ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΟΑΥ

Αρ. Ανακοίνωσης: 112026PH08423

Προς: Ειδικούς Ιατρούς, Νοσηλευτήρια, Κωδικοποιητές Νοσηλευτηρίων, Νοσοκομειακά Φαρμακεία

ΘΕΜΑ: Οδηγίες για Υποβολή Απαίτησης Αποζημίωσης για χορήγηση Καινοτόμων Ενέσιμων Αντιβιοτικών σε ασθενείς που νοσηλεύονται

Σε συνέχεια της ανακοίνωσης 092026PH08268 ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) επιθυμεί να ενημερώσει ότι από τις 23/11/2026 για τους πιο κάτω κωδικούς ZD (**ΠΙΝΑΚΑΣ 1**) που αφορούν καινοτόμα ενέσιμα αντιβιοτικά για χορήγηση σε νοσηλευόμενους ασθενείς, θα ενεργοποιηθεί στο Σύστημα Πληροφορικής ως υποχρεωτικό, το πεδίο «Μεταφόρτωσης Αρχείου». Ως εκ τούτου:

- κατά την υποβολή απαίτησης αποζημίωσης των εν λόγω φαρμάκων θα **πρέπει υποχρεωτικά να μεταφορτώνεται το «ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΚΑΙΝΟΤΟΜΩΝ ΕΝΕΣΙΜΩΝ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ».** (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι)
- η υποβολή απαίτησης αποζημίωσης στους πιο κάτω κωδικούς ZD καινοτόμων αντιβιοτικών για νοσηλευόμενους ασθενείς, δεν θα είναι εφικτή χωρίς την μεταφόρτωση του εν λόγω εντύπου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1:

ZD-CODE	PROCEDURE DESCRIPTION
ZD-1000124	DAPTOMYCIN POWDER FOR SOLUTION FOR INJECTION/INFUSION, 350MG/VIAL, 1 VIAL (ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ)
ZD-C103201/1	CEFTOLOZANE SULFATE / TAZOBACTAM SODIUM, (1G/0.5G) /VIAL, 1 VIAL (ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ)
ZD-1005399	CEFIDEROCOL POWDER FOR CONCENTRATE FOR SOLUTION FOR INFUSION, 1G/VIAL, 1 VIAL (ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ)
ZD-C110901/1	CEFTAZIDIME / AVIBACTAM POWDER FOR CONCENTRATE FOR SOLUTION FOR INFUSION (2000MG/500MG) / VIAL, 1 VIAL (ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ)
ZD- C785001/1	CEFTAROLINE POWDER FOR CONCENTRATE FOR SOLUTION FOR INFUSION 600MG/VIAL

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Ημερομηνία: 24 Νοεμβρίου 2026

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΚΑΙΝΟΤΟΜΩΝ ΕΝΕΣΙΜΩΝ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ		
Ονοματεπώνυμο Ασθενή: ……. Φύλο: ……..		
ΑΔΤ/Αριθμός Εγγραφής Αλλοδαπού: …….. Ημ/ια Γέννησης:…….		
Βάρος σώματος (Kg): ……	Κρεατινίνη (mg/dl): ……	Αλλεργίες: ……
Νοσηλευτήριο:……		
Αριθμός επεισοδίου ΓεΣΥ (Incident number): ……..		

Το αίτημα αφορά:	Έναρξη Θεραπείας ☐	Συνέχιση θεραπείας ☐
Αιτούμενο αντιμικροβιακό: ……		
Δοσολογικό Σχήμα: ……	Προβλεπόμενη διάρκεια θεραπείας: ……	
Ένδειξη χορήγησης (παρακαλώ όπως τεκμηριώσετε): …… …… …… …… ……		

Στοχευμένη θεραπεία ☐	Κατευθυνόμενη θεραπεία ☐
	Στην περίπτωση της κατευθυνόμενης θεραπείας παρακαλώ επιλέξετε τι ισχύει από τα πιο κάτω: ☐ 1. Προηγούμενος αποικισμός (εντός 3 μηνών) από πολυανθεκτικό παθογόνο για το οποίο δεν υπάρχει εναλλακτική θεραπευτική επιλογή ☐ 2. Προηγούμενη λοίμωξη (εντός 3 μηνών) από πολυανθεκτικό παθογόνο για το οποίο δεν υπάρχει εναλλακτική θεραπευτική επιλογή ☐ 3. Σηπτική καταπληξία ή ουδετεροπενικό εμπύρετο σε ασθενείς με προηγηθείσα νοσηλεία σε ΜΕΘ εντός 3 μηνών.

	Σε αυτή την περίπτωση η έγκριση δεν θα μπορεί να ξεπερνά τις 3 - 5 μέρες και η συνέχιση της αγωγής θα προϋποθέτει μικροβιολογική τεκμηρίωση (μετατροπή σε στοχευμένη θεραπεία).		
Παθογόνος Μικροοργανισμός: ……	Βιολογικό δείγμα απομόνωσης: ……		
Αντιβιόγραμμα *(να επισυνάπτεται όπου απαιτείται στις πιο πάνω ενδείξεις)*		Ναι ☐	Όχι ☐

Παρούσα αντιμικροβιακή αγωγή:		
Αντιμικροβιακό που χορηγείται	**Δοσολογικό Σχήμα**	**Διάρκεια Θεραπείας**

Ονοματεπώνυμο θεράποντος ιατρού: ……	
Ειδικότητα : ……	
Υπογραφή: ……	
Ημερομηνία: ……	Τηλ. Επικοινωνίας: ……
Email: ……	

Εισήγηση μέλους Ομάδας Επιμελητείας Αντιβιοτικών *	
Εγκρίνεται ☐	Απορρίπτεται: ☐
Αιτιολόγηση: …… …… …… ……	
Ονοματεπώνυμο μέλους Επιτροπής Επιμελητείας Αντιβιοτικών: ……	
Ειδικότητα *: …… * Λοιμωξιολόγος ή αν δεν υπάρχει Λοιμωξιολόγος, Μικροβιολόγος ή Ιατρός με ειδικό ενδιαφέρον στις λοιμώξεις	
Υπογραφή: ……	
Ημερομηνία: ……	Τηλ. Επικοινωνίας: ……
Email: ……	

Εισήγηση ΟΑΥ	
Εγκρίνεται ☐	Απορρίπτεται: ☐
Αιτιολόγηση:	

…… …… …… ……
Ονοματεπώνυμο Λοιμωξιολόγου που αξιολόγησε το αίτημα: ……
Υπογραφή: ……..
Ημερομηνία: …… | Τηλ. Επικοινωνίας: ……
Email: ……..