



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας
www.eopyy.gov.gr

Μαρούσι 26/ 5/2022
Αρ. Πρωτ.: ΔΒ3Α/Φ115/3/οικ. 13522

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΕΝΙΑΙΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ ΠΑΡΟΧΩΝ
& Π. Π. Υ.**

Ταχ. Δ/ση: Απ. Παύλου 12, Μαρούσι

Ταχ. Κώδικας: 151 23

Πληροφορίες: Λυμπεροπούλου Π.- Γκιγκίλου Αλ.

Τηλ.: 210 8110859,863

E-mail: d8.t1@eopyy.gov.gr

Προς: 1) ΠΕ.ΔΙ. ΕΟΠΥΥ
(μέσω ηλεκτρ.ταχυδρομείου)
2) ΟΛΕΣ ΟΙ Δ.Υ.ΠΕ
(Με ευθύνη των αποδεκτών για
ενημέρωση όλων των εμπλεκομένων)

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση αποζημίωσης λουτροθεραπείας στους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ, για την λουτρική περίοδο από 1^η Ιουνίου έως 31^η Οκτωβρίου 2022.»

Σύμφωνα με την παρ.1 του άρθρου 46 «ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΛΟΥΤΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ-ΑΕΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ» του Ε.Κ.Π.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (ΦΕΚ/Β'/4898/2018), όπως ισχύει κάθε φορά, η αποζημίωση λουτροθεραπείας παρέχεται στους ασφαλισμένους κατά την διάρκεια της λουτρικής περιόδου, για το χρονικό διάστημα από 1/6 έως 31/10, εκάστου έτους και ανέρχεται στο ποσό των 150 ευρώ, μετά από έγκριση από το αρμόδιο υγειονομικό όργανο του ΕΟΠΥΥ, όταν αυτές διενεργούνται σε αναγνωρισμένες από το κράτος λουτροπηγές.

Το ανωτέρω ποσό χορηγείται για την πραγματοποίηση κατά ανώτατο όριο 15 λούσεων.

Δικαίωμα για την χορήγηση του επιδόματος λουτροθεραπείας έχουν οι ασφαλισμένοι που πάσχουν από τις κάτωθι παθήσεις:

1) Αυτοάνοσες ρευματικές παθήσεις με προβολή του μυοσκελετικού συστήματος, που δεν βρίσκεται σε οξύ στάδιο.

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται παθήσεις όπως οι κάτωθι:

- α) Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- β) Συστηματικός ερυθρεματώδης λύκος
- γ) Συστηματική σκλήρυνση
- δ) Πολυμυοσίτιδα-Δερματίτιδα
- ε) Ρευματοειδή πολυμυαλγία

στ) Μεικτή νόσος του συνδετικού ιστού

ζ) Αγγυλοποιητική και Ψωριασική αρθρίτιδα

2) Μετατραυματικές δυσκαμψίες, Μετατραυματική αρθρίτιδα

3) Δερματοπάθειες

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται η ψωρίαση, το χρόνιο έκζεμα και η χρόνια διάχυτη νευροδερματίτιδα.

Έχοντας υπόψιν το άρθρο 1 της αρ. ΕΑΛΕ /Γ.Π.10040/17-3-2021(ΦΕΚ 1066/τ.Β' /2021)με την οποία καθορίζεται η διαδικασία ηλεκτρονικής υποβολής αίτησης και δικαιολογητικών, εκκαθάρισης και αποζημίωσης από τον ΕΟΠΥΥ των δαπανών , μέσω ατομικών αιτημάτων, παροχών του ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ και **προκειμένου να υπάρχει ενιαία αντιμετώπιση των δικαιούχων τόσο στην ηλεκτρονική όσο και στην φυσική παρουσία υποβολής αιτημάτων για αποζημίωση λουτροθεραπείας ,τα δικαιολογητικά που απαιτούνται είναι τα εξής:**

1) Ιατρική γνωμάτευση (σύμφωνα με το συνημμένο υπόδειγμα 1) ιατρού, αντίστοιχης με την πάθηση ειδικότητας, ήτοι Ορθοπαιδικού, Ρευματολόγου, Δερματολόγου, Φυσιάτρου. Στην γνωμάτευση θα πρέπει να αναφέρεται αναλυτικά η πάθηση του ασφαλισμένου και να αιτιολογείται αναλυτικά η αναγκαιότητα υποβολής του σε λουτροθεραπεία.

Σε περίπτωση έλλειψης ιατρού ειδικότητας ρευματολόγου στην περιοχή, θα γίνονται αποδεκτές γνωματεύσεις από Ορθοπεδικούς για τα νοσήματα της παρ. Α1.

Οι γνωματεύσεις εκδίδονται από ιατρούς Νοσοκομείων του ΕΣΥ, Στρατιωτικών και Πανεπιστημιακών, ιατρούς των μονάδων Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ και τέλος από τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ιατρούς.

2) Ιατρική γνωμάτευση θεράποντα Καρδιολόγου (συμβεβλημένου ή μη) σύμφωνα με το συνημμένο υπόδειγμα 2, από την οποία να προκύπτει, δεδομένης της κλινικής κατάσταση του ασφαλισμένου, ότι δύναται να προβεί στην συγκεκριμένη θεραπεία και ότι δεν υπάρχει ιατρική αντένδειξη για την διενέργεια αυτής.

3) Βεβαίωση της λουτροπηγής από τον νόμιμο εκπρόσωπό της, ότι η λουτροπηγή ανήκει στις αναγνωρισμένες από το Κράτος λουτροπηγές. Από την ίδια βεβαίωση θα πρέπει να προκύπτουν οι ημερομηνίες πραγματοποίησης των λούσεων καθώς και το χρονικό διάστημα εντός του οποίου διενεργήθηκαν. Δικαιολογείται μία (1) λουτροθεραπεία ανά ημέρα.

5) Ψηφιακό αντίγραφο ή επικυρωμένο αντίγραφο απόδειξης παροχής υπηρεσιών του ξενοδοχείου ή του ενοικιαζόμενου δωματίου, προκειμένου να διαπιστώνεται η μετάβαση και διαμονή του ασφαλισμένου στον τόπο της λουτροπηγής. Στην περίπτωση που η λουτροπηγή βρίσκεται κοντά στον τόπο κατοικίας του ασφαλισμένου και δεν προκύπτει διαμονή, απαραίτητη κρίνεται η υποβολή Υπεύθυνης Δήλωσης του ασφαλισμένου στην

οποία θα δηλώνει ότι, μετακινήθηκε τις ημερομηνίες όπως αυτές αναφέρονται στην βεβαίωση του νόμιμου εκπροσώπου της λουτροπηγής.

Επιπρόσθετα για τα ΑμΕΑ με τετραπληγία ή παραπληγία, δύναται να αποζημιώνεται και ο συνοδός για το κόστος μετακίνησης του, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο με αρ. πρωτ. ΔΒ3Α/Φ115/10/οικ.21662/66-2019 έγγραφο του Οργανισμού.

Σε περίπτωση που πραγματοποιηθούν λιγότερες των 15 λούσεων, θα αποδίδεται ποσό που αντιστοιχεί στις πραγματοποιηθείσες λουτροθεραπείες κατ' αναλογία.

Οι ιατρικές γνωματεύσεις των παραγράφων 1 και 2, τίθενται υπόψη του Υγειονομικού Δ/ντή, ή του Υπευθύνου των μονάδων υγείας ή του νομίμου αναπληρωτή του ή του αρμόδιου ελεγκτικού οργάνου, ο οποίος πιστοποιεί την προσκόμιση των δύο ιατρικών γνωματεύσεων, και θέτει επί αυτών την σφραγίδα, την υπογραφή του καθώς και την ημερομηνία του ελέγχου.

Διευκρινίζεται ότι, η μη υποχρέωση θεώρησης των γνωματεύσεων στα πλαίσια των έκτακτων μέτρων για την αντιμετώπιση των συνεπειών της πανδημίας ισχύει έως 30/6/2022 σύμφωνα με Απόφαση του Υπουργού Υγείας (ΕΑΛΕ/Γ.Π.οικ.21545/13-4-2022 ΦΕΚ/Β/1917).

Συνημμένα:

-Δύο (2) υποδείγματα γνωματεύσεων

**Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΓΕΝ. ΔΝΣΗΣ
ΟΡΓ/ΣΗΣ & ΣΧΕΔ.ΑΓΟΡΑΣ &
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**



ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

(μέσω ηλεκτρ.ταχυδρομείου)

- 1) Αυτοτελές Τμήμα Γραμματείας Διοικήτριας
- 2) Γραφ. Γεν. Δντή Οργάνωσης & Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας
- 3) Γραφ. Γεν. Δντή Οικονομικών Υποθέσεων
- 4) Δ/νση Ελέγχου και Εκκαθάρισης

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Ιατρός.....
ειδικότητας.....εξέτασα
 τον ασφαλισμένο του
 ΕΟΠΥΥ.....
 με Α.Μ.Κ.Α..... και
 Α.Μ.Α.....
(αναγράφεται & ο
 Φορέας Ασφάλισης) και βρήκα αυτόν να πάσχει από

 Συνιστάται η πραγματοποίηση λουτροθεραπείας
 στην Ιαματική Πηγή

 σε..... λούσεις,
 (αριθμητικώς) & (ολογράφως).

Ημερομηνία.....
 Ο Ιατρός.....
 (Σφραγίδα και Υπογραφή)

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΥ

**Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Ιατρός.....
.....ειδικότητας.....εξέτασα
τον ασφαλισμένο του**

ΕΟΠΥΥ.....

με Α.Μ.Κ.Α.....και

Α.Μ.Α.....

**.....(αναγράφεται & ο
Φορέας Ασφάλισης) και Γνωματεύω ότι δύναται και δεν υπάρχει ιατρική
αντένδειξη για την
προτεινόμενη διενέργεια λουτροθεραπείας.**

Ημερομηνία.....

Ο Ιατρός.....

(Σφραγίδα και Υπογραφή)