**ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΟΑΥ**

**Αρ Ανακοίνωσης: 112026REHAB08422**

**Προς: Νοσηλευτήρια παροχής υπηρεσιών ιατρικής αποκατάστασης**

**ΘΕΜΑ: ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (Οργανισμός), στο πλαίσιο της συνεχούς αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών και της διασφάλισης του ασθενοκεντρικού τους χαρακτήρα, ενημερώνει ότι τίθεται σε εφαρμογή μηχανισμός μετακίνησης δικαιούχων από ένα συμβεβλημένο νοσηλευτήριο ιατρικής αποκατάστασης (Νοσηλευτήριο) σε άλλο, στη βάση συγκεκριμένων προϋποθέσεων.

Η ρύθμιση αυτή υιοθετείται λαμβάνοντας υπόψη τον μακροχρόνιο χαρακτήρα των υπηρεσιών ιατρικής αποκατάστασης και την ενδεχόμενη ταλαιπωρία των συγγενών των ασθενών, με στόχο τη διευκόλυνση της νοσηλείας πλησιέστερα στον τόπο μόνιμης διαμονής του δικαιούχου.

Η μετακίνηση πραγματοποιείται μόνο κατόπιν επιθυμίας του ίδιου του δικαιούχου ή των συγγενών του, εφόσον πληρούνται σωρευτικά όλες οι προϋποθέσεις της Ενότητας Α και ακολουθείται η διαδικασία της Ενότητας Β.

**Α. Προϋποθέσεις μετακίνησης**

Προκειμένου να εξεταστεί αίτημα μετακίνησης, πρέπει να ισχύουν όλα τα ακόλουθα:

1. ***Κατηγορία υπηρεσιών:*** Ο δικαιούχος λαμβάνει υπηρεσίες ιατρικής αποκατάστασης στην κατηγορία Νευρολογικών Παθήσεων ή Μετατραυματικής Αποκατάστασης.

2. ***Νοσηλευτήριο υποδοχής:*** Η μετακίνηση επιτρέπεται μόνο όταν ο δικαιούχος νοσηλεύεται σε νοσηλευτήριο εκτός της επαρχίας μόνιμης διαμονής του και ζητά να μεταφερθεί σε νοσηλευτήριο εντός αυτής. Κατ' εξαίρεση:
   - Δικαιούχοι με μόνιμη διαμονή στην επαρχία Πάφου μπορούν να μεταφερθούν σε νοσηλευτήριο της επαρχίας Λεμεσού,
   - Δικαιούχοι με μόνιμη διαμονή στην επαρχία Αμμοχώστου μπορούν να μεταφερθούν σε νοσηλευτήριο της επαρχίας Λάρνακας.

   Δεν επιτρέπεται μετακίνηση μεταξύ νοηλευτηρίων της ίδιας επαρχίας.

3. ***Ελάχιστη διάρκεια νοσηλείας:*** Ο δικαιούχος έχει συμπληρώσει στο νοσηλευτήριο όπου νοσηλεύεται, την αρχική εγκεκριμένη περίοδο των τεσσάρων (4) εβδομάδων και δύο (2) εγκεκριμένες παρατάσεις των τεσσάρων (4) εβδομάδων η καθεμία, δηλαδή συνολικά δώδεκα (12) εβδομάδες.

4. ***Εγκεκριμένη παράταση:*** Ο Οργανισμός έχει εγκρίνει παράταση της παροχής υπηρεσιών (και όχι εξιτήριο του δικαιούχου), κατόπιν αξιολόγησης της τρίτης ή οποιασδήποτε μεταγενέστερης έκθεσης προόδου του νοσηλευτηρίου όπου νοσηλεύεται.

5. ***Υπόλοιπο παράτασης:*** Κατά τον χρόνο της μετακίνησης, η εγκεκριμένη παράταση παραμονής έχει διάρκεια τουλάχιστον δύο (2) εβδομάδων.

6. ***Διαθεσιμότητα κλίνης:*** Υπάρχει διαθέσιμη κλίνη στο νοσηλευτήριο στο οποίο επιθυμεί να μετακινηθεί ο δικαιούχος.

**Β. Διαδικασία υποβολής αιτήματος**

Το αίτημα υποβάλλεται από τον θεράποντα ιατρό του νοσηλευτηρίου όπου νοσηλεύεται ήδη ο δικαιούχος, ως εξής:

1. ***Χρόνος υποβολής:*** Όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, το αίτημα προέγκρισης μετακίνησης μπορεί να υποβληθεί μόνο αφού ο Οργανισμός εγκρίνει την τρίτη ή μεταγενέστερη έκθεση προόδου.

2. ***Τρόπος υποβολής:*** Ο θεράπων ιατρός υποβάλλει αίτημα προέγκρισης μέσω του Συστήματος Πληροφορικής, με τον ακόλουθο κωδικό δραστηριότητας, μεταφορτώνοντας συμπληρωμένο το έντυπο «Αίτημα για μετακίνηση δικαιούχου σε άλλο Νοσηλευτήριο Ιατρικής Αποκατάστασης του ΓεΣΥ» (Παράρτημα Ι):

| Κωδικός | Περιγραφή (ΕΛ) | Description (EN) |
|---|---|---|
| ZF-097 | Αίτημα προέγκρισης μετακίνησης σε άλλο Νοσηλευτήριο Ιατρικής Αποκατάστασης | Request for Pre-Approval of Transfer to Another Rehabilitation Hospital |

3. ***Αξιολόγηση:*** Ο Οργανισμός εξετάζει κατά πόσο πληρούνται όλες οι προϋποθέσεις της Ενότητας Α. Ο θεράπων ιατρός ενημερώνεται για την έκβαση του αιτήματος μέσω του Συστήματος Πληροφορικής.

4. ***Ενέργειες μετά την έγκριση:*** Σε περίπτωση έγκρισης, ο θεράπων ιατρός, αφού συνεννοηθεί με το νοσηλευτήριο υποδοχής, προβαίνει σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες για τη διακομιδή του δικαιούχου, περιλαμβανομένης και της έκδοσης παραπεμπτικού ενδονοσοκομειακής περίθαλψης για υπηρεσίες ιατρικής αποκατάστασης.

**Γ. Συνέχιση της νοσηλείας μετά τη μετακίνηση**

Ο δικαιούχος συνεχίζει την εγκεκριμένη περίοδο παράτασης στο νοσηλευτήριο υποδοχής.

Το νοσηλευτήριο από το οποίο μετακινείται ο δικαιούχος οφείλει να διαβιβάσει στο νοσηλευτήριο υποδοχής, όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για την κλινική και λειτουργική

κατάσταση του δικαιούχου, την πορεία της αποκατάστασής του και το ισχύον πλάνο αποκατάστασης, ώστε να διασφαλίζεται η συνέχεια της φροντίδας.

Από τη μετακίνηση και μετά, το νοσηλευτήριο υποδοχής αναλαμβάνει την παρακολούθηση του δικαιούχου και την υποβολή των επόμενων εκθέσεων προόδου και αξιολόγησης της λειτουργικής του κατάστασης, σύμφωνα με την ισχύουσα διαδικασία του Οργανισμού.

**Δ. Υποβολή απαιτήσεων**

***Νοσηλευτήριο αρχικής νοσηλείας:***
Το περιστατικό κωδικοποιείται ως ολοκληρωμένη θεραπεία ιατρικής αποκατάστασης με κανονικό εξιτήριο, σύμφωνα με τις προηγούμενες Ανακοινώσεις του Οργανισμού. Στο εξιτήριο θα πρέπει να αναγράφεται ο τύπος εξιτηρίου ως «Μεταφορά σε Κέντρο Αποκατάστασης», καθώς και το συγκεκριμένο Κέντρο στο οποίο θα μεταφερθεί ο δικαιούχος

***Νοσηλευτήριο υποδοχής:***
Δεδομένου ότι η συνέχιση των υπηρεσιών εγκρίνεται μέσω του κωδικού ZF-097, κατά την υποβολή της απαίτησης ο κωδικός ZF-097 **αντικαθίσταται** από τον κωδικό ZF-074 ή ZF-092, ανάλογα με την περίπτωση. Στο εξιτήριο θα πρέπει να αναγράφεται ως τύπος εισαγωγής η επιλογή «*Μεταφορά από Κέντρο Αποκατάστασης*», καθώς και το συγκεκριμένο νοσηλευτήριο από το οποίο έχει μεταφερθεί ο δικαιούχος.

Υπενθυμίζεται ότι, όπως ισχύει για κάθε απαίτηση για υπηρεσίες ιατρικής αποκατάστασης, μαζί με τον κωδικό ZF-074 ή ZF-092 πρέπει υποχρεωτικά να καταχωρείται και ο κωδικός ZP-024, μέσω του οποίου υποβάλλεται το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο για την κλινική κατάσταση του δικαιούχου κατά την εισαγωγή και κατά την έξοδό του από το νοσηλευτήριο.

**Τα πιο πάνω τίθενται σε ισχύ από 30 Νοεμβρίου 2026.**

**ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**
**Ημερομηνία: 20 Νοεμβρίου 2026**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

# ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΣΕ ΑΛΛΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΓεΣΥ

Το έντυπο συμπληρώνεται από τον θεράποντα ιατρό του νοσηλευτηρίου στο οποίο νοσηλεύεται ήδη ο δικαιούχος **ηλεκτρονικά και όχι χειρόγραφα**.

## ΜΕΡΟΣ Α: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ

| | |
|---|---|
| **Κωδικός ΓεΣΥ δικαιούχου** | |
| **Ημερομηνία γέννησης** | |
| **Φύλο** | |
| **Διάγνωση (ICD-10)** | |

## ΜΕΡΟΣ Β: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

| | |
|---|---|
| **Νοσηλευτήριο αρχικής νοσηλείας** | |
| **Επαρχία νοσηλευτηρίου αρχικής νοσηλείας** | |
| **Νοσηλευτήριο υποδοχής (στο οποίο ζητείται η μετακίνηση)*** | |
| **Επαρχία νοσηλευτηρίου υποδοχής** | |
| **Επαρχία μόνιμης διαμονής δικαιούχου** | |

***Απαιτείται όπως κατά την υποβολή του αιτήματος μεταφορτώνεται μαζί με το έντυπο και η επικοινωνία με το νοσηλευτήριο υποδοχής ως προς τη διαθεσιμότητα κλίνης προκειμένου να γίνει η μετακίνηση**

## ΜΕΡΟΣ Γ: ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΩΝ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ

| | |
|---|---|
| **Ημερομηνία αρχικής εισαγωγής στο Κέντρο** | |
| **Συνολική διάρκεια νοσηλείας** | |
| **Έγκριση παράτασης από τον Οργανισμό κατόπιν αξιολόγησης της 3ης ή μεταγενέστερης έκθεσης προόδου** | ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ |
| **Αιτούμενη ημερομηνία μετακίνησης** | |
| **Κατηγορία υπηρεσιών αποκατάστασης** | ☐ Νευρολογικές Παθήσεις<br>☐ Μετατραυματική Αποκατάσταση |
| **Τροποποιημένη Κλίμακα Rankin, κατά το εξιτήριο από το νοσηλευτήριο** | ☐ **0** ☐ **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** |
| **Τραχειοστομία** | ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ |

## ΜΕΡΟΣ Δ: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

| | |
|---|---|
| **Ονοματεπώνυμο θεράποντος ιατρού** | |
| **Ειδικότητα** | |
| **Κωδικός ΓεΣΥ ιατρού** | |
| **Τηλέφωνο επικοινωνίας** | |
| **Ηλεκτρονική διεύθυνση** | |

☐ **Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί είναι ορθές, πλήρεις και ακριβείς και αντιλαμβάνομαι ότι η παροχή ψευδών και/ή ανακριβών στοιχείων συνιστούν ποινικό αδίκημα.**

☐ **Βεβαιώνω ότι έχω μεταφορτώσει την επικοινωνία με το νοσηλευτήριο υποδοχής αναφορικά με τη διαθεσιμότητα κλίνης προς μετακίνηση του δικαιούχου.**

**Αιτήματα τα οποία περιέχουν ελλιπείς πληροφορίες, δεν θα αξιολογούνται και θα απορρίπτονται από τον Οργανισμό.**