



ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

9 Οκτωβρίου 2025

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 5395

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

1. Ανανέωση άδειας λειτουργίας Τράπεζας Κρυσυντήρησης στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αρεταίειο Νοσοκομείο».
2. Ανανέωση άδειας λειτουργίας Τράπεζας Κρυσυντήρησης με την επωνυμία «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ - ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ».
3. Ανανέωση άδειας λειτουργίας Μονάδας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής με την επωνυμία «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ- ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ».
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).

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθμ. 4410

(1)

Ανανέωση άδειας λειτουργίας Τράπεζας Κρυσυντήρησης στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αρεταίειο Νοσοκομείο».

ΤΟ ΕΠΟΠΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τα άρθρα 19, 20 και 21 του ν. 3305/2005 «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής» (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 Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής» (Υ.Ο.Δ.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 Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής» (Α' 145).

4. Την υπ' αρ. οικ. 6901/2015 απόφαση «Άδεια Ίδρυσης και λειτουργίας Τραπεζών Κρυσυντήρησης. Όροι και προϋποθέσεις» (Β' 2639).

5. 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 Κρυσυντήρησης» (Β' 2875).

6. Την άδεια ίδρυσης και λειτουργίας της Τράπεζας Κρυσυντήρησης του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «Αρεταίειο Νοσοκομείο» (Β' 2562/2020).

7. Την υπ' αρ. 703/01.03.2023 απόφαση της ΕΑΙΥΑ για τη διαδικασία ανανέωσης άδειας λειτουργίας Μονάδας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και Τράπεζας Κρυσυντήρησης.

8. Το υπ' αρ. 2414/22.06.2023 αίτημα ανανέωσης άδειας λειτουργίας της Μονάδας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και Τράπεζας Κρυσυντήρησης 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.

9. Την υπ' αρ. 3484/18.07.2025 εντολή αυτοψίας της Εθνικής Αρχής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής στη Μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και Τράπεζα Κρυσυντήρησης του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «Αρεταίειο Νοσοκομείο».

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

11. Την απόφαση της 44ης/10.09.2025 συνεδρίασης του Εποπτικού Συμβουλίου της Εθνικής Αρχής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, για την ανανέωση της άδειας λειτουργίας της Μονάδας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και Τράπεζας Κρυσυντήρησης του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου «Αρεταίειο Νοσοκομείο».

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

Ανανεώνουμε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αρεταίειο Νοσοκομείο», που εδρεύει στην Αθήνα, Λεωφόρος Βασιλίσσης Σοφίας αρ. 76, 11528, με Α.Φ.Μ. 090249428, την άδεια λειτουργίας Τράπεζας Κρυσσυντήρησης, 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 Κρυσσυντήρησης με την επωνυμία «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ - ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ».

ΤΟ ΕΠΟΠΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Το άρθρο 19, 20 και 21 του ν. 3305/2005 «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής» (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 Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής» (Υ.Ο.Δ.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 Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής» (Α' 145).

4. Την υπ' αρ. οικ. 6901/2015 απόφασης «Άδεια Ίδρυσης και λειτουργίας Τραπεζών Κρυσσυντήρησης. Όροι και προϋποθέσεις» (Β' 2639).

5. 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 Κρυσσυντήρησης» (Β' 2875).

6. Την άδεια ίδρυσης και λειτουργίας της Τράπεζας Κρυσσυντήρησης με την επωνυμία «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ - ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ» (Β' 4060/2016), καθώς και την ανανέωση άδειας λειτουργίας της (Β' 5070/2020).

7. Την υπ' αρ. 703/01.03.2023 απόφαση της ΕΑΙΥΑ για τη διαδικασία ανανέωσης άδειας λειτουργίας Μονάδας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και Τράπεζας Κρυσσυντήρησης.

8. Το υπ' αρ. 3465/12.09.2023 αίτημα ανανέωσης άδειας λειτουργίας της Μονάδας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης

Αναπαραγωγής και Τράπεζας Κρυσσυντήρησης 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.

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

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

11. Την απόφαση της 44ης/10.09.2025 συνεδρίασης του Εποπτικού Συμβουλίου της Εθνικής Αρχής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, για την ανανέωση της άδειας λειτουργίας της Μονάδας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και Τράπεζας Κρυσσυντήρησης με την επωνυμία «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ - ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ».

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

Ανανεώνουμε 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 Τράπεζας Κρυσσυντήρησης, 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. 4412

(3)

Ανανέωση άδειας λειτουργίας Μονάδας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής με την επωνυμία «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ» και δ.τ. «ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ - ΥΓΕΙΑ ΕΠΕ».

ΤΟ ΕΠΟΠΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΡΧΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Το άρθρο 19, 20 και 21 του ν. 3305/2005 «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής» (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 Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής» (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 Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής» (Α' 145).

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

5. Το π.δ. 10/2016 «Άδεια Ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Ιατρικών Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (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 Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής «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 Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και Τράπεζας Κρυοσυντήρησης.

9. Το υπ' αρ. 3465/12.09.2023 αίτημα ανανέωσης άδειας λειτουργίας της Μονάδας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής 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 Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής στη Μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής 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 44ης/10.09.2025 Συνεδρίασης του Εποπτικού Συμβουλίου της Εθνικής Αρχής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, για την ανανέωση της άδειας λειτουργίας της Μονάδας Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής 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:

Ανανεώνουμε 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 Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (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 «Συγκρότηση 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/οίκ.: 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 «Ενημέρωση σχετικά με τις αλλαγές στο Αναλώσιμο

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 ΕΜΔΔ - 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 ισόποση αύξηση της είσπραξης 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 προσάρτηση των Πινάκων 1-12 ως Παράρτημα του άρθρου 44 «ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ» της υπό στοιχεία ΕΑΛΕ/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	ΜΕΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΧ/ΜΗΝΑ ⁽¹⁾	ΑΝΩΤΑΤΗ ΔΑΠΑΝΗ (€)	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ
1	Σύστημα υψηλού αυτοουποκλυσμού	1τμχ /6 μήνες	128 €/6μηνo	ΠΑΘ,ΤΕΛ,ΧΕΙΡ,ΓΑΣΤ,ΦΩΣ,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 Προσεγγίσεων Γνωματεύσεων Παροχών ΕΚΠΥ του Οργανισμού
2	Υδρόφολοι καθετήρες ορθού	15	306€/μήνα	ΠΑΘ,ΤΕΛ,ΧΕΙΡ,ΓΑΣΤ,ΦΩΣ,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 αγωγή αυτού μηνιαία 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 (Σ 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	ΜΕΠΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΧ/ΜΗΝΑ ⁽¹⁾	ΑΝΩΤΑΤΗ ΔΑΠΑΝΗ (€)	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ
1	Αντιμικροβιακό διάλυμα εξωτερικής χρήσης	3 μπουκαλία	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€/3μνηο	ΚΡΔ, ΘΡΧ, ΚΡΧ, ΠΑΘ, ΑΙΜ, ΑΓΓΧ, ΓΕΝ	Y44.2	
3	Σκαρφιστιήρες	100 τμχ/ έτος	12 €/έτος	ΚΡΔ, ΘΡΧ, ΚΡΧ, ΠΑΘ, ΑΙΜ, ΑΓΓΧ, ΓΕΝ	Y44.2	
4	Συσκευή Μέτρησης Χρόνου Προθρομβίνης (INR)	1 τμχ/ 5 ετη	600 €/5ετία	ΚΡΔ, ΘΡΧ, ΚΡΧ, ΠΑΘ, ΑΙΜ, ΑΓΓΧ, ΓΕΝ	Y44.2	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.

Συνεδρίαση Δ.Σ ΕΟΠΥΥ 1054/18-09-2025

ΠΙΝΑΚΑΣ 5									
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ									
ΑΝΑΛΩΣΙΜΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΛΑΡΥΓΓΕΚΤΟΜΗΣ									
A/A	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΟΥΣ	ΜΕΡΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΧ/ΜΗΝΑ ⁽¹⁾	ΑΝΩΤΑΤΗ ΔΑΠΑΝΗ (€)	ΣΥΣΧΟΡΗΤΗΣΗ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ	
1	Εναλλακτικής υγρ ανανσης-θέρμα νανσης λαρυνγκεκτομής	30 τμχ/μήνα	126 €/μήνα	Συγχορήγηση με ανωτατο όριο 60 τμχ/ μήνα Δεν συγχορνήγεται με τα είδη α/α 8,9 Συγχορήγηση μόνο με το είδος α/α 3. Συγχορήγηση με τα είδη α/α 8,9 Συγχορήγηση με το είδος α/α 3 Συγχορήγηση με ανωτατο όριο 4 τμχ/ έτος. Δεν συγχορνήγεται με το είδος με α/α 3 Συγχορήγηση με το είδος με α/α 1 Συγχορήγηση με τα είδη α/α 8,9 Χορνήγεται μόνο σε αντικατάσταση μετά την αρχική τοποθέτηση Χορνήγεται μόνο όταν ο ασθενής φέρει φωνητική πρόθεση (α/α 13) 600 €/4 έτη	Η αρχική γνωμάτευση θα εκδίδεται από ΟΡΛ και οι επαναληπτικές από ΟΡΛ, ΓΕΝ, ΠΛΘ	290.02 Επίκτητη απουσία του λάρυγγα	έως 6 μήνες	Η πρώτη γνωμάτευση υποβάλλεται σε έλεγχο πραγματικού τύπου Προεγγραψών Γνωματεύσεων Παροχών ΕΚΠΥ του Οργανισμού	
2	Εναλλακτικής υγρ ανανσης-θέρμα νανσης λαρυνγκεκτομής με κουμπι ομιλίας.	60 τμχ/μήνα	252 €/μήνα						
3	Αυτοκάλλητη βάση λαρυνγκεκτομής	30 τμχ/μήνα	352 €/μήνα						
4	Προστατευτικό δερμάτος (μιαντηλάκια) για λαρυνγκεκτομή	150τμχ/4μνηο	104 €/4μνηο						
5	Καθαριστικό δερμάτος (μιαντηλάκια) για λαρυνγκεκτομή	30τμχ/μήνα	10 €/μήνα						
6	Ζώνη στήριξης σωλήνα λαρυνγκεκτομής	4 τμχ/μήνα	48 €/μήνα						
7	Κόλλα σλικόνης για επιπρόσθετη στήριξη βάσης λαρυνγκεκτομής	2 τεμ/εξάμνηο	115 €/6μνηο						
8	Σωλήνας λαρυνγκεκτομής	2 τεμ/εξάμνηο	306 €/6μνηο						
9	Σωλήνας λαρυνγκεκτομής τύπου button	2 τεμ/εξάμνηο	319 €/6μνηο						
10	Βαλβίδα αυτόματης ομιλίας λαρυνγκεκτομής	1 τεμ/εξάμνηο	473 €/6μνηο						
11	Βουρτσάκι καθαρισμού σωλήνα λαρυνγκεκτομής	12 τεμ/εξάμνηο	117 €/6μνηο						
12	Αδιάβροχο κάλυμμα προστασίας στομίου λαρυνγκεκτομής	1 τεμ/εξάμνηο	34 €/6μνηο						
13	Φωνητική πρόθεση λαρυνγκεκτομής	2 τεμ/ εξάμνηο	977 €/6μνηο						
14	Βουρτσάκι καθαρισμού φωνητικής πρόθεσης	6 τεμ/ εξάμνηο	49 €/6μνηο						
15	Σύστημα Πλύσης φωνητικής πρόθεσης	2 τεμ/εξάμνηο	303 €/6μνηο						
16	Βύσμα ή φλάντζα φωνητικής πρόθεσης	2 τεμ/εξάμνηο	109 €/6μνηο						
17	Λαρυνγόφωνο	1 τμχ/ 4 έτη							

1) Στις περιπτώσεις για τις οποίες απαιτούνται επιπλέον ποσότητες ή/και δαπάνες από τις οριακές ως μένιστες, υποβάλλεται αιτιολογημένη γνωμάτευση του θερπόντος 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. 4091/24-12-2023 (Π. 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									
Α/Α	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΟΥΣ	ΜΕΡΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΧ/ΜΗΝΑ ⁽¹⁾	ΑΝΩΤΑΤΗ ΔΑΠΑΝΗ (€)	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ	ΕΛΕΓΧΟΣ	
1	Ηλεκτρονική αντλία έγχυσης διατροφικών διαλυμάτων (εντερικής και παρεντερικής αίτισης)	1 (αντικατάσταση ανά 5 ετία λόγω φθοράς)	2.500/5ετία	ΟΓΚ,ΑΚΘ,ΠΑΘ,ΓΕΝ,Χ,ΡΓ,ΓΑΣΤ,ΠΑΤ,ΠΑΧ,ΝΕΥ,Ρ,ΝΡΧ,ΦΥΣ		Κ20.8, Κ20.9, Τ66, 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-σφαίρινη, υνότροπα φάρμακα, φάρμακα για την πνευμονική υπέρταση	1 (αντικατάσταση ανά 5 ετία λόγω φθοράς)	2.500/5ετία	ΠΑΘ,ΠΑΤ,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		
3	Καθετήρες υποδόριας έγχυσης	10	111€/μήνα						
4	Πλήρες σετ έγχυσης αντλίων	10	600€/μήνα						
5	Δεξαμενές φαρμακού μιας χρήσης	10	400€/μήνα		Η γνωμάτευση εκδίδεται κατόπιν ελέγχου υπαρχής εκτέλεσης του α/α 1 ή α/α 2 στον ΑΜΚΑ			Όλες οι γνωματεύσεις υποβάλλονται σε έλεγχο πραγματικού χρόνου από το Τμήμα Προεγκρίσεων Γνωματεύσεων Παροχών ΕΚΠΥ του Οργανισμού	
6	Βελόνες Εμφυτευμένων φλεβικών καθετήρων (Port – a – Cath)	10	151€/μήνα	ΠΑΘ,ΟΓΚ,ΚΡΔ,ΓΑΣΤ,Γ,ΕΝ,ΧΡΓ,ΝΕΥΡ,ΠΑΤ,ΝΡΧ,ΑΚΤΙΝ,ΠΑΧ,ΑΝΑΙΣΘ,ΑΙΜ					
7	Προεκτάσεις γραμμών έγχυσης	10	260€/μήνα						
8	Σύριγγες αντλίων	10	21€/μήνα						
9	Ελαστομερείς αντλίες έγχυσης για ΧΜΘ (μίας χρήσης)	5	125€/μήνα						
10	Αναλώσιμα υλικά για έγχυση ΧΜΘ	5	77€/μήνα		Συγχρήρηση με α/α 9				
11	Ελαστομερείς αντλίες έγχυσης αναληρίας (μίας χρήσης)	10	250€/μήνα						
12	Αναλώσιμα υλικά για έγχυση αναληρίας	10	113€/μήνα		Συγχρήρηση 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 ΣΤΙΤΣΗΣ							
A/A	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΟΥΣ	ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΧ/ΜΗΝΑ ⁽¹⁾	ΑΝΩΣΤΑΤΗ ΔΑΠΑΝΗ (€)	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΕΠΙΤΡΕΠΤΗ ΣΥΓΧΟΡΗΓΗΣΗ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ
1	Καθετήρας γαστροστομίας με μπαλόνι και δίσκο συγκράτησης (με υποδοχή σίτισης)	1 τμχ / 3μνο	150€/3μνο				1 μήνα
2	Σετ γαστροστομίας χαμηλού προφίλ (καθετήρας γαστροστομίας με προεκτάσεις σίτισης και συρρινες)	1 τμχ / 3μνο	273€/3μνο				
3	Μεταβατικός σύνδεσμος (σύνδεση σύρινγας με ρινογαστρικό καθετήρα σίτισης)	30	47 €/ μήνα			Συγχορήγηση μόνο με το είδος με α/α 4	
4	Ρινογαστρικός/ρινονησιδικός καθετήρας σίτισης (Levin σίτισης)	1	11 €/μήνα				
5	Σύριγγα σίτισης (Με Σπείρωμα)	30	33 €/μήνα	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	Συγχορήγηση μόνο με το είδος με α/α 1	
6	Προέκταση σίτισης για καθετήρα γαστροστομίας με μπαλόνι και δίσκο συγκράτησης	2	60 €/ μήνα			Συγχορήγηση μόνο με το είδος με α/α 2	
7	Προέκταση σίτισης για καθετήρα γαστροστομίας χαμηλού προφίλ (με σπείρωμα ή χωρίς)	2	56 €/μήνα				έως 3 μήνες
9	Ασκός εντερικής σίτισης	30	278 €/μήνα				
10	Συσκευή εντερικής σίτισης μέσω βαρύτητας	30					
11	Συσκευή εντερικής σίτισης μέσω βαρύτητας με ασκό	30	329 €/μήνα			Συγχορήγηση με ανωτάτο όριο 30 τμχ/μήνα	
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 ρυθίζεται στην υποσυνείληφα 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						
Α/Α	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΟΥΣ	ΜΕΡΙΣΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΧ/ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ⁽¹⁾	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ	ΚΩΔΙΚΟΙ ICD-10	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ	ΑΝΩΤΑΤΗ ΜΗΝΙΑΙΑ ΔΑΠΑΝΗ (€)
1	Σύστημα ενδοφλέβιας έγχυσης ορού	140				
2	Σύριγγες 10 ml με τις αντίστοιχες βελόνες	84				
3	Σύριγγες 5 ml με τις αντίστοιχες βελόνες	210				
4	Αντισταθμιστικό διάλυμα	1				
5	Καπάκια / stor για φλεβοκαθετήρες Abbocath	14	ΠΝΕ , ΠΑΘ, ΓΕΝ	E84	1 μήνα	183 €

(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

[illegible]

Συνεδρίαση Δ.Σ ΕΟΠΥΥ 1054/18-09-2025

ΠΙΝΑΚΑΣ 12												
ΑΝΑΛΟΓΙΣΜΟ ΥΠΕΡΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ												
	ΚΩΔΙΚΟΙ/CD-10	ΜΕΤΡΗΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΚ/ΜΗΝΑ ⁽¹⁾	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΗΣ	Α/Α	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΛΘΟΥΣ		ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΥΓΚΟΡΗΡΗΣΗΣ ΕΒΔΟΝ ΣΕ ΚΑΤΗΦΘΕ	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΛΘΟΥΣ	ΜΕΤΡΗΤΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΣΕ ΤΜΚ/ΜΗΝΑ ⁽¹⁾	ΑΝΩΤΑΤΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΡΘΟ (€)	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΛΕΓΧΟΣ
					1	2						
Α. ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΑΥΤΟΚΑΘΗΡΤΙΣΜΟΥ	C701.C720.C721.L606.1 G801.G83.4 G04 G35.G36.G37	180	έως 6μήνες	1	ΑΠΛΟΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΑΥΤΟΚΑΘΗΡΤΙΣΜΟΥ		1Η ΕΠΙΛΟΓΗ	ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΓΤΕΣ ΜΙΛΕ ΧΡΗΣΗΣ 2000ML	1100 ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΜΚ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΙΘΜΟ ΤΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ (ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ ΜΕ ΕΙΣΑΓΩΓΙΜΟ (424.5.5.8) ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΓΤΗΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ ΑΥΤΟΚΑΘΗΡΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΓΤΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ)	640 €	Αρχική γνωμάτευση υπερβάλλεται σε διαλογική επιμέλειά του από επανδληρή γνωμάτευση από ΟΥΡ.ΦΩΣ,ΠΘ, ΓΕΝ	
		180		2	ΠΡΟΛΙΠΛΑΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΕΛΗ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΑΤΟΜΕΝΟ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΓΤΗ							
		180		3	ΠΡΟΛΙΠΛΑΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΕΛΗ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΑΤΟΜΕΝΟ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΓΤΗ							
		150		4	ΥΑΡΩΦΟΙ ΑΥΤΟΚΑΤΗΡΤΙΣΜΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΜΕ ΑΣΚΟ/ΑΝΤΙΠΛΑΝΟΜΕΝΟΙ							
	G820.G21.G22.G23.G24.G25.G26 G99.0	120	έως 3 μήνες	5	ΥΑΡΩΦΟΙ ΑΥΤΟΚΑΤΗΡΤΙΣΜΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΜΕ ΑΣΚΟ/ΑΝΤΙΠΛΑΝΟΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΑΤΟΜΕΝΟ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΓΤΗ		2Η ΕΠΙΛΟΓΗ	ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΓΤΕΣ ΠΟΛΥΛΑΛΛΩΝ ΧΡΗΣΕΩΝ (κλινική ή περιβάτου)	10 τμή/μήνα			
		120		6	ΥΑΡΩΦΟΙ ΑΥΤΟΚΑΤΗΡΤΙΣΜΟΥ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΜΕ ΠΡΟΖΩΝΗΚΗ ΝΕΡΟΥ / ΔΙΑΛΥΜΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΟΡΟΥ							
		180		7	ΥΑΡΩΦΟΙ ΕΤΟΙΜΟΙ ΑΠΟΔΕΜΟΙ ΣΤΕΚΕΥΣΑΜΕΝΟΙ ΣΕ ΔΙΑΛΥΜΑ							
		30		8	ΥΑΡΩΦΟΙ ΕΤΟΙΜΟΙ ΑΠΟΔΕΜΟΙ ΣΤΕΚΕΥΣΑΜΕΝΟΙ ΣΕ ΔΙΑΛΥΜΑ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΑΤΟΜΕΝΟ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΓΤΗ							
Β. ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ ΚΥΤΕΤΟΣ	1 τμή (ολοκλήρης)	60	έως 3 μήνες	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΝΩΜΟΔΟΤΗΣΗΣ (ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ) (ΜΗΝΕΣ)	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΚΩΔΙΚΟΙ/CD-10	ΑΝΩΤΑΤΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΟΡΘΟ (€)	45 €				
		60										
		30										
		10										
	2 τμή (Latex με επεκλιση από ολική)	60	έως 3 μήνες	έως 3 μήνες	Αρχική γνωμάτευση από ΟΥΡ.ΦΩΣ επανδληρή γνωμάτευση από ΟΥΡ.ΜΕΡ.ΦΩΣ,ΠΘ, ΓΕΝ	N35.N39.4.N39.1.N31.0.N31.1.N31.2.N31.8.N31.9						
		30										
		30										
		10										
Γ. ΠΕΡΙΠΛΕΚΟΙ ΚΑΘΗΤΗΡΕΣ	30	ΕΠΙΛΟΓΗ 1	ΕΠΙΛΟΓΗ 1	ΕΠΙΛΟΓΗ 1	ΕΠΙΛΟΓΗ 1	ΕΠΙΛΟΓΗ 1	ΕΠΙΛΟΓΗ 1	ΕΠΙΛΟΓΗ 1	ΕΠΙΛΟΓΗ 1			
	ΕΠΙΛΟΓΗ 2	ΕΠΙΛΟΓΗ 2	ΕΠΙΛΟΓΗ 2	ΕΠΙΛΟΓΗ 2	ΕΠΙΛΟΓΗ 2	ΕΠΙΛΟΓΗ 2	ΕΠΙΛΟΓΗ 2	ΕΠΙΛΟΓΗ 2	ΕΠΙΛΟΓΗ 2	ΕΠΙΛΟΓΗ 2		

Οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται στον πίνακα αυτόν είναι αποκλειστικά για ενημερωτικούς σκοπούς και δεν αποτελούν νομική συμβουλή. Για περισσότερες πληροφορίες, παρακαλούμε να επικοινωνήσετε με τον αρμόδιο φορέα.

(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 εφεξέταται από το Ανώτατο Γνωμονικό Συμβούλιο (ΑΓ) ή άλλο αρμόδιο γνημονικό όργανο με απόφαση του Δ.Σ. του Οργανισμού όπως ορίζεται στην υπο στοιχεία ΕΛΛΕΓ/Γ.Π. 4091/24-04/2025 (Ε' 2106) Κ.Υ.Α.

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) προσauξάνεται κατά 0,20 €. Το κόστος ενός έγχρωμου ΦΕΚ από 1 έως 16 σελίδες είναι 1,50 €, αλλά για κάθε επιπλέον οκτασέλιδο (ή μέρος αυτού) προσauξάνεται 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:

- Α.** 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**.
- Β.** 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 *