ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΟΑΥ

Αρ. Ανακοίνωσης: 112026INP08420

Προς: Γαστρεντερολόγους και Νοσηλευτήρια

ΘΕΜΑ: ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, εκδίδει το παρόν έγγραφο δυνάμει του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου και της Εγκυκλίου για την παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, με το οποίο ενημερώνει τους παροχείς σχετικά με αλλαγές στην διαδικασία υποβολής απαίτησης την διενέργεια ενδοσκοπικού υπέρηχου με ή χωρίς FNA/FNB κατά τη διάρκεια νοσηλείας, μέσω της χρήσης των πιο κάτω κωδικών:

- ZP-005 Endoscopic Ultrasound (EUS)
- ZP-006 Endoscopic Ultrasound w FNA
- ZP-007 Endoscopic Ultrasound w FNB
- ZP-008 Endoscopic Ultrasound w FNA and FNB

Ειδικότερα, η διενέργεια των πιο πάνω εξετάσεων αποζημιώνεται, εφόσον πληρείται και τεκμηριώνεται τουλάχιστον μία από τις ενδείξεις που εφαρμόζονται στο πλαίσιο της συνήθους διαδικασίας έγκρισης και παρατίθενται στο **Παράρτημα 1**, καθώς και εφόσον συμπληρωθεί το σχετικό ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνεται στο **Παράρτημα 2**.

Επισημαίνεται ότι για την αποζημίωση των πιο πάνω δεν απαιτείται η προηγούμενη λήψη έγκρισης πριν από τη νοσηλεία. Ωστόσο, κατά την υποβολή του αιτήματος αποζημίωσης, μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας, θα πρέπει να ακολουθείται η πιο κάτω διαδικασία:

1. Επιλέξετε τον κατάλληλο κωδικό ZP για δημιουργία απαίτησης.
2. Πατήστε το εικονίδιο του αιτήματος προέγκρισης. Αφού συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο, η κατάσταση αυτού θα αλλάξει σε «συμπληρωμένο».
3. Υποβάλετε το ερωτηματολόγιο για να λάβετε την προέγκριση.
4. Συμπληρώστε την ημερομηνία κατά την οποία έγινε η χρήση της διαδικασίας.
5. Ανεβάστε τυχόν απαιτούμενα έντυπα στην «Αναφορά Εξιτηρίου».
6. Συνεχίστε με την υποβολή απαίτησης δραστηριότητας.

Τα υπό αναφορά κριτήρια αποζημίωσης θα τεθούν σε εφαρμογή από τις **23 Νοεμβρίου 2026**.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Ημερομηνία: 19 Νοεμβρίου 2026

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟΣ ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) αποζημιώνει την διενέργεια ενδοσκοπικού υπέρηχου με ή χωρίς FNA/FNB, κατά τη διάρκεια νοσηλείας, χωρίς να απαιτείται διαδικασία λήψης έγκρισης, εφόσον ισχύει και τεκμηριώνεται κατά την υποβολή απαίτησης, τουλάχιστον μία εκ των πιο κάτω ενδείξεων:

	Ενδείξεις	**Απαραίτητη Τεκμηρίωση**
1.	EUS +/- FNB Αξιολόγηση ανωμαλιών του χοληδόχου πόρου ή του παγκρεατικού πόρου. Ανεξήγητη διάταση του χοληδόχου πόρου ή του παγκρεατικού πόρου, με ή χωρίς παθολογικά ηπατικά ένζυμα. Ανησυχία για υποκείμενη κακοήθεια (παγκρεατικό, χολαγγειοκαρκίνωμα, χοληφόρων), η οποία μπορεί να μην είναι εμφανής στην απεικόνιση διατομής ή στην αρχική ενδοσκόπηση.	(α) Ενδοσκόπηση ή (β) Προηγούμενη απεικόνιση (CT/MRI) και (γ) Εργαστηριακός Έλεγχος (συμπ. Ηπατική βιοχημεία)
2.	EUS +/- FNB Αξιολόγηση αλλοιώσεων φύματος Vater όταν η αρχική απεικόνιση και οι βιοψίες δεν είναι σε θέση να προσφέρουν διάγνωση ή να αποκλείσουν την κακοήθεια.	(α)Ενδοσκόπηση και (β) Προηγούμενη απεικόνιση (CT/MRI) και (γ) Βιοψία και (δ) Εργαστηριακός Έλεγχος (συμπ. Ηπατική βιοχημεία)
3.	EUS FNB - Βιοψία μάζας παγκρέατος στην οποία η διάγνωση δεν είναι σαφής* ή σε ασθενείς που είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση και υπάρχει ανησυχία για αγγειακή συμμετοχή (τοπικά προχωρημένο αδενοκαρκίνωμα) και η βιοψία είναι απαραίτητη για πιθανή νεοεπικουρική χημειοθεραπεία. * οι πιθανότητες περιλαμβάνουν αδενοκαρκίνωμα, νευροενδοκρινείς όγκους, μεταστατική νόσο, λέμφωμα, αυτοάνοση παγκρεατίτιδα	(α) Προηγούμενη απεικόνιση(CT/MRI) και (β) Εργαστηριακός Έλεγχος (συμπ. Ηπατική βιοχημεία)
4.	EUS +/- FNA/FNB σε παγκρεατικές κύστεις > 2 cm ή σε οποιαδήποτε παγκρεατική κύστη με ανησυχητικά χαρακτηριστικά, όπως πάχυνση τοιχώματος, διατεταμένοι πόροι, οζίδια τοιχώματος, όπου τα	(α) Προηγούμενη απεικόνιση(CT/MRI) και (β) Εργαστηριακός Έλεγχος (συμπ. Ηπατική βιοχημεία)

	αποτελέσματα της EUS μπορεί να αλλάξουν τη διαχείριση του ασθενούς.	
5.	Αξιολόγηση με EUS FNB των υποβλεννογονίων αλλοιώσεων > 2 cm σε ασθενείς που είναι υποψήφιοι για χειρουργική επέμβαση ή εξετάζονται για νεοεπικουρική θεραπεία. Η οριστική διάγνωση θα επιτρέψει στον ιατρό να καθορίσει εάν είναι απαραίτητο ένα σχέδιο παρακολούθησης ή χειρουργική επέμβαση.	(α) Προηγούμενη απεικόνιση(CT/MRI) και (β) Ενδοσκοπικός έλεγχος και (γ) Εργαστηριακός Έλεγχος (συμπ. Ηπατική βιοχημεία)
6.	EUS για τη σταδιοποίηση όγκων του γαστρεντερικού σωλήνα, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του οισοφάγου, του στομάχου ή του ορθού, σε περιπτώσεις όπου τα αποτελέσματα θα επηρεάσουν τη διαχείριση.	(α) Ενδοσκόπηση και (β) βιοψία και (γ) Προηγούμενη απεικόνιση(CT/MRI) και (δ) Εργαστηριακός Έλεγχος (συμπ. Ηπατική βιοχημεία)
7.	EUS FNA για νευρόλυση του κοιλιακού πλέγματος σε περιπτώσεις χρόνιας παγκρεατίτιδας ή πόνου που σχετίζεται με κακοήθεια.	(α) Προηγούμενη Απεικόνιση) (CT/MRI) και (β) Εργαστηριακός Έλεγχος (συμπ. Ηπατική βιοχημεία)
8.	EUS FNB λεμφαδένων ή μαζών που γειτνιάζουν με τον γαστρεντερικό σωλήνα, όπου είναι προσβάσιμες.	(α) Προηγούμενη απεικόνιση(CT/MRI) και (β) Εργαστηριακός Έλεγχος (συμπ. Ηπατική βιοχημεία)
9.	EUS FNB για πάχυνση του τοιχώματος του γαστρεντερικού σωλήνα και υποψία κακοήθειας με βάση τα αποτελέσματα της απεικόνισης και της γαστροσκόπησης, σε περιπτώσεις όπου η αρχική γαστροσκόπηση με βιοψίες δεν είναι διαγνωστική.	(α) Ενδοσκόπηση και (β) Προηγούμενη Απεικόνιση (CT/MRI) και (γ) Εργαστηριακός Έλεγχος (συμπ. Ηπατική βιοχημεία)

Σημείωση:

Σε περίπτωση όπου υπάρχει απόφαση Πολυθεματικού Ογκολογικού Συμβουλίου, να μεταφορτώνεται μαζί με το εξιτήριο. Στις περιπτώσεις αυτές δεν απαιτείται η προσκόμιση των υπόλοιπων τεκμηρίων που αναφέρονται ανά ένδειξη.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Έντυπο τεκμηρίωσης διενέργειας EUS κατά τη διάρκεια νοσηλείας

Σημειώσεις:

1. Συμπληρώνεται με την επιλογή του κατάλληλου κωδικού από:

- *ZP-005 Endoscopic Ultrasound (EUS)*
- *ZP-006 Endoscopic Ultrasound w FNA*
- *ZP-007 Endoscopic Ultrasound w FNB*
- *ZP-008 Endoscopic Ultrasound w FNA and FNB*

2. Οι ερωτήσεις που σημειώνονται με * είναι υποχρεωτικές και θα πρέπει να απαντώνται πάντοτε.

ΜΕΡΟΣ 1

Ένδειξη για τη διενέργεια ενδοσκοπικού υπερήχου (Να συμπληρωθεί μόνο με αριθμό 1-9)*:

Σύντομη περιγραφή κλινικής εικόνας*:

ΜΕΡΟΣ 2

Επιβεβαιώνεται* ότι έχω επισυνάψει την απαιτούμενη τεκμηρίωση όπως περιγράφεται πιο πάνω:*

Επιβεβαιώνεται* ότι οι πιο πάνω πληροφορίες είναι ακριβείς, πλήρεις και έγκυρες*.