



4η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
«Ι Π Π Ο Κ Ρ Α Τ Ε Ι Ο»



ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

www.ippokratio.gr

Υποδιεύθυνση Οικονομικού

Τμήμα Προμηθειών

Γραφείο Υλικού

Πληρ.: Πράτανος Κων/νος

☎: 2313312705, Fax 2310 892261

e-mail: gryl@ippokratio.gr

Θεσσαλονίκη, 13 Νοεμβρίου 2024

ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΗ υπ' αριθ. 2112

Έχοντας υπόψη:

1. Την υπ' αριθ. Γ4β/Γ.Π.οικ. 13952/3.3.2023 Υπουργική Απόφαση (Φ.Ε.Κ. 204/7.3.2023 τ. Υ.Ο.Δ.Δ.) περί διορισμού του Διοικητή στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», αρμοδιότητας 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης, όπως διορθώθηκε με το Φ.Ε.Κ. 284/τ. Υ.Ο.Δ.Δ./31.3.2023.
2. Τις διατάξεις του Ν.3329/2005 (ΦΕΚ 81/Α'/04-04-2005), όπως τροποποιήθηκαν, συμπληρώθηκαν και ισχύουν σήμερα.
3. Τις διατάξεις του άρθρου 33 του Ν.4368/2016 (ΦΕΚ 21/Α'/2016) με θέμα «Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων».
4. Την υπ' αριθ. Α3(γ)/Γ.Π./οικ.25132/2016 Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 908/Β'/04-04-2016) με θέμα «Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας».
5. Την υπ' αριθ. πρωτ. Α3γ/Γ.Π.οικ.39364/31-05-2016 εγκύκλιο με θέμα «Διευκρινίσεις σχετικά με την διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων και των κοινωνικά ευάλωτων ομάδων στο δημόσιο σύστημα υγείας», στην οποία αναφέρεται ότι «Η χορήγηση ιατρικών βοηθημάτων και αναλώσιμου υγειονομικού υλικού ή άλλων αναγκαίων σκευασμάτων, θα πραγματοποιείται από τα Νοσοκομεία και θα ισχύει ότι και για τους ασφαλισμένους του οργανισμού, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα τόσο στο άρθρο 9 όσο και στο άρθρο 15 του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του Ε.Ο.Π.Π.Υ.».
6. Τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) όπως αντικαταστάθηκε με την υπ' αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π.80157/1-11-2018 Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ Β' 4898/2018).
7. Την υπ' αριθμ. πρωτ. ΔΒ3Α/Φ115/6/οικ.19321/11.05.2018 εγκύκλιο του Ε.Ο.Π.Π.Υ. με θέμα: «Σχετικά με τις ηλεκτρονικές γνωματεύσεις ΕΚΠΥ για οξυγονοθεραπεία»

8. Τις από 11.10.2024 Ιατρικές Γνωματεύσεις του ιατρού κ. Κυρβασίλη Φώτιου, για κατ' οίκον οξυγονοθεραπεία της ανασφάλιστης ασθενούς Μ..... Μ..... δικαιούχου του Ν.4368/2016, η οποία εξήλθε από την Γ' Παιδιατρική Κλινική του Νοσοκομείου μας στις 10.09.2020 με αριθ. μητρώου 001411619 διάρκειας ακόμα έξι (6) μηνών **(από 19.10.2024 έως τις 18.04.2025)**, σε συνέχεια των από 19.04.2024 γνωματεύσεων του ανωτέρω ιατρού για οξυγονοθεραπεία έξι (6) μηνών.
9. Την άμεση ανάγκη για την μίσθωση συσκευής φορητού αναπνευστήρα για την κάλυψη των αναγκών της ασθενούς.
10. Την υπ' αριθμ. 4649/08.11.2024 έρευνα αγοράς του Νοσοκομείου μας, στην οποία η μοναδική κατατεθείσα προσφορά ήταν αυτή της εταιρείας VIVISOL Hellas A.E., με τιμή 241,94 Ευρώ/μήνα συν ΦΠΑ 24%.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Την έγκριση της μίσθωσης συσκευής φορητού αναπνευστήρα για κατ' οίκον οξυγονοθεραπεία στην ανασφάλιστη ασθενή Μ..... Μ..... για διάστημα ακόμα έξι (6) μηνών σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.4368/2016 του Υπουργείου Υγείας, από την εταιρεία VIVISOL Hellas A.E., στην τιμή των 241,94 Ευρώ/μήνα συν ΦΠΑ 24%.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ



ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΑΝΤΩΝΑΚΗΣ