



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας

www.eopyy.gov.gr

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ**

**Δ/ΝΣΗ: ΕΛΕΓΧΟΥ & ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΗΣ**

**ΤΜΗΜΑ: ΕΛΕΓΧΟΥ & ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΗΣ ΔΦΥ**

Πληροφ.: Αναστασία Σφακιανάκη

ΤΗΛ. 210 8068529-6945375921

FAX: 210 8068502

E-mail: d18.t2@eopyy.gov.gr

asfakianaki@eopyy.gov.gr

**ΑΝΑΡΤΗΤΕΟ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ**

**ΑΘΗΝΑ 11/ 12/ 2017**

**ΑΡ. ΠΡΩΤ.:**

**ΔΑ3Β/113/ΟΙΚ.50199/2017**

**ΠΡΟΣ:**

**ΠΕ.ΔΙ ΕΟΠΥΥ**

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ :**

ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΥ

ΓΕΝΙΚΟΣ Δ/ΝΤΗΣ

Δ/ΝΣΗ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ

Δ/ΝΣΗ ΣΥΜΒΑΣΕΩΝ

Να σταλεί & ηλεκτρονικά

**ΘΕΜΑ: ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΟΔΗΓΙΩΝ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΗΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΤΕΓΕΣ  
ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ**

(ΣΧΕΤ.ΤΟ ΕΓΓΡ.ΑΡΙΘΜ.ΠΡΩΤ.ΔΑ3Β/76/ΟΙΚ.37203/2017 ΑΔΑ:ΨΓΖΡΟΞ7Μ-Ξ19)

Λαμβάνοντας υπόψη :

**Α)** Την υπ. απόφ. υπ. αριθμ. Π3β/Φ.ΓΕΝ/ΓΠοικ.3394 /10-1-2007 (ΦΕΚ74/Β' /29-1-2007) ,όπου αναφέρει στο άρθρο 5:

«*Διακρίσεις Σ.Υ.Δ.*

*1. Οι Σ.Υ.Δ. αποτελούν "κατοικίες". Είναι μικρές μονάδες και, ανάλογα με τον αριθμό των φιλοξενουμένων τους, διακρίνονται :*

*α σε Σ.Υ.Δ. – Διαμερίσματα όπου διαβιούν ένας έως τέσσερις φιλοξενούμενοι.*

*β σε Σ.Υ.Δ. – Οικοτροφεία όπου διαβιούν πέντε έως εννέα φιλοξενούμενοι.*

*Η συστέγαση στο ίδιο κτίριο δύο ή περισσότερων ΣΥΔ – Διαμερισμάτων, δεν συνιστά Σ.Υ.Δ. – Οικοτροφείο.*

*2. Οι Σ.Υ.Δ. – Διαμερίσματα προορίζονται για Π.ΝΟ.Υ. με ανεπτυγμένο βαθμό αυτονομίας και αυτοεξυπηρέτησης και εξυπηρετούνται από ένα ή περισσότερα μέλη του Προσωπικού Υποστήριξης που αναφέρονται στον Διευθυντή.*

3. Οι Σ.Υ.Δ. – Οικοτροφεία εξυπηρετούνται από τέσσερα (4) τουλάχιστον μέλη του Προσωπικού Υποστήριξης (εφ' εξής "Ομάδα Υποστήριξης") από τα οποία ο ένας έχει καθήκοντα Υπεύθυνου – Συντονιστή. Ο Υπεύθυνος Συντονιστής ασκεί και αυτός τα ίδια καθήκοντα με τα άλλα μέλη της Ομάδας Υποστήριξης επιπλέον δε τούτων, οργανώνει και συντονίζει την διαβίωση της Σ.Υ.Δ. (οργανώνει το ωράριο των μελών – Συνεργατών της Ομάδας Υποστήριξης, διευθύνει τις συναντήσεις της Ομάδας Υποστήριξης, μεριμνά για την επικοινωνία με τους γονείς ή δικαστικούς συμπαραστάτες, συνεργάζεται με τον Διευθυντή). Τα μέλη και οι συνεργάτες της Ομάδας Υποστήριξης αναφέρονται στον Υπεύθυνο Συντονιστή και ο Υπεύθυνος Συντονιστής αναφέρεται στον Διευθυντή.»

**Β)** Τον Ν.3918/2011(ΦΕΚ 31/Α/2011) άρθρο 46 όπου αναφέρει : « (...) Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Οικονομικών, καθορίζεται το ύψος του νοσηλίου τροφείου που καταβάλλεται στις Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρία από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς»

**Γ)** Την Υπ. απόφ. Δ29α/Φ.ΘΕΣΜ./ΓΠ26275/1048/2014 (ΦΕΚ 172/Β/30-1-2014) , όπου αναφέρει ότι:

« Ορίζουμε το νοσήλιο – τροφείο που θα καταβάλλουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί για τα Άτομα με Αναπηρίες τα οποία διαβιούν σε Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης, ανά ημέρα, άτομο και είδος αναπηρίας ως εξής:

1. Για τα Άτομα με ελαφριά και μέση νοητική υστέρηση ή άλλη αναπηρία (με ανεπτυγμένο βαθμό αυτονομίας και αυτοεξυπηρέτησης) για τα οποία δεν απαιτείται υψηλού βαθμού υποστήριξη εκ μέρους του Φορέα, το ύψος του ημερήσιου νοσηλίου – τροφείου ορίζεται στο ποσό των σαράντα (40) ευρώ το άτομο.

2. Για τα Άτομα με βαρεία νοητική υστέρηση, αυτισμό, εγκεφαλική παράλυση, κινητικές ή πολλαπλές αναπηρίες (με περιορισμένο βαθμό αυτονομίας και

αυτοεξυπηρέτησης) για τα οποία απαιτείται υψηλού βαθμού υποστήριξη εκ μέρους του Φορέα, το ύψος του ημερήσιου νοσηλίου – τροφείου ορίζεται στο ποσό των εβδομήντα (70) ευρώ το άτομο.

3. Ο αριθμός, το είδος της αναπηρίας, ο βαθμός αυτονομίας των κατοίκων των ΣΥΔ περιλαμβάνονται στον Κανονισμό Λειτουργίας τους. Στον Κανονισμό Λειτουργίας των ΣΥΔ περιλαμβάνονται επίσης και η φύση και συχνότητα των παρεχομένων Υπηρεσιών Υποστήριξης, καθώς και ο αριθμός των μελών της Ομάδας Υποστήριξης κάθε Σ.Υ.Δ.

4. Το ανωτέρω νοσήλιο–τροφείο χορηγείται και για τα Άτομα με Αναπηρίες τα οποία διαβιούν σε Στέγες Αυτόνομης Διαβίωσης οι οποίες λειτουργούσαν νομίμως πριν την έκδοση της αριθ. Π3β/Φ.ΓΕΝ/ΓΠοικ.3394/10–1–2007 (ΦΕΚ 74/Β') κοινής υπουργικής απόφασης, σύμφωνα με το άρθρο 13 παρ. 1 της ίδιας απόφασης.»

**Δ) Το** άρθρο 48 του Νόμου 4316/ 24-12-2014, όπου αναφέρει :

«Το ειδικό νοσήλιο –τροφείο για τα Άτομα με Αναπηρίες τα οποία διαβιούν σε Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες που θεσπίστηκε με το άρθρο 46 του ν.3918/2011(Α 31) καταβάλλεται: α) από τον ΕΟΠΥΥ για τους ασφαλισμένους Ασφαλιστικών Οργανισμών που έχουν ενταχθεί σ' αυτόν, β) από τους ίδιους τους ασφαλιστικούς Οργανισμούς αν αυτοί δεν έχουν ενταχθεί στον ΕΟΠΥΥ και γ) από την Πρόνοια για ανασφάλιστους απόρους σύμφωνα με τις διατάξεις της υπ' αριθμ. Δ29α/Φ.ΘΕΣΜ./ΓΠ26275/1048/2014 (Β' 172) κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομικών, Υγείας και Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας με θέμα «Ορισμός ειδικού νοσηλίου-τροφείου για τις Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες»

**Ε) Την** υπ. απόφαση υπ. αριθμ. Γ3γ/35539 (ΦΕΚ 1653/Β/2016) όπου αναφέρει :

«Γίνεται τροποποίηση του άρθρου 18 με τον τίτλο «Συμβάσεις» της υπ' αριθ. Φ90380/25916/3294/2011 (ΦΕΚ 2456 Β') κοινής υπουργικής απόφασης «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)», όπως τροποποιήθηκε με τις υπ' αριθ.

*Φ90380/5383/738/2012 (ΦΕΚ 1233 Β'), ΕΜΠ5/2012 (ΦΕΚ 3054 Β') και 55471/2013 (ΦΕΚ 1561 Β') κοινές υπουργικές αποφάσεις και ισχύει, το οποίο πλέον έχει ως εξής:*

*« Άρθρο 18*

*Συμβάσεις*

*Ο Οργανισμός συνάπτει συμβάσεις με τους παρόχους υγείας για την αγορά υπηρεσιών νοσοκομειακής, ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης, λοιπών ειδών και μέσων περίθαλψης, καθώς και με τις Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες που διατίθενται για τη διαβίωση - κατοικία ατόμων με νοητική υστέρηση και συνοδές αναπηρίες. Με τις συμβάσεις αυτές, προσδιορίζονται οι όροι που διέπουν τις συμβατικές υποχρεώσεις των συμβαλλομένων, μέσα στο πλαίσιο των κειμένων κάθε φορά διατάξεων για τα προβλεπόμενα όρια αμοιβών.».*

**ΣΤ)** Την απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΕΟΠΥΥ υπ.αριθμ.717/Συν. 298/8-8-2016 όπου ενεκρίθη το προσχέδιο συμφωνίας διαπραγμάτευσης με τους συμμετέχοντες για τη σύμβαση με Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης,

**Ζ)** Το σχέδιο σύμβασης και το έγγραφο αρ. πρωτ.: 16685/21-4-17 όπου αναφέρει ότι :

*« Για την εισαγωγή και απόδοση του ειδικού νοσηλίου-τροφείου από τον ΕΟΠΥΥ βάσει της κείμενης νομοθεσίας, όπως ισχύει, είναι απαραίτητο να υπάρχουν και να διατηρούνται σε αρχείο, φυσικό ή και ηλεκτρονικό, ανά διαμέμοντα τα κάτωθι:*

*1) Χρονολογημένη κατά προτεραιότητα αίτηση του γονέα ή του κηδεμόνα ή του δικαστικού συμπαραστάτη, στη Σ.Υ.Δ. υποδοχής*

*2). Αναλυτική ιατρική γνωμάτευση από ιατρό σχετικής με την πάθηση ειδικότητας Η γνωμάτευση θα χορηγείται από Ιατρό Συντονιστή Διευθυντή, Διευθυντή Ε.Σ.Υ. ή επιμελητή Α' σχετικής με την πάθηση ειδικότητας (π.χ. Παιδοψυχιάτρου, ψυχιάτρου και παιδιάτρου εξειδικευμένους στην*

αναπτυξιολογία προκειμένου για παιδιά), κρατικών ή πανεπιστημιακών νοσοκομείων ή μονάδων υγείας-ΠΕΔΥ, ή κέντρο παιδοψυχικής υγιεινής ΠΕΔΥ ή κέντρο ψυχικής υγείας-ιατροπαιδαγωγικό κέντρο δημόσιο ή εποπτευόμενο από δημόσιο φορέα.

3. Απόφαση προσδιορισμού ποσοστού αναπηρίας από τα ΚΕΠΑ ή από αρμόδια Υγειονομική Επιτροπή, η οποία λειτουργούσε προ της συστάσεως των ΚΕΠΑ, και η απόφαση βρίσκεται εν ισχύ.

4. Βεβαίωση κοινωνικής έρευνας από Κοινωνικούς Λειτουργούς Δημόσιου Νοσοκομείου ή του ευρύτερου Δημόσιου τομέα όπου υπάρχει.

5. Βεβαίωση για το δείκτη νοημοσύνης εφάπαξ όπου προβλέπεται, από ψυχολόγο δημόσιου ή ιδιωτικού φορέα όπου δεν υπάρχει δημόσιος, στην περιοχή όπου κατοικεί ο ασθενής και σε έλλειψη δομής τοπικά από αντίστοιχη δομή στην ευρύτερη περιφέρεια, όπου υπάρχει.

6. Έκθεση της Διεπιστημονικής Ομάδας του Φορέα λειτουργίας της Σ.Υ.Δ. περί καταλληλότητας της Σ.Υ.Δ. για το συγκεκριμένο άτομο και της ανάγκης ένταξης του ατόμου σε Σ.Υ.Δ. και σύμφωνη γνώμη του Δ.Σ. του φορέα για την αποδοχή εισδοχής του διαμένοντα στη Σ.Υ.Δ.

Τα ανωτέρω απαιτούνται για την αρχική εισαγωγή στη Σ.Υ.Δ. και στη συνέχεια ανάλογα με την βαρύτητα και την ιδιαιτερότητα του κάθε περιστατικού και την κρίση της Διεπιστημονικής Ομάδας του Φορέα της Σ.Υ.Δ. παρατείνεται η χρονική διάρκεια κατ'έτος.»

**Η)** Τη σύμβαση κεφάλαιο Β Υποχρεώσεις, όπου αναφέρει: « (...) Ανά εξάμηνο θα αποστέλλονται συγκεντρωτικά από τον β συμβαλλόμενο προς την αρμόδια υπηρεσία του ΕΟΠΥΥ, βεβαιώσεις από τους διαμένοντες ή των νομίμων κηδεμόνων ή δικαστικών συμπαραστατών τους, σχετικά με την ολοκληρωμένη και ικανοποιητική παροχή των υπηρεσιών».

**Θ)** Το έγγραφο αριθμ.πρωτ.26800/23-6-2017 της Δ/σης Σχεδιασμού, όπου αναφέρει:

*« (...) κάποιιοι διαμένοντες σε ΣΥΔ πληρώνονταν από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ παράτυπα σαν οικοτροφεία ασυλικού τύπου με 34,63 € και κάποιιοι είχαν εισπράξει νοσήλια –τροφεία από ΚΔΗΦ. Προς αποφυγή πολλαπλών αποζημιώσεων θα πρέπει και οι ΣΥΔ και οι δικαιούχοι νοσηλίου-τροφείου να προσκομίζουν ΥΔ ότι δεν έχουν εισπράξει τα αντίστοιχα νοσήλια»,*

**Ι)** Το έγγραφο του Υπουργείου Υγείας αριθμ.πρωτ.Γ3γ/Γ.Π.70829/21-9-2017, όπου αναφέρει :

*« (...) οι Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης (ΣΥΔ) διέπονται από διαφορετικό θεσμικό πλαίσιο από τα Κέντρα Δημέρευσης – Ημερήσιας Φροντίδας (ΚΔ-ΗΦ) ως προς τις προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας τους. Οι ΣΥΔ αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ με βάση το καθορισμένο νοσήλιο –τροφείο Επίσης , τα ΚΔΗΦ αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ με βάση καθορισμένο νοσήλιο.*

*Στις περιπτώσεις ταυτόχρονης χρήσης υπηρεσιών ΣΥΔ και ΚΔ-ΗΦ και προκειμένου για την αποζημίωση αυτών από τον ΕΟΠΥΥ , θα πρέπει να εξασφαλίζεται ως απαραίτητη προϋπόθεση το γεγονός ότι δεν πρόκειται για ταυτόχρονη χορήγηση πράξεων θεραπείας για την ίδια πάθηση σύμφωνα με το άρθρο 17 του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)»*

**Κ)** Το έγγραφο αριθμ.πρωτ.: Δ24α/43774/1015/16-10-2017 της Δ/σης Προστασίας ΑμεΑ, της Γενικής Δ/σης Πρόνοιας ,του Υπουργείου Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης & Κοινωνικής Πρόνοιας , όπου αναφέρει ότι : *« (...) η χορήγηση του νοσηλίου –τροφείου σε ΣΥΔ ΑμεΑ, και η χορήγηση του αντίστοιχου νοσηλίου σε ΚΔΗΦ, στο οποίο απασχολούνται και εκπαιδεύονται ορισμένες ώρες της ημέρας, ακόμα και αν οι δύο αυτές διαφορετικές και*

*ανεξάρτητες δομές λειτουργούν υπό την ευθύνη του ίδιου Φορέα, δεν μπορεί να θεωρηθεί διπλή παροχή.»*

**Λ)** Την απόφαση του Δ/κου Συμβ. αριθμ.1429 /Συν. 428/23-11-2017 όπου αναφέρει: «Την αποδοχή της αξιολόγησης των ασθενών σε ότι αφορά την βαρύτητα της αναπηρίας από τις Υγειονομικές Επιτροπές των Κέντρων Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.) καθώς και από τις άλλες Υγειονομικές Επιτροπές, όπως αυτές περιγράφονται στο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των ΚΕ.Π.Α., δεδομένου ότι, οι ανωτέρω Υγειονομικές Επιτροπές απαρτίζονται από ειδικότητες ιατρών σχετικές με τις παθήσεις αυτών.

*Για τον προσδιορισμό της απόδοσης του ημερήσιου νοσηλίου - τροφείου των εβδομήντα (70) ευρώ, απαιτείται βαρύτητα νοητικής υστέρησης με Δείκτη Νοημοσύνης (Δ.Ν.) μικρότερο του 30 ή εναλλακτικά, σε περίπτωση νοητικής υστέρησης με δείκτη νοημοσύνης άνω του 30, θα γίνεται αποδεκτό το συνολικό ποσοστό αναπηρίας, εφόσον αυτό προσδιορίζεται από 80% και άνω. Για τις περιπτώσεις, όπως αυτές ορίζονται στο φεκ.172/β/30-1-2014, που δεν πληρούνται οι ανωτέρω όροι, θα αποδίδεται το ημερήσιο νοσήλιο – τροφείο των σαράντα (40) ευρώ.*

*Επομένως, εφόσον ακολουθείται η ανωτέρω διαδικασία για τον προσδιορισμό της βαρύτητας της αναπηρίας, δεν κρίνεται σκόπιμος ο πρωτογενής ιατρικός έλεγχος. Οι ανωτέρω δαπάνες θα υποβάλλονται σε διοικητικό έλεγχο.*

*Την υποβολή από τις Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης, Υπεύθυνης Δήλωσης, στην οποία θα βεβαιώνουν ότι η εν λόγω δομή διασφαλίζει τις απαραίτητες προδιαγραφές φιλοξενίας ατόμων με βαριά νοητική υστέρηση ή άλλες αναπηρίες (με περιορισμένο βαθμό αυτονομίας και αυτοεξυπηρέτησης).»*

**Μ)** Ότι οι Δομές που φιλοξενούν-περιθάλπουν ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου 3 της ΚΥΑ υπ. αριθμ. Β2β/οικ.38642 (ΦΕΚ 1536/ Β/ 2016) θα πρέπει:

*«(...) Όλα τα χειρόγραφα δικαιολογητικά των παρόχων του ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ ΙΙΙ υποβάλλονται άπαξ σε αντίγραφα με την εισαγωγή του δικαιούχου στη δομή στον αντίστοιχο μήνα υποβολής δαπανών, ενώ τα πρωτότυπα κατατίθενται και διατηρούνται σε φάκελο του παρόχου στην αρμόδια ΠΕ.ΔΙ. Με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του ΕΟΠΥΥ καθορίζεται κάθε διαδικαστική λεπτομέρεια για την εφαρμογή της παρούσας και των παραρτημάτων αυτής. Στο φυσικό αρχείο που θα αποστέλλουν οι πάροχοι του ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ ΙΙΙ στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. θα τοποθετούν τη συγκεντρωτική κατάσταση των περιθαλπόμενων Α.Μ.Κ.Α. και το τιμολόγιο παροχής υπηρεσιών.»*

**Ν)** Το έγγραφο αριθμ.πρωτ.ΔΑ3Β/31/4-4-2017, όπου με τη σύμφωνη γνώμη του Προέδρου του ΕΟΠΥΥ στάλθηκε μέσω edary η κάτωθι οδηγία :

*«(...)σε μία υποβολή τουλάχιστον ανά έτος να κατατίθενται για ψηφιοποίηση όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, σύμφωνα με την ισχύουσα κάθε φορά νομοθεσία και τις οδηγίες του ΕΟΠΥΥ . Στη συγκεντρωτική δε κατάσταση, που κατατίθεται κάθε μήνα παρακαλούμε όπως προστεθεί άλλη μία στήλη όπου θα αναγράφεται ανά ασφαλισμένο, ο αριθμός υποβολής και ο αντίστοιχος μήνας κατάθεσης των απαραίτητων δικαιολογητικών εισαγωγής /παραμονής –παράτασης των περιθαλπομένων ...»*

(Διευκρινίσεις: Ο κωδικός /αριθμός του αντίστοιχου μήνα υποβολής των δικαιολογητικών για τον κάθε περιθαλπόμενο θα είναι το «κλειδί» ελέγχου & εκκαθάρισης οποτεδήποτε μέσα στον χρόνο και σε όλα τα στάδια αυτού. )

**Ξ)** Ότι στο φάκελο (φυσικό αρχείο) κάθε Δομής /Παρόχου, που φυλάσσεται στις ΠΕ.ΔΙ ΕΟΠΥΥ, θα πρέπει να υπάρχει η Άδεια Λειτουργίας ,

όπου θα ελέγχουμε εκτός των άλλων και το μέγιστο αριθμό περιθαλπομένων που απορρέει από αυτή καθώς και η σύμβαση που έχει υπογραφεί με τον ΕΟΠΥΥ, και

**Ο)** Την εναρμόνιση των οδηγιών εκκαθάρισης με άλλες Δομές που περιθάλπουν ΑμεΑ , ώστε να καταστεί ο έλεγχος και η εκκαθάριση σε όλες τις βαθμίδες, πιο εύκολη , πιο αποδοτική και αποτελεσματική, αναγράφουμε στον παρακάτω πίνακα αναλυτικά τα δικαιολογητικά που πρέπει να κατατίθενται στις ΠΕΔΙ και στην αρχειοθήκη, καθώς και τις σχετικές οδηγίες εκκαθάρισης για τη χορήγηση των τροφείων – νοσηλίων στις ΣΥΔ :

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

	<b>ΨΗΦΙΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΦΥΣΙΚΑ ΠΑΡΑΣΤΑΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ</b>	<b>ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ</b>
	Ταυτοποίηση του Α.Μ.Κ.Α. και του ονοματεπωνύμου του περιθαλπόμενου δικαιούχου.  Ταυτοποίηση του δείγματος.	Ελέγχουμε αν σε όλα τα παραστατικά είναι εγγεγραμμένο το ίδιο ονοματεπώνυμο και το ίδιο ΑΜΚΑ. Η μη αντιστοιχηση σημαίνει ή λανθασμένο εντοπισμό δείγματος ή λανθασμένη μεταφορά αρχείων δείγματος  Σε περίπτωση μη ταυτοποίησης επικοινωνήστε με το <a href="mailto:d18@eopyy.gov.gr">d18@eopyy.gov.gr</a> μέσω της ειδικής φόρμας επικοινωνίας.
	Ταυτοποίηση περιόδου νοσηλείας.	Ελέγχεται ότι οι ημέρες περίθαλψης δεν ξεπερνούν αυτές του μήνα που ελέγχουμε, αφαιρώντας τυχόν απουσίες των ΑμεΑ.
<b>1.</b>	Τιμολόγιο Παροχής Υπηρεσιών με το συνολικό αιτούμενο ποσό . (Κατατίθεται κάθε μήνα)	Γίνεται ταυτοποίηση τιμολογίου και αντιπαραβολή ποσού τιμολογίου με ηλεκτρονική υποβολή.
<b>2.</b>	Συγκεντρωτική κατάσταση των περιθαλπομένων, με αλφαβητική σειρά, υπογεγραμμένη από τον επιστημονικά υπεύθυνο ή τον Δ/κο Δ/ντη της ΣΥΔ.  ( Κατατίθεται κάθε μήνα)	Ελέγχουμε τον αριθμό των περιθαλπομένων, ο οποίος σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να ξεπερνά εκείνον που απορρέει από την άδεια λειτουργίας. Αν προκύψει τέτοια περίπτωση τότε γίνεται περικοπή στον πλεονάζον αριθμό περιθαλπομένων και ενημερώνουμε τον Πάροχο  Ελέγχουμε την τιμή του νοσηλίου-τροφείου σε συνάρτηση με την απόφαση του Δ/κου Συμβουλίου 1429 /Συν. 428/23-11-2017 .

	(Επισυνάπτεται σχέδιο συγκεντρωτικής κατάστασης )	<p>Αν έχει καταχωρηθεί το νοσήλιο των 70€ χωρίς τις απαραίτητες προϋποθέσεις προχωράμε σε περικοπή.</p> <p>Ελέγχουμε τον κωδικό υποβολής που αναγράφεται στη στήλη (Μήνας υποβολής των δικαιολογητικών) και ανατρέχουμε στον αντίστοιχο κωδικό/μήνα υποβολής του φυσικού αρχείου, για τον έλεγχο των δικαιολογητικών.</p> <p>Η απουσία της συγκεντρωτικής κατάστασης συνιστά αιτία περικοπής .</p>
<b>3.</b>	<p>Αναλυτική ιατρική γνωμάτευση εισαγωγής σχετικής με την πάθηση ειδικότητας. Η γνωμάτευση θα χορηγείται από Ιατρό Συντονιστή Διευθυντή, Διευθυντή Ε.Σ.Υ. ή Επιμελητή Α΄ σχετικής με την πάθηση ειδικότητας (π.χ. Παιδοψυχιάτρου, Ψυχιάτρου και Παιδιάτρους εξειδικευμένους στην αναπτυξιολογία προκειμένου για παιδιά), Δημόσιων ή Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων ή Μονάδων Υγείας-ΠΕΔΥ, ή Κέντρο Παιδοψυχικής Υγιεινής ΠΕΔΥ ή Κέντρο Ψυχικής Υγείας-Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Δημόσιο ή εποπτευόμενο από δημόσιο φορέα.</p>	<p>Ελέγχουμε τον φορέα έκδοσης της ιατρικής γνωμάτευσης και την πληρότητα σύμφωνα με τις οδηγίες της Δ/σης Στρατηγικού Σχεδιασμού</p> <p>Η απουσία γνωματεύσεων θα συνιστά αιτία περικοπής</p>
<b>4.</b>	<p>Βεβαίωση που να αναφέρει το δείκτη νοημοσύνης από ψυχολόγο Δημόσιου Φορέα. Αν δεν υπάρχει Δημόσιος Φορέας στην περιοχή όπου κατοικεί ο ασθενής μπορεί κατά περίπτωση να είναι και τοπικού ιδιωτικού φορέα (σε περίπτωση δε έλλειψης, της ευρύτερης Περιφέρειας). Μπορούμε να κάνουμε δεκτή και την αναγραφή του δείκτη νοημοσύνης στην απόφαση του ΚΕΠΑ.</p>	<p>Ελέγχουμε το δείκτη νοημοσύνης.</p> <p>Η απουσία γνωμάτευσης ή αναφοράς του Δ.Ν. στην απόφαση ΚΕΠΑ, στις περιπτώσεις νοητικής καθυστέρησης, συνιστά αιτία περικοπής.</p>
<b>5.</b>	<p>Απόφαση προσδιορισμού ποσοστού αναπηρίας από τα ΚΕΠΑ ή από αρμόδια Υγειονομική Επιτροπή, η οποία λειτουργούσε προ της συστάσεως των ΚΕΠΑ. (Απαραίτητο η απόφαση να βρίσκεται σε ισχύ)</p>	<p>Ελέγχουμε το ποσοστό αναπηρίας.</p> <p>Η απουσία της σχετικής απόφασης προσδιορισμού ποσοστού αναπηρίας συνιστά αιτία περικοπής.</p>
<b>6.</b>	<p>Βεβαίωση κοινωνικής έρευνας από Κοινωνικούς Λειτουργούς του ευρύτερου Δημόσιου τομέα και όπου δεν υπάρχει, της ΣΥΔ . Η βεβαίωση θα αναγράφει ότι ο ασφαλισμένος τηρεί τις προϋποθέσεις για την εισαγωγή στη ΣΥΔ.</p>	<p>Ελέγχουμε τη βεβαίωση.</p> <p>Η απουσία αυτής συνιστά αιτία περικοπής, για τα νοσήλια μηνός Οκτωβρίου 2017 και μεταγενέστερα.</p>

<b>7.</b>	Έκθεση της Διεπιστημονικής Ομάδας του Φορέα λειτουργίας της Σ.Υ.Δ. περί καταλληλότητας της Σ.Υ.Δ. για το συγκεκριμένο άτομο και της ανάγκης ένταξης του σε Σ.Υ.Δ. και σύμφωνη γνώμη του Δ.Σ. του φορέα για την αποδοχή εισδοχής του διαμένοντα στη Δομή.	Η απουσία συνιστά αιτία περικοπής.
<b>8.</b>	Έγκριση παράτασης παραμονής του φιλοξενούμενου από την Διεπιστημονική Ομάδα του Φορέα, ανά έτος. (Για διευκόλυνση, η απόφαση για την παράταση παραμονής, να υποβάλλεται στην υποβολή του Ιανουαρίου κάθε έτους από το 2018 και μετά).	Η απουσία συνιστά αιτία περικοπής από τα νοσήλια του Ιανουαρίου του 2018 και μεταγενέστερα.
<b>9.</b>	Βεβαίωση (Υ.Δ) του αιτούντος ή νομίμου εκπροσώπου όπου θα αναγράφει : α) ότι στο ίδιο χρονικό διάστημα δεν έχει λάβει από τον ΕΟΠΥΥ άλλο νοσήλιο από ΣΥΔ ή οικοτροφείο «ασυλικού τύπου» ή άλλο Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα χρηματοδότησης για τον ίδιο σκοπό και β) ότι βεβαιώνεται από την ΣΥΔ πως διασφαλίζει τις απαραίτητες προδιαγραφές φιλοξενίας ατόμων με βαριά νοητική υστέρηση ή άλλες αναπηρίες (με περιορισμένο βαθμό αυτονομίας και αυτοεξυπηρέτησης).  (Επισυνάπτεται σχέδιο Υ.Δ)	Ελέγχουμε ότι αναγράφονται τα ζητούμενα και ότι υπάρχει η υπογραφή του Νόμιμου εκπροσώπου και η σφραγίδα.  Για το (β) απαιτείται από τα νοσήλια του Ιανουαρίου του 2018 και μετά.  Η απουσία συνιστά αιτία περικοπής
<b>10.</b>	Αίτηση του γονέα ή του κηδεμόνα ή του δικαστικού συμπαραστάτη για την εισαγωγή.	Ελέγχουμε αν υπάρχει η αίτηση του γονέα ή του κηδεμόνα.  Η απουσία αίτησης συνιστά αιτία περικοπής, για τα νοσήλια μηνός Οκτωβρίου 2017 και μεταγενέστερα.
<b>11.</b>	Βεβαιώσεις από τους διαμένοντες ή τους νομίμους κηδεμόνες ή τους δικαστικούς συμπαραστάτες τους, σχετικά με την ολοκληρωμένη και ικανοποιητική παροχή των υπηρεσιών από την ΣΥΔ, ανά εξάμηνο .	Για διευκόλυνση στον έλεγχο προτείνουμε οι βεβαιώσεις να κατατίθενται ανά έτος με τα νοσήλια του Ιανουαρίου και του Ιουλίου.  Η απουσία συνιστά αιτία περικοπής από τον Ιανουάριο του 2018 και μετά .
<b>12.</b>	Σε πολίτες της Ε.Ε. είναι απαραίτητο επιπλέον των ανωτέρω δικαιολογητικών και το Φύλλο του βιβλιαρίου του ΕΦΚΑ, όπου θα αναγράφει ότι είναι δικαιούχος παροχών σε Είδος.	Η απουσία συνιστά αιτία περικοπής στις περιπτώσεις πολιτών Ε.Ε.

Εάν διακριβωθεί από τον ΕΟΠΥΥ η ταυτόχρονη χορήγηση πράξεων θεραπείας για την ίδια πάθηση, ο Οργανισμός θα μεταβάλει τη σχετική ελεγκτική διαδικασία, αφού η μη ταυτόχρονη χορήγηση πράξεων θεραπείας συνιστά σύμφωνα και με το αριθμ.πρωτ.Γ3γ/Γ.Π.70829/21-9-2017, έγγραφο του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας, απαραίτητη προϋπόθεση αποζημίωσης.

Παρακαλούμε τους αρμόδιους υπαλλήλους των ΠΕ.ΔΙ όπως για την εκκαθάριση των ΣΥΔ ανατρέχουν:

α) στον αντίστοιχο μήνα κατάθεσης των απαραίτητων δικαιολογητικών εισαγωγής/παράτασης των περιθαλπομένων, όπου οι Πάροχοι στη συγκεντρωτική κατάσταση που καταθέτουν κάθε μήνα, (σύμφωνα με το επισυναπτόμενο σχέδιο), συμπληρώνουν απαραίτητα την στήλη όπου θα αναγράφεται ανά ασφαλισμένο ο αριθμός υποβολής του μήνα κατάθεσης των δικαιολογητικών, ή

β) στο φυσικό αρχείο που θα διατηρείται σε ξεχωριστό φάκελο στην ΠΕ.ΔΙ μαζί με τη σύμβαση και την άδεια λειτουργίας.

**Για μεγαλύτερη διευκόλυνση στον έλεγχο του νοσηλίου-τροφείου των ΣΥΔ σας παραθέτουμε τον κάτωθι πίνακα:**

## **ΠΙΝΑΚΑΣ 2.**

Δείκτης Νοσησύνης (Δ.Ν)	Ποσοστό αναπηρίας (Π.Α.)	Τιμή νοσηλίου-τροφείου
Δ.Ν. μικρότερος του 30 και	ανεξάρτητα με το Π.Α.	70 €
Δ.Ν. 31 και άνω και	Π.Α. 80% και άνω	70 €

*«Για τις περιπτώσεις, όπως αυτές ορίζονται στο φεκ.172/β/30-1-2014, που δεν πληρούνται οι ανωτέρω όροι, θα αποδίδεται το ημερήσιο νοσήλιο – τροφείο των σαράντα (40) ευρώ.»*

Συνημμένα:

- α) Υπόδειγμα συγκεντρωτικής κατάστασης
- β) Υπόδειγμα Υπεύθυνης Δήλωσης

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ**  
**Σ. ΜΠΕΡΣΙΜΗΣ**  
**Επ. Καθηγ. Πανεπιστ. Πειραιώς**

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

## ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΝΟΣΗΛΙΩΝ - ΤΡΟΦΕΙΩΝ ΣΥΔ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΑΡΟΧΟΥ  
: ΣΥΔ-  
ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ / ΣΥΔ-  
ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΟ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ :

ΣΤΟΙΧΕΙΑ  
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ :

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΝΟΣΗΛΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΕΟΠΥΥ						ΜΗΝΟΣ:			ΕΤΟΥΣ:					
Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	Α.Μ.	ΑΜΚΑ	ΦΟΡΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΑΡΧΙΚΗ ΗΜ/ΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ	ΗΜ.ΕΙΣΟΔΟΥΉ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΑΡΑΤΑΣΗΣ	ΗΜ.ΕΞΟΔΟΥ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΔΕΙΚΤΗΣ ΝΟΗΜ/ΝΗΣ	ΠΟΣΟ ΣΤΟ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ	ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΙΩΝ	ΑΡ. ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	ΜΗΝΑΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ
1														
2														
3														
4														
5														

6														
7														
8														
9														

ΚΩΔΙΚΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 2018:

ΚΩΔΙΚΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΙΟΥΛΙΟΥ 2018 :

ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΕΙΣ:

- 1) Στη στήλη όπου αναγράφει ( Αριθμός υποβολής των δικαιολογητικών), πρέπει να γράφετε ο αριθμός υποβολής όπου έχουν κατατεθεί για ψηφιοποίηση όλα τα απαιτούμενα δικαιολογητικά
- 2) Στη στήλη όπου αναγράφει (Μήνας Υποβολής) , πρέπει να αναγράφεται ο αντίστοιχος μήνας που έχουν ψηφιοποιηθεί τα δικαιολογητικά και όχι ο τρέχον μήνας


**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**  
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8, παρ Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :	<b>Ε.Ο.Π.Υ.Υ</b>						
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):			

Ο κάτωθι υπογράφων με στοιχεία:

ΦΥΛΟ ΑΡΡΕΝ  ΘΗΛΥ

ΑΦΜ .....ΑΜΚΑ.....

ΣΤΑΘ.ΤΗΛ.....ΚΙΝ.

ΤΗΛ.....

ως **νόμιμος εκπρόσωπος** της ΣΥΔ

με την

επωνυμία:.....

.....  
 Διακριτικό Τίτλο:

.....  
 ΑΦΜ:....., ΔΟΥ:.....,

Δ/ΝΣΗ:....., ΑΡΙΘΜΟΣ:.....,

Τ.Κ.:....., ΠΟΛΗ:....., ΤΗΛ:.....

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι :

Α) στο ίδιο χρονικό διάστημα για κανένα από τους περιθαλπόμενους στην ΣΥΔ, δεν έχουμε λάβει από τον ΕΟΠΥΥ άλλο νοσήλιο για ΣΥΔ ή οικοτροφείο «ασυλικού τύπου» ή άλλο Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα χρηματοδότησης για τον ίδιο σκοπό.

Β) Η ΣΥΔ διασφαλίζει τις απαραίτητες προδιαγραφές φιλοξενίας ατόμων με βαριά νοητική υστέρηση ή άλλες αναπηρίες (με περιορισμένο βαθμό αυτονομίας και αυτοεξυπηρέτησης).

Ημερομηνία: .../.../20...

Ο – Η Δηλών  
 (Υπογραφή)

1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

2) Αναγράφεται ολογράφως.

3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος ιλάσσοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

Ο – Η Δηλών(Υπογραφή)