ΕΝΩΠΙΟΝ

ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΟΥ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

ΑΙΤΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Της ……………………………………..………….(ον/μο) του ………………….(πατρώνυμο), φαρμακοποιού – μέλους του Φαρμακευτικού Συλλόγου ………………, κατοίκου ………………. (όδος…………………….. αρ. …..), με Α.Φ.Μ. ……………………………. της Δ.Ο.Υ. …………………… και Α.Μ.Κ.Α. …………………………….

 ΚΑΤΑ

1. Της υπ’ αριθμ. 475 απόφασης της Συνεδρίασης 551/11-04-2019 του Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., καθ’ ο μέρος αυτή αφορά την περικοπή αιτηθείσας από εμένα δαπάνης ποσού …………. ευρώ
2. Της υπ’ αριθμ. ……………………. εκκαθάρισης μηνός …./2018, δυνάμει της οποίας περικόπηκε κατά ποσοστό 100% η αιτηθείσα εκ μέρους μου δαπάνη ποσού …………. ευρώ

 - - - // - - -

Την ….-….-2019 μου γνωστοποιήθηκε μέσω μηνύματος ηλεκτρονικού ταχυδρομείου από την Υπηρεσία Σας ότι ολοκληρώθηκε η εκκαθάριση της υποβολής μηνός …./201.. με αριθμό …………., αιτούμενης αξίας ……….. ευρώ και ότι το αποτέλεσμα αυτής είναι περικοπή ………… ευρώ, ήτοι κατά ποσοστό 100%∙ μου ζητήθηκε δε να προσκομίσω το απαιτούμενο πιστωτικό τιμολόγιο στην αρμόδια ΠΕ.ΔΙ. ΕΟΠΥΥ (ΠΕ.ΔΙ. ……….), ενώ περαιτέρω μου γνωστοποιήθηκε το δικαίωμά μου να υποβάλω ένσταση εντός 3 εργασίμων ημερών, άλλως η εκκαθάριση ήθελε θεωρηθεί οριστική.

Δια της παρούσας αιτήσεως θεραπείας προσφεύγω νομίμως ενώπιόν Σας τόσο κατά της ατομικής υπ’ αριθμ. …………εκκαθάρισης μηνός …./2018, δυνάμει της οποίας περικόπηκε κατά ποσοστό 100% η αιτηθείσα εκ μέρους μου δαπάνη ποσού …………. ευρώ, όσο και κατά της υπ’ αριθμ. 475 απόφασης της Συνεδρίασης 551/11-04-2019 του Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., καθ’ ο μέρος αυτή αφορά στο πρόσωπό μου και στην περικοπή του ανωτέρω αιτηθέντος ποσού, για τους κάτωθι νόμιμους, βάσιμους και αληθείς λόγους:

* Άπαντα τα ως άνω χορηγηθέντα από εμένα τον φαρμακοποιό - πάροχο Σκευάσματα Ειδικής Διατροφής (ΣΕΔ) αγοράστηκαν νομίμως από τους προμηθευτές με τους οποίους συνεργάζομαι, εκδοθέντων περί τούτου των νόμιμων φορολογικών παραστατικών αγοράς τους.
* Στο σύνολό τους οι εκτελεσθείσες εκ μέρους μου γνωματεύσεις ΣΕΔ έφεραν όλα τα τυπικά κριτήρια νομιμότητας (εκδόθηκαν από αρμόδιο ιατρό, περιλάμβαναν τα απαραίτητα στοιχεία του ιατρού και του δικαιούχου – ασθενούς, καθώς και του σκευάσματος)
* Στις εν λόγω εκτελέσεις υπήρχε πάντοτε πλήρης αντιστοίχηση και ταύτιση της περιγραφής του προϊόντος που συνταγογραφούσε ο θεράπων ιατρός με αυτό που αναγραφόταν στο κουπόνι με τον μοναδικό αριθμό ταυτοποίησης (barcode) που έφερε έκαστο σκεύασμα.
* Το ηλεκτρονικό σύστημα e-ΔΑΠΥ μου επέτρεψε την καταχώρηση των εν λόγω γνωματεύσεων, δημιουργώντας μου την εύλογη και δικαιολογημένη πεποίθηση – εμπιστοσύνη ότι τα συνταγογραφηθέντα σκευάσματα είναι πιστοποιημένα από το ΕΚΑΠΤΥ και εγκεκριμένα από τον ΕΟΠΥΥ, και ως εκ τούτου αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ, ενώ περαιτέρω δεν καταλιπόταν οποιαδήποτε αμφιβολία ότι αυτά εισάγονται νόμιμα στη χώρα μας.
* Κατά την χορήγησή του από εμένα τον πάροχο το εν λόγω ΣΕΔ ετύγχανε εγκεκριμένο από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με κωδικό ΕΑΝ 818757004161, ενώ περαιτέρω η αποζημίωσή του είχε καθοριστεί στο ποσό των 11,93 ευρώ (συμπεριλαμβανομένου ΦΠΑ) σύμφωνα με την υπ’ αριθμ. 40026/05-10-2017 απόφαση του Προέδρου του Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (3492/ΦΕΚ Α΄/05-10-2017), στην οποία απουσιάζει παντελώς οποιαδήποτε διευκρινιστική περιγραφή του προϊόντος ως προς την μορφή, το βάρος, την σύσταση και την συσκευασία.
* Τόσο στις γνωματεύσεις που προσκομίστηκαν στο φαρμακείο μου όσο και στην καταχώριση στο e-ΔΑΠΥ ουδεμία αναφορά γίνεται στα χαρακτηριστικά του σκευάσματος, και ως εκ τούτου ουδεμία δυνατότητα υπήρχε να διαπιστώσω τυχόν απόκλιση μεταξύ του προσφερόμενου προϊόντος και του εγκεκριμένου από τις υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ, η οποία θα μπορούσε να με προβληματίσει για το είδος του σκευάσματος στο οποίο αντιστοιχούσε το barcode έκαστης συσκευασίας ΣΕΔ.
* Τα προϊόντα που αντιστοιχούν στις γνωματεύσεις ΣΕΔ που εκτέλεσα κατά το εν λόγω χρονικό διάστημα χορηγήθηκαν στο σύνολο τους προς χρήση στους δικαιούχους που αναγράφονται αποκλειστικά στις γνωματεύσεις.
* Εν κατακλείδι καθίσταται σαφές ότι το σύνολο των ως άνω στοιχείων δεν κατέλειπε οποιοδήποτε χώρο για δημιουργία υπονοιών ή αμφιβολιών για τη νομιμότητα των ενεργειών μου και την εκπλήρωση των υποχρεώσεών μου ως φαρμακοποιού.

Eπειδή το αίτημά μου για την αποζημίωσή μου με ποσό ύψους …………… ευρώ, που αντιστοιχεί στα νομίμως χορηγηθέντα από το φαρμακείο μου ΣΕΔ με την ονομασία “RESURGEX PLUS”, αφορά γνωματεύσεις που νομίμως εκτέλεσα στο σύνολο τους σύμφωνα με τους όρους που προβλέπονταν στην ισχύσασα κατά το χρόνο εκτέλεσης Σύμβαση του ΕΟΠΥΥ με τον ΠΦΣ (βλ. την από 02-01-2017 «Επέκταση της Συλλογικής Σύμβασης Προμήθειας Φαρμάκων για την Παροχή Υγειονομικού Υλικού, Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων και Διαιτητικών Σκευασμάτων Ειδικής Διατροφής»), καθώς και σύμφωνα με τις διατάξεις του ΕΚΠΥ [βλ. ΚΥΑ 46846/19-06-2018 (Β΄2315), όπως αυτή τροποποιήθηκε και αντικαταστάθηκε με την ΚΥΑ ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157 (Β΄4898)].

Επειδή, ειδικότερα, σύμφωνα με τους όρους της ανωτέρω από 02-01-2017 Σύμβασης Ε.Ο.Π.Υ.Υ. – Π.Φ.Σ. ήμουν υποχρεωμένος ως φαρμακοποιός να χορηγήσω τα «προϊόντα» που περιλαμβάνονταν στις προσκομισθείσες στο φαρμακείο μου γνωματεύσεις, μιας και ουδέποτε προέβην σε αρνητική δήλωση περί μη βούλησης διάθεσής τους εντός της προβλεπόμενης προθεσμίας από την υπογραφή της εν λόγω σύμβασης (βλ. σχετικά στο πεδίο «ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΤΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ), η δε τυχόν άρνησή μου για την εκτέλεσή τους ενείχε ακόμη και πειθαρχική ευθύνη.

Επειδή η υποχρέωσή μου για την εκτέλεση των εν λόγω συνταγών προκύπτει και από το Κεφάλαιο Β παρ.2 των με αρ.πρωτ. ΔΒ4Γ/Γ55/12/οικ.30432/14-07-2017 Οδηγιών του Τμήματος Σχεδιασμού Παρακολούθησης Χορήγηση Θεραπευτικών Μέσων και Αξιοποίησης Ελέγχων του ΕΟΠΥΥ με θέμα: «Οδηγίες Σχετικά με τη συνταγογράφηση αναλώσιμου υγειονομικού Υλικού και σκευασμάτων ειδικής διατροφής», σύμφωνα με το οποίο οι θεωρημένες από τους ελεγκτές ιατρούς γνωματεύσεις εκτελούνται υποχρεωτικά από τους παρόχους, ενώ περαιτέρω δεν υπόκεινται σε καμία απολύτως περικοπή.

Επειδή, εξάλλου, η περί ης ο λόγος υποχρέωσή μου αντανακλά ευθέως την κοινωνική αποστολή του έργου του φαρμακοποιού, η οποία αξιώνει την εκτέλεση των θεωρημένων από τους ελεγκτές ιατρούς γνωματεύσεων προς κάλυψη των ιατρικών αναγκών των κοινωνών.

Επειδή, περαιτέρω, ελλείπει η πλήρης, επαρκής και εμπεριστατωμένη αιτιολογία που απαιτείται να φέρει κάθε διοικητική πράξη, όπως εν προκειμένω η απόφαση πλήρους περικοπής της αιτηθείσας δαπάνης ΣΕΔ, από την οποία απουσιάζει παντελώς η αιτιολογία, άλλως αν θεωρηθεί ότι υπάρχει, αυτή τυγχάνει ελλιπέστατη και προσχηματική, κατά παράβαση του άρθρου 17 του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας (βλ. ενδεικτικά **ΣτΕ 171/2002, 4223/2000,** ΣτΕ 277/1996**)** καθώς και της Συλλογικής Σύμβασης Προμήθειας Φαρμάκων που ίσχυε κατά το κρίσιμο χρονικό διάστημα, σύμφωνα με την οποία ο ΕΟΠΥΥ οφείλει να παρέχει εγγράφως διευκρινήσεις στο φαρμακείο που αφορά για το λόγο της μη έγκρισης. Ειδικότερα δε, απουσιάζει οποιαδήποτε σκέψη για τη θεμελίωση της μη έγκρισης της δαπάνης και της καταβολής της σε μένα, μολονότι οι ενέργειές μου υπήρξαν καθ’ ολοκληρίαν νόμιμες, έλαβαν δε χώρα με την πεποίθηση πάσης νομιμότητας.

Επειδή η απόφαση περί περικοπής της αιτηθείσας δαπάνης ΣΕΔ ελήφθη κατά παράβαση της θεμελιώδους αρχής της προηγούμενης ακρόασης του διοικουμένου (άρθρο 20 παρ.2 Σ και άρθρο 6 ΚΔΔ/σίας) καθότι ουδέποτε εκλήθην από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. να παράσχω εξηγήσεις σχετικά με τις εν λόγω εκτελέσεις έχοντας τοιουτοτρόπως την ευκαιρία να αποδείξω την νομιμότητα των ενεργειών μου (βλ. ενδεικτικά ΣτΕ 4242/2015, 1558/2015, 350/2013, Ολ 3690-2/2009). Η μη άσκηση του δικαιώματος ακρόασης κατέστησε τη συνολική διαδικασία ελέγξιμη τόσο από άποψη δικαιότητάς της καθώς δεν τηρήθηκαν ουσιώδεις εκφάνσεις της δίκαιης δίκης όσο και από άποψη ουσιαστικού δικαίου καθώς δεν αναδείχθηκαν ουσιώδεις πτυχές της υπόθεσης για την νομιμότητα των ενεργειών μου ως φαρμακοποιού και συνεπώς για την αδυναμία επιβολής άμεσων ή έμμεσων κυρώσεων σε βάρος μου.

 Επειδή προς επίρρωση των ισχυρισμών μου προσκομίζω συνημμένα τα κάτωθι έγγραφα:

1. Τιμολόγιο αγοράς ΣΕΔ
2. Εκτύπωση εκτελεσμένης γνωμάτευσης.
3. Υπεύθυνη Δήλωση δικαιούχου – ασθενούς.

ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΑΥΤΟΥΣ

Και όσους ήθελε εις το μέλλον προσθέσω

Επιφυλασσόμενης της άσκησης παντός νομίμου δικαιώματός μου

 Παρακαλώ για τις δικές Σας νόμιμες ενέργειες προκειμένου να γίνει δεκτή η παρούσα αίτηση θεραπείας μου και να αποζημιωθώ για το ποσό των …..…….. ευρώ που αφορά στις εν λόγω νομίμως εκτελεσθείσες γνωματεύσεις ΣΕΔ μηνός ……/2018.

……….., …- … -2020

Ο Αιτών