



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας

www.eopyy.gov.gr

Αρ. Πρωτ. οικ. 27978

Μαρούσι, 23/07/2019

**Γενική Διεύθυνση Οργάνωσης και  
Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας  
Δ/νση: Στρατηγικού Σχεδιασμού  
Τμήμα: Επιχειρησιακού Σχεδιασμού και  
Προγραμματισμού Αναπτυξιακών Έργων**  
Τηλ.: 2108110842-844  
E-mail: d8.t5@eopyy.gov.gr

## ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

**Θέμα:** «Σχετικά με σύναψη συμβάσεων για τη διενέργεια των εξετάσεων Oncotype DX και MammaPrint»

Σας γνωρίζουμε ότι κατόπιν επιτυχούς διαπραγματεύσεως η ΕΟΠΥΥ έχει συνάψει συμβάσεις για τη διενέργεια των εξετάσεων Oncotype DX και MammaPrint που αφορούν σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, έτσι δίνεται πλέον η δυνατότητα το 85% της δαπάνης να καλύπτεται από τον ΕΟΠΥΥ και το υπόλοιπο 15% από τους δικαιούχους/ασθενείς. Συνεπώς ενημερώνουμε όλους τους ενδιαφερόμενους για τα ακόλουθα που ισχύουν:

- **Για τις ασθενείς/δικαιούχους**

Η διαδικασία που αναφέρονταν στο υπ' αριθμ ΔΒ3Α/Φ115/14/οικ.50990 έγγραφό μας **παύει να ισχύει**, από την ημερομηνία δημοσίευσης της παρούσας ανακοίνωσης. Πλέον οι ασθενείς κατόπιν της παραπομπής του θεράποντος ιατρού απευθύνονται στο συμβεβλημένο πάροχο που διενεργεί την εξέταση, οι οποίοι είναι:

Α) Για το Oncotype DX το εργαστήριο Genekor AE (τηλ. 2106032138),

Β) Για το MammaPrint το εργαστήριο Karyo ΕΠΕ (τηλ. 2310235233 και 2106410054).

και καταβάλουν στον πάροχο ως αποζημίωση, **μόνο το 15% της δικής τους συμμετοχής** (πλέον των εξαιρέσεων σύμφωνα με τα οριζόμενα στον ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ για μικρότερο ποσοστό ή μηδενική συμμετοχή).

- **Για τους γιατρούς**

Μέχρι την ενσωμάτωση των εξετάσεων Oncotype DX και MammaPrint στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση (e-prescription), η παραπομπή θα γίνεται βάση της προτυποποιημένης φόρμας που επισυνάπτεται στην παρούσα ανακοίνωση, για κάθε εξέταση. Οι ιατρικές ειδικότητες που δύναται να παραπέμπουν για τις εξετάσεις είναι οι ογκολόγοι παθολόγοι και οι γενικοί χειρουργοί, που έχουν διενεργήσει το χειρουργείο στην ασθενή και εργάζονται σε μονάδα ή κλινική μαστού. Το παραπεμπτικό θα πρέπει να φέρει ημερομηνία, υπογραφή και σφραγίδα του ιατρού, καθώς και τη σφραγίδα του Νοσοκομείου ή κλινικής στο οποίο βρίσκεται ο ιατρός.

- **Για τους συμβεβλημένους παρόχους**

Από την ημερομηνία δημοσίευσης της παρούσας ανακοίνωσης, οι συμβεβλημένοι πάροχοι των ανωτέρω εξετάσεων οφείλουν να εκτελούν τα παραπεμπτικά μέσω του πληροφοριακού συστήματος του ΕΟΠΥΥ και να υποβάλουν σε μηνιαία βάση τη δαπάνη με τους κωδικούς που τους δόθηκαν. Αιτήματα ασθενών, για απόδοση της δαπάνης των εξετάσεων, των οποίων η απόδειξη θα φέρει ημερομηνία μεταγενέστερη της ανακοίνωσης δεν θα γίνονται πλέον δεκτά. Θα ακολουθήσουν νεότερες οδηγίες σχετικά με τον τρόπο υποβολής των δικαιολογητικών για τον έλεγχο και εκκαθάριση των δαπανών.

*Συν.: 2 σελ.*

**Ο Γεν. Δ/ντης Οργ.  
και Σχεδ. Αγοράς  
Υπηρεσιών Υγείας**

**Γ. ΑΓΓΟΥΡΗΣ**

**ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ONCOTYPE DX**

| <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ</b> | <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</b> |
|------------------------|--------------------------|
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:         | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:           |
| ΑΜΚΑ:                  | ΑΜΚΑ:                    |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:            |                          |

*Βάση της (Υ.Α. Γ2(δ)/οικ. 61918 ΦΕΚ Β'/3969/2018) η δοκιμασία «Oncotype DX» αφορά σε ασθενείς με Ca μαστού, που εμπίπτουν στις εξής περιπτώσεις:*

*α) Στις μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς με ER+, PR+. HER- 2(-), με αρνητικούς λεμφαδένες ανεξαρτήτως ηλικίας.*

*β) Στις προεμμηνοπαυσιακές ασθενείς με ER+, PR+. HER-2(-), με αρνητικούς λεμφαδένες και νόσο Luminal A; (ki- 67% < 20%) ανεξαρτήτως ηλικίας.*

Η ανωτέρω ασθενής φέρει τις αναφερόμενες ενδείξεις και παραπέμπεται για τη διενέργεια της εξέτασης ***Oncotype DX***.

**Ο ΙΑΤΡΟΣ**

...../...../20.....

**ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΜΑΜΜΑPRINT**

| <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ</b> | <b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</b> |
|------------------------|--------------------------|
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:         | ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:           |
| ΑΜΚΑ:                  | ΑΜΚΑ:                    |
| ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:            |                          |

*Βάση της Υ.Α. Γ2(δ)/οικ. 61918 (ΦΕΚ Β' / 950/2019) η δοκιμασία MammaPrint αφορά σε ασθενείς με πρώιμο καρκίνο του μαστού, ER+, HER-, και έως έναν (1) λεμφαδένα θετικό (του SLN συμπεριλαμβανομένου).*

Η ανωτέρω ασθενής φέρει τις αναφερόμενες ενδείξεις και παραπέμπεται για τη διενέργεια της εξέτασης **MammaPrint**.

**Ο ΙΑΤΡΟΣ**

...../...../20.....