



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας

www.eopyy.gov.gr

**Γενική Δ/νση: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ  
ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
Δ/νση: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ  
Τμήμα: ΕΝΙΑΙΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ ΠΑΡΟΧΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ & Π.Π.Υ.  
Πληροφορίες: Γκιγκίλου Α.-Ιωαννίδου Ε.  
Τηλ.: 210 8110862, 863 Fax: 2108110870  
Ταχ. Δ/νση: ΑΠ.ΠΑΥΛΟΥ 12 ΤΚ 151 23  
E-mail: d8.t1@eopyy.gov.gr**

**Μαρούσι 6 Ιουνίου 2019**

**Αρ. Πρωτ.: ΔΒ3Α/Φ115/9/οικ.21661**

**Προς: 1) Πε.Δι. Ε.Ο.Π.Υ.Υ.  
2) Συντονιστές Πε.Δι.  
3) Δ/νση Ελέγχου και  
Εκκαθάρισης  
4) Όλες τις Δ.Υ.Πε.  
(μέσω ηλεκτρ.ταχυδρομείου)**

**ΘΕΜΑ : «Οδηγίες για τρόπο και διαδικασία απόδοσης δαπανών για χρήση  
αποκλειστικής/κού νοσοκόμου.»**

ΣΧΕΤ: Το άρθρο 25 της αρ. ΕΑΛΕ /Γ.Π.80157/1-11-2018 ΚΥΑ ( ΦΕΚ/Β/4898/2018) με θέμα Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας.

Σύμφωνα με το ανωτέρω σχετικό άρθρο του Ε.Κ.Π.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., η αναγνώριση απόδοσης δαπάνης για τη χρησιμοποίηση αποκλειστικής/κού νοσοκόμου ανά νοσηλεία και μέχρι δυο (2) νοσηλείες το μήνα, **είναι δυνατή μόνο σε κρατικά Νοσοκομεία**, για ασθενείς με βαριά γενική κατάσταση, για τους οποίους απαιτούνται ιδιαίτερες φροντίδες, μόνο κατά τη διάρκεια της νύκτας και **μέχρι οκτώ (8) νύκτες**. Στην περίπτωση που απαιτείται **παράταση** χρήσης αποκλειστικής νοσοκόμας **θα αποζημιώνεται μέχρι συνολικά δώδεκα (12) νύχτες**.

**Σε όλως εξαιρετικές περιπτώσεις κινητικά αναπήρων**, η αποζημίωση αποκλειστικής νοσοκόμας **δύναται να καλύπτει το σύνολο της νοσηλείας του δικαιούχου που έχει χρόνια πάθηση ή αναπηρία με ποσοστό 80% και άνω από επιτροπή ΚΕΠΑ**.

Όταν για τη νοσηλεία του ασθενή δίδονται εγκρίσεις για ασυνεχή χρονικά διαστήματα μέσα στην ίδια νοσηλεία, η δαπάνη αποδίδεται συνολικά μέχρι οκτώ (8) νύκτες ή μέχρι δώδεκα (12) νύκτες, σύμφωνα με τα ανωτέρω προβλεπόμενα.

Η αποζημίωση ορίζεται σε τριάντα (30) ευρώ για κάθε νύκτα τις καθημερινές και σε σαράντα πέντε (45) ευρώ τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες.

Για την απόδοση της δαπάνης στους δικαιούχους, απαιτείται η προσκόμιση των κάτωθι δικαιολογητικών:

α) Ιατρική βεβαίωση του Διευθυντή της Κλινικής του Κρατικού Νοσοκομείου με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής του από την αρμόδια διοικητική υπηρεσία του Νοσοκομείου, για την αναγκαιότητα της χρήσης αποκλειστικής/κου νοσοκόμου.

Η έκδοση της βεβαίωσης διενεργείται εντός του χρόνου νοσηλείας του δικαιούχου ή το αργότερο εντός πέντε (5) ημερών από την ημερομηνία εξόδου από το Νοσοκομείο.

(Σχέδιο της ιατρικής βεβαίωσης υποβάλλεται συνημμένο στο παρόν έγγραφο για διευκόλυνση των υπηρεσιών έκδοσης αυτών.)

β) Έγκριση του Ελεγκτή Ιατρού με σφραγίδα – υπογραφή - ημερομηνία στο σώμα της βεβαίωσης, εντός 10 ημερών από την έκδοση αυτής.

γ) Αντίγραφο του εξιτηρίου νοσηλείας.

δ) Απόδειξη παροχής υπηρεσιών της αποκλειστικής νοσοκόμας.

ε) Βεβαίωση πιστοποίησης αναπηρίας για ποσοστό 80% και άνω, προκειμένου να αποδοθεί το σύνολο των ημερών νοσηλείας.

Τέλος, σημειώνεται ότι, βεβαιώσεις που δεν ακολουθούν το προτεινόμενο σχέδιο αλλά περιέχουν το σύνολο των απαιτούμενων στοιχείων για την επεξεργασία του αιτήματος, γίνονται αποδεκτές.

Παρακαλούνται οι υπηρεσίες σας για την εφαρμογή των ανωτέρω.

Συν/νο:

-----  
Σχέδιο ιατρικής βεβαίωσης (φ1)

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

Γ. ΑΓΓΟΥΡΗΣ

Ακριβές Αντίγραφο  
Τμήμα Γραμματείας  
ΠΕΤΑΚΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ



Εσώτ.διανομή

(μέσω ηλεκτρ.ταχυδρομείου)

1. Γραφ. κ. Προέδρου
2. Γραφ. κ. Αντιπροέδρου
3. Γραφ. κ. Γεν.Δ/ντή Οργάνωσης&Σχεδιασμού Αγοράς Υ.Υ.
4. Γραφ. κ. Γεν. Δ/ντή Οικονομικών

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**  
**για ιατρική αναγκαιότητα χρήσης αποκλειστικής/ κού νοσοκόμου**

1. Ο υπογεγραμμένος ιατρός.....  
(επώνυμο και όνομα)  
Δ/ντης της Κλινικής.....ΤΟΥ.....Νοσοκομείου,  
βεβαιώνω ότι για τον/την ασθενή..... ΕΤΩΝ.....  
(επώνυμο και όνομα)  
με ΑΜΚΑ.....που νοσηλεύεται/νοσηλεύτηκε στην κλινική, από.....  
μέχρι....., λόγω .....  
έχει/είχε ανάγκη αποκλειστικής/κού νοσοκόμου τις νυχτερινές ώρες και για το χρονικό διάστημα  
από.....έως.....λόγω.....  
.....  
(γράφεται πλήρης αιτιολογία)

2. Σύμφωνα με την αρ. .... Απόφαση Κ.Ε.Π.Α. ο ανωτέρω ασθενής φέρει ποσοστό αναπηρίας  
.....% και χρήζει αποκλειστικής/κού νοσοκόμου για το σύνολο της νοσηλείας.  
(μόνον για ασθενείς με αναπηρία 80% και άνω).

Ο θεράπων ιατρός

Υπογραφή και σφραγίδα

Βεβαιώνεται η αναγκαιότητα χρήσης αποκλειστικής/κού νοσοκόμου για..... νύκτες  
(ολογράφως)  
από .... / ..... / ..... / έως ..... / ..... / .....

Ο Δ/ντης της Κλινικής

Ο Δ/κός Δ/ντης του Νοσοκομείου

Ο Ελεγκτής Ιατρός

..... / ..... / .....  
(Υπογραφή-Σφραγίδα)

..... / ..... / .....  
(Υπογραφή-Σφραγίδα)

..... / ..... / .....  
(Υπογραφή-Σφραγίδα)

(Η χορηγούμενη παροχή προβλέπεται στο άρθρο 25  
του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ  
ΦΕΚ/Β/4898/2018)

(ΕΝΤΟΣ 10 ΗΜΕΡΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ)

