



ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Οδηγίες προς τα μέλη του Ταμείου Υγείας σχετικά με τις προϋποθέσεις έναρξης αντινεοπλασματικής θεραπείας (χημειοθεραπείας)

Σας γνωρίζουμε ότι από 01/11/2011 η διαδικασία για την έναρξη της χημειοθεραπείας αλλάζει.

Για την έναρξη αντινεοπλασματικής θεραπείας απαιτείται πλέον να προσκομίζονται τα εξής δικαιολογητικά:

- Για τη διάγνωση: ιστολογική ή κυτταρολογική επιβεβαίωση καθώς και ανοσο-ϊστοχημική ή ανοσοκυτταρολογική έκθεση.
- Αποτελέσματα του μοριακού ελέγχου, τα οποία να δικαιολογούν τη χρήση του αντίστοιχου φαρμάκου (εάν απαιτείται). Σημειώνεται ότι ο θεράπων ογκολόγος κρίνει αν απαιτείται να γίνει μοριακός έλεγχος και για ποια φάρμακα.
- ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΑΠΟ ΠΑΘΟΛΟΓΟ-ΟΓΚΟΛΟΓΟ η οποία πρέπει να αναφέρει τα εξής:
 - Σύντομο ιστορικό της νόσου.
 - Όλες τις θεραπείες που τυχόν προηγήθηκαν (χειρουργεία, ακτινοθεραπείες, συστηματικές θεραπείες) και τα αντίστοιχα χρονικά διαστήματα.
 - Το τωρινό στάδιο της νόσου και τη γενική κατάσταση του αρρώστου.
 - Την ιατρική αναγκαιότητα που επιβάλλει την έναρξη νέας θεραπείας.
 - Το ακριβές θεραπευτικό σχήμα: φάρμακα, δόσεις, συχνότητα και συνολική ποσότητα για 3 κύκλους θεραπείας. Πριν αρχίσει η θεραπεία προηγείται προέγκριση και όχι εκ των υστέρων έγκριση. Η έγκριση θα ισχύει μόνο για χρονικό διάστημα 3 μηνών ή για 3 κύκλους θεραπείας.

Οδηγίες προς τα μέλη του Ταμείου Υγείας σχετικά με τη συνέχιση αντινεοπλασματικής θεραπείας (χημειοθεραπείας)

Μετά την ολοκλήρωση 3 μηνών ή για 3 κύκλους θεραπείας, απαιτούνται τα εξής δικαιολογητικά:

- ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ από ΠΑΘΟΛΟΓΟ-ΟΓΚΟΛΟΓΟ η οποία πρέπει να αναφέρει τα εξής:
 - Σύντομο ιστορικό της νόσου.
 - Όλες τις θεραπείες που τυχόν προηγήθηκαν (χειρουργεία, ακτινοθεραπείες, συστηματικές θεραπείες) και τα αντίστοιχα χρονικά διαστήματα.
 - Το τωρινό στάδιο της νόσου και τη γενική κατάσταση του αρρώστου.

- Το ακριβές θεραπευτικό σχήμα φάρμακα, δόσεις, συχνότητα και συνολική ποσότητα για 3 κύκλους θεραπείας.
- Τα αποτελέσματα της μέχρι τότε θεραπείας και τους λόγους που επιβάλλουν τη συνέχιση της θεραπείας. **Η έγκριση θα είναι πάλι μόνο για διάστημα 3 μηνών ή για 3 κύκλους θεραπείας.**

ΠΡΟΗΓΕΙΤΑΙ ΠΡΟΕΓΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΧΙ ΕΚ ΤΩΝ ΥΣΤΕΡΩΝ ΕΓΚΡΙΣΗ.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

Για τους ασθενείς που ήδη βρίσκονται σε αντινεοπλασματική θεραπεία, η μέχρι τώρα διαδικασία θα ισχύσει μόνο για ένα 3μηνο.

Έγκριση χορήγησης αυξητικών αιμοποιητικών παραγόντων σε ασθενείς με συμπαγείς όγκους

Για την έγκριση απαιτείται:

- **ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ** από ΠΑΘΟΛΟΓΟ-ΟΓΚΟΛΟΓΟ Ή ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ-ΟΓΚΟΛΟΓΟ η οποία να αναφέρει **όλα** τα ακόλουθα στοιχεία:
 - Σύντομο ιστορικό της νόσου.
 - Όλες τις θεραπείες που τυχόν προηγήθηκαν (χειρουργεία, ακτινοθεραπείες, συστηματικές θεραπείες) και τα αντίστοιχα χρονικά διαστήματα.
 - Το ακριβές θεραπευτικό σχήμα φάρμακα, δόσεις, συχνότητα.
 - Το είδος και τις ακριβείς δόσεις των αυξητικών παραγόντων που χρειάζονται.
 - Πρόσφατη έως (48 ώρες) παλιά γενική εξέταση αίματος του ασθενή, η οποία να δικαιολογεί την αναγκαιότητα των αυξητικών παραγόντων.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ

Όλοι οι ασφαλισμένοι θα πρέπει να κατανοήσουν ότι η εφαρμογή των ανωτέρω διαδικασιών επιβάλλεται όχι μόνο προς οικονομικό όφελος του Ταμείου Υγείας αλλά και από την ανάγκη προστασίας του ίδιου του ασθενή από φαινόμενα υπερσυνταγογράφησης και κακής χρήσης των φαρμάκων αυτών, τα οποία έχουν πολλές παρενέργειες και είναι ιδιαίτερα τοξικά.

ΤΑΜΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΘΝΙΚΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ