο ασφαλισμένος πληρώνει τη διαφορά, ενώ η συμμετοχή του είναι μηδενική! Θα πρέπει να διορθωθεί διαφορετικά η συμμετοχή δεν είναι μηδενική.

Στην παρ. III (σελ. 10 Επιθέματα για διαβητικά έλκη)

Η περίπτωση III αναφέρεται στη χορήγηση επιθεμάτων μεταξύ άλλων και στο διαβητικό πόδι. Με βάση τα ισχύοντα επιστημονικά δεδομένα γνωρίζουμε ότι κάποιες κατηγορίες επιθεμάτων δεν έχουν καμία αποτελεσματικότητα στα διαβητικά έλκη, κάποιες άλλες τα επιδεινώνουν και κάποιες έχουν αποδείξει μέσα από κλινικές μελέτες ότι μειώνουν τον χρόνο επούλωσης τους. Είναι λοιπόν απαραίτητο:

1.Να διευκρινιστεί ποιά επιθέματα ή ποιές κατηγορίες επιθεμάτων μπορούν να χορηγηθούν, και να αποκλειστούν όλα εκείνα που δεν έχουν κλινικές μελέτες αποτελεσματικότητας σε διαβητικά έλκη.

2.Να γίνεται χορήγηση με βάση την δοσολογία τους και τον χρόνο επούλωσης που αναφέρεται στις οδηγίες χρήσης των προϊόντων. Αυτό σημαίνει ότι όταν ένα προϊόν για παράδειγμα αναγράφει ότι η επούλωση γίνεται σε τρεις μήνες και η αλλαγή κάθε εβδομάδα, θα πρέπει να χορηγούνται τόσα επιθέματα που να καλύπτουν αυτή την θεραπεία.

Ο σημερινός τρόπος χορήγησης με το ποσό των 400 ευρώ και απεριόριστο χρόνο χρήσης έχει σαν αποτέλεσμα μεγάλες δαπάνες χωρίς όφελος, ιδιαίτερα όταν λάβει κανείς υπόψη του ότι κάθε στιγμή που μιλάμε έχουμε τουλάχιστον 50.000 ανοιχτά διαβητικά έλκη στη χώρα μας.

Στην παρ. ΙΙΙ δ. **προτείνεται** στο απλό υγειονομικό υλικό για τη διενέργεια περιτοναϊκής κάθαρσης μέχρι 150€ **να συμπεριληφθούν οι ταινίες των τεστ ανίχνευσης - διάγνωσης περιτονίτιδας σε ασθενείς που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση.** Η χρήση των ανωτέρω ταινιών επιτρέπει με ακρίβεια την ανίχνευση της ποσότητας των λευκοκυττάρων και ειδικότερα των ουδετερόφιλων, στο περιτοναϊκό διάλυμα. Η χρήση γίνεται από τον ίδιο τον πάσχοντα στο σπίτι του. Η ανίχνευση της περιτονίτιδας σε αρχικό στάδιο από τον πάσχοντα και η έγκαιρη προσέλευσή του στο νοσοκομείο μειώνει τον κίνδυνο της εξέλιξης της περιτονίτιδας στο τελικό στάδιο, προφυλάσσοντας το περιτόναιο και τη μακροβιότητα της μεθόδου της περιτοναϊκής κάθαρσης.

ε) Συμπλήρωση του Κανονισμού με αναλώσιμα υλικά για άτομα με κινητικές αναπηρίες

- Να προβλεφθεί χορήγηση αναλωσίμου υγειονομικού υλικού περιποίησης κατακλίσεων όπως γάζες, λευκοπλάστ, πάνες ακράτειας, υποσέντονα, χαρτοβάμβακας, γάντια κ.λ.π.
- Να προβλεφθεί έγκριση δαπάνης ποσού 300€ για τη χορήγηση υπερηβικού καθετήρα: Για τους ασφαλισμένους που έχουν υπερηβικό καθετήρα ζητούμε να εγκρίνετε μηνιαία δαπάνη 300 ευρώ η οποία αντιστοιχεί στην αγορά ειδικών καθετήρων και ειδικών ουροσυλλεκτών (ο αριθμός των προαναφερόμενων ασφαλισμένων είναι ελάχιστος).

ζ) Συμπλήρωση του Κανονισμού με αναλώσιμα υλικά για τους πάσχοντες από κυστική ίνωση ως εξής: «Οι πάσχοντες από Κυστική Ίνωση για την δαπάνη αγοράς των παρακάτω ειδών αναλωσίμου υγειονομικού υλικού: συστήματα έγχυσης ορού, βελόνες, σύριγγες, φλεβοκαθετήρες, στατώ ορού, λευκοπλάστ, γάζες, επίδεσμο που είναι αναγκαία για την πραγματοποίηση της κατ' οίκον ενδοφλέβιας αγωγής».

η) Προτάσεις σχόλια παρατηρήσεις για την περ. θ) «Ειδικά για τους πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία.....»

Στον προσχέδιο του νέου ΕΚΠΥ αναφέρεται ότι: «... για τους ασθενείς που θεραπεύονται με συνδυαστική θεραπεία δεσφερριοξαμίνης με δεφεριπρόνη ή δεφερασιρόξη οι ποσότητες των ανωτέρω υλικών ορίζονται σε μέγιστο αριθμό δεκαέξι (16) τεμάχια μηνιαίως για έκαστο είδος, ενώ σε περίπτωση μονοθεραπείας με δεφεροξαμίνη οι ποσότητες των εν λόγω υλικών ορίζονται σε μέγιστο αριθμό είκοσι δύο (22) τεμάχια μηνιαίως...».

Σας εφιστούμε την προσοχή σας για την σωστή θεραπεία αποσιδήρωσης των πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία, διότι η συγκεκριμένη παροχή-περικοπή του αναλώσιμου

υγειονομικού υλικού είναι πρόχειρη, αντιεπιστημονική, ιατρικώς αβάσιμη και προτεινόμενη μόνο με κύριο γνώμονα την μείωση του κόστους περίθαλψης των θαλασσαιμικών ασθενών.

Η θεραπεία της αποσιδήρωσης είναι εξατομικευμένη και πραγματοποιείται σε συνάρτηση με την αιμοσιδήρωση του ασθενούς. Αυτό σημαίνει ότι το θεραπευτικό σχήμα καθορίζεται πρωτίστως από το απόθεμα σιδήρου στον οργανισμό του ασθενούς, το οποίο ποικίλλει μεταξύ ασθενών ανάλογα με τη συχνότητα μεταγγίσεων που πραγματοποιούν αλλά και στον ίδιο τον ασθενή ο οποίος σε διαφορετικούς χρόνους μπορεί να λάβει περισσότερες μεταγγίσεις.

Επιπροσθέτως η δεσφερριοξαμίνη (desferrioxamine, DFO) ως προς την φαρμακοκινητική της, έχει πολύ μικρό χρόνο ημίσειας ζωής και για το λόγο αυτό συνιστάται η βραδεία και παρατεταμένη χορήγηση της για πάνω από 12 έως και 24 ώρες καθημερινώς, προκειμένου να διατηρούνται ικανοποιητικά επίπεδα της στο αίμα, ώστε να εξουδετερώνεται η τοξική δράση του σιδήρου που δεν είναι δεσμευμένος. Παρόλα αυτά η πλειονότητα των ασθενών χρειάζεται να ακολουθήσει συνδυαστική θεραπεία με δεφεριπρόνη και σε ορισμένες περιπτώσεις με δεφερασιρόξη. Όπως θα έπρεπε να γνωρίζετε η δεσφερριοξαμίνη δεν μπορεί να αφαιρέσει το σίδηρο που εναποτίθεται στην καρδιά και επειδή δρά συνεργικά με τους άλλους χηλικούς παράγοντες αποσιδήρωσης η χορήγηση της συνδυαστικής θεραπείας πρέπει να είναι ταυτόχρονη.

Ζητούμε λοιπόν οι ποσότητες του υγειονομικού υλικού να ανέλθουν έως 30 μηνιαίως και με βάσει τη συνταγογράφηση και γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού.

Να προστεθούν επίσης:

- απλές σύριγγες διότι αρκετοί πάσχοντες χρησιμοποιούν ακόμα τις παλιές συσκευές αποσιδήρωσης καθώς και βαμβάκι.
- Το Water for injection ανάλογα με τη συνταγογράφηση του ιατρού, αφού με αυτό γίνεται η διάλυση του φαρμάκου δεσφερριοξαμίνη.

Με βάσει τα παραπάνω προτείνεται η παράγραφος να τροποποιηθεί και να συμπληρωθεί ως εξής:

θ) ειδικά για τους πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία και δρεπανοκυτταρική νόσο τα είδη και οι ποσότητες ορίζονται ως εξής:

- Καθετήρας αποσιδήρωσης (1 τεμ./ημέρα) με αποδιδόμενο ποσό μέχρι 30 € ανά τεμάχιο
- Πεταλούδες αποσιδήρωσης πλάγιας ή κάθετης τοποθέτησης: 1 τεμάχιο ανά ημέρα.

- Αντλίες (ελαστομερείς) μιας χρήσης για έγχυση φαρμάκου αποσιδήρωσης. Η ποσότητα των αντλιών, ορίζεται ανάλογα με την περίπτωση και όχι πάνω από 30 τεμάχια μηνιαίως, με μέγιστο αποδιδόμενο ποσό τα 25€ για κάθε αντλία, ανεξαρτήτου δαπάνης.

- Σύριγγες αποσιδήρωσης με ειδικό κούμπωμα (μέχρι 30 τεμ/μήνα).

- Σύριγγες αποσιδήρωσης απλές (μέχρι 30 τεμ/μήνα).

- Water for injection ανάλογα με την ποσότητα που ορίζει ο γιατρός

- 1-2 λευκοπλάστ./μήνα

- Οινόπνευμα 1 bt/μήνα

- Βαμβάκι 1 bt/μήνα

- Κατά περίπτωση σε όσους έχουν άτονα έλκη, εκτός των προαναφερθέντων υλικών, χορηγούνται 1bt οξυζενέ και 1bt Betadine Surgical μηνιαίως.

Σε περίπτωση που απαιτούνται επιπλέον ποσότητες από τις ανωτέρω ορισθείσες ως μέγιστες, αυτές δύναται να χορηγούνται μετά από έγκριση του ΑΥΣ στο οποίο προσκομίζεται αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, όπου θα αναφέρεται με επιστημονική και βιβλιογραφική τεκμηρίωση η ανάγκη για την πρόσθετη αιτούμενη ποσότητα.

η) Να προβλεφθεί η χορήγηση αναλωσίμου υλικού για την πραγματοποίηση της κατ' οίκον ενδοφλέβιας αγωγής στους πάσχοντες από Κυστική Ίνωση. Προτείνεται η συμπερίληψη της ακόλουθης παραγράφου: «Οι πάσχοντες από Κυστική Ίνωση για την δαπάνη αγοράς των παρακάτω ειδών αναλωσίμου υγειονομικού υλικού: συστήματα έγχυσης ορού, βελόνες, σύριγγες, φλεβοκαθετήρες, στατώ ορού, λευκοπλάστ, γάζες, επίδεσμο που είναι αναγκαία για την πραγματοποίηση της κατ' οίκον ενδοφλέβιας αγωγής».

Για τη χορήγηση των υλικών αποσιδήρωσης είναι στη διάθεσή των υπηρεσιακών παραγόντων του ΕΟΠΥΥ σχετική επιστολή του αναπληρωτή καθηγητή κ. Αντώνη Καττάμη Υπεύθυνου της Μονάδας Αιματολογίας – Ογκολογίας/Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Στα «ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ» προτείνουμε την παρακάτω τροποποίηση στην περίπτωση 4 που αφορά την Κυστική Ίνωση μας, ώστε η διάταξη να διαμορφωθεί ως εξής:

«4. Κυστική ίνωση (χορηγούνται ειδικά τρόφιμα για ειδικούς ιατρικούς σκοπούς και οι βιταμίνες A,B,D,E και K, είτε ως σύμπλεγμα μεταξύ τους, είτε ξεχωριστά, διότι κάποιοι ινοκυστικοί ασθενείς παρουσιάζουν σοβαρή έλλειψη συγκεκριμένων βιταμινών μόνο, οπότε η κατ' ιδίαν χορήγηση τους είναι ουσιώδης για την θεραπευτική τους αγωγή.

Επίσης, ζητούμε να εξετάσετε την αναπροσαρμογή των τιμών των προϊόντων ειδικής διατροφής, γιατί η τιμή που έχει οριστεί υπολείπεται της λιανικής τιμής, με αποτέλεσμα οι πάσχοντες να επιβαρύνονται με μεγάλα ποσά για την αγορά των απαραίτητων διατροφικών σκευασμάτων για την αντιμετώπιση της παγκρεατικής ανεπάρκειας.

ΑΡΘΡΟ 10: Νοσοκομειακή Περίθαλψη

ΙΖ. ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΤΗΣ:

α) περ. Β. Νοσοκομειακή Περίθαλψη: όπου αναφέρεται ότι: «Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται στα α)στ) ζητούμε να προστεθεί παράγραφος: ι) Μονάδες Μεσογειακής Αναιμίας.

β) Να μην καταβάλλουν καμιά συμμετοχή οι δικαιούχοι άτομα με αναπηρία/χρόνια πάθηση για την νοσηλεία τους σε ιδιωτικές κλινικές, όταν αυτή γίνεται με χρήση ΚΕΝ ή αποζημιώνεται αποκλειστικά με ημερήσιο νοσήλειο.

γ) Παρ. ΙΖ. Αποκλειστική νοσηλεύτρια:

- Να δίνεται η δυνατότητα στα άτομα με κινητική αναπηρία και βαριές πολλαπλές αναπηρίες που έχουν ανάγκη αποκλειστικής νοσηλεύτριας, να την χρησιμοποιούν ημέρα ή νύχτα(δυνατότητα επιλογής) για όσο διάστημα διαρκεί η νοσηλεία.

δ) Στην παρ. ΙΗ. «Μεταμοσχεύσεις Ανθρωπίνων Ιστών και Οργάνων» στο τέλος της 3^{ης} παραγράφου «Διαγνωστικέςχωρίς συμμετοχή» ζητούμε να προστεθεί το ακόλουθο εδάφιο : «Ο οργανισμός αποζημιώνει μη κοστολογημένες διαγνωστικές εξετάσεις και ειδικές θεραπείες που διενεργούνται για προμεταμοσχευτικό ή μεταμοσχευτικό έλεγχο στα κρατικά νοσοκομεία με βάση τα παραστατικά τους και μετά από γνωμάτευση ιατρού που υπηρετεί σε αυτά».

ΑΡΘΡΟ 12 «Οδοντιατρική - στοματολογική περίθαλψη»

α) Στο εν λόγω άρθρο προτείνουμε να ενταχθεί και η θεραπεία της περιοδοντικής νόσου στους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη, η οποία νόσος επηρεάζει αρνητικά τη ρύθμιση του σακχάρου.

Αιτιολογική Έκθεση: Όπως αναφέρει στην υπ' αριθ. πρωτ. 672/22.9.2014 επιστολή του προς τον Πρόεδρο ΕΟΠΥΥ ο Οδοντιατρικός Σύλλογος Πειραιά επιδημιολογικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι η περιδοντίτιδα επιδρά αρνητικά στο γλυκαιμικό έλεγχο ως ασθενών με διαβήτη. Υπάρχει επίσης σχέση μεταξύ βαρύτητας της περιδοντίτιδας και των επιπλοκών του διαβήτη όπως και της εμφάνισης διαβήτη σε ασθενείς που πάσχουν από περιδοντίτιδα.

Τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες δείχνουν μείωση των τιμών της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης 0,4% τρεις μήνες μετά τη συντηρητική θεραπεία περιοδοντίτιδας, ασθενών που έπασχαν από διαβήτη, ισοδύναμο αποτέλεσμα της προσθήκης ενός δεύτερου αντιδιαβητικού φαρμάκου σε αυτούς τους ασθενείς.

Για τους παραπάνω λόγους καθίσταται απαραίτητη η αποζημίωση της θεραπείας της περιοδοντικής νόσου στους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη.

β) Πλήρη αποζημίωση των οδοντιατρικών πράξεων στους πάσχοντες από ΣκΠ δεδομένου ότι οι φλεγμονώδεις καταστάσεις προκαλούν ώσεις για τις οποίες απαιτείται νοσηλεία, θεραπεία με κορτιζόνη, φυσιοθεραπείες κ.λπ). Για την αποφυγή δυσμενών και κοστοβόρων καταστάσεων απαιτείται η αποζημίωση των οδοντιατρικών πράξεων στους πάσχοντες από ΣκΠ.

γ) Να υπάρξει και η πρόβλεψη αποζημίωσης για τις οδοντιατρικές πράξεις των μεταμοσχευμένοι συμπαγών οργάνων, δεδομένου ότι η στοματική τους υγεία επηρεάζεται από τη χρόνια λήψη ανοσοκατασταλτικών θεραπειών.

ΑΡΘΡΟ 14: «Φυσικοθεραπείες-εργοθεραπείες-логоθεραπείες»

α) Ο τίτλος στο άρθρο 14 περιορίζεται αποκλειστικά στα ενήλικα άτομα, χωρίς να δηλώνεται πρόδηλα και η δυνατότητα συμμετοχής των ανηλίκων στις ανωτέρω θεραπείες (Φυσικοθεραπείες-логоθεραπείες-εργοθεραπείες-ψυχοθεραπείες ενηλίκων»).

β) Να συμπεριληφθούν στην περ. δ με διακριτό τρόπο:

- Σε πάσχοντες από αιμορροφιλία για τη χορήγηση τουλάχιστον 12 συνεδριών φυσικοθεραπευτικών πράξεων το εξάμηνο ή και περισσότερων εφόσον αυτό κρίνεται από τον θεράποντα ιατρό μετά από πλήρη αιτιολόγηση και να εκδοθεί διευκρινιστική εγκύκλιος προς τις Υγειονομικές Μονάδες Ε.Ο.Π.Υ.Υ και λοιπών φορέων παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης. **Η πρόβλεψη αυτή καθίσταται απαραίτητη στους αιμορροφιλικούς λόγω των δυσκαμψιών και αρθροπαθειών που επιφέρει η πάθηση.**
- Σε πάσχοντες από **πολλαπλή σκλήρυνση** χορηγούνται **8 συνεδρίες το μήνα ετησίως δια βίου**. Εναλλακτικά σε περίπτωση νοσηλείας το τελευταίο εξάμηνο να χορηγούνται 12 συνεδρίες ανά μήνα ετησίως μετά από γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού κατά η νοσηλεία του πάσχοντα, επισυναπτόμενη στο ηλεκτρονικό παραπεμπτικό.
- **οι πάσχοντες από κυστική ίνωση:** Για τους πάσχοντες από *Κυστική Ίνωση ζητούμε της χορήγηση έως 10 συνεδριών το μήνα για απεριόριστο χρονικό διάστημα*», διότι οι ασθενείς με Κυστική Ίνωση υποβάλλονται καθημερινά και εφόρου ζωής σε αναπνευστική φυσικοθεραπεία και η συνδρομή φυσικοθεραπευτή κρίνεται απαραίτητη ειδικά στις μικρές ηλικίες και σε περιόδους έξαρσης λοιμώξεων ή σε βαριά περιστατικά της νόσου.

γ) Επισημαίνουμε ότι στον ισχύοντα Κανονισμό δεν δικαιολογούνται φυσικοθεραπείες σε τακτά χρονικά διαστήματα σε ασφαλισμένους με χρόνιες κινητικές αναπηρίες που είναι απαραίτητες για τη διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης τους.

δ) Για τα άτομα με κώφωση να καθοριστεί χορήγηση 20 λογοθεραπειών μηνιαίως και να εξεταστεί η αύξηση της αποζημίωσης ανά συνεδρία για λογοθεραπείες σε άτομα που φέρουν κοχλιακό εμφύτευμα.

ε) Παράγραφος Α1, 1^η παρ.: «...κατ' εξαίρεση σε υγειονομικές μη κερδοσκοπικές δομές...». Αναφέρεται στις γονεϊκές δομές. Θα πρέπει να απαλειφθεί ο όρος «κατ'εξαίρεση».

ζ) Παράγραφος Α1, 4^η παρ.: «Δικαιολογούνται έως δέκα (10) θεραπείες δυο φορές το χρόνο...». Θα πρέπει να διευκρινιστεί και να γίνει σαφές τι εννοεί ο συντάκτης του ΕΚΠΥ με το 10 θεραπείες 2 φορές το χρόνο. Θα πρέπει να προστεθεί και η δυνατότητα χορήγησης ιατρικής γνωμάτευσης και από ιατρούς ιδιώτες σχετικής με την πάθηση ειδικότητας συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ, δεδομένης της αδυναμίας εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων από τα καταστήματα του ΕΟΠΥΥ και του ΕΣΥ, εξαιτίας της έλλειψης ιατρών ειδικοτήτων ψυχιατρικής, υπό την προϋπόθεση, φυσικά, της ύπαρξης Γνωμάτευσης Αναπηρίας από τα ΚΕΠΑ.

η) Παράγραφος Α1, 5^η παρ., β. «...σε ΚΑΑΑ Ημερήσιας Νοσηλείας περισσότερο από έξι (6) μήνες συνολικά, δύνανται να χορηγούνται τέσσερις (4) συνεδρίες...». Το έξι (6) μήνες συνολικά θα πρέπει να διευκρινιστεί, όπως επίσης θα πρέπει να απαλειφθεί και ο όρος «δύνανται» και να αυξηθεί οι τέσσερις (4) συνεδρίες σε οκτώ (8).

θ) Στο προσχέδιο αναφέρεται στην Παράγραφο Α1, 5^η παρ. δ. «...δεν θα υπερβαίνει τον αριθμό των 72 συνεδριών». Το πλήθος 4 συνεδρίες το μήνα ετησίως για τις συγκεκριμένες παθήσεις είναι ελάχιστο, γι' αυτό και θα πρέπει να απαλειφθεί και να παραμείνει το πλήθος 12 συνεδρίες το μήνα ετησίως για όλους.

Επίσης πρέπει να διορθωθεί η τελευταία πρόταση που λέει ότι: «Ο συνολικός αριθμός των συνεδριών ανά έτος για κάθε ασθενή δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τον αριθμό των 72 συνεδριών» και να διαμορφωθεί ως εξής: «Ο συνολικός αριθμός συνεδριών δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 144 συνεδρίες ανά έτος για κάθε ασθενή».

Θεωρούμε ότι δεν θα έπρεπε να τίθενται τέτοιοι περιορισμοί, καθώς μπορεί να σκοπεύουν στην περικοπή των δαπανών του Οργανισμού, όμως δημιουργούν ουσιαστικό πρόβλημα στην εξέλιξη και την ανάπτυξη των ΑμεΑ που χρήζουν συνεχών θεραπειών.

ι) Παράγραφος Α2, 2^η παρ. (Στο προσχέδιο αναφέρεται εσφαλμένα ως παρ. Β Παρ. Β δεν υπάρχει και μάλλον ο συντάκτης εννοεί 2^η παρ).

Από αυτή την παρ. πρέπει να απαλειφθεί το «δύνатаι». Επίσης η υπογραφή σχετικών συμβάσεων με τους παρόχους πρέπει να προβλεφθεί και στο άρθρο 19 «ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ». Επίσης πρέπει να προσδιοριστεί και ο τύπος των συμβάσεων επακριβώς.

Γενικά, με τη διατύπωση της δεύτερης παραγράφου, αποκλείονται από τα Κέντρα Δημέρευσης ελαφρά και μέτρια περιστατικά, δημιουργώντας ουσιαστικά πολίτες πολλαπλών κατηγοριών και διακρίσεις μεταξύ των Ατόμων με Αναπηρία, καθώς γίνεται ρητή αναφορά σε βαριά αναπηρία. Εφόσον επικρατήσει ένας τέτοιος περιορισμός, τότε αναμένεται μεγάλος αριθμός ΑμεΑ να βρεθεί εκτός Κέντρων Δημέρευσης και με κίνδυνο να περιθωριοποιηθούν κοινωνικά, καθώς θα αναγκαστούν να παραμείνουν εντός της οικογενειακής εστίας, προκαλώντας πρόσθετα βάρη στις οικογένειές τους.

κ) Παρ. Γ (ή 3 μετά από διόρθωση αρίθμησης παραγράφων): Στα προγράμματα ψυχικής υγείας που αναφέρονται στην παράγραφο εντάσσονται και τα άτομα με ΔΑΦ. Θα πρέπει να προστεθεί και η δυνατότητα χορήγησης ιατρικής γνωμάτευσης και από ιατρούς ιδιώτες σχετικής με την πάθηση ειδικότητας συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ, δεδομένης της αδυναμίας εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων από τα καταστήματα του ΕΟΠΥΥ και του ΕΣΥ, εξαιτίας της έλλειψης ιατρών ειδικοτήτων ψυχιατρικής και παιδοψυχιατρικής, υπό την προϋπόθεση φυσικά της ύπαρξης γνωμάτευσης αναπηρίας από τα ΚΕΠΑ. Θα πρέπει επίσης να προστεθεί «...και ο δείκτης νοημοσύνης άπαξ εφόσον όμως υπάρχει, καθόσον σε πολλές περιπτώσεις νοητικών αναπηριών δεν προσδιορίζεται (π.χ. σύνδρομα, αυτισμός κλπ) και απαιτούνται εξειδικευμένα τεστ δεξιοτήτων (CARS κλπ)».

λ) Παράγραφος Β: Οι δύο πρώτες παράγραφοι αντιφάσκουν μεταξύ τους.

μ) Παρ. Γ ΚΔΗΦ: Η 2^η και η 3^η πρόταση έχουν σοβαρή αντίφαση μεταξύ τους ως προς το δωρο και τη μεταφορά από και προς το σπίτι. Θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα περίθαλψης των ως άνω αναφερόμενων μαθητών στα ΚΔΗΦ που λειτουργούν απογευματινές βάρδιες, καθόσον δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις μαθητών με βαριές αναπηρίες ή και κοινωνικοοικονομικά οικογενειακά προβλήματα, όπου οι γονείς αδυνατούν να τα φροντίσουν και να τα εξυπηρετήσουν. Θα πρέπει να

γίνει τροποποίηση ως προς το χρόνο παραμονής των ΑμεΑ και τον υπολογισμό της μεταφοράς και να διορθωθεί σε: «Στο ως άνω ωράριο λειτουργίας συμπεριλαμβάνεται ο χρόνος μετακίνησης των Α.με.Α», όπως άλλωστε ίσχυε μέχρι τώρα.

Η τροποποίηση αυτή έχει διττό σκοπό, καθώς από τη μία ο μεγαλύτερος αριθμός των ΑμεΑ (αναλόγως της πάθησης του) δεν είναι εφικτό να παρακολουθήσει θεραπευτικά και λοιπά προγράμματα επί οκταώρου βάσης κατ' ελάχιστον και στη συνέχεια να επιστρέψει στην οικία του. Τονίζεται ότι η μεταφορά των ΑμεΑ παρουσιάζει σοβαρές ιδιαιτερότητες καθόσον δεν πρόκειται για άτομα με τυπική ανάπτυξη, αλλά με σοβαρές ιδιαιτερότητες, γι' αυτό άλλωστε για την μεταφορά τους εκτός από συνοδό σε πολλές περιπτώσεις συμμετέχει και νοσηλευτής ή ψυχολόγος. Από την άλλη, τα κόστη της περίθαλψης και μεταφοράς των ΑμεΑ είναι σημαντικά και το ποσό του ημερήσιου νοσηλίου δεν επαρκή για την κάλυψη της δαπάνης αυτής, πόσο μάλλον για την εκτός ωραρίου μεταφορά των ΑμεΑ, συντρέχουν φυσικά και το rebate & clawback.

Προτείνουμε όπως μέσα στο ωράριο των οκτώ ωρών να συμπεριλαμβάνεται και ο χρόνος μεταφοράς των ΑμεΑ, για ευνόητους λόγους, όπως η σωματική και ψυχική αντοχή των ΑμεΑ σε ένα εξοντωτικό ωράριο δέκα και πλέον ωρών χωρίς ανάπαυση και ύπνο αφού τα κέντρα διημέρευσης δεν διαθέτουν ούτε τα απαραίτητα υπνοδωμάτια ούτε τις απαραίτητες κλίνες. **Ας σημειωθεί** ότι το **Ευρωπαϊκό συγχρηματοδοτούμενο πρόγραμμα** «για την ενίσχυση της απασχολησιμότητας των εμμέσως ωφελούμενων ατόμων» που αφορά στα κέντρα διημέρευσης και στις λοιπές δομές που προσφέρουν παρόμοιες υπηρεσίες, για το έτος 2014 έχει ως διάρκεια τις **εφτά και μισή ώρες μαζί με τη μεταφορά.**

Επίσης στην παράγραφο Γ. ΚΕΝΤΡΑ ΔΙΗΜΕΡΕΥΣΗΣ - ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΚΔ-ΗΦ) στην 1^η παρ. αναφέρεται ότι «Στην έννοια του νοσηλίου περιλαμβάνεται,....., **όλο το πρόγραμμα πράξεων θεραπείας που έχουν ανάγκη τα ΑμεΑ**». Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα οριζόμενα στο Π.Δ. 395/22.9.1993 όπου στο άρθρο 15 στην παράγραφο Δ αναφέρεται ότι «Κέντρα Διημέρευσης – Ημερήσιας Φροντίδας για Άτομα με Ειδικές ανάγκες, **νοούνται εκείνα τα οποία παρέχουν υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας και παραμονής**» χωρίς να αναφέρονται «ιατρική φροντίδα» και «αποκατάσταση» όπως αναφέρονται και για τις τρεις άλλες κατηγορίες Κέντρων Α-Α στο ίδιο άρθρο. Σε αντίθεση επίσης έρχεται και με το κεφάλαιο Γ της υπ αριθμ. Π4α/οικ.4633/29.9.1993 με την οποία αδειοδοτούνται και λειτουργούν τα ΚΔ-ΗΦ. Στην ως άνω απόφαση ορίζονται ξεκάθαρα οι χώροι, οι υπηρεσίες και το προσωπικό των Κέντρων Διημέρευσης.

Στην ίδια παρ. αναφέρεται ότι «το ωράριο λειτουργίας των (ΚΔ-ΗΦ) είναι οκτώ και άνω των οκτώ ωρών όπως ορίζεται στο ανωτέρω Π.Δ.. Στο ως άνω ωράριο λειτουργίας, δεν συμπεριλαμβάνεται ο χρόνος μετακίνησης των ΑμεΑ». **Προτείνουμε** μέσα στο ωράριο των οκτώ ωρών να συμπεριλαμβάνεται και ο χρόνος μεταφοράς των ΑμεΑ, για ευνόητους λόγους, όπως η σωματική και ψυχική αντοχή των ΑμεΑ σε ένα εξοντωτικό ωράριο δέκα και πλέον ωρών χωρίς ανάπαυση και ύπνο, αφού τα κέντρα διημέρευσης δεν διαθέτουν ούτε τα απαραίτητα υπνοδωμάτια ούτε τις απαραίτητες κλίνες. **Ας σημειωθεί** ότι το **Ευρωπαϊκό συγχρηματοδοτούμενο πρόγραμμα** «για την ενίσχυση της απασχολησιμότητας των εμμέσως ωφελούμενων ατόμων» που αφορά στα κέντρα διημέρευσης και στις λοιπές δομές που προσφέρουν παρόμοιες υπηρεσίες, για το έτος 2014 έχει ως διάρκεια τις **εφτά και μισή ώρες μαζί με τη μεταφορά.**

Στο τέλος της 1^{ης} παραγράφου παρ. Γ. ΚΔ-ΗΦ αναφέρεται ότι «Τα περιθαλπόμενα ΑμεΑ των ΚΔ-ΗΦ που χρηματοδοτούνται από τα προγράμματα ΕΣΠΑ, δεν δικαιούνται τοα νοσήλιο –τροφείο και τις πράξεις θεραπείας του άρθρου 17 από τον ΕΟΠΥΥ».

- Τα οριζόμενα αυτής της παραγράφου έρχονται σε αντίθεση με τα οριζόμενα τόσο στην προκήρυξη της της ΕΕΤΑΑ της 30^{ης} Ιουνίου 2011 στη σελίδα 13 παράγραφος 2.1 Β, όσο και στην προκήρυξη της της ΕΕΤΑΑ της 6^{ης} Ιουνίου 2013 και συγκεκριμένα στη σελίδα 14 παράγραφος 2.1 Β όπου αναφέρεται ότι «στα πλαίσια της παρούσης δεν θεωρούνται επιλέξιμες οι υπηρεσίες ... αποθεραπείας – αποκατάστασης.....».
- Σε πολλά από τα Κέντρα Δημέρευσης υλοποιούνται προγράμματα Κατάρτισης που χρηματοδοτούνται από το ΕΣΠΑ. Εάν κατά την παρακολούθηση αυτών των προγραμμάτων διακόπτεται το τροφείο – νοσήλιο αντιλαμβάνεσθε ότι η λειτουργία των εν λόγω Κέντρων μπαίνει σε επισφάλεια.

Στην ίδια παράγραφο της προκήρυξης αναφέρονται οι υπηρεσίες που πρέπει να παρασχεθούν στους ωφελούμενους: «**υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας και παραμονής**» «κατ' ελάχιστο στη μεταφορά των άμεσα ωφελουμένων προς και από το Κέντρο, στην παραμονή / αναψυχή τους, στην απασχόληση τους, σε εκπαίδευση στην αυτοεξυπηρέτηση, σε εργοθεραπείες, σε ατομική ομαδική άσκηση». Στην ίδια προκήρυξη στην παράγραφο 2.2 Β αναφέρεται «**να πληρούν τους όρους τις προϋποθέσεις και τις προδιαγραφές που ορίζονται στο Π.Δ. 395/22.9.1993 και στο κεφάλαιο Γ της υπ αριθμ. Π4α/οικ.4633/29.9.1993**».

Παρ. Γ ΚΔ-ΗΦ, 2^η παρ.: Γιατί είναι απαραίτητη η έκδοση δείκτη νοημοσύνης άπαξ για κινητικά και μεικτά περιστατικά; Ποια η αναγκαιότητα και η χρησιμότητά του; Γιατί μια ακόμα βάσανος για τους γονείς ΑμεΑ; Στο εδάφιο 6, γίνεται διαχωρισμός των συγγενών και των επίκτητων παθήσεων. Η περίθαλψη στα ΚΔ-ΗΦ θα πρέπει να γίνεται με βάση την κατάσταση της αναπηρίας του ατόμου και της πάθησης, ανεξαρτήτως αν αποτελεί συγγενή ή επίκτητη πάθηση. Ο διαχωρισμός αυτός οδηγεί σε διάκριση και φυσικά σε γραφειοκρατική ταλαιπωρία τόσο του ίδιου του πάσχοντος όσο και των οικείων του.

Παρ. Γ ΚΔ-ΗΦ, 3^η παρ. : Προτείνουμε για τις 43 ισόβιες και μη αναστρέψιμες παθήσεις η αναλυτική ιατρική γνωμάτευση να ισχύει επ' αόριστον ή επί πενταετία.

Παρ. Γ ΚΔ-ΗΦ, 5^η παρ. : Άλλο Ειδική Αγωγή και άλλο Ειδική Εκπαίδευση. Εκπαίδευση ΑμεΑ δεν μπορεί να υπάρξει χωρίς την υποστήριξη Φυσικοθεραπευτή Λογοθεραπευτή ή Εργοθεραπευτή. Άλλωστε, αυτά τα τρία είδη θεραπευτικών πράξεων, αποτελούν την Ειδική Αγωγή στο σύνολό της. Επίσης, να μας υποδείξει ο ΕΟΠΥΥ, έστω 1 ειδικό σχολείο που διαθέτει το απαραίτητο προσωπικό και οι μαθητές κάνουν το απαραίτητο πλήθος πράξεων και για τον απαραίτητο χρόνο;

Παρ. Γ ΚΔ-ΗΦ, 6^η παρ.: Στην τελευταία παράγραφο, παρ. 6^η αναφέρεται ότι «στα Κέντρα Δημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας περιθάλπονται ΑμεΑ που έχουν συγγενείς παθήσεις ή παθήσεις που οφείλονται σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες, σύνδρομα, μεταβολικά ή νευρομυϊκά νοσήματα που προκαλούν βαριά κινητική και νοητική αναπηρία. Τα ΑμεΑ που έχουν βαριά κινητική και νοητική αναπηρία **αλλά δεν περιλαμβάνονται στις ανωτέρω κατηγορίες** δύναται να υποβάλλουν αίτημα στις Α.Υ.Ε., στο οποίο να επισυνάπτεται γνωμάτευση με λεπτομερές ιατρικό ιστορικό και περιγραφή της τρέχουσας κινητικής και νοητικής κατάστασης του ασθενούς».

Προτείνουμε να διαγραφεί εντελώς η ανωτέρω παράγραφος επειδή αφενός στα Κέντρα Δημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας δεν περιθάλπονται μόνο ΑμεΑ που έχουν συγγενείς παθήσεις ή παθήσεις που οφείλονται σε χρωμοσωμικές ανωμαλίες, σύνδρομα, μεταβολικά ή νευρομυϊκά νοσήματα που προκαλούν βαριά κινητική και νοητική αναπηρία. Από τη στιγμή που λείπει η λέξη και αμέσως μετά τη λέξη περιθάλπονται μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα στην ένταξη ατόμων με αναπηρία σε κέντρα δημέρευσης. Από δεοντολογικής πλευράς εισάγει διαφορετική αντιμετώπιση σε άτομα με την ίδια κινητική και νοητική κατάσταση.

Παρ. Γ ΚΔ-ΗΦ, 6^η παρ. 2^η πρόταση: Η πρόβλεψη είναι γενική και αφηρημένη.

ΑΡΘΡΟ 15 «Πρόσθετη περίθαλψη – Θεραπευτικά μέσα»

α) Στην πρώτη παράγραφο αναφέρεται «...ή προς ανακούφιση από τη νοσηρή τους κατάσταση...».

Χρειάζεται αλλαγή διατύπωσης. Η αναπηρία καταρχάς δεν αποτελεί νοσηρή κατάσταση. Τέτοιου

είδους όροι δεν συνάδουν με τη νέα δικαιωματική προσέγγιση για την αναπηρία όπως αυτή αποτυπώνεται σε Διεθνείς Συμβάσεις που έχουν ενσωματωθεί στο εθνικό μας δίκαιο.

Για τους ανωτέρω λόγους ζητούμε την αντικατάσταση της πρώτης παραγράφου του άρθρου 15 ως

εξής: «Ο φορέας παρέχει στους δικαιούχους του, θεραπευτικά μέσα και προθέσεις, όπως αυτά

αναφέρονται στο παρόν άρθρο και στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ, με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας

τους την υποστήριξη καθοδήγηση και διευκόλυνση των δικαιούχων - ατόμων με αναπηρία να αποκτήσουν και να διατηρήσουν τη μέγιστη ανεξαρτησία, πλήρη σωματική, διανοητική, κοινωνική και επαγγελματική ικανότητα, και την πλήρη αποκατάσταση και συμμετοχή σε όλες τις πτυχές της ζωής με συμμετοχή του δικαιούχου 25%, εκτός αν στις επιμέρους διατάξεις του παρόντος Κανονισμού ορίζεται διαφορετικά.

β) 3^η παράγραφος: Ποιες είναι οι «...άλλες Υγειονομικές Επιτροπές...;». Πού αναφέρεται ο

συντάκτης; Θα πρέπει να γίνει σαφής προσδιορισμός.

γ) Η παρ. που αναφέρει ότι «Η ένταξη νέων ειδών στα χορηγούμενα του άρθρου ή η εξαίρεσή τους, αξιολογείται από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο ή Ειδική Επιτροπή που συστήνεται με απόφαση του Προέδρου του Οργανισμού, που καθορίζουν τις ειδικότερες προϋποθέσεις και ιατρικές ενδείξεις έγκρισης» προτείνουμε να αντικατασταθεί ως εξής;

«Η ένταξη νέων.....αξιολογείται από Ειδική Επιτροπή που συστήνεται με απόφαση του Προέδρου του Οργανισμού. ***Η Ειδική Επιτροπή καθορίζει τις ειδικότερες προϋποθέσεις και ιατρικές ενδείξεις έγκρισης των νέων ειδών και εξετάζει τα αιτήματα χορήγησης των ειδών του παρόντος άρθρου βάσει των εξατομικευμένων αναγκών κάθε ασφαλισμένου και λαμβάνοντας υπόψη τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία, όπως αυτά καθορίζονται στη Διεθνή Σύμβαση για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία (ν. 4074/2012) και ειδικότερα στο άρθρο 20 «Ατομική Κινητικότητα».***

γ) Στο άρθρο 15 που αφορά τα χορηγούμενα είδη οι αποδοτέες τιμές στα περισσότερα είδη δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές τιμές της αγοράς, τόσο στα αναπηρικά αμαξίδια, στα μαξιλάρια για την πρόληψη των κατακλίσεων, στους κηδεμόνες, στα τεχνητά μέλη, στις κάλτσες σιλικόνης κ.λ.π.. Διαφωνούμε με την επιβολή ηλικιακού κριτηρίου για την χορήγηση κάποιων ειδών.

Έχουν αναφερθεί κάποια είδη που χορηγούνταν με τον προηγούμενο ΕΚΠΥ

δ) (χειροκίνητο νοσοκομειακό κρεβάτι τροχήλατο, νοσοκομειακό κρεβάτι ηλεκροκίνητο (πλήρες), απλό χειροκίνητο αμαξίδιο για τετραπληγικούς). Ο όρος ολοκληρωτική φθορά για την αποκατάσταση αμαξιδίων και άλλων ειδών πρέπει να διαγραφεί.

ε) Να μην καταβάλλουν συμμετοχή 25% για την χορήγηση ορθοπεδικών ειδών, κηδεμόνων και προθέσεων άνω και κάτω άκρων όσοι έχουν αναπηρία 67% και άνω.

ζ) Να εξεταστεί σε κάποια είδη όπως ηλεκτροκίνητο αμαξίδιο κ.λπ. το ηλικιακό κριτήριο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ. «Διάφορες Συσκευές»

α) **περ. γ** : Προτείνουμε για λόγους ίσης μεταχείρισης των ασφαλισμένων χρονίως πασχόντων, να καλυφθεί εξολοκλήρου η δαπάνη αντλίας αποσιδήρωσης και να καταργηθεί η συμμετοχή τους σε ποσοστό 10% όπως καθορίζει το προσχέδιο.

Προτείνουμε η περ. γ της παρ. Δ. «Διάφορες Συσκευές» να τροποποιηθεί ως εξής: Στους πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία και δρεπανοκυτταρική νόσο την κάλυψη της δαπάνης αντλίας αποσιδήρωσης (ή έκχυσης δεσφεροζαμίνης) σε ποσοστό 100%, κατόπιν γνωμάτευσης του θεράποντος ιατρού. και την αντικατάστασή της ανά 5ετία.

β) Χορήγηση «Πρότυπο φορητού συστήματος για την ασφαλή εφαρμογή της περιτοναϊκής κάθαρσης».

Το Πρότυπο φορητό σύστημα για την ασφαλή εφαρμογή της περιτοναϊκής κάθαρσης αποτελείται από χώρο μεταφοράς και θέρμανσης διαλυμάτων, πεδίο αλλαγής που αποστειρώνεται, θερμαντικό σώμα, γάντζους ανάρτησης διαλυμάτων, ηλεκτρονικό πιεσόμετρο, ηλεκτρονικό ζυγό βάρους σώματος, ηλεκτρονικό ζυγό διαλυμάτων ο οποίος ελαχιστοποιεί τη χρονική διάρκεια κάθε περιτοναϊκής αλλαγής κατά 50%, δοχεία ψεκασμού αντισηπτικών και ειδικές θέσεις αναλωσίμων (γάζες, γάντια, λαβίδες κλπ).

Η εν λόγω συσκευή σε καμία περίπτωση δεν ζημιώνει τον οργανισμό, καθώς απευθύνεται σε συγκεκριμένους ασθενείς οι οποίοι πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια. Άλλωστε σε διάστημα 6-7 ετών μέσω ασφαλιστικών ταμείων έχουν χορηγηθεί περίπου 76 συσκευές. Τα οφέλη δε που έχουν οι πάσχοντες από την αυτονομία που απολαμβάνουν μέσω της συσκευής είναι πολλαπλάσια.

γ) Πρόβλεψη χορήγησης τεχνικών βοηθημάτων υγείας για κωφούς/βαρήκοους και άτομα με τύφλωση/προβλήματα όρασης

Είναι αδιαμφισβήτητο ότι τα τεχνικά βοηθήματα υγείας για τα άτομα με αισθητηριακές αναπηρίες (τύφλωση/χαμηλή όραση – κώφωση/βαρηκοΐα) είναι απαραίτητα για την εξυπηρέτηση βασικών καθημερινών αναγκών που προέρχονται από την κατηγορία της αναπηρίας τους.

Σε ανεπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες όπως η Γερμανία και η Αυστρία το κόστος των συστημάτων ειδοποίησης μέσω φωτεινών σημάτων για τα άτομα με προβλήματα ακοής καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Τα συστήματα αυτά χρησιμοποιούνται για να μετατρέψουν τις πιο σημαντικές πληροφορίες στα οικιακά περιβάλλοντα σε οπτικά ή δονητικά σήματα. Με λίγα λόγια μέσω αυτών των συστημάτων δίνεται η δυνατότητα επικοινωνίας των κωφών με το οικιακό περιβάλλον τους και η δυνατότητα ένταξής τους στην ευρύτερη κοινωνία.

Ο ορισμός για την υγεία όπως διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) αναφέρει ότι **«η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»**. Με τον ορισμό αυτό αναγνωρίζεται ότι η υγεία δεν είναι έννοια μονοσήμαντη και δεν προσδιορίζεται μόνο από την απουσία της ασθένειας. Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω μπορούμε να αντιληφθούμε ότι υπάρχει πληθώρα παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού όπως γενετικοί, περιβαλλοντικοί (τρόπος διαβίωσης, κατοικία, εργασία, συνθήκες εργασίας ρύπανση περιβάλλοντος), παράγοντες συνθηκών ατομικής και κοινωνικής ζωής (διατροφή, συμπεριφορά, επικοινωνίας) και παράγοντες που σχετίζονται με τα εκάστοτε συστήματα υγείας. Υπό αυτό το πρίσμα η χορήγηση των τεχνικών βοηθημάτων υγείας αποτελεί υποχρέωση των ασφαλιστικών ταμείων προς τους ασφαλισμένους τους οι οποίοι ανήκουν στις κατηγορίες των αισθητηριακών αναπηριών.

Οι πιο κάτω προτάσεις είναι προϊόν προσεκτικής επιλογής και προτεραιοτήτων, λαμβάνοντας υπόψη την κάλυψη των αναγκών της κάθε αναπηρίας.

Ζητούμε τη χορήγηση τεχνικών μέσων υγείας με απόφαση του Δ.Σ. ως εξής:

1) Οι τυφλοί ασφαλισμένοι να δικαιούνται την παροχή:

- 2 λευκών μπαστουινιών ανά έτος μέχρι του ποσού των 100 ευρώ συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ έκαστο.
- Ένα ομιλούν θερμόμετρο ετησίως μέχρι του ποσού των 17 ευρώ συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ.
- Ένα **ομιλούν πιεσόμετρο ανά τριετία** μέχρι του ποσού των 200 ευρώ συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ, μετά από γνωμάτευση ιατρού αντίστοιχης ειδικότητας που θα βεβαιώνει την αναγκαιότητα της προμήθειας.
- Μία **ομιλούσα συσκευή μέτρησης σακχάρου ανά τριετία** μέχρι του ποσού των 150 ευρώ συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ μετά από γνωμάτευση ιατρού αντίστοιχης ειδικότητας που θα βεβαιώνει την αναγκαιότητα της προμήθειας.
Αιτιολόγηση: Είναι γνωστό ότι μία από τις συνηθέστερες επιπλοκές του διαβήτη είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Επομένως η ομιλούσα συσκευή μέτρησης σακχάρου είναι καθόλα απαραίτητη όχι μόνο για τη ρύθμιση των επιπέδων γλυκόζης αλλά και την αυτονομία του τυφλού ατόμου που πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη.

2) Οι κωφοί ασφαλισμένοι να δικαιούνται :

- Πλήρη κάλυψη αναλωσίμων των ακουστικών βαρηκοΐας

- Ασύρματο σύστημα φωτεινής ειδοποίησης (πομπός κουδουνιού, τηλεφώνου, ειδοποίησης για κλάμα μωρού)
- Πομπός συναγερμού
- Δέκτης φωτεινών σημάτων
- Ρολόγια – ξυπνητήρια (φορητά & ψηφιακά)
- Φάρος πόρτας
- Τηλέφωνα με δυνατότητες βιντεοκλήσεων
- Κάμερα Η/Υ
- Neckloop-επαγωγικός ενισχυτής για μουσική
- Ενισχυτής για κινητά τηλέφωνα
- Στατικός ενισχυτής τηλεφώνου
- Τηλέφωνο με ενίσχυση και φωτεινή ειδοποίηση
- Ενισχυτής για παρακολούθηση τηλεόρασης και ραδιοφώνου
- Κινητά τηλέφωνα-Τηλεομοιοτυπία (Φαξ)

Σχόλιο: Τα άτομα με προβλήματα ακοής αντιμετωπίζουν μεγάλες δυσκολίες στην αντίληψη συστημάτων ειδοποίησης - ηχητικών σημάτων, οι οποίες σχετίζονται άμεσα και με την υγεία τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρησιμοποιούνται διάφορα συστήματα ειδοποίησης μέσω φωτεινών σημάτων, τα οποία γίνονται αποδεκτά από ένα άτομο με κώφωση. Παραδείγματος χάρη, η χρήση επαναλαμβανόμενων φωτεινών σημάτων LED ή δονητικών σημάτων διαφόρων εντάσεων (ένα είδος ξυπνητηριού) είναι άκρως απαραίτητη για την καθημερινότητα των ατόμων με κώφωση είτε για να φτάσουν στο χώρο της εργασίας τους είτε για να προγραμματίσουν συναντήσεις τους σε νοσοκομεία είτε για να λάβουν τη χορήγηση θεραπευτικής τους αγωγής (π.χ. άτομα με κώφωση που είναι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη ή νεφροπαθείς κ.λπ).

Επίσης, προτείνουμε να προβλεφθούν τα παραπάνω 4 βοηθήματα, τα οποία παρείχε ο ΟΠΑΔ και περιλαμβάνονται στην απόφαση Υ9/146801/Φ.ΟΠΑΔ/3-4-2008.

- Έγκριση κάλυψης ποσού 1.100 ευρώ έκαστη για την τοποθέτηση πλαστικών οφθαλμικών προθέσεων και αντίστοιχα 800 ευρώ για τοποθέτηση γυάλινων οφθαλμικών προθέσεων.
- Ελάχιστη αποδιδόμενη τιμή για την προμήθεια γυαλιών οράσεως ή φακών επαφής για την μυωπία 100 ευρώ και την πρεσβυωπία 90 ευρώ, ενώ για τα πολυεστιακά και διαπλαστικά γυαλιά και φακούς αποδιδόμενο ποσό 180 ευρώ ανά έτος το ζεύγος, χωρίς τη συμμετοχή του ασφαλισμένου.
- Για άτομα με μερική απώλεια όρασης, οθόνη μεγέθυνσης χαρακτήρων CCTV.
- Μία ομιλούσα ζυγαριά σώματος ανά τριετία μέχρι του ποσού των 100 ευρώ.

Παρακαλούμε να λάβετε σοβαρά υπόψη τα όσα σας θέτουμε με το παρόν υπόμνημά μας, διότι το οικονομικό βάρος που επωμίζονται τα άτομα με αισθητηριακές αναπηρίες είναι δυσβάστακτο.

Άρθρο 16: Μετακινήσεις

α) Στο σημείο Δ. αναφέρεται ότι *«Για την αποζημίωση μετακινήσεων νεφροπαθών και πασχόντων από μεσογειακή αναιμία απαιτείται, η προσκόμιση από αυτούς σχετικής μηνιαίας ιατρικής γνωμάτευσης Διευθυντή, της εκάστοτε υγειονομικής μονάδας αιμοκάθαρσης ή μετάγγισης, από την οποία θα πιστοποιείται η πάθηση και ο αριθμός των πραγματοποιούμενων μηνιαίων αιμοκαθάρσεων ή μεταγγίσεων αντιστοίχως.»*

Η γνωμάτευση του ιατρού, σε ότι αφορά την αποζημίωση μετακινήσεων πασχόντων από μεσογειακή αναιμία ζητούμε να ισχύει καθόλη τη διάρκεια του έτους, αφού το νόσημα δεν αλλάζει. Π.χ. για τους πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία θα προσκομίζεται απλά ο αριθμός των μεταγγίσεων για το διάστημα που αιτείται ο ασφαλισμένος τη δαπάνη και σαφώς όχι πέραν του ενός έτους.

β) Ζητούμε οι πάσχοντες από Δρεπανοκυτταρική νόσο που χρήζουν μετάγγισης να αποζημιώνονται αντιστοίχως.

γ) Να προβλεφθεί αποζημίωση οδοιπορικών σε πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας σε εκείνες τις περιπτώσεις που απαιτείται περιοδική νοσηλεία και ενδονοσοκομειακή θεραπεία. Αναφερόμαστε σε πάσχοντες από ΣκΠ, οι οποίοι πρέπει μηνιαίως να μεταβαίνουν σε νοσηλευτικό ίδρυμα για τη θεραπεία τους.

ΑΡΘΡΟ 17: «Ειδική Αγωγή»

Παράγραφος 1 : α) Στην έννοια του ημερήσιου νοσηλείου δεν περιλαμβάνεται η μεταφορά (αυτό σημαίνει επιπλέον επιβάρυνση για τους γονείς και τα Κέντρα), καθώς επίσης απαιτείται για όλες τις αναπηρίες και δείκτης νοημοσύνης άπαξ χωρίς λόγο.

β) Όσον αφορά στην Ειδική Αγωγή, στην πρώτη παράγραφο του παρόντος άρθρου, όπως προαναφέραμε και σε σχετική μας παρατήρηση για το άρθρο 14, είναι άλλο πράγμα η Ειδική, Δημόσια, Εκπαίδευση που παρέχεται σε όλους τους πολίτες από την ελληνική πολιτεία και η οποία είναι δωρεάν και υποχρεωτική από το 2008 και για τα ΑμεΑ στη χώρα μας και στα πλαίσια της οποίας, υποστηρικτικά και για να μπορέσει να λειτουργήσει το εκπαιδευτικό κομμάτι, υποστηρίζεται από Φ/Θ, Ε/Θ, Λ/Θ και είναι άλλο πράγμα η «Ειδική Αγωγή» -κατά την ιατρική έννοια- που αφορά στις θεραπευτικές παρεμβάσεις σε κάθε ΑμεΑ με συνεδρίες Φ/Θ, Ε/Θ, Λ/Θ κ.ο.κ., προκειμένου κάθε Άτομο με Αναπηρία να καταστεί πιο λειτουργικό για την καθημερινή του διαβίωση και εξέλιξη. Συνεπώς, ακόμα και αν στόχος του συντάκτη της παρούσας προσθήκης είναι να αποφευχθεί η διπλή χρηματοδότηση για την ίδια πράξη, γίνεται κατανοητό ότι πρακτικά πρόκειται για δύο διαφορετικές έννοιες και δύο διαφορετικά πράγματα (Ειδική Εκπαίδευση και Ειδική Αγωγή, δύο έννοιες που στο Σ/Ν που προωθείται προς ψήφιση στη Βουλή, διαχωρίζονται αυτές οι δύο έννοιες από το πρώτο κιόλας άρθρο, το οποίο αναφέρεται στην «Ειδική Εκπαίδευση» και όχι στην «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση», διορθώνοντας έτσι, τον επί σειρά ετών, εσφαλμένο όρο που είχε αποδοθεί από την Ελληνική Πολιτεία στην εκπαίδευση των

Ατόμων με Αναπηρία, η οποία αντίθετα σε κάθε λογικό, εννοιολογικό και συμβατικό προσδιορισμό ήταν και παραμένει μέχρι και σήμερα ιατροκεντρική, συνεπώς και αποτυχημένη στον εκπαιδευτικό στόχο και τα μαθησιακά και μορφωτικά αποτελέσματα που επιδιώκει κάθε εκπαιδευτικό σύστημα για τους πολίτες που απευθύνεται). Ακόμα όμως και η παραδοχή ότι «στα πλαίσια της Δημόσιας Δωρεάν Εκπαίδευσης στα ΑμεΑ παρέχεται και Ειδική Αγωγή», είναι απολύτως εσφαλμένη ως παραδοχή αλλά και άκρως επικίνδυνη για τη θεραπευτική και αποκαταστασιακή αντιμετώπιση και φροντίδα που χρήζουν τα Άτομα με Αναπηρία στις ηλικίες που αφορά η Α/θμια και Β/θμια Εκπαίδευση, ηλικίες στις οποίες η θεραπευτική-αποκαταστασιακή αντιμετώπιση των Ατόμων αυτών, πρέπει να είναι έως και πολύ μεγαλύτερης έντασης, και η ένταση αυτή σε καμία περίπτωση και ούτε κατά διάνοια δεν παρέχεται μέσα από το δημόσιο σχολείο, του οποίου και ο ρόλος δεν είναι και δεν είναι στελεχωμένο ούτε καν ανεπαρκώς... Για όλους αυτούς τους λόγους, επιβάλλεται η άμεση απαλοιφή τόσο της πρώτης παραγράφου του παρόντος άρθρου, όσο και της όμοιας που αναφέρεται πιο πάνω στο άρθρο 14, οι οποίες αποτελούν κυριολεκτικά και όχι μεταφορικά «προκρούστεια κλίνη» για τα Άτομα με Αναπηρία και «κόκκινη γραμμή» για τους γονείς των Ατόμων με Αναπηρία και για το Αναπηρικό Κίνημα στο σύνολό του.

Παράγραφος 2 : Στο δεύτερο εδάφιο αναφέρονται περιπτώσεις 1^α και 1β. Στο κείμενο όμως δεν υπάρχει αρίθμηση των περιπτώσεων 1^α και 1β.

Στην παρ. 2 αναφέρεται ότι *«Η χορήγηση νοσηλίου τροφείου σε όλες τις κατηγορίες ιδρυμάτων και ΚΔΗΦ από τον ΕΟΠΥΥ ή τα συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα ΕΣΠΑ με τυχόν ταυτόχρονη χορήγηση πράξεων θεραπείας για την ίδια πάθηση, θεωρείται διπλή παροχή σε είδος και δεν δύναται να χορηγηθεί»*. Η παράγραφος είναι τελείως αόριστη. Χρειάζεται αναλυτική διατύπωση και σαφής προσδιορισμός του τι εννοείτε και σε ποια συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα ΕΣΠΑ αναφέρεστε.

Προτείνουμε

α) Να ξεκαθαριστεί ότι για όλες τις κατηγορίες των δομών το νοσήλιο δεν αφορά τις πράξεις θεραπείας αλλά την παραμονή, τη φροντίδα, τη σίτιση τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες, τη δημιουργική απασχόληση και την ψυχαγωγία.

β) Να αποδίδεται επίσης το κόστος μεταφοράς των ωφελούμενων ΑμεΑ και να αποδίδονται είτε στις δομές είτε στους ασφαλισμένους, ξεχωριστά οι δαπάνες για τις δικαιούμενες θεραπευτικές πράξεις που θα πραγματοποιούνται σε όλες τις κατηγορίες των δομών.

Επισημαίνουμε ότι στην παρ. Δ του άρθρου 15 του Π.Δ. 395/22.9.1993 αναφέρεται ότι **«Κέντρα Δημέρευσης – Ημερήσιας Φροντίδας για Άτομα με Ειδικές ανάγκες, νοούνται εκείνα τα οποία παρέχουν υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας και παραμονής»** χωρίς να αναφέρονται «ιατρική φροντίδα» και «αποκατάσταση» όπως αναφέρονται και για τις τρεις

άλλες κατηγορίες Κέντρων Α-Α στο ίδιο άρθρο. Επίσης στο κεφ. Γ. της υπ αριθμ. Π4α/οικ.4633/29.9.1993, βάσει της οποίας αδειοδοτούνται και λειτουργούν τα ΚΔ-ΗΦ, ορίζονται ξεκάθαρα οι χώροι, οι υπηρεσίες, όπως και στην τελευταία σελίδα το προσωπικό αυτών των Κέντρων.

Θα πρέπει όμως να αναφέρουμε ότι στην ημερήσια φροντίδα των Κέντρων που εντάσσονται στα προγράμματα της ΕΕΕΤΑ περιλαμβάνονται και πράξεις όπως φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας, λογοθεραπείας. Τα Κέντρα αυτά επιβάλλεται προκειμένου να λάβουν τη χρηματοδότηση από την ΕΕΕΤΑ σύμφωνα και με τη σχετική σύμβαση, να παρέχουν τις ανωτέρω πράξεις. Σε αυτή την περίπτωση είναι εύλογο ότι για τις ίδιες πράξεις δεν μπορεί να αποζημιώνονται τα Κέντρα από δύο πηγές (Για πλήρη ενημέρωση βλ. και τη θέση για τα συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα ΕΣΠΑ στο άρθρο 14 σελ. του κειμένου).

Στην παρ. 2^α αναφέρεται ότι «α. Σε αμιγή περιστατικά κινητικών προβλημάτων, φυσικοθεραπείες, δεκαπέντε (15) συνεδρίες το μήνα και η αποζημίωση ορίζεται σε 15€ έκαστη»

Προτείνουμε η τιμή να είναι 20€για να ανταποκρίνεται κατ' ελάχιστον στην πραγματική αμοιβή που χρειάζεται να καταβάλλεται σε φυσιοθεραπευτές ειδικευμένους σε ειδικές μεθόδους αποκατάστασης παιδιών με αναπηρία»

Στην παρ. 2δ όπου αναφέρεται ότι «δ. Σε περιστατικά κινητικώνμε μέγιστο αποδιδόμενο ποσό τα 590 €» προτείνουμε α) να προστεθούν οι παθήσεις : πάρεση, παραπάρεση, τετραπάρεση, ημιπληγία, διπληγία β) τη συνέχιση της ειδικής αγωγής μετά την ηλικία των 18 ετών να είναι η ίδια σε ποσότητα, είδη θεραπείας και αποδιδόμενο ποσό όταν δεν έχει επέλθει αποκατάσταση και κρίνεται από τους αρμόδιους ιατρούς απαραίτητη ή συνέχισή τους είτε για να επέλθει βελτίωση είτε για να μην υπάρχει επιδείνωση, και όχι όπως αναφέρεται στο παράρτημα του ΕΟΠΥΥ, στο οποίο δεν υπάρχουν ούτε φυσιοθεραπείες! δ) να συνεχίζεται η συμβουλευτική γονέων και μετά την ηλικία των 18 ετών και έως τη συμπλήρωση του 40^{ου} έτους κάθε ατόμου με αναπηρία.

Παράγραφος 5^η : Τελείως αόριστο, άθλιο και υποκριτικό. Μετά και από την πρόσφατη γνωμοδότηση-απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας, βάσει και της κείμενης νομοθεσίας, πρέπει να εφαρμοστεί άμεσα το ειδικό νοσήλαιο για ΣΥΔ και ΣΑΔ, με αντίστοιχη υπογραφή σχετικών συμβάσεων με τον ΕΟΠΥΥ και αυτό θα πρέπει να προβλεφθεί και στο άρθρο 19. Αναφέρεται επίσης, ότι εξετάζεται το ενδεχόμενο σύναψης συμβάσεων με ΣΥΔ και ΣΑΔ με τις υπηρεσίες των συναρμόδιων υπουργείων. Ο ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να υπογράφει συμβάσεις με τις ΣΥΔ και ΣΑΔ, όπως άλλωστε επιτάσσει ο Ν. 3918/2011 και υλοποιήθηκε κανονιστικά με την κοινή απόφαση των αρμόδιων Υπουργών

Οικονομικών, Υγείας και Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας Υ.Α.Δ29α/φΘΕΣΜ./ΓΠ26275/1048/30.01.2014. Στην ΥΑ Π3β/Φ.ΓΡΝ/Γ.Ποικ.3394 ΦΕΚ Β'74/29.01.2014, άρθρο 3, αναφέρεται σαφώς ότι στο πλαίσιο των ΣΥΔ λαμβάνεται μέριμνα για την συνεχή ιατρική φροντίδα των φιλοξενούμενων και διαρκή φροντίδα αγωγής για την αξιοποίηση και διατήρηση στο μέγιστο δυνατό βαθμό των προσωπικών δεξιοτήτων και ικανοτήτων των φιλοξενούμενων. Επιπροσθέτως ο Συνήγορος του Πολίτη με την υπ'αριθμ. 188042/33916/2014/27-06-2014 γνωμοδότηση του ζητά την αποκατάσταση της απόδοσης της δαπάνης νοσηλίων στις ΣΥΔ από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, ενώ μετά την πρόσφατη σύσκεψη του Υπουργού Υγείας και του Υφυπουργού Εργασίας κ. Κεγκέρογλου, αποφασίστηκε η άμεση νομοθετική κατοχύρωση της εφαρμογής του ειδικού νοσηλείου (σε νομοσχέδιο του Υπουργείου Υγείας που προωθείται τις επόμενες ημέρες στη Βουλή), το οποίο για μεν τους ασφαλισμένους θα καταβάλλεται από τον ΕΟΠΥΥ και για τους ανασφάλιστους από τις υπηρεσίες πρόνοιας του Υπουργείου Υγείας.

Παράγραφος 6^η : Επαναλαμβάνεται η 3^η παράγραφος του άρθρου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ 15

Πρόταση για τη χορήγηση νεφελοποιητών στους πάσχοντες από Κυστική Ίνωση:

Οι ασθενείς με Κυστική Ίνωση κάνουν χρήση νεφελοποιητή καθημερινά για πολλές ώρες. Γι' αυτό το λόγο προτείνουμε να αναγνωριστεί η δαπάνη για την αγορά νεφελοποιητή ειδικού τύπου για την Κυστική Ίνωση, αξίας 1.000 Ευρώ περίπου, ο οποίος πρέπει να αντικαθίσταται κάθε τρία χρόνια. Να προβλεφθεί στον Κανονισμό η αντικατάσταση των αναλωσίμων του, ήτοι σωλήνες, δοχείου φαρμάκου, ηλεκτρονική γεννήτρια/κεφαλή αερολύματος, φίλτρα συνολικής αξίας 160 Ευρώ, όπως και να προβλεφθεί καταστατικά ο χρόνος αντικατάστασης των αναλωσίμων περιοδικά, ανά εξάμηνο για λόγους πρόληψης διαμόλυνσης.

Επίσης, ζητούμε να εξεταστεί η κάλυψη του κόστους για την αγορά συσκευών φυσικοθεραπείας (όπως flutter, pep mask, cornet κα) τα οποία χρησιμοποιούν οι πάσχοντες από Κυστική Ίνωση καθημερινά για την αναπνευστική φυσικοθεραπεία

Τέλος, ζητούμε την τροποποίηση του ΕΚΠΥ, ώστε η φιάλη υγρού ή αερίου οξυγόνου να χορηγείται χωρίς συμμετοχή στους ασφαλισμένους βάσει του τιμολογίου, διότι οι ασθενείς με Κυστική Ίνωση στα τελικά στάδια της νόσου χρειάζονται πολλές φιάλες υγρού/αερίου οξυγόνου και το κόστος της συμμετοχής για την αγορά του είναι δυσβάστακτο

ζ) Για τα ειδικά θεραπευτικά υποδήματα Διαβήτη σελ 52 και 53

Με κύριο γνώμονα ότι ανήκουμε στους χρήστες του ΕΚΠΥ που η επιβίωση τους εξαρτάται από τη σωστή λειτουργία του, σας παραθέτουμε τις παρατηρήσεις και προτάσεις μας.

1.Περιορισμός της συνταγογράφησης μόνο στους πάσχοντες που έχουν ένδειξη και όχι σε όλους τους ανθρώπους με διαβήτη

Τα θεραπευτικά υποδήματα διαβήτη πρέπει να χορηγούνται σύμφωνα με τα επιστημονικά δεδομένα στα άτομα με διαβήτη με πόδια υψηλού κινδύνου για ακρωτηριασμό με στόχο τη μείωση των ακρωτηριασμών και την εξοικονόμηση πόρων για τα ασφαλιστικά ταμεία και όχι σε όλους πάσχοντες, διότι τότε η δαπάνη καθίσταται ασύμφορη για τα ασφαλιστικά ταμεία.

Επομένως, θα πρέπει να υπάρχει πίνακας για τη χορήγηση υποδημάτων και λοιπών μέσων αποφόρτισης στο σύνδρομο του διαβητικού ποδιού ανά κατηγορία βαρύτητας, για να διευκρινίζετε σε ποια άτομα με διαβήτη χορηγούνται αυτά τα προϊόντα. Επιπλέον θα πρέπει να χορηγούνται με τον τρόπο που χορηγούνται τα αναλώσιμα διαβήτη, έτσι ώστε ο ασφαλισμένος να επιβαρύνεται μόνο με τη συμμετοχή του. Αυτό θα αυξήσει την συμμόρφωση και θα οδηγήσει σε λιγότερους ανάπηρους και ακρωτηριασμένους πολίτες.

2. Απόδοση δαπάνης μόνο σε προϊόντα με άδεια κυκλοφορίας για τη χρήση που προορίζονται

Θα πρέπει να αποδίδεται δαπάνη αυστηρά και μόνο σε υποδήματα που έχουν εγγραφεί στα μητρώα του ΕΟΦ και έχουν άδεια κυκλοφορίας για χρήση σε άτομα με διαβήτη με περιφερική νευροπάθεια και αγγειοπάθεια για τη μείωση των εξελκώσεων και ακρωτηριασμών. Για τα υποδήματα που γίνονται παρεμβάσεις σύμφωνα με τις ανάγκες συγκεκριμένου ατόμου, θα απαιτείται επιπλέον δήλωση συμμόρφωσης του κατασκευαστή, όπου θα αναγράφεται ότι το προϊόν κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ανάγκες του.

Στη χώρα μας προωθούνται και πωλούνται πολλά ανατομικά και επικίνδυνα για διαβητικό πόδι υποδήματα σαν διαβητικά, καλύπτονται δε από τον ΕΟΠΥΥ διότι δεν υπάρχει διαδικασία ελέγχου. Η διαδικασία που αναφερόταν στην από 21/1/2013 εγκύκλιο, σύμφωνα με την οποία ο ιατρός έπρεπε να ελέγχει την καταλληλότητα των προϊόντων μετά την αγορά, δεν μπορεί να έχει αποτέλεσμα διότι ο έλεγχος των προϊόντων δεν γίνεται με το μάτι, αλλά με βάσει τις άδειες κυκλοφορίας τους και τις κλινικές τους μελέτες.

Η Ομοσπονδία μας έχει διαμαρτυρηθεί με πολλές επιστολές προς εσάς, χωρίς όμως κανένα αποτέλεσμα. Το ίδιο άκαρπες απέβησαν και οι προσπάθειες της ΕΜΕΔΙΠ, του αρμόδιου για το διαβητικό πόδι επιστημονικού φορέα της χώρας μας. Είναι γεγονός ότι πολλοί συμπολίτες μας εξαπατούνται και αντί για θεραπευτικά υποδήματα διαβήτη προμηθεύονται απλά ανατομικά/ελαστικά υποδήματα και επικίνδυνα για τα πόδια τους προϊόντα.

Τα προϊόντα αυτά στις χώρες της Ευρώπης χορηγούνται με barcodes και κωδικούς συνταγογράφησης. Μέχρι εφαρμογής κωδικών συνταγογράφησης και ηλεκτρονικής συνταγογράφησης αυτών των προϊόντων και στη χώρα μας θα πρέπει να διασφαλιστεί ο έλεγχος με άλλον τρόπο. Για αυτό και προτείνουμε μαζί με την απόδειξη να χορηγείται και βεβαίωση του προμηθευτή ότι τα υποδήματα που έχουν αγοραστεί με την απόδειξη λιανικής νούμερο....έχουν άδεια κυκλοφορίας για τη χρήση σε διαβητική νευροπάθεια /αγγειοπάθεια και συνοδεύονται από κλινική μελέτη για την αποτελεσματικότητά τους στην πρόληψη εξελκώσεων.

3. Προσαρμογή της συχνότητας χορήγησης στις πραγματικές ανάγκες και του αποδοτέου ποσού στις πραγματικές τιμές, προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος που είναι η μείωση των ακρωτηριασμών και λιγότεροι ανάπηροι πολίτες.

Α. Οι άνθρωποι με διαβήτη που ανήκουν στην κατηγορία 3 και 4 του πίνακα ταξινόμησης έχουν πόδια ιδιαίτερα αυξημένου κινδύνου σε σχέση με την κατηγορία 1. Ο κυριότερος παράγοντας για να τον αποφύγουν είναι η αποφόρτιση μέσω αποκλειστικής χρήσης θεραπευτικών υποδημάτων και για αυτό για παράδειγμα στην Γερμανία τους χορηγούνται 2 υποδήματα και μια παντόφλα, κάθε έτος. Πρέπει λοιπόν να τους χορηγείται τουλάχιστον ένα υπόδημα κάθε χρόνο όπως και στην κατηγορία 1, διότι :

-είναι πολύ υψηλού κινδύνου για ακρωτηριασμό και το βασικό τους όπλο για να τον

αποφύγουν είναι να αποφορτίζουν τα πόδια τους φορώντας θεραπευτικά υποδήματα

διαβήτη

-τα πόδια τους αλλάζουν συνέχεια σχήμα με αποτέλεσμα να πρέπει να αλλάζουν σχήμα

και τα υποδήματα τους

-τα πόδια τους δεν εισέρχονται σε υποδήματα του εμπορίου λόγω των παραμορφώσεων που έχουν.

Β. Τα υποδήματα αποφόρτισης και τα εξατομικευμένα cast αποφόρτισης, δίνονται σε ανοιχτά έλκη και κατάγματα σαρκών, καταστάσεις δηλαδή που βρίσκονται σε πολύ αυξημένο κίνδυνο ακρωτηριασμό. Θα πρέπει να χορηγούνται κάθε φορά που υπάρχει νέο έλκος ή κάταγμα και όχι να μην υπάρχει αντικατάσταση, διότι

-Οι πάσχοντες που έχουν κάτι από τα παραπάνω μπορεί να υποτροπιάσουν και όχι απαραίτητα στο ίδιο σημείο, οπότε και κάθε φορά χρειάζονται διαφορετικά κατασκευασμένο υπόδημα ή cast..

-τα πόδια αυτών των ατόμων αλλάζουν σχήμα, επομένως υπόδημα που τους έκανε στο παρελθόν όχι μόνο να μην είναι κατάλληλο πλέον για τα πόδια τους, αλλά να είναι και επικίνδυνο

Να τονίσουμε ότι τα προϊόντα αυτά με βάση τις ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες και τα θεραπευτικά πρωτόκολλα είναι πρώτης επιλογής για την αποτροπή του ακρωτηριασμού

Γ. Το κόστος των υποδημάτων με άδεια κυκλοφορίας για χρήση σε διαβητική νευροπάθεια/αγγειοπάθεια όλων των εταιρειών που κυκλοφορούν στην Ευρώπη είναι 250-300 ευρώ. Όταν το υπόδημα γίνεται εξατομικευμένο για σοβαρές παραμορφώσεις/σαρκώ/ακρωτηριασμό μπορεί να φτάσει και 500-900 ευρώ, ανάλογα με τις προδιαγραφές που θα τηρηθούν.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η δαπάνη για θεραπευτικά υποδήματα διαβήτη εξασφαλίζει μεγάλη εξοικονόμηση πόρων στα ασφαλιστικά ταμεία, όπως έχει αποδειχθεί και από οικονομοτεχνικές μελέτες. Τα νευροπαθητικά και αγγειοπαθητικά πόδια έχουν υποστεί αλλαγές στην δομή και λειτουργικότητα τους, με αποτέλεσμα να στρεσάρονται στα κοινά υποδήματα του εμπορίου και να κινδυνεύουν από εξελκώσεις και τραύματα, οι οποίες σε ποσοστό 15% καταλήγουν σε ακρωτηριασμό. Εδώ πρέπει να σας τονίσουμε ότι για το 90% των ακρωτηριασμών στα άτομα με διαβήτη αιτία είναι η χρήση ακατάλληλου υποδήματος. Τα υποδήματα με άδεια κυκλοφορίας για χρήση σε διαβητική νευροπάθεια και αγγειοπάθεια είναι ειδικά χειροποίητα κατασκευασμένα για τα πόδια αυτά, τα αποφορτίζουν τουλάχιστον 50%, σταματούν τις παραμορφώσεις στα δάχτυλα, στα μετατάρσια, στην ποδοκνημική, σταματούν τις τριβές διότι γίνονται στα μέτρα των ποδιών και έχουν αποδείξει μέσα από κλινικές μελέτες ότι μειώνουν σημαντικά την εμφάνιση εξελκώσεων. Να τονίσουμε ότι το κόστος αντιμετώπισης ενός έλκους ανέρχεται στις 16.700-27.000 ευρώ και ενός ακρωτηριασμού στις 30.000-60.000 ευρώ.

Πίνακας χορήγησης θεραπευτικών υποδημάτων και λοιπών μέσων αποφόρτισης ανά κατηγορία βαρύτητας

Στα άτομα με διαβήτη και πόδια υψηλού κινδύνου, και αυτοί είναι όσοι εμφανίζουν διαβητική νευροπάθεια με απώλεια της αισθητικότητας ή και περιφερική αρτηριοπάθεια, με ενεργό έλκος στα κάτω άκρα, ή έλκος στο παρελθόν, ή ανατομικές βλάβες (παραμορφώσεις) που οδηγούν σε τοπικά αυξημένες πιέσεις, χορηγούνται τα είδη που περιγράφονται στον παρακάτω πίνακα

	ΕΙΔΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΘΗΣΗΣ	ΑΝΩΤΑΤΟ ΑΠΟΔΟΤΕΟ ΠΟΣΟ	ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
1.	Θεραπευτικά υποδήματα διαβήτη με ένθετα πέλματα	Σακχαρώδης Διαβήτης με απώλεια αίσθησης στα κάτω άκρα λόγω πολυνευροπάθειας ή/και περιφερικής αγγειοπάθειας	250 ευρώ (ζεύγος)	Κάθε χρόνο ένα ζεύγος
2.	Θεραπευτικά υποδήματα διαβήτη με εξατομικευμένα πέλματα	Σακχαρώδης διαβήτης με επουλωμένο έλκος	250 ευρώ ζεύγος υποδήματος 68 ευρώ ζεύγος πελμάτων	Κάθε χρόνο ένα ζεύγος
3.	Θεραπευτικά υποδήματα διαβήτη εξατομικευμένα κατόπιν γύψινου προπλάσματος με εξατομικευμένα πέλματα	Σακχαρώδης διαβήτης με πολυνευροπάθεια ή/και αγγειοπάθεια και Σοβαρές παραμορφώσεις στο σχήμα του ποδιού Ή Διαβητική οστεαρθροπάθεια CHARCOT	330 ευρώ ζεύγος υποδήματος -με προσαύξηση 80 ευρώ στις περιπτώσεις επιπλέον στήριξης της ποδοκνημικής -με προσαύξηση 250 σε περίπτωση κατασκευής ανόμοιων σολών, σύμφωνα με το σχήμα του ποδιού 100 ευρώ ζεύγος πελμάτων	Κάθε χρόνο ένα ζεύγος
4.	Θεραπευτικά υποδήματα διαβήτη εξατομικευμένα κατόπιν γύψινου προπλάσματος με εξατομικευμένα πέλματα ειδικά διαμορφωμένα για αντικατάσταση της ακρωτηριασμένης περιοχής με θερμοπλαστικά υλικά	Σακχαρώδης διαβήτης με απώλεια αίσθησης λόγω πολυνευροπάθειας και αγγειοπάθειας με μερικό ακρωτηριασμό	330 ευρώ ζεύγος υποδήματος -με προσαύξηση 100 σε περίπτωση προσθήκης ανθρακονήματος -με προσαύξηση 80 ευρώ στις περιπτώσεις επιπλέον στήριξης της ποδοκνημικής -με προσαύξηση 250 σε περίπτωση κατασκευής ανόμοιων σολών, σύμφωνα με το σχήμα του ποδιού 150 ευρώ ζεύγος πελμάτων	Κάθε χρόνο ένα ζεύγος
5.	Υπόδημα αποφόρτισης (halfshoes)	38,00 ευρώ (τεμάχιο)	38,00 ευρώ (τεμάχιο)	Όποτε εμφανίζεται έλκος ή σαρκώ
6.	Εξατομικευμένος νάρθηκας (cast)	261,00 ευρώ (τεμάχιο)	261,00 ευρώ (τεμάχιο)	Όποτε εμφανίζεται έλκος ή σαρκώ
7.	Μπότα αποφόρτισης (aircast)	69,00 ευρώ (τεμάχιο)	69,00 ευρώ (τεμάχιο)	Όποτε εμφανίζεται έλκος ή σαρκώ

Για την απόδοση της δαπάνης απαιτείται ιατρική γνωμάτευση παθολόγου εξειδικευμένου στον διαβήτη ή ενδοκρινολόγου, ή αγγειοχειρουργού ή φυσιάτρου ή ορθοπαιδικού και σφραγίδα ελεγκτή. Όταν πρόκειται για θεραπευτικά υποδήματα βεβαίωση του προμηθευτή ότι το προϊόν έχει άδεια κυκλοφορίας σε διαβητική νευροπάθεια /αγγειοπάθεια και συνοδεύεται από κλινική μελέτη για την αποτελεσματικότητά του (η βεβαίωση είναι απαραίτητη μέχρι εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, του κωδικού συνταγογράφησης και των barcodes).

Με τη βεβαιότητα ότι οι προτάσεις μας θα εξεταστούν με τη δέουσα προσοχή είμαστε στη διάθεσή σας για περαιτέρω διευκρινίσεις.

Με εκτίμηση

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Ο ΓΕΝ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Ι. ΒΑΡΔΑΚΑΣΤΑΝΗΣ

ΧΡ. ΝΑΣΤΑΣ