



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας  
www.eopyy.gov.gr

Γενική Δ/νση: **Οργάνωσης και Σχεδιασμού  
Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας**  
Δ/νση: **Στρατηγικού Σχεδιασμού**  
Τμήμα: **ΕΚΠΥ & Προγραμμάτων Πρόληψης  
& Προαγωγής Υγείας**  
Πληροφορίες: **Ιωαννίδου Ε. - Λιβεράκου Α.**  
Τηλ.: **210 8110862-859**  
Ταχ. Δ/νση: **Αποστόλου Παύλου 12,**  
Τ.Κ. : **151 23 Μαρούσι**  
E-mail: **d8.t1@eopyy.gov.gr**

Μαρούσι, 04 /06/2025

Αρ. Πρωτ.: ΔΒ3Α/Φ115/8/οικ. 13438

Προς:  
**ΠΕ.ΔΙ. Ε.Ο.Π.Υ.Υ.**  
(μέσω ηλεκτρ. Ταχυδρομείου)

Κοιν.:  
**Όλες τις Δ.Υ.Π.Ε.**  
(Με ευθύνη των αποδεκτών για  
ενημέρωση των εμπλεκόμενων)

ΘΕΜΑ: «Έκδοση οδηγιών σχετικά με την διαδικασία αποζημίωσης δαπανών για χρήση αποκλειστικής/κού νοσοκόμου, σύμφωνα με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (ΦΕΚ 2106/τ. Β'/02-05-2025)»

Σχετ.: Το άρθρο 25 με τίτλο «ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΑ» της υπ' αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 4091/24-04-2025 Κ.Υ.Α.(ΦΕΚ 2106/τ. Β'/02-05-2025)

Σύμφωνα με το ανωτέρω σχετικό άρθρο, η αναγνώριση απόδοσης δαπάνης για τη χρησιμοποίηση αποκλειστικής 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 αποζημιώνονται συνολικά μέχρι δώδεκα (12) νύκτες**, εφόσον βεβαιωθεί από τον Διευθυντή της Κλινικής, η βαρύτητα της γενικής κατάστασης του ασθενή.

**Σε περιπτώσεις αναπηρίας, με ποσοστό 80% και άνω, δύναται να καλύπτεται το σύνολο των νυχτών της νοσηλείας του δικαιούχου.**

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 (μόνο για το Σάββατο βράδυ προς Κυριακή) 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 τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών από την ημερομηνία εξόδου από το Νοσοκομείο.

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

β) Αντίγραφο του εξιτηρίου νοσηλείας.

γ) Απόδειξη παροχής υπηρεσιών της αποκλειστικής/κου νοσοκόμου.

δ) Βεβαίωση πιστοποίησης αναπηρίας για ποσοστό 80% και άνω από ΚΕΠΑ ή άλλη υγειονομική επιτροπή, προκειμένου να αποδοθεί το σύνολο των νυχτών 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.

Συν/νο: Σχέδιο ιατρικής βεβαίωσης

**Η Πρ/νη Γενικής Διεύθυνσης**

**Π. Λίτσα**

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

Εσωτερική Διανομή:

(μέσω ηλεκτρ. ταχυδρομείου)

- 1) Αυτοτελές Τμήμα Γραμματείας Διοικήτριας
- 2) Γραφ. Γεν. Δ/ντριας Οργάνωσης & Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας
- 3) Γραφ. Γεν. Δ/ντριας Οικονομικών Υποθέσεων
- 4) Δ/νση Ελέγχου και Εκκαθάρισης
- 5) Ειδική Επιτροπή εξέτασης θεμάτων που προκύπτουν από την εφαρμογή του ΕΚΠΥ

ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ: ...../...../.....

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

1. Ο υπογεγραμμένος ιατρός.....  
 (επώνυμο και όνομα)  
 Δ/ντής της Κλινικής.....του.....Νοσοκομείου,  
 βεβαιώνω ότι για τον/την ασθενή.....ετών.....  
 (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/κου  
 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 .....

(ολογράφως)

νύχτες από ...../...../..... έως ...../...../.....

Ο Δ/ντης της Κλινικής

Ο Δ/κος Δ/ντης του Νοσοκομείου

...../...../.....

...../...../.....

(Υπογραφή - Σφραγίδα)

(Υπογραφή - Σφραγίδα)

(Η χορηγούμενη παροχή προβλέπεται στο άρθρο 25 του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του  
 ΕΟΠΥΥ ΦΕΚ 2106/τ. Β'/02-05-2025)