

ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΟΡΩΝ

1. Ερμηνεία.....	3
1.1. Ορισμοί.....	3
1.2. Όροι που δεν ερμηνεύονται διαφορετικά.....	5
2. Σκοπός	5
3. Παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας	6
3.1. Υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας	6
3.2. Παροχή υπηρεσιών ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας	7
3.3. Λήψη έγκρισης από τον Οργανισμό για υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής φροντίδας ώστε αυτή να λογίζεται ότι παρέχεται στο πλαίσιο του Συστήματος	7
4. Ελάχιστες απαιτήσεις, ελάχιστος εξοπλισμός και κτιριακές εγκαταστάσεις	8
5. Αμοιβή	9
5.1. Μέθοδος αμοιβής νοσηλευτηρίων	9
5.2. Τρόπος υπολογισμού αμοιβής ανά περιστατικό στη βάση τιμής μονάδας.....	9
5.3. Αμοιβή ανά περιστατικό στη βάση σταθερής τιμής.....	11
5.4. Αμοιβή ανά περιστατικό στη βάση τιμής η οποία προκύπτει για κάθε περίπτωση ξεχωριστά κατόπιν διαβούλευσης.....	12
6. Υποβολή απαιτήσεων και καταβολή αμοιβής	12
6.1. Διαδικασία υποβολής απαίτησης για καταβολή αμοιβής	12
6.2. Έγκριση ή απόρριψη απαίτησης.....	14
6.3. Εξέταση απαίτησης.....	14
6.4. Καταβολή αμοιβής για την παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας.....	16
7. Διαδικασία εγγραφής στο Σύστημα για παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας και σύναψη σύμβασης	17
7.1. Αίτηση εγγραφής και σύναψης σύμβασης νοσηλευτηρίου για παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας.....	17
7.2. Αίτηση εγγραφής ιατρού για παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας	17
7.3. Διαχειριστής συστήματος πληροφορικής	19
7.4. Σύνδεση υποστηρικτικού προσωπικού	19
8. Τήρηση αρχείου, αναγκαίες πληροφορίες και λοιπές υποχρεώσεις	20
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	22
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	23
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ	28
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV	31
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V	34
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI	35

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII.....	36
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VIII.....	39
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IX.....	40
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ X.....	43
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XI.....	45
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XII.....	46
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XIII.....	48

ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, ασκώντας τις εξουσίες που του παρέχονται δυνάμει του άρθρου 64(3) του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου, εκδίδει, την παρούσα εγκύκλιο για την ακόλουθη εφαρμοζόμενη πρακτική που αφορά στην παροχή υπηρεσιών ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, για τις οποίες θα εκδοθούν Κανονισμοί σύμφωνα με τα άρθρα 22(1), 31, 64(2)(α),(β),(γ),(ε),(ζ) και (θ) του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου.

1. Ερμηνεία

1.1. Ορισμοί

«**αναισθησιολόγος**» σημαίνει ιατρός ο οποίος εγγράφηκε στο Σύστημα για την παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας και αδειοδοτήθηκε από το Ιατρικό Συμβούλιο Κύπρου για να ασκεί την ειδικότητα της αναισθησιολογίας στη Δημοκρατία·

«**αντιπροσωπευτική περίοδος**» έχει την έννοια που αποδίδεται στον όρο αυτό από τις πρόνοιες των παραγράφων (4) και (5) του όρου 5.2·

«**Γενικός Διευθυντής**» σημαίνει το Γενικό Διευθυντή του Οργανισμού και περιλαμβάνει κάθε δεόντως εξουσιοδοτημένο από το Γενικό Διευθυντή πρόσωπο·

«**γραμματέας**» σημαίνει πρόσωπο το οποίο έχει δικαίωμα χρήσης του συστήματος πληροφορικής και είναι εξουσιοδοτημένο από τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας για να έχει πρόσβαση και να ενεργεί στο σύστημα πληροφορικής εκ μέρους του, για να εκτελεί τις διεργασίες που καθορίζονται με εσωτερικό κανονισμό·

«**δευτερεύων ιατρός**» σημαίνει οποιοδήποτε άλλο ιατρό εκτός από τον θεράπων ιατρό, ο οποίος καλείται όπως παρέχει υπηρεσίες στο πλαίσιο της ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας·

«**δευτερεύουσα διάγνωση**» σημαίνει νόσο ή διαταραχή, η οποία είτε συνυπάρχει με την κύρια διάγνωση είτε αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας·

«**διαχειριστής συστήματος πληροφορικής**» σημαίνει πρόσωπο εξουσιοδοτημένο από τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, το οποίο υποβάλλει την αίτηση εγγραφής και σύναψης σύμβασης εκ μέρους του στο σύστημα πληροφορικής, διαχειρίζεται το λογαριασμό του νοσηλευτηρίου στο σύστημα πληροφορικής, περιλαμβανομένων της διαχείρισης της σύνδεσης και αποσύνδεσης των φυσικών προσώπων που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας εκ μέρους του νοσηλευτηρίου καθώς και του υποστηρικτικού προσωπικού, της λήψης ειδοποιήσεων και ανακοινώσεων που αφορούν τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, την αλλαγή και επικαιροποίηση στοιχείων και/ή πιστοποιητικών και/ή αδειών του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, της παρακολούθησης της υποβολής, της εξέτασης και της έκβασης των απαιτήσεων του νοσηλευτηρίου·

«**εξειδικευμένη επιτροπή**» σημαίνει την επιτροπή που συστήνεται δυνάμει της Απόφασης 4 των περί του Γενικού Συστήματος Υγείας (Σύσταση Εξειδικευμένων Σωμάτων και Επιτροπών) Αποφάσεων·

«**εξειδικευμένη επιτροπή για εξέταση ενστάσεων**» σημαίνει την επιτροπή που συστήνεται δυνάμει της Απόφασης 17 των περί του Γενικού Συστήματος Υγείας (Σύσταση Εξειδικευμένων Σωμάτων και Επιτροπών) Αποφάσεων·

«**εξιτήριο**» έχει την έννοια που δίνει στο εξιτήριο το εδάφιο (4) του άρθρου 13 του περί Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων (Έλεγχος Ίδρυσης και Λειτουργίας) Νόμου·

«**θεράπων ιατρός**» σημαίνει τον ιατρό, εξαιρουμένων ιατρού χωρίς ειδικότητα και ειδικευμένου ιατρού, ο οποίος παρέχει υπηρεσίες στο πλαίσιο της ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, έχει την ευθύνη της ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, υπογράφει το εξιτήριο και αναφέρεται ως θεράπων ιατρός στη σχετική επίσκεψη και απαίτηση·

«ιατρικά αναγκαίες» σημαίνει τις υπηρεσίες που είναι απαραίτητες για τη διάγνωση και/ή θεραπεία ασθένειας, τραυματισμού, ιατρικής κατάστασης, νόσου, των συμπτωμάτων τους ή την αντιμετώπιση εξουθενωτικών συμπτωμάτων ή παρενεργειών άμεσα σχετιζόμενων με τις πιο πάνω καταστάσεις, περιλαμβανομένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας επανορθωτικής χειρουργικής αλλά εξαιρουμένων υπηρεσιών ή χωρίς να περιλαμβάνονται υπηρεσίες που αφορούν αισθητική.

«καθορισμένος αριθμός μονάδων» σημαίνει τον αριθμό μονάδων που υπολογίζεται για κάθε κατηγορία περιστατικών σύμφωνα με τις πρόνοιες της παραγράφου (3) του όρου 5.2.

«κατάλογος διαγνώσεων» σημαίνει τον κατάλογο διαγνώσεων της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (International Classification of Diseases) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο οποίος εκάστοτε υιοθετείται από τον Οργανισμό, και αφορά την καταχώρηση διάγνωσης στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα υγείας, την κωδικοποίηση ιατρικών διαγνώσεων ο οποίος περιλαμβάνεται στο σύστημα πληροφορικής και/ή δημοσιοποιείται στην ιστοσελίδα του Οργανισμού.

«κατάλογος κλινικών διεργασιών» σημαίνει τον κατάλογο κωδικών ιατρικών πράξεων ο οποίος αφορά την κωδικοποίηση ιατρικών πράξεων για σκοπούς ταξινόμησης των ενδονοσοκομειακών περιστατικών στην κατάλληλη ομάδα συγγενών διαγνώσεων που εκάστοτε υιοθετείται από τον Οργανισμό, περιλαμβάνεται στο σύστημα πληροφορικής και/ή δημοσιοποιείται στην ιστοσελίδα του Οργανισμού.

«κατάλογος ZC (Consumables)» σημαίνει τον κατάλογο, ο οποίος καθορίζεται από τον Οργανισμό και δημοσιοποιείται στην ιστοσελίδα του Οργανισμού, και περιλαμβάνει ιατροτεχνολογικά προϊόντα και/ή υγειονομικά είδη τα οποία χρησιμοποιούνται ή εμφυτεύονται στο πλαίσιο ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας.

«κατάλογος ZD (Drugs)» σημαίνει τον κατάλογο ο οποίος καθορίζεται από τον Οργανισμό και δημοσιοποιείται στην ιστοσελίδα του, και περιλαμβάνει ειδικές περιπτώσεις κλινικών ειδών που παρέχονται στο πλαίσιο ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, η οποία περιλαμβάνει και τα περιστατικά ημερήσιας φροντίδας υγείας, η αποζημίωση των οποίων καταβάλλεται στον ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας στην βάση προκαθορισμένης τιμής τις οποίες ο παροχέας δεν κωδικοποιεί συνδυαστικά με τις ομάδες συγγενών διαγνώσεων.

«κατάλογος ZF (Fixed Fee)» σημαίνει τον κατάλογο ο οποίος καθορίζεται από τον Οργανισμό και δημοσιοποιείται στην ιστοσελίδα του, και περιλαμβάνει ειδικές περιπτώσεις κλινικών διεργασιών που παρέχονται στο πλαίσιο ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, η οποία περιλαμβάνει και τα περιστατικά ημερήσιας φροντίδας υγείας, η αποζημίωση των οποίων καταβάλλεται στον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας στη βάση προκαθορισμένης τιμής τις οποίες ο παροχέας υπηρεσιών ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας δεν κωδικοποιεί συνδυαστικά με τις ομάδες συγγενών διαγνώσεων.

«κατάλογος ZP (Procedures)» σημαίνει τον κατάλογο ο οποίος καθορίζεται από τον Οργανισμό και δημοσιοποιείται στην ιστοσελίδα του, και περιλαμβάνει ειδικές περιπτώσεις κλινικών διεργασιών που παρέχονται στο πλαίσιο ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, η οποία περιλαμβάνει και τα περιστατικά ημερήσιας φροντίδας υγείας, η αποζημίωση των οποίων καταβάλλεται στον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας στη βάση προκαθορισμένης τιμής επιπλέον της αμοιβής του στη βάση του συστήματος κωδικοποίησης ομάδων συγγενών διαγνώσεων.

«κατευθυντήριες οδηγίες κωδικοποίησης» σημαίνει τις οδηγίες για την κωδικοποίηση και καταχώριση στο σύστημα πληροφορικής των διαγνώσεων και των κλινικών διεργασιών που διενεργήθηκαν στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα υγείας και περιλαμβάνουν και τον οδηγό τιμολόγησης, οι οποίες δημοσιοποιούνται, στην ιστοσελίδα του Οργανισμού, εξαιρουμένων των περιπτώσεων ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας για τις οποίες ο Οργανισμός καθορίζει και κοινοποιεί διαφορετικό τρόπο κωδικοποίησης.

«κύρια διάγνωση» σημαίνει τη βασική αιτία εισαγωγής του δικαιούχου σε νοσηλευτήριο για λήψη υπηρεσιών ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας στο πλαίσιο του Συστήματος, η οποία καθορίζεται στο εξιτήριο με την ολοκλήρωση της ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας στον δικαιούχο και όπως αυτή προκύπτει από τις κατευθυντήριες οδηγίες κωδικοποίησης·

«κωδικοποιητής DRG» σημαίνει πρόσωπο το οποίο, πληροί τα κριτήρια που καθορίζονται από τον Οργανισμό και δημοσιοποιούνται στην ιστοσελίδα του και/ή κοινοποιούνται στους παροχείς υπηρεσιών ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, έχει δικαίωμα χρήσης του συστήματος πληροφορικής και είναι εξουσιοδοτημένο από τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας για να έχει πρόσβαση στο σύστημα πληροφορικής εκ μέρους του για να εκτελεί τις διεργασίες που καθορίζονται με εσωτερικό κανονισμό·

«νέο νοσηλευτήριο» σημαίνει νοσηλευτήριο το οποίο εντάχθηκε στο Σύστημα για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας από την 1^η Σεπτεμβρίου 2023 και μετά. Το νοσηλευτήριο κατατάσσεται στην κατηγορία νέο νοσηλευτήριο μέχρι τη συμπλήρωση δώδεκα (12) μηνών από το μήνα ένταξης του στο Σύστημα οπότε και θεωρείται ως υφιστάμενο.

«Νόμος» σημαίνει τον περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμο·

«ομάδα συγγενών διαγνώσεων» σημαίνει την ταξινόμηση της ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας που παρέχεται κατά τη νοσηλεία, και προκύπτει από ειδικό λογισμικό στο οποίο καταχωρούνται κωδικοποιημένες οι διαγνώσεις και οι κλινικές διεργασίες που διενεργήθηκαν κατά τη νοσηλεία του δικαιούχου καθώς και άλλες απαραίτητες πληροφορίες όπως ηλικία, φύλο, βάρος, στην αγγλική αναφέρεται ως diagnosis-related group (DRG)·

«οφειλόμενα ποσά» σημαίνει τα ποσά που οφείλονται προς τον Οργανισμό τα οποία θεωρούνται τα τελικά ή επιβεβαιωμένα ποσά, αναφορικά με τα οποία έχουν εξαντληθεί όλες οι διοικητικές και δικαστικές διαδικασίες για τον καθορισμό τους·

«πραγματικός αριθμός μονάδων» σημαίνει το άθροισμα των μονάδων που προκύπτει από τη βαρύτητα της κάθε απαίτησης η οποία υποβλήθηκε από τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, εγκρίθηκε και αποζημιώθηκε από τον Οργανισμό σε κύκλο πληρωμών·

«ΤΑΕΠ» σημαίνει Τμήμα Ατυχημάτων και Επείγοντων Περιστατικών οποιουδήποτε παροχέα ο οποίος συμβλήθηκε για να παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε περιπτώσεις ατυχημάτων και επείγοντων περιστατικών·

«υπεύθυνος απαιτήσεων» σημαίνει πρόσωπο εξουσιοδοτημένο από τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας το οποίο έχει δικαίωμα χρήσης του συστήματος πληροφορικής εκ μέρους του για να εκτελεί τις διεργασίες που καθορίζονται με εσωτερικό κανονισμό·

«υποστηρικτικό προσωπικό» σημαίνει προσωπικό που έχει δικαίωμα χρήσης του συστήματος πληροφορικής και είναι εξουσιοδοτημένο από τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας για να έχει πρόσβαση στο σύστημα πληροφορικής εκ μέρους του και περιλαμβάνει το γραμματέα, τον κωδικοποιητή DRG, τον υπεύθυνο απαιτήσεων και άλλα πρόσωπα που δύναται να υποδείξει ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας σύμφωνα με τις οδηγίες που δημοσιοποιεί στην ιστοσελίδα του ο Οργανισμός·

«υφιστάμενο νοσηλευτήριο» σημαίνει νοσηλευτήριο το οποίο εντάχθηκε στο Σύστημα μέχρι και την 31^η Αυγούστου 2023 για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

1.2. Όροι που δεν ερμηνεύονται διαφορετικά

Όροι που χρησιμοποιούνται στην παρούσα Εγκύκλιο και δεν ερμηνεύονται διαφορετικά, έχουν την έννοια που αποδίδεται σε αυτούς από το Νόμο.

2. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας Εγκυκλίου είναι ο καθορισμός:

- (α) των παρεχόμενων υπηρεσιών ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας από νοσηλευτήρια,
- (β) των διαδικασιών και μεθόδων αμοιβής των παροχών που συμβάλλονται με τον Οργανισμό για την παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας,
- (γ) της διαδικασίας εγγραφής και σύναψης σύμβασης για την παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας,
- (δ) των προτύπων κτιριακών και άλλων εγκαταστάσεων και εξοπλισμού καθώς και των επιπέδων και προδιαγραφών των παρεχόμενων από το Σύστημα υπηρεσιών φροντίδας υγείας,
- (ε) της τήρησης αρχείων, καθώς και της προστασίας, της εμπιστευτικότητας και επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από τον Οργανισμό.

3. Παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας

3.1. Υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(1) Οι ακόλουθες υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, οι οποίες παρέχονται, δεδομένου ότι είναι ιατρικά αναγκαίες, από δημοσία και ιδιωτικά νοσηλευτήρια, κατόπιν παραπομπής από προσωπικούς ιατρούς, ειδικούς ιατρούς, ΤΑΕΠ ή από άλλο παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, εξαιρουμένων των περιπτώσεων στις οποίες επιτρέπεται η απευθείας πρόσβαση όπως καθορίζεται με εσωτερικούς κανονισμούς, με βάση όρους και/ή περιορισμούς, πρωτόκολλα, κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες, πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας που ανακοινώνονται από τον Οργανισμό, όπου αυτά εφαρμόζονται, καθώς και με βάση την ειδικότητα του ειδικού ιατρού που εκδίδει το παραπεμπτικό όπου αυτό εφαρμόζεται -

(α) τηρούμενων των προνοιών της παραγράφου (2), κλινικές διεργασίες οι οποίες παρέχονται στο πλαίσιο της ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας μέχρι την έκδοση του εξιτηρίου και οι οποίες αμείβονται μέσω του συστήματος κωδικοποίησης ομάδων συγγενών διαγνώσεων από—

- (α) το θεράποντα ιατρό
- (β) τους δευτερεύοντες ιατρούς
- (γ) τον αναισθησιολόγο
- (δ) άλλους επαγγελματίες υγείας
- (ε) νοσηλευτές και μαίες·

Νοείται ότι κλινικές διεργασίες περιλαμβάνουν τη χορήγηση των ιατρικώς αναγκαίων φαρμακευτικών προϊόντων και τη διενέργεια των ιατρικώς αναγκαίων εξετάσεων/επεμβάσεων όπως για παράδειγμα εργαστηριακών, διαγνωστικών, απεικονιστικών, ιστοπαθολογικών εξετάσεων και θεραπευτικών επεμβάσεων.

Νοείται ότι κλινικές διεργασίες περιλαμβάνουν τη χορήγηση και/ή εμφύτευση ιατροτεχνολογικών προϊόντων και/ή υγειονομικών ειδών που περιλαμβάνονται στον κατάλογο ΖC του Οργανισμού.

Νοείται ότι κλινικές διεργασίες περιλαμβάνουν όλες τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που παρέχονται στο πλαίσιο της ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας και οι οποίες δεν πραγματοποιούνται εντός των εγκαταστάσεων του νοσηλευτηρίου του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο οποίο νοσηλεύεται ο δικαιούχος.

(β) τηρούμενων των προνοιών της παραγράφου (2), παραπομπή όπως καθορίζεται με εσωτερικούς κανονισμούς, για λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας από παροχείς υπηρεσιών φροντίδας υγείας μετά το εξιτήριο και με βάση την ειδικότητα του ειδικού ιατρού που εκδίδει το παραπεμπτικό όπου αυτό εφαρμόζεται·

(γ) οτιδήποτε περιλαμβάνεται στους καταλόγους ZD, ZF, ZP·

(δ) δραστηριότητες και/ή υπηρεσίες όπως αυτές υιοθετούνται και ανακοινώνονται από τον Οργανισμό.

(2) Ανεξάρτητα από τις πρόνοιες της υποπαραγράφου (α) και (β) της παραγράφου (1), οποιαδήποτε υπηρεσία φροντίδας υγείας παρέχει ο θεράπων ιατρός στο δικαιούχο μέχρι και τριάντα (30) ημέρες από την ημερομηνία του εξιτηρίου και αφορά μετεγχειρητική υπηρεσία των υπηρεσιών που παρασχέθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του δικαιούχου, αποτελούν υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας.

(3) Υπηρεσίες οι οποίες περιλαμβάνονται στους καταλόγους των ιατρικών πράξεων και/ή δραστηριοτήτων της εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας δεν δύναται να παρέχονται στο πλαίσιο της ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας εκτός των περιπτώσεων όπου οι υπό αναφορά ιατρικές πράξεις και/ή δραστηριότητες είναι ιατρικώς αναγκαίο να παρασχεθούν στο πλαίσιο της ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας για λόγους που αφορούν την κλινική κατάσταση του δικαιούχου και έχουν τεκμηριωθεί δεόντως από το θεράποντα ιατρό.

(4) Τηρουμένων των προνοιών της παραγράφου 3.3, δύναται να απαιτηθεί η λήψη έγκρισης από τον Οργανισμό για οποιαδήποτε ενδονοσοκομειακή φροντίδα υγείας ώστε αυτή να λογίζεται ότι παρέχεται στο πλαίσιο του Συστήματος.

(5) Τα νοσηλευτήρια παρέχουν τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που καθορίζονται στην παράγραφο (1) σύμφωνα με τις διατάξεις του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου και των δυνάμει αυτού εκδιδόμενων Κανονισμών, Εσωτερικών Κανονισμών, Αποφάσεων και Εγκυκλίων καθώς και οποιασδήποτε άλλης ισχύουσας νομοθεσίας αφορά τον παροχέα υπηρεσιών ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας και οποιοδήποτε πρόσωπο παρέχει εκ μέρους του ενδονοσοκομειακή φροντίδα υγείας.

3.2. Παροχή υπηρεσιών ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(1) Δεν επιτρέπεται η παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας σε δικαιούχους για υπηρεσίες φροντίδας υγείας που καλύπτονται από τον Οργανισμό στο πλαίσιο του Συστήματος, εκ μέρους παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας από μη εγγεγραμμένους ιατρούς στο Σύστημα.

(2) Η παροχή υπηρεσιών εκ μέρους παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, δύναται να παρέχεται και από ιατρούς οι οποίοι κατέχουν άδεια προσωρινής παροχής υπηρεσιών υγείας δυνάμει των διατάξεων του περί Εγγραφής Ιατρών Νόμου.

3.3. Λήψη έγκρισης από τον Οργανισμό για υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής φροντίδας ώστε αυτή να λογίζεται ότι παρέχεται στο πλαίσιο του Συστήματος

(1) Ο Οργανισμός δύναται να απαιτήσει από τους παροχείς ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας τη λήψη έγκρισης από τον Οργανισμό για οποιοδήποτε υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας ώστε αυτές να λογίζονται ότι παρέχονται στο πλαίσιο του Συστήματος.

(2) Οι διαδικασίες λήψης έγκρισης καθορίζονται από τον Οργανισμό και δημοσιοποιούνται στην ιστοσελίδα του.

(3) Το αίτημα λήψης έγκρισης εξετάζεται σε εύλογο χρόνο από το Γενικό Διευθυντή.

(4) Για σκοπούς εξέτασης αιτήματος έγκρισης, ο αιτητής παρέχει όλες τις αναγκαίες πληροφορίες αναφορικά με αυτό και, σε περίπτωση που οι πληροφορίες αυτές είναι

ανεπαρκείς, ο Γενικός Διευθυντής δύναται να απαιτεί την υποβολή επιπρόσθετων στοιχείων και πληροφοριών.

(5) Το αίτημα λήψης έγκρισης, δύναται να εγκριθεί ή να απορριφθεί.

Νοείται ότι, πριν από την έγκριση ή την απόρριψη του αιτήματος, ο Γενικός Διευθυντής δύναται να παραπέμψει το αίτημα σε εμπειρογνώμονες ή εξειδικευμένη επιτροπή που συστήνεται από τον Οργανισμό για το σκοπό αυτό, για εξέταση και λήψη συμβουλών ή επεξηγήσεων σε θέματα της ειδικότητας τους.

(6) Σε περίπτωση που ο Γενικός Διευθυντής εγκρίνει το αίτημα, ο αιτητής ενημερώνεται το συντομότερο δυνατόν και οι σχετικές ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες φροντίδας υγείας λογίζονται ότι παρέχονται στο πλαίσιο του Συστήματος.

(7) Σε περίπτωση που ο Γενικός Διευθυντής απορρίψει το αίτημα, η απόφαση για απόρριψη του κοινοποιείται στον αιτητή.

(8) Εναντίον της απόφασης του Γενικού Διευθυντή για απόρριψη του αιτήματος δύναται να υποβληθεί από τον αιτητή γραπτή ένσταση στο Συμβούλιο εντός τριάντα (30) ημερών από την κοινοποίηση σε αυτόν της απόφασης, στην οποία εκτίθενται οι λόγοι στους οποίους στηρίζεται η ένσταση.

(9) Το Συμβούλιο εξετάζει χωρίς υπαίτια βραδύτητα την ενώπιον του ένσταση, αποφασίζει γι' αυτή και γνωστοποιεί χωρίς καθυστέρηση την απόφασή του στον αιτητή:

Νοείται ότι το Συμβούλιο, προτού εκδώσει την απόφασή του, δύναται, κατά την κρίση του, να ακούσει ή να δώσει την ευκαιρία στον αιτητή να εκθέσει τους λόγους στους οποίους στηρίζει την ένσταση του.

(10) Όταν ο λόγος ή ένας από τους λόγους της ένστασης αφορά σε γνωμάτευση εξειδικευμένης επιτροπής ή εμπειρογνώμωνων, το Συμβούλιο παραπέμπει την υπόθεση για επανεξέταση σε εξειδικευμένη επιτροπή που συστήνεται για την εξέταση ενστάσεων ή σε εμπειρογνώμονες που διορίζονται για την εξέταση ενστάσεων ανάλογα με την περίπτωση.

(11) Χωρίς επηρεασμό των διατάξεων του άρθρου 63 του Νόμου, σε περίπτωση υπηρεσίας ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας για την οποία απαιτείται η λήψη έγκρισης ώστε να λογίζεται ότι αυτή παρέχεται στο πλαίσιο του Συστήματος και για την οποία, κατόπιν διερεύνησης, διαπιστωθεί ότι υποβλήθηκε απαίτηση και καταβλήθηκε αμοιβή χωρίς τη λήψη τέτοιας έγκρισης εφαρμόζεται η παράγραφος (3) του όρου 6.4.

4. Ελάχιστες απαιτήσεις, ελάχιστος εξοπλισμός και κτιριακές εγκαταστάσεις

(1) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας διαθέτει στο νοσηλευτήριο τις απαραίτητες ελάχιστες απαιτήσεις που αφορούν το προσωπικό, τον εξοπλισμό, τα φαρμακευτικά προϊόντα, τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα και/ή υγειονομικά είδη και στεγάζεται σε κατάλληλες κτιριακές εγκαταστάσεις, για την ασφαλή και αποτελεσματική παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο πλαίσιο του Συστήματος σύμφωνα με τις πρόνοιες του όρου 3.

(2) Οι ελάχιστες απαιτήσεις που αφορούν το προσωπικό, τον εξοπλισμό, τα φαρμακευτικά προϊόντα, τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα και/ή υγειονομικά είδη και τις κτιριακές εγκαταστάσεις του νοσηλευτηρίου για την παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας απαιτείται να είναι σύμφωνες με τις διατάξεις του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου και των δυνάμει αυτού εκδιδόμενων Κανονισμών, Εσωτερικών Κανονισμών, Αποφάσεων και Εγκυκλίων καθώς και οποιασδήποτε άλλης ισχύουσας νομοθεσίας αφορά τον παροχέα υπηρεσιών ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, το προσωπικό, τον εξοπλισμό, τα φαρμακευτικά προϊόντα, τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα και/ή υγειονομικά είδη, τις κτιριακές εγκαταστάσεις και οποιοδήποτε πρόσωπο παρέχει εκ μέρους του ενδονοσοκομειακή φροντίδα υγείας.

(3) Άνευ επηρεασμού της γενικότητας των παραγράφων (1) και (2), ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας πληροί τις ελάχιστες απαιτήσεις, τον ελάχιστο εξοπλισμό και τις κτιριακές εγκαταστάσεις που καθορίζονται από τον Οργανισμό και δημοσιοποιούνται στην ιστοσελίδα του και/ή κοινοποιούνται στους παροχείς υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

(4) Ανεξάρτητα από τις πρόνοιες των παραγράφων (1), (2) και (3) ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας οφείλει να έχει εμφανή ένδειξη στο νοσηλευτήριο του ότι είναι συμβεβλημένος με τον Οργανισμό για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο πλαίσιο του Συστήματος.

5. Αμοιβή

5.1. Μέθοδος αμοιβής νοσηλευτηρίων

(1) Με την επιφύλαξη των προνοιών της παραγράφου (2), ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας αμείβεται με τις ακόλουθες μεθόδους -

(α) Βάσει τιμής μονάδας για τα περιστατικά που εμπίπτουν στις υποπαραγράφους (α) και (β) της παραγράφου (1) του όρου 3.1.

(β) Βάσει σταθερής τιμής για τα περιστατικά που εμπίπτουν στην υποπαράγραφο (γ) της παραγράφου (1) του όρου 3.1

(γ) Ανά περιστατικό, στη βάση τιμής η οποία προκύπτει για κάθε περίπτωση ξεχωριστά κατόπιν διαβούλευσης.

(δ) Βάσει απόφασης Συμβουλίου για τα περιστατικά τα οποία εμπίπτουν στην υποπαράγραφο (δ) της παραγράφου (1) του όρου 3.1

(2) Ανεξαρτήτως των προνοιών της παραγράφου (1), σε έκτακτες περιπτώσεις κατά τις οποίες δυσχεραίνεται η προσβασιμότητα των δικαιούχων στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα υγείας και/ή παρατηρείται χαμηλό ενδιαφέρον από νοσηλευτήρια, ο Οργανισμός δύναται να παρέχει πρόσθετα χρηματικά ή άλλα κίνητρα και να χρησιμοποιεί άλλες μεθόδους αμοιβής, και/ή να απευθύνεται στον Υπουργείο Υγείας για την κάλυψη των αναγκών των δικαιούχων.

5.2. Τρόπος υπολογισμού αμοιβής ανά περιστατικό στη βάση τιμής μονάδας

(1) Το ύψος αμοιβής του παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας ανά περιστατικό βάσει τιμής μονάδας υπολογίζεται με βάση το συντελεστή βαρύτητας του κάθε περιστατικού που προκύπτει από την κωδικοποίηση του και την τιμή μονάδας του παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας που ισχύει για την κατηγορία στην οποία ανήκει το περιστατικό. Οι κατηγορίες περιστατικών καθορίζονται στο **Παράρτημα Ι**.

(2) Το ύψος της τιμής μονάδας του παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας για την κάθε κατηγορία περιστατικών καθορίζεται στο **Παράρτημα ΙΙ**.

(3) Ο τρόπος υπολογισμού του καθορισμένου αριθμού μονάδων του παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας για κάθε κατηγορία περιστατικών καθορίζεται στα **Παραρτήματα ΙΙΙ - VIII**.

(4) Ο υπολογισμός του καθορισμένου αριθμού μονάδων του παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας που καθορίζεται στα Παραρτήματα ΙΙΙ - VIII, βασίζεται στην εκάστοτε ισχύουσα αντιπροσωπευτική περίοδο όπως αυτή καθορίζεται στην παράγραφο (5) του όρου 5.2 της οποίας ο καθορισμένος αριθμός μονάδων και/ή ο πραγματικός αριθμός μονάδων, λαμβάνονται υπόψη για τον υπολογισμό του καθορισμένου αριθμού μονάδων της αμέσως επόμενης περιόδου.

(5) (α) Η περίοδος η οποία θα λαμβάνεται υπόψη για τον καθορισμό της ισχύουσας αντιπροσωπευτικής περιόδου είναι:

(i) για νέα νοσηλευτήρια, η περίοδος των δώδεκα (12) μηνών από το μήνα ένταξης τους στο Σύστημα·

(ii) για υφιστάμενα νοσηλευτήρια, η περίοδος των δώδεκα (12) μηνών από την 1^η Ιανουαρίου κάθε ημερολογιακού έτους.

(β) Για τον καθορισμό των μηνών που συνιστούν την ισχύουσα αντιπροσωπευτική περίοδο με βάση την υποπαράγραφο (α), ο Οργανισμός δύναται να λάβει υπόψη, μεταξύ άλλων, τα ακόλουθα τα οποία δύναται να επηρεάζουν τον πραγματικό αριθμό μονάδων:

(i) αναθεώρηση του καταλόγου εξειδικευμένων περιστατικών, και/ή

(ii) αναθεώρηση της βαρύτητας περιστατικών, και/ή

(iii) την μετάταξη από νέο σε υφιστάμενο νοσηλευτήριο και/ή

(iv) αλλαγή της κατηγορίας Tier του νοσηλευτηρίου, και/ή

(v) αλλαγή του αριθμού κλινών του νοσηλευτηρίου, και/ή αλλαγή του αριθμού ιατρών που είναι συνδεδεμένος με το νοσηλευτήριο για την παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, και/ή άλλων παραμέτρων που επηρεάζουν τη δυνατότητα του νοσηλευτηρίου για τη διενέργεια περιστατικών και/ή

(vi) μονάδες που αφορούν περιστατικά προηγούμενων ετών, και/ή

(vii) τυχόν αλλαγή στις πρόνοιες της παρούσας Εγκυκλίου η οποία επηρεάζει τη μέθοδο υπολογισμού των καθορισμένων μονάδων νοσηλευτηρίου.

(6) Η τιμή μονάδας καθώς και ο καθορισμένος αριθμός μονάδων σε ετήσια βάση για τα περιστατικά δύνανται να τυγχάνουν αναπροσαρμογής, αν μετά από έλεγχο του Οργανισμού και/ή εξουσιοδοτημένων από αυτόν προσώπων, των οικονομικών ή άλλων στοιχείων του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας διαφανεί ότι τα συμφωνηθέντα ποσά βασίστηκαν σε λανθασμένα ή μη πραγματικά στοιχεία ή υποθέσεις. Σε τέτοια περίπτωση, οι όποιες αναπροσαρμογές στην αμοιβή θα γίνονται σύμφωνα με την παράγραφο (3) του όρου 6.4.

(7) Ο Οργανισμός, λαμβάνοντας υπόψη, μεταξύ άλλων, τις ανάγκες της επαρχίας που δραστηριοποιείται ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας, την προσφορά των υπηρεσιών από άλλους παροχείς υπηρεσιών φροντίδας υγείας στην επαρχία που δραστηριοποιείται ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας, το είδος των υπηρεσιών φροντίδας υγείας που παρέχει ο παροχέας και άλλους σχετικούς παράγοντες, δύναται να καθορίζει επιπρόσθετο αριθμό μονάδων στον παροχέα από τον καθορισμένο αριθμό μονάδων από αυτόν που προκύπτει σύμφωνα με την παράγραφο (3) πιο πάνω.

(8) Για σκοπούς υπολογισμού της μηνιαίας αμοιβής του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ο συνολικός ετήσιος καθορισμένος αριθμός μονάδων για τα περιστατικά ανά κατηγορία, όπου εφαρμόζεται, κατανέμεται ανά μήνα.

(9) Σε περίπτωση που για οποιονδήποτε μήνα, ο πραγματικός αριθμός μονάδων του νοσηλευτηρίου για τα περιστατικά ανά κατηγορία, όπου εφαρμόζεται, είναι μικρότερος από τον καθορισμένο αριθμό μονάδων, για τα περιστατικά ανά κατηγορία, όπου εφαρμόζεται, που κατανέμεται στο συγκεκριμένο μήνα, ο αριθμός των αδιάθετων μονάδων μεταφέρεται στους υπόλοιπους μήνες του ίδιου ημερολογιακού έτους.

(10) Ο Οργανισμός, μετά τη λήξη του ημερολογιακού έτους, επιστρέφει στον παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας τη διαφορά αμοιβής που προκύπτει, σε περίπτωση που για οποιοδήποτε ημερολογιακό έτος –

(α) ο πραγματικός αριθμός μονάδων του παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας για τα περιστατικά ανά κατηγορία είναι μικρότερος από τον καθορισμένο αριθμό μονάδων, και

(β) για οποιοδήποτε μήνα του εν λόγω ημερολογιακού έτους η μέση σταθμισμένη τιμή μονάδας του νοσηλευτηρίου είναι χαμηλότερη από την τιμή μονάδας του παροχέα υπηρεσιών ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, ή

(γ) ο πραγματικός αριθμός μονάδων του παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας για τα περιστατικά ανά κατηγορία είναι μεγαλύτερος από τον καθορισμένο αριθμό μονάδων, και

(δ) για οποιοδήποτε αριθμό μονάδων μέχρι τον καθορισμένο αριθμό μονάδων, η τιμή μονάδας με βάση την οποία αποζημιώνονται οι εν λόγω μονάδες, ήταν χαμηλότερη από την τιμή μονάδας του παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας.

(11) Ο εκάστοτε ετήσιος καθορισμένος αριθμός μονάδων, για τα περιστατικά ανά κατηγορία, όπου εφαρμόζεται, προσαρμόζεται ανάλογα με τις ημέρες συμμετοχής του παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας στο Σύστημα κατά το ημερολογιακό έτος.

5.3. Αμοιβή ανά περιστατικό στη βάση σταθερής τιμής

(1) Το ύψος αμοιβής του παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας βάσει σταθερής τιμής καθορίζονται στους καταλόγους ZF, ZP και ZD.

(2) (α) Πέραν από την αμοιβή που προβλέπεται στο εδάφιο (1) Οργανισμός καταβάλλει στους παροχείς ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας πρόσθετη ετήσια σταθερή αμοιβή για το διαχειριστικό κόστος των φαρμακευτικών προϊόντων του καταλόγου ZD και/ή των φαρμακευτικών προϊόντων τα οποία διαχειρίζονται νοσηλευτήρια τα οποία συμβάλλονται με τον Οργανισμό για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας από φαρμακοποιούς στο Σύστημα.

(β) Η πρόσθετη αμοιβή που προβλέπεται στην παράγραφο (α) υπολογίζεται ως ετήσιο ποσό ανά χίλια ευρώ (€000) αποθέματος φαρμακευτικών προϊόντων, με βάση τα στοιχεία κόστους που καθορίζει ο Οργανισμός και υποβάλλονται από τους παροχείς οι οποίοι αναφέρονται στην παράγραφο (α), εντός της καθοριζόμενης από τον Οργανισμό χρονικής περιόδου.

(γ) Για σκοπούς υπολογισμού της πρόσθετης αμοιβής για το διαχειριστικό κόστος, γίνεται η ακόλουθη κατηγοριοποίηση:

(i) σε παροχείς ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας οι οποίοι διαχειρίζονται φαρμακευτικά προϊόντα του Καταλόγου ZD και/ή νοσηλευτήρια τα οποία συμβάλλονται με τον Οργανισμό για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας από φαρμακοποιούς στο Σύστημα,

(ii) σε παροχείς ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας οι οποίοι διαχειρίζονται φαρμακευτικά προϊόντα του Καταλόγου ZD.

(δ) Σε περίπτωση κατά την οποία τα στοιχεία για τα οποία γίνεται αναφορά στην παράγραφο (β) δεν υποβληθούν εντός της χρονικής περιόδου που καθορίζεται από τον Οργανισμό, ο Οργανισμός δεν θα καταβάλλει οποιοδήποτε αμοιβή για το διαχειριστικό κόστος.

(ε) Σε περίπτωση κατά την οποία οι παροχείς που αναφέρονται στην παράγραφο (α) υποβάλουν, κατά τη διάρκεια του έτους για το οποίο καταβάλλεται η πρόσθετη ετήσια σταθερή αμοιβή, νέα στοιχεία κόστους, ο Οργανισμός δύναται, βάσει των νέων στοιχείων,

να αναθεωρήσει το ύψος της πρόσθετης ετήσιας σταθερής αμοιβής για το διαχειριστικό κόστος.

(στ) Μέχρι την έγκριση από τον Οργανισμό των αναθεωρημένων ποσών αμοιβής για κάθε έτος, η καταβολή της αμοιβής πραγματοποιείται με βάση το ποσό αμοιβής που έχει καθοριστεί για το προηγούμενο έτος. Μετά την έγκριση των αναθεωρημένων ποσών για το εκάστοτε έτος, ο Οργανισμός καταβάλλει, όπου εφαρμόζεται, τη διαφορά που προκύπτει μεταξύ του ποσού που έχει ήδη καταβληθεί και του αναθεωρημένου ποσού αμοιβής, για την περίοδο που προηγείται της έγκρισης.

(3) Για σκοπούς εφαρμογής του σφαιρικού προϋπολογισμού, η σταθερή τιμή των ογκολογικών υπηρεσιών, όπως αυτή καθορίζεται στους καταλόγους ΖΦ, ΖΡ και ΖΔ, δύναται να μειωθεί σε περίπτωση που το νοσηλευτήριο υπερβεί τον αντίστοιχο συμφωνημένο προϋπολογισμό για τη συγκεκριμένη κατηγορία υπηρεσιών.

(4) Επιπρόσθετα από τους προϋπολογισμούς κάθε νοσηλευτηρίου για τους οποίους η σταθερή τιμή είναι συμφωνημένη, για συγκεκριμένες κατηγορίες υπηρεσιών καθορίζεται με Αποφάσεις κοινός προϋπολογισμός ο οποίος μπορεί να διεκδικηθεί από όλους τους παροχείς υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

(5) Για τη διάθεση του κοινού προϋπολογισμού γίνονται μηνιαίως συνολικές αποκοπές στην αμοιβή κάθε παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ανάλογα με τον όγκο των υπηρεσιών του και το συνολικό όγκο υπηρεσιών όλων των παροχέων υπηρεσιών φροντίδας υγείας για τη συγκεκριμένη κατηγορία υπηρεσιών για το συγκεκριμένο μήνα, έτσι ώστε να μην προκύπτει υπέρβαση του κοινού προϋπολογισμού.

(6) Για σκοπούς εφαρμογής του σφαιρικού προϋπολογισμού για τις υπηρεσίες ρομποτικής που περιλαμβάνονται στον Κατάλογο ΖΦ και/ή στον Κατάλογο ΖΡ, η σταθερή τιμή δύναται να μειωθεί προκειμένου να μην υπάρξει υπέρβαση του σφαιρικού προϋπολογισμού που καθορίζεται με Αποφάσεις για τη συγκεκριμένη κατηγορία υπηρεσιών.

5.4. Αμοιβή ανά περιστατικό στη βάση τιμής η οποία προκύπτει για κάθε περίπτωση ξεχωριστά κατόπιν διαβούλευσης

(1) Το ύψος αμοιβής του παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας βάσει τιμής η οποία προκύπτει για κάθε περίπτωση ξεχωριστά καθορίζεται κατόπιν διαβούλευσης στις περιπτώσεις οι οποίες συμπεριλαμβάνουν μεταξύ άλλων -

(α) περιστατικά που φέρουν μηδενική βαρύτητα όπως προκύπτει μετά την κωδικοποίηση τους·

(β) περιστατικά όπου το πραγματικό κόστος της παρασχεθείσας υπηρεσίας είναι δυσανάλογα μεγαλύτερο από την αμοιβή που προκύπτει βάσει τιμής μονάδας.

(2) Ο Γενικός Διευθυντής προβαίνει σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες για σκοπούς διενέργειας της διαβούλευσης η οποία πραγματοποιείται σε κατάλληλο χρόνο, τρόπο και περιεχόμενο στο ενδεδειγμένο επίπεδο διεύθυνσης και εκπροσώπησης του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ανάλογα με το θέμα που συζητείται βάσει των σχετικών πληροφοριών και/ή στοιχείων και/ή εγγράφων που παρέχονται και/ή απαιτούνται κατά τη διαβούλευση προκειμένου να καθοριστεί η τιμή αμοιβής του περιστατικού.

(3) Ο Γενικός Διευθυντής αποφασίζει για την ολοκλήρωση της διαβούλευσης και κοινοποιεί στον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας το ύψος της αμοιβής.

6. Υποβολή απαιτήσεων και καταβολή αμοιβής

6.1. Διαδικασία υποβολής απαίτησης για καταβολή αμοιβής

(1) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας, πριν την παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας στο δικαιούχο και την ημέρα εισαγωγής του στο νοσηλευτήριο, δεσμεύει το παραπτεμπτικό ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας που έχει εκδοθεί μέσω του συστήματος πληροφορικής.

(2) Με τη δέσμευση του παραπτεμπτικού ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, δημιουργείται επίσκεψη στο σύστημα πληροφορικής στην οποία καταχωρούνται όλες οι απαιτούμενες πληροφορίες.

(3) Όλα τα πεδία της επίσκεψης πρέπει να είναι συμπληρωμένα.

(4) Τηρουμένων των προνοιών της παραγράφου (3), η επίσκεψη πρέπει να περιλαμβάνει όλα τα απαιτούμενα στοιχεία για σκοπούς τεκμηρίωσης της διενέργειας και της ιατρικής αναγκαιότητας της, περιλαμβανομένων όλων των πεδίων που απαιτούνται στο σύστημα πληροφορικής όπως, μεταξύ άλλων, –

- (α) πληροφορίες εισαγωγής συμπεριλαμβανομένου πληροφοριών για το περιστατικό·
- (β) διάγνωση και, όπου εφαρμόζεται, όλες τις δευτερεύουσες διαγνώσεις·
- (γ) τύπος εισαγωγής·
- (δ) κλινικές σημειώσεις.

(5) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποβάλλει απαίτηση για καταβολή αμοιβής στο σύστημα πληροφορικής για την παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, το αργότερο εντός σαράντα πέντε (45) ημερών από την ημερομηνία εξιτηρίου η οποία καταχωρείται στο σύστημα πληροφορικής.

(6) Οποιαδήποτε απαίτηση για καταβολή αμοιβής υποβληθεί μετά τη λήξη της προθεσμίας που καθορίζεται στην παράγραφο (5) απορρίπτεται από τον Οργανισμό.

(7) Η απαίτηση υποβάλλεται, εκ μέρους του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, από τον υπεύθυνο απαιτήσεων ή το θεράποντα ιατρό ή από άλλο πρόσωπο, όπως κατά καιρούς καθορίζεται και ανακοινώνεται από τον Οργανισμό, αφού επιβεβαιώσει την ορθή κωδικοποίηση του περιστατικού η οποία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει αποκλειστικά τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που παρασχέθηκαν.

(8) Όλα τα πεδία της απαίτησης πρέπει να είναι συμπληρωμένα.

(9) Τηρουμένων των προνοιών της παραγράφου (8), η απαίτηση πρέπει να περιλαμβάνει όλα τα απαιτούμενα στοιχεία για σκοπούς τεκμηρίωσης της παροχής και ιατρικής αναγκαιότητας της, περιλαμβανομένων όλων των πεδίων που απαιτούνται στο σύστημα πληροφορικής όπως, μεταξύ άλλων –

- (α) την κύρια διάγνωση και, όπου εφαρμόζεται, όλες τις δευτερεύουσες διαγνώσεις·
- (β) τις κλινικές διεργασίες από τον κατάλογο των κλινικών διεργασιών, όπου εφαρμόζονται·
- (γ) τις κλινικές διεργασίες, τα φαρμακευτικά προϊόντα, τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα και/ή υγειονομικά είδη από τους καταλόγους ZF, ZP, ZD, ZC, όπου αυτά έχουν παρασχεθεί και/ή χορηγηθεί στο πλαίσιο της ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, και όπου εφαρμόζονται, σύμφωνα με το εξιτήριο·
- (δ) τις διαγνωστικές και/ή απεικονιστικές και/ή ιστοπαθολογικές και/ή εργαστηριακές εξετάσεις, στις περιπτώσεις όπου αυτές έχουν παρασχεθεί και/ή χορηγηθεί στο πλαίσιο της ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, και όπου εφαρμόζονται, σύμφωνα με το εξιτήριο·
- (ε) το εξιτήριο, συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο σύμφωνα με τον περί Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων (Έλεγχος Ίδρυσης και Λειτουργίας) Νόμο·
- (στ) τις προεγκρίσεις και άλλα υποστηρικτικά έγγραφα τα οποία συνδέονται με την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας όπως αυτά κατά καιρούς καθορίζονται από τον Οργανισμό·
- (ζ) ιατρική έκθεση αιτιολόγησης της ιατρικής αναγκαιότητας, όπου απαιτείται από τον Οργανισμό.

(10) Τηρουμένων των προνοιών των παραγράφων (1) και (5), και άνευ επηρεασμού του άρθρου 63 του Νόμου, σε περιπτώσεις μη δέσμευσης και/ή μη έγκαιρης δέσμευσης του παραπεμπτικού για την παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας και/ή μη υποβολής απαίτησης και/ή εκπρόθεσμης υποβολής απαίτησης, ο Γενικός Διευθυντής δύναται, σε εξαιρετικές περιπτώσεις, να αποδέχεται εκ των υστέρων αιτήματα για δέσμευση παραπεμπτικού και/ή υποβολή απαίτησης, προς όφελος των δικαιούχων, κατόπιν εξέτασης του περιεχομένου τέτοιων αιτημάτων και των σχετικών με αυτά πληροφοριών και/ή στοιχείων.

(11) (α) Η κωδικοποίηση των διαγνώσεων, κύριων και/ή δευτερευουσών, των κλινικών διεργασιών και/ή των προϊόντων των καταλόγων ZC, ZD, ZF, ZP διενεργείται, εκ μέρους του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, από τον κωδικοποιητή DRG και/ή από το θεράποντα ιατρό, με βάση το εξιτήριο και σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες κωδικοποίησης και οποιουδήποτε άλλους σχετικούς όρους, προϋποθέσεις, κριτήρια, πρωτόκολλα και περιορισμούς που καθορίζονται από τον Οργανισμό και δημοσιοποιούνται στην ιστοσελίδα του Οργανισμού και/ή κοινοποιούνται στους παροχείς υπηρεσιών ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας.

(β) Η κύρια διάγνωση, τυχόν δευτερεύουσες διαγνώσεις, οι κλινικές διεργασίες καθώς και άλλα στοιχεία τα οποία προβλέπονται από τις κατευθυντήριες οδηγίες κωδικοποίησης, περιλαμβάνονται στο εξιτήριο και κωδικοποιούνται στο σύστημα πληροφορικής.

6.2. Έγκριση ή απόρριψη απαίτησης

(1) Ο Οργανισμός δεν εγκρίνει απαίτηση, εκτός εάν ικανοποιηθεί ότι η απαίτηση –

(α) έχει διενεργηθεί, και τεκμηριώνεται ως ιατρικώς αναγκαία, τηρεί τους όρους, τις προϋποθέσεις, τα πρωτόκολλα, τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες, τα πρότυπα ασφάλειας των δικαιούχων και/ή ποιότητας, τα κριτήρια και τους περιορισμούς, που καθορίζονται από τον Οργανισμό και δημοσιοποιούνται στην ιστοσελίδα του και/ή κοινοποιούνται στους παροχείς υπηρεσιών ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας και/ή καθορίζονται από το Νόμο και τους δυνάμει αυτού εκδιδόμενους Κανονισμούς, εσωτερικούς κανονισμούς, Αποφάσεις, και Εγκυκλίους·

(β) έχει υποβληθεί μαζί με τα απαιτούμενα στοιχεία ως αναφέρονται στον όρο 6.1, όπου εφαρμόζονται, στον καθορισμένο από τον Οργανισμό τύπο και πληροί τα κριτήρια και τις προϋποθέσεις που καθορίζει ο Οργανισμός αναφορικά με την υποβολή της απαίτησης, καθώς και οποιαδήποτε άλλα στοιχεία ζητηθούν από τον Οργανισμό.

Νοείται ότι ο Οργανισμός δύναται να ζητήσει από τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας την υποβολή οποιουδήποτε άλλου στοιχείου προς επιβεβαίωση της ορθότητας της απαίτησης.

(2) Οποιαδήποτε απαίτηση δεν τηρεί τις πρόνοιες της παραγράφου (1) δεν εγκρίνεται από τον Οργανισμό.

6.3. Εξέταση απαίτησης

(1) Η απαίτηση εξετάζεται με αυτοματοποιημένους ελέγχους, σε χρόνο που δεν ξεπερνά τις εξήντα (60) ημέρες, στη βάση κανόνων και/ή όρων και/ή προϋποθέσεων και/ή πρωτοκόλλων και/ή κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και/ή προτύπων ασφάλειας και/ή ποιότητας των δικαιούχων και/ή κριτηρίων και περιορισμών που καθορίζονται από τον Οργανισμό αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

(2) Η απαίτηση που ικανοποιεί τους αυτοματοποιημένους ελέγχους εγκρίνεται και ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας αμείβεται σύμφωνα με τις πρόνοιες του όρου 6.4.

(3) Η απαίτηση που δεν ικανοποιεί τους αυτοματοποιημένους ελέγχους τίθεται υπό εξέταση και εξετάζεται σε εύλογο χρόνο.

(4) Κατά την εξέταση της απαίτησης ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας και/ή ο θεράπων ιατρός παρέχουν όλες τις αναγκαίες πληροφορίες αναφορικά με την απαίτηση και, σε περίπτωση που οι πληροφορίες αυτές είναι ανεπαρκείς, ο Γενικός Διευθυντής δύναται να απαιτήσει την υποβολή επιπρόσθετων στοιχείων και πληροφοριών και/ή να λάβει τέτοιες πληροφορίες και/ή στοιχεία σε επιτόπια επίσκεψη.

(5) Τηρουμένων των προνοιών της παρούσας Εγκυκλίου, η απαίτηση, εφόσον ολοκληρωθεί η διαδικασία της εξέτασης της δύναται –

(α) να εγκριθεί εν όλω ή

(β) να εγκριθεί εν μέρει και να τύχει αναπροσαρμογής και εκ νέου υποβολής ή

(γ) να απορριφθεί.

Νοείται ότι, πριν από την έγκριση και/ή αναπροσαρμογή ή απόρριψη της απαίτησης από τον Οργανισμό, ο Γενικός Διευθυντής δύναται να παραπέμψει την απαίτηση σε εμπειρογνώμονες ή εξειδικευμένη επιτροπή που συστήνεται από τον Οργανισμό για το σκοπό αυτό, για εξέταση και λήψη συμβουλών ή επεξηγήσεων σε θέματα της ειδικότητας τους.

(6) Σε περίπτωση που ο Γενικός Διευθυντής εγκρίνει την απαίτηση, ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας αμείβεται σύμφωνα με τις πρόνοιες του όρου 6.4.

(7) Σε περίπτωση που ο Γενικός Διευθυντής απορρίψει την απαίτηση, η απόφαση για απόρριψή της κοινοποιείται στον αιτητή.

(8) Εναντίον της απόφασης του Γενικού Διευθυντή για απόρριψη της απαίτησης δύναται να υποβληθεί από τον αιτητή γραπτή ένσταση στο Συμβούλιο εντός τριάντα (30) ημερών από την κοινοποίηση σε αυτόν της απόφασης, στην οποία εκτίθενται οι λόγοι στους οποίους στηρίζεται η ένσταση.

(9) Το Συμβούλιο εξετάζει χωρίς υπαίτια βραδύτητα την ενώπιον του ένσταση, αποφασίζει για αυτή και γνωστοποιεί χωρίς καθυστέρηση την απόφασή του στον αιτητή.

Νοείται ότι το Συμβούλιο, προτού εκδώσει την απόφασή του, δύναται, κατά την κρίση του, να ακούσει ή να δώσει την ευκαιρία στον αιτητή να εκθέσει τους λόγους στους οποίους στηρίζει την ένστασή του.

(10) Όταν ο λόγος ή ένας από τους λόγους της ένστασης αφορά σε γνωμάτευση εξειδικευμένης επιτροπής, το Συμβούλιο παραπέμπει την υπόθεση για επανεξέταση σε εξειδικευμένη επιτροπή που συστήνεται για την εξέταση ενστάσεων.

(11) Ανεξάρτητα από τις πρόνοιες των παραγράφων (1) και (2), ο Γενικός Διευθυντής δύναται να προβαίνει σε εκ των υστέρων ελέγχους των απαιτήσεων οι οποίες έχουν ήδη καταβληθεί εντός των τριών προηγούμενων ετών για να διαπιστώσει ενδεχόμενη παράβαση των πιο κάτω-

(α) των όρων και προϋποθέσεων της σύμβασης,

(β) του Νόμου και των δυνάμει αυτού εκδιδόμενων Κανονισμών, εσωτερικών κανονισμών, Αποφάσεων, Εγκυκλίων και Ανακοινώσεων του Οργανισμού,

(γ) των κατευθυντήριων οδηγιών ή/και πρωτόκολλων ή/και περιορισμών ή/και κριτηρίων ή/και όρων και προϋποθέσεων ή/και προτύπων ασφαλείας δικαιούχου ή/και προτύπων ποιότητας που υιοθετούνται από το Σύστημα.

Νοείται ότι σε περίπτωση κατά την οποία διαπιστωθεί ότι η παράβαση προέκυψε ως αποτέλεσμα δόλου και/ή απάτης, τότε ο Γενικός Διευθυντής δύναται να προβαίνει σε εκ των

υστέρων ελέγχους των απαιτήσεων, οι οποίες έχουν ήδη καταβληθεί, ως εάν η αναφορά σε τρία έτη στο εδάφιο (1) να ήταν αναφορά σε έξι έτη.

(12) Σε περίπτωση όπου η απαίτηση χρήζει αναπροσαρμογής ο Οργανισμός δύναται να την αναπροσαρμόσει και να την καταχωρήσει εκ νέου ή να ζητήσει από τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας να την αναπροσαρμόσει και να την υποβάλει εκ νέου.

(13) Ο Οργανισμός δύναται να καλέσει τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας όπως υποβάλει αίτημα αναπροσαρμογής στο σύστημα πληροφορικής εντός τακτής προθεσμίας.

(14) Σε περίπτωση όπου ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας διαπιστώσει ότι απαίτηση, ανεξάρτητα εάν αυτή έχει εγκριθεί, χρήζει αναπροσαρμογής καθότι παρουσιάζει λάθη και/ή παραλείψεις οφείλει να υποβάλει στο σύστημα πληροφορικής αιτιολογημένο αίτημα αναπροσαρμογής της απαίτησης, ως καθορίζεται από τον Οργανισμό.

(15) Αίτημα αναπροσαρμογής που υποβάλλεται από παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, δύναται να απορριφθεί ή να εγκριθεί χωρίς επηρεασμό του άρθρου 63 Νόμου σε περίπτωση όπου διαπιστωθεί ότι η αρχική απαίτηση υποβλήθηκε κατά παράβαση των προνοιών της παρούσας Εγκυκλίου και/ή του Νόμου.

6.4. Καταβολή αμοιβής για την παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(1) Η αμοιβή του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας για την παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας καταβάλλεται μέχρι το τέλος κάθε μήνα και αφορά απαιτήσεις για καταβολή αμοιβής για τις υπηρεσίες που καθορίζονται στον όρο 3, για τις οποίες εκδόθηκαν και υποβλήθηκαν στο σύστημα πληροφορικής εξιτήρια μέχρι την τελευταία ημέρα του προηγούμενου μήνα, και οι οποίες υποβάλλονται σύμφωνα με τις πρόνοιες της παρούσας Εγκυκλίου.

(2) Από το συνολικό ποσό της αμοιβής του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας για κάθε ενδονοσοκομειακή φροντίδα υγείας, ο Οργανισμός δύναται να καταβάλλει απευθείας σε εγγεγραμμένους ιατρούς συνδεδεμένους με τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ως αμοιβή, ποσά που καθορίζονται για το σκοπό αυτό από τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας κατά την υποβολή απαίτησης.

Νοείται ότι στις περιπτώσεις που προκύπτει μέση σταθμισμένη τιμή για το νοσηλευτήριο, τότε η αμοιβή του ιατρού που δύναται να καθοριστεί από το νοσηλευτήριο, καθορίζεται από τον Οργανισμό ως εξής: (Αμοιβή ιατρού όπως καθορίστηκε από το νοσηλευτήριο) Χ (Μέση σταθμισμένη τιμή μονάδας του νοσηλευτηρίου) / (Τιμής μονάδας του νοσηλευτηρίου).

(3) Τηρουμένων των προνοιών της παραγράφου (11) του όρου 6.3, ο Γενικός Διευθυντής δύναται, κατά την καταβολή αμοιβής της περιόδου, να αφαιρεί ποσά τα οποία ήδη κατέβαλε εντός των τριών προηγούμενων ετών, για τα οποία εκ των υστέρων διαπιστώθηκε ότι καταβλήθηκαν κατά παράβαση-

(α) των όρων και προϋποθέσεων της σύμβασης του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας,
(β) του Νόμου και των δυνάμει αυτού εκδιδόμενων Κανονισμών, εσωτερικών κανονισμών, Αποφάσεων, Εγκυκλίων και Ανακοινώσεων του Οργανισμού,
(γ) των κατευθυντήριων οδηγιών και/ή πρωτόκολλων και/ή περιορισμών και/ή κριτηρίων και/ή όρων και προϋποθέσεων και/ή προτύπων ασφαλείας δικαιούχου και/ή προτύπων ποιότητας που υιοθετούνται από το Σύστημα.

(4) Ο Οργανισμός δύναται κατά την καταβολή αμοιβής να συμψηφίζει τα ακόλουθα –

(α) τυχόν ποσό διαφοράς που προκύπτει από οποιαδήποτε πληρωμή στον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας εντός των δύο προηγούμενων ετών, η οποία ήταν χαμηλότερη ή ψηλότερη από την προβλεπόμενη για τον μήνα πληρωμής·

(β) τυχόν οφειλόμενο ποσό από διοικητικά πρόστιμα, χρηματικές ποινές, τέλη και έξοδα που επιβλήθηκαν δυνάμει του Νόμου και των δυνάμει αυτού εκδιδόμενων Κανονισμών, εσωτερικών κανονισμών και Αποφάσεων.

7. Διαδικασία εγγραφής στο Σύστημα για παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας και σύναψη σύμβασης

7.1. Αίτηση εγγραφής και σύναψης σύμβασης νοσηλευτηρίου για παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(1) Φυσικό ή νομικό πρόσωπο ιδιωτικού ή δημόσιου δικαίου ή οι ενώσεις αυτών ή οι κρατικές υπηρεσίες υγείας που επιθυμούν να παρέχουν υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας οφείλουν να –

(α) συμπληρώσουν και να υποβάλουν μέσω του συστήματος πληροφορικής, αίτηση εγγραφής και σύναψης σύμβασης στο Σύστημα στον τύπο που καθορίζει για το σκοπό αυτό ο Οργανισμός, και

(β) υποβάλουν στον Οργανισμό, σε έντυπη μορφή, συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη την αίτηση εγγραφής και σύναψης σύμβασης που αναφέρεται στην υποπαράγραφο (α), μαζί με αντίγραφα των υποστηρικτικών εγγράφων που καθορίζονται στο **Παράρτημα Χ**.

(2) Ο αιτητής υποβάλλει ως πρωτότυπα ή πιστοποιημένα αντίγραφα από την αρμόδια αρχή ή όργανο ή πιστοποιιών υπάλληλο, ανάλογα με την περίπτωση, τα στοιχεία που αναφέρονται στην υποπαράγραφο (β) της παραγράφου (1) στον Οργανισμό, όποτε του ζητηθεί και/ή ετησίως για στοιχεία που ανανεώνονται και/ή εκδίδονται ετησίως.

(3) Η αίτηση εξετάζεται σε εύλογο χρόνο από το Γενικό Διευθυντή, και τηρουμένων των προνοιών της παρούσας Εγκυκλίου, αυτή δύναται –

(α) να εγκριθεί, ή

(β) να απορριφθεί.

(4) Σε περίπτωση που ο Γενικός Διευθυντής ικανοποιηθεί ότι ο αιτητής πληροί τους όρους και τις προϋποθέσεις για εγγραφή και σύναψη σύμβασης, η αίτηση εγκρίνεται και ο αιτητής ενημερώνεται από τον Οργανισμό και καλείται να προσέλθει για υπογραφή της σύμβασης σε χρόνο και τόπο που υποδεικνύεται από τον Οργανισμό.

(5) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας που συνάπτει σύμβαση με τον Οργανισμό οφείλει να πληροί τους όρους και τις προϋποθέσεις εγγραφής και σύναψης σύμβασης και να τηρεί τα στοιχεία που αναφέρονται στην υποπαράγραφο (β) της παραγράφου (1) έγκυρα και σε ισχύ καθ' όλη τη διάρκεια της σύμβασης, καθώς και να γνωστοποιεί αμέσως κάθε μεταβολή, τροποποίηση ή ακύρωση των στοιχείων στον Οργανισμό.

(6) Σε περίπτωση που η αίτηση απορριφθεί, η απόφαση του Οργανισμού κοινοποιείται στον αιτητή μαζί με τους λόγους απόρριψής της.

(7) Εναντίον της απόφασης του Γενικού Διευθυντή για απόρριψη της αίτησης δύναται να υποβληθεί από τον αιτητή γραπτή ένσταση στο Συμβούλιο εντός τριάντα (30) ημερών από την κοινοποίηση σε αυτόν της απόφασης, στην οποία εκτίθενται οι λόγοι στους οποίους στηρίζεται η ένσταση.

(8) Το Συμβούλιο εξετάζει, χωρίς υπαίτια βραδύτητα, την ενώπιον του ένσταση, αποφασίζει για αυτήν και γνωστοποιεί, χωρίς καθυστέρηση, την απόφασή του στον αιτητή –

Νοείται ότι το Συμβούλιο, προτού εκδώσει την απόφασή του, δύναται, κατά την κρίση του, να ακούσει ή να δώσει την ευκαιρία στον αιτητή να εκθέσει τους λόγους στους οποίους στηρίζει την ένστασή του.

7.2. Αίτηση εγγραφής ιατρού για παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας

(1) Ιατροί που επιθυμούν να παρέχουν ενδονοσοκομειακή φροντίδα υγείας εκ μέρους του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας οφείλουν να είναι εγγεγραμμένοι στο Σύστημα για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας προσωπικού ιατρού ή ειδικού ιατρού, ανάλογα με την περίπτωση, σύμφωνα με τους οικείους Κανονισμούς, και να –

(α) συμπληρώσουν και να υποβάλουν μέσω του συστήματος πληροφορικής αίτηση εγγραφής στο Σύστημα στον τύπο που καθορίζει για το σκοπό αυτό ο Οργανισμός, και

(β) υποβάλουν στον Οργανισμό, σε έντυπη μορφή, συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη την αίτηση εγγραφής που αναφέρεται στην υποπαράγραφο (α), μαζί με αντίγραφα των υποστηρικτικών έγγραφων που καθορίζονται στο **Παράρτημα XI**.

(2) Παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας ο οποίος δύναται, σύμφωνα με το Μέρος I, Μέρος III και Μέρος IV των περί Ιατρών (Εκπαίδευση) Κανονισμών, καθώς και οποιαδήποτε άλλη ισχύουσα εθνική νομοθεσία που αφορά στην εκπαίδευση ιατρών, να προσφέρει ειδικευση σε ιατρούς σε αναγνωρισμένες για ειδικότητα κλινικές, δύναται να εγγράφει τους εν λόγω ειδικευόμενους ιατρούς στο σύστημα πληροφορικής με την ιδιότητά τους ως ειδικευόμενοι ιατροί, οι οποίοι θα μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε δικαιούχους στα νοσηλευτήρια μόνο εκ μέρους και υπό την επίβλεψη εγγεγραμμένου ιατρού ο οποίος δηλώνεται ως επιβλέπων τον ειδικευόμενο ιατρό βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας:

Νοείται ότι όλες οι ιατρικές πράξεις και/ή δραστηριότητες των ειδικευόμενων ιατρών δεσμεύουν τόσο τον επιβλέποντα ιατρό όσο και τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

(3) Ο θεράπων ιατρός, κάθε δευτερεύων ιατρός και ειδικευόμενος ιατρός υποχρεούνται να είναι εγγεγραμμένοι στο Σύστημα σύμφωνα με τις πρόνοιες του παρόντος όρου 7.2.

(4) Ο αιτητής υποβάλλει ως πρωτότυπα ή πιστοποιημένα αντίγραφα από την αρμόδια αρχή ή όργανο ή πιστοποιών υπάλληλο, ανάλογα με την περίπτωση, τα στοιχεία που αναφέρονται στην υποπαράγραφο (β) της παραγράφου (1) στον Οργανισμό, όποτε του ζητηθεί και/ή ετησίως προκειμένου για στοιχεία που ανανεώνονται ετησίως.

(5) Την ευθύνη για την αληθή, ορθή συμπλήρωση και καταχώριση της αίτησης φέρει αποκλειστικά ο αιτητής.

(6) Η αίτηση εξετάζεται σε εύλογο χρόνο από το Γενικό Διευθυντή, και τηρουμένων των προνοιών της παρούσας Εγκυκλίου, αυτή δύναται –

(α) να εγκριθεί, ή

(β) να απορριφθεί.

(7) (α) Σε περίπτωση που η αίτηση εγκριθεί, ο αιτητής ενημερώνεται από τον Οργανισμό.

(β) Τηρουμένων των προνοιών της υποπαραγράφου (α), ο Οργανισμός δύναται να καλέσει τον αιτητή να προσέλθει σε χρόνο και τόπο που του υποδεικνύεται από τον Οργανισμό, για να γίνει η ταυτοποίησή του.

(8) Με την έγκριση της αίτησης ο αιτητής δύναται να συνδεθεί με παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας για να παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας εκ μέρους του.

(9) Ιατρός που εγγράφεται για παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, οφείλει να συνεχίσει να τηρεί τα στοιχεία που αναφέρονται στην υποπαράγραφο (β) της παραγράφου (1) έγκυρα και σε ισχύ καθ' όλη τη διάρκεια της εγγραφής του για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας, καθώς και να γνωστοποιεί αμέσως κάθε μεταβολή, τροποποίηση ή ακύρωση των στοιχείων αυτών στον Οργανισμό.

(10) Σε περίπτωση που η αίτηση απορριφθεί, η απόφαση του κοινοποιείται στον αιτητή μαζί με τους λόγους απόρριψής της.

(11) Εναντίον της απόφασης του Γενικού Διευθυντή για απόρριψη της αίτησης δύναται να υποβληθεί από τον αιτητή γραπτή ένσταση στο Συμβούλιο εντός τριάντα (30) ημερών από την κοινοποίηση σε αυτόν της απόφασης, στην οποία εκτίθενται οι λόγοι στους οποίους στηρίζεται η ένσταση.

(12) Το Συμβούλιο εξετάζει, χωρίς υπαίτια βραδύτητα, την ενώπιον του ένσταση, αποφασίζει γι' αυτήν και γνωστοποιεί, χωρίς καθυστέρηση, την απόφασή του στον αιτητή –

Νοείται ότι το Συμβούλιο, προτού εκδώσει την απόφασή του, δύναται, κατά την κρίση του, να ακούσει ή να δώσει την ευκαιρία στον αιτητή να εκθέσει τους λόγους στους οποίους στηρίζει την ένστασή του.

7.3. Διαχειριστής συστήματος πληροφορικής

(1) Ο ρόλος του διαχειριστή του συστήματος πληροφορικής αποκτάται αυτόματα από το φυσικό πρόσωπο που υποβάλλει την αίτηση εγγραφής και σύναψης σύμβασης εκ μέρους του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο σύστημα πληροφορικής.

(2) Για αλλαγή του φυσικού προσώπου που κατέχει το ρόλο του διαχειριστή συστήματος πληροφορικής, ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας υποβάλλει στον Οργανισμό γραπτό αίτημα μαζί με αντίγραφα των πρόσθετων υποστηρικτικών έγγραφων που καθορίζονται από τον Οργανισμό.

7.4. Σύνδεση υποστηρικτικού προσωπικού

(1) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας που επιθυμεί να ορίσει υποστηρικτικό προσωπικό που θα προβαίνει σε διεργασίες εκ μέρους του στο σύστημα πληροφορικής, οφείλει να συνδεθεί με το υποστηρικτικό προσωπικό στο σύστημα πληροφορικής.

(2) Για τη σύνδεση του γραμματέα ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας οφείλει να υποβάλει μέσω του συστήματος πληροφορικής σχετικό αίτημα σύνδεσης, το οποίο ολοκληρώνεται με την υποβολή του.

(3) Για τη σύνδεση του κωδικοποιητή DRG και του υπεύθυνου απαιτήσεων ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας οφείλει να υποβάλει στον Οργανισμό –

(α) μέσω του συστήματος πληροφορικής σχετικό αίτημα σύνδεσης, και

(β) σε έντυπη μορφή, συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο το Έντυπο Αμοιβαίας Αποδοχής Σύνδεσης, που καθορίζεται στο **Παράρτημα XII**, που να περιλαμβάνει τα στοιχεία, μαζί με αντίγραφα των υποστηρικτικών έγγραφων που καθορίζονται σε αυτό.

(4) Το αίτημα σύνδεσης εξετάζεται σε εύλογο χρόνο από το Γενικό Διευθυντή, και τηρουμένων των προνοιών της παρούσας Εγκυκλίου, αυτό δύναται –

(α) να εγκριθεί, ή

(β) να απορριφθεί.

(5) Σε περίπτωση που ο Γενικός Διευθυντής ικανοποιηθεί ότι ο κωδικοποιητής DRG και ο υπεύθυνος απαιτήσεων πληρούν τους όρους και τις προϋποθέσεις για σύνδεση ως υποστηρικτικό προσωπικό του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, το αίτημα σύνδεσης εγκρίνεται και ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ο κωδικοποιητής DRG και ο υπεύθυνος απαιτήσεων ενημερώνονται.

Νοείται ότι ο κωδικοποιητής DRG και ο υπεύθυνος απαιτήσεων δύνανται να κληθούν να προσέλθουν για ταυτοποίηση σε χρόνο και τόπο που υποδεικνύεται από τον Οργανισμό.

(6) Σε περίπτωση που το αίτημα για σύνδεση απορριφθεί, η απόφαση του Οργανισμού κοινοποιείται στον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας μαζί με τους λόγους απόρριψής της.

(7) Εναντίον της απόφασης του Οργανισμού για απόρριψη της σύνδεσης δύναται να υποβληθεί από τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας ένσταση, σύμφωνα με την παράγραφο (11) του όρου 7.2.

8. Τήρηση αρχείου, αναγκαίες πληροφορίες και λοιπές υποχρεώσεις

(1) Ο Οργανισμός τηρεί στο σύστημα πληροφορικής φάκελο που αφορά το δικαιούχο και τις παρεχόμενες σε αυτόν υπηρεσίες φροντίδας υγείας στο Σύστημα.

(2) Ο θεράπων ιατρός, ο δευτερεύων ιατρός, οι εξουσιοδοτημένοι νοσηλευτές και/ή μαίες και οι εξουσιοδοτημένοι άλλοι επαγγελματίες υγείας, για σκοπούς παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας, έχουν πρόσβαση στο φάκελο του δικαιούχου στο σύστημα πληροφορικής, σύμφωνα με τις διατάξεις του Νόμου και τις πρόνοιες των δυνάμει αυτού εκδιδόμενων Κανονισμών, εσωτερικών κανονισμών, Αποφάσεων και Εγκυκλίων.

(3) Τα αρμόδια πρόσωπα του παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ανάλογα με το ρόλο τους, σε κάθε εισαγωγή δικαιούχου στο νοσηλευτήριο οφείλουν να –

(α) επιβεβαιώνουν την ταυτότητα του δικαιούχου, αν χρειάζεται, να ενεργοποιούν το δικαίωμά του για λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας,

(β) δημιουργούν επίσκεψη στο σύστημα πληροφορικής κατά το χρόνο εισαγωγής του δικαιούχου στο νοσηλευτήριο,

(γ) καταχωρούν στο φάκελο του δικαιούχου τη διάγνωση ή την πιθανή διάγνωση πριν από την έκδοση συνταγής ή παραπεμπτικού και την υποβολή αίτησης,

(δ) ενημερώνουν το φάκελο του δικαιούχου στο σύστημα πληροφορικής για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που έλαβε σε σχέση με την εισαγωγή και/ή τη νοσηλεία του στο νοσηλευτήριο, περιλαμβανομένων των κλινικών σημειώσεων και οποιωνδήποτε αποτελεσμάτων εργαστηριακών, διαγνωστικών, απεικονιστικών, ιστοπαθολογικών, θεραπευτικών εξετάσεων που έχουν διενεργηθεί στο δικαιούχο στο πλαίσιο της ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας,

(ε) διατηρούν σχετικά τεκμήρια και/ή έγγραφα για τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που καταχωρούν το φάκελο του δικαιούχου στο σύστημα πληροφορικής, σύμφωνα με την υποπαράγραφο (δ) πιο πάνω.

(4) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας για κάθε ιατρική ειδικότητα που δύναται να παρέχει, διαθέτει τουλάχιστον ένα ιατρό της κάθε ειδικότητας ξεχωριστά ο οποίος έχει εγγραφεί στο Σύστημα και συνδέθηκε για να παρέχει ενδονοσοκομειακή φροντίδα υγείας εκ μέρους του.

(5) Ο παροχέας υπηρεσιών φροντίδας υγείας οφείλει να –

(α) τηρεί όλες τις αναγκαίες πληροφορίες και/ή βιβλία που αφορούν την πορεία της θεραπείας του δικαιούχου, όπως αυτά περιλαμβάνονται στον περί Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων (Έλεγχος Ίδρυσης και Λειτουργίας) Νόμο, από την ημερομηνία εισαγωγής του δικαιούχου μέχρι και την ημερομηνία του εξιτηρίου καθώς και οποιωνδήποτε εγγράφων και/ή στοιχείων και/ή τεκμηρίων καθορίζει και ανακοινώνει ο Οργανισμός σχετικά με τις υπηρεσίες ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας ως αυτές καθορίζονται στον όρο 3.1, και περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τα ενδεικτικά στοιχεία που καθορίζονται στο **Παράρτημα XIII**, καθώς και οποιαδήποτε λεπτομερή στοιχεία τα οποία προσδιορίζουν την ταυτότητα του δικαιούχου, την ιατρική πληροφόρηση αναφορικά με τη θεραπεία που λαμβάνει, το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό του, στο βαθμό που αυτό είναι γνωστό, τη διάγνωση της παρούσας ιατρικής κατάστασής του, τη θεραπευτική αγωγή που παρέχεται, δεδομένα, εκτιμήσεις και πληροφορίες κάθε είδους σχετικά με την κατάσταση και την κλινική εξέλιξη του δικαιούχου κατά την παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας.

(β) τηρεί τις πληροφορίες και/ή τα στοιχεία του δικαιούχου σύμφωνα με τον περί της Προστασίας των Φυσικών Προσώπων Έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμο·

(γ) δίνει πρόσβαση και/ή υποβάλλει στον Οργανισμό, για σκοπούς ελέγχου και/ή αμοιβής, τις αναγκαίες πληροφορίες και/ή τα στοιχεία κατόπιν σχετικού αιτήματος από το Γενικό Διευθυντή και/ή υπαλλήλων του Οργανισμού που εξουσιοδοτούνται από το Γενικό Διευθυντή για το σκοπό αυτό.

(6) Οι πληροφορίες που καταχωρούνται στο σύστημα πληροφορικής καθώς και οποιεσδήποτε άλλες πληροφορίες και/ή στοιχεία τηρούνται από τον παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας, δύναται να χρησιμοποιούνται από τον Οργανισμό για τους σκοπούς του Νόμου και των δυνάμει αυτού εκδιδόμενων Κανονισμών, εσωτερικών κανονισμών, Αποφάσεων και Εγκυκλίων όπως μεταξύ άλλων για σκοπούς ελέγχου, αμοιβής και στατιστικών.

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας

Ημερομηνία Έκδοσης: 03 Σεπτεμβρίου 2026

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Κατηγορίες περιστατικών ομάδων συγγενών διαγνώσεων

- i. Κανονικά περιστατικά, δηλαδή περιστατικά που δεν εμπίπτουν στα σημεία ii – iv πιο κάτω.
- ii. Εξειδικευμένα περιστατικά όπως καθορίζονται και δημοσιοποιούνται στην ιστοσελίδα του Οργανισμού.
- iii. Περιστατικά που αφορούν γέννες.
- iv. Κανονικά και εξειδικευμένα περιστατικά τα οποία προκύπτουν κατόπιν παραπομπής από ΤΑΕΠ στον ίδιο ή σε άλλο παροχέα υπηρεσιών ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας που είναι ενταγμένος στο Σύστημα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II

Υπολογισμός τιμής μονάδας

1) Για κανονικά περιστατικά για καθορισμένο αριθμό μονάδων

(α) Ο Οργανισμός, ύστερα από διαβουλεύσεις με τους εκπροσώπους των νοσηλευτηρίων, καθορίζει με Αποφάσεις την ελάχιστη καθορισμένη τιμή μονάδας για κανονικά περιστατικά.

(β) Η τιμή μονάδας του κάθε παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας για κανονικά περιστατικά, καθορίζεται ως η ελάχιστη καθορισμένη τιμή μονάδας αυξανόμενη με ποσοστό το οποίο προκύπτει από την συνολική βαθμολογία στη βάση των ποιοτικών κριτηρίων του **Παράρτηματος IX**.

Νοείται ότι το ποσοστό αύξησης της ελάχιστης καθορισμένης τιμής μονάδας για νοσηλευτήρια κατηγορίας Tier 1A, Tier 1, Tier 2 και Tier 3 όπως καθορίζονται στο **Παράρτημα IX**, για κανονικά περιστατικά δεν δύναται να είναι μεγαλύτερο από το μέγιστο ποσοστό αύξησης το οποίο καθορίζεται με Αποφάσεις από τον Οργανισμό, ύστερα από διαβουλεύσεις με τους εκπροσώπους των νοσηλευτηρίων.

(γ) Η τιμή μονάδας του κάθε παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας κατηγορίας Tier 1A όπως καθορίζεται στο **Παράρτημα IX**, για κανονικά περιστατικά καθορίζεται ως η τιμή μονάδας σύμφωνα με την παράγραφο (β) αυξανόμενη με επιπρόσθετο ποσοστό το οποίο καθορίζεται με Αποφάσεις από τον Οργανισμό.

(δ) Η τιμή μονάδας για κανονικά περιστατικά, του κάθε παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας ο οποίος κατέχει διαπίστευση για την παροχή της ειδικότητας της παθολογικής ογκολογίας σε ειδικευόμενους ιατρούς και του οποίου τουλάχιστον το 75% του πραγματικού αριθμού μονάδων του αφορούν ογκολογικά περιστατικά, ισούται με την τιμή μονάδας, όπως αυτή υπολογίζεται σύμφωνα με την παράγραφο (β), αυξανόμενη με επιπρόσθετο ποσοστό το οποίο καθορίζεται με Αποφάσεις από τον Οργανισμό.

(ε) Η μέγιστη τιμή μονάδας του παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας για τα νοσηλευτήρια κατηγορίας Tier 1, Tier 2 και Tier 3 όπως καθορίζονται στο **Παράρτημα IX**, για κανονικά περιστατικά καθορίζεται ως η ελάχιστη καθορισμένη τιμή μονάδας αυξανόμενη με το μέγιστο ποσοστό αύξησης, σύμφωνα με την παράγραφο (β).

(στ) Η μέγιστη τιμή μονάδας του παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας για τα νοσηλευτήρια κατηγορίας Tier 1A όπως καθορίζεται στο **Παράρτημα IX**, για κανονικά περιστατικά καθορίζεται ως η ελάχιστη καθορισμένη τιμή μονάδας αυξανόμενη με το μέγιστο ποσοστό αύξησης σύμφωνα με την παράγραφο (β) και αυξανόμενη περαιτέρω με το επιπρόσθετο ποσοστό το οποίο καθορίζεται στην παράγραφο (γ).

(ζ) Η μέγιστη τιμή μονάδας για κανονικά περιστατικά, του παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, για τα νοσηλευτήρια τα οποία πληρούν τα κριτήρια όπως καθορίζονται στην παράγραφο (δ), καθορίζεται ως η ελάχιστη καθορισμένη τιμή μονάδας αυξανόμενη με το μέγιστο ποσοστό αύξησης σύμφωνα με την παράγραφο (β) και αυξανόμενη περαιτέρω με το επιπρόσθετο ποσοστό το οποίο καθορίζεται στην παράγραφο (δ).

2) Για κανονικά περιστατικά για πλεονάζουσες μονάδες

(α) Πλεονάζουσες μονάδες προκύπτουν στις περιπτώσεις όπου ο παρόχεας ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας διενήργησε, κατά την διάρκεια ενός μήνα, αριθμό μονάδων ο οποίος υπερβαίνει τον καθορισμένο αριθμό μονάδων, όπως αυτός έχει καθοριστεί με βάση τις μεθόδους που περιγράφονται στα **Παράρτηματα III μέχρι VIII**.

(β) Η ανά μήνα τιμή μονάδας για τις πλεονάζουσες μονάδες του παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας για κανονικά περιστατικά είναι η τιμή μονάδας του

παροχέα όπως προκύπτει στην παράγραφο (1) η οποία μειώνεται με την εφαρμογή ποσοστού/ών έκπτωσης/ων που αποφασίζονται από τον Οργανισμό.

(γ) Το/τα ποσοστά εκπτώσεων που αποφασίζονται από τον Οργανισμό υπολογίζονται λαμβάνοντας υπόψη τις δυνατότητες του σφαιρικού προϋπολογισμού, τον προϋπολογισμό που αφορά το σύνολο των πλεοναζουσών μονάδων για κανονικά περιστατικά για όλους τους παροχείς ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας ο οποίος διατίθεται στο συγκεκριμένο μήνα, το συνολικό αριθμό των πλεοναζουσών μονάδων για κανονικά περιστατικά που διενέργησαν όλοι οι παροχείς ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας ο οποίος προκύπτει από τις μηνιαίες απαιτήσεις που υποβλήθηκαν και εγκρίθηκαν για το συγκεκριμένο μήνα και την τιμή μονάδας του κάθε παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας.

(δ) Σε περίπτωση που σε παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας προκύψουν δύο τιμές μονάδας για τα κανονικά περιστατικά κατά τη διάρκεια ενός μηνός λόγω υπέρβασης του καθορισμένου αριθμού μονάδων του παροχέα για τα κανονικά περιστατικά, τότε η τελική τιμή μονάδας του παροχέα για όλες τις μονάδες για τα κανονικά περιστατικά του συγκεκριμένου μήνα, υπολογίζεται ως η μέση σταθμισμένη τιμή μεταξύ των δύο τιμών μονάδας.

(ε) Η μέση σταθμισμένη τιμή της τιμής μονάδας του κάθε παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας όπως προκύπτει από την παράγραφο (2) (δ) δεν δύναται να είναι χαμηλότερη από την ελάχιστη μέση σταθμισμένη τιμή μονάδας το ύψος της οποίας καθορίζεται με Αποφάσεις.

3) Για εξειδικευμένα περιστατικά για καθορισμένο αριθμό μονάδων

(α) Ο Οργανισμός, ύστερα από διαβουλεύσεις με τους εκπροσώπους των νοσηλευτηρίων, καθορίζει με Αποφάσεις την ελάχιστη καθορισμένη τιμή μονάδας για εξειδικευμένα περιστατικά.

(β) Η τιμή μονάδας του κάθε παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας για εξειδικευμένα περιστατικά καθορίζεται ως η ελάχιστη καθορισμένη τιμή αυξανόμενη με ποσοστό το οποίο προκύπτει από την συνολική βαθμολογία στην βάση των ποιοτικών κριτηρίων του **Παράρτηματος ΙΧ**.

Νοείται ότι το ποσοστό αύξησης της ελάχιστης καθορισμένης τιμής μονάδας για νοσηλευτήρια κατηγορίας Tier 1, Tier 2 και Tier 3 όπως καθορίζονται στο **Παράρτημα ΙΧ**, για εξειδικευμένα περιστατικά δεν δύναται να είναι μεγαλύτερο από το μέγιστο ποσοστό αύξησης το οποίο καθορίζεται με Αποφάσεις από τον Οργανισμό, ύστερα από διαβουλεύσεις με τους εκπροσώπους των νοσηλευτηρίων.

(γ) Η τιμή μονάδας του κάθε παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας κατηγορίας Tier 1A όπως καθορίζεται στο **Παράρτημα ΙΧ**, για εξειδικευμένα περιστατικά καθορίζεται ως η τιμή μονάδας σύμφωνα με την παράγραφο (β) αυξανόμενη με επιπρόσθετο ποσοστό το οποίο καθορίζεται με Αποφάσεις από τον Οργανισμό.

(δ) Η τιμή μονάδας για εξειδικευμένα περιστατικά, του κάθε παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας ο οποίος κατέχει διαπίστευση για την παροχή της ειδικότητας της παθολογικής ογκολογίας σε ειδικευόμενους ιατρούς και του οποίου τουλάχιστον το 75% του πραγματικού αριθμού μονάδων του αφορούν ογκολογικά περιστατικά, ισούται με την τιμή μονάδας, όπως αυτή υπολογίζεται σύμφωνα με την παράγραφο (β), αυξανόμενη με επιπρόσθετο ποσοστό το οποίο καθορίζεται με Αποφάσεις από τον Οργανισμό.

(ε) Η μέγιστη τιμή μονάδας του παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας για νοσηλευτήρια κατηγορίας Tier 1, Tier 2 και Tier 3 όπως καθορίζονται στο **Παράρτημα ΙΧ**, για εξειδικευμένα περιστατικά καθορίζεται ως η ελάχιστη καθορισμένη τιμή μονάδας αυξανόμενη με το μέγιστο ποσοστό αύξησης, σύμφωνα με την παράγραφο (β).

(στ) Η μέγιστη τιμή μονάδας του παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας για τα νοσηλευτήρια κατηγορίας Tier 1A όπως καθορίζεται στο **Παράρτημα ΙΧ**, για εξειδικευμένα περιστατικά καθορίζεται ως η ελάχιστη καθορισμένη τιμή μονάδας αυξανόμενη με το μέγιστο ποσοστό αύξησης σύμφωνα με την παράγραφο (β) και αυξανόμενη περαιτέρω με το επιπρόσθετο ποσοστό το οποίο καθορίζεται στην παράγραφο (γ).

(ζ) Η μέγιστη τιμή μονάδας για εξειδικευμένα περιστατικά, του παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, για τα νοσηλευτήρια τα οποία πληρούν τα κριτήρια όπως καθορίζονται στην παράγραφο (δ), καθορίζεται ως η ελάχιστη καθορισμένη τιμή μονάδας αυξανόμενη με το μέγιστο ποσοστό αύξησης σύμφωνα με την παράγραφο (β) και αυξανόμενη περαιτέρω με το επιπρόσθετο ποσοστό το οποίο καθορίζεται στην παράγραφο (δ).

4) Για εξειδικευμένα περιστατικά για πλεονάζουσες μονάδες

(α) Πλεονάζουσες μονάδες προκύπτουν στις περιπτώσεις όπου ο παρόχας ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας διενεργήσει κατά την διάρκεια ενός μήνα αριθμό μονάδων ο οποίος υπερβαίνει τον καθορισμένο αριθμό μονάδων, όπως αυτός έχει καθοριστεί με βάση τις μεθόδους που περιγράφονται στα **Παραρτήματα ΙΙΙ μέχρι VIII**.

(β) Η ανά μήνα τιμή μονάδας για τις πλεονάζουσες μονάδες του κάθε παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας για εξειδικευμένα περιστατικά είναι η τιμή μονάδας όπως προκύπτει από την παράγραφο (3) (β) μειωμένη κατά ποσοστό/ών έκπτωσης/ων, όπου εφαρμόζεται, βάσει του κοινού προϋπολογισμού (contestable budget) το ύψος του οποίου καθορίζεται με Αποφάσεις.

(γ) Ο κοινός προϋπολογισμός (contestable budget) περιλαμβάνει το ποσό που αναλογεί στο 10% των πραγματικών μονάδων κάθε παροχέα για εξειδικευμένα περιστατικά κάθε παροχέα, του προηγούμενου χρόνου, πολλαπλασιαζόμενο με την τιμή μονάδας κάθε παροχέα σύμφωνα με την παράγραφο (3) (β). Ο κοινός προϋπολογισμός κατανέμεται ανά μήνα.

(δ) Όταν ο συνολικός πραγματικός αριθμός πλεοναζουσών μονάδων για εξειδικευμένα περιστατικά πολλαπλασιαζόμενος με την τιμή μονάδας κάθε νοσηλευτηρίου σύμφωνα με την παράγραφο (3) (β) του μήνα δεν υπερβαίνει το ύψος του κοινού προϋπολογισμού του μήνα τότε ο κάθε παρόχας αμείβεται για τις πλεονάζουσες μονάδες με την τιμή μονάδας του σύμφωνα με την παράγραφο (3) (β) και οποιοδήποτε πλεόνασμα του κοινού προϋπολογισμού μεταφέρεται στους επόμενους μήνες.

(ε) Όταν ο συνολικός πραγματικός αριθμός πλεοναζουσών μονάδων για εξειδικευμένα περιστατικά πολλαπλασιαζόμενος με την τιμή μονάδας κάθε νοσηλευτηρίου σύμφωνα με την παράγραφο (3) (β) υπερβαίνει το ύψος του κοινού προϋπολογισμού τότε εφαρμόζεται αναλογικά ενιαίος εκπτώτικος δείκτης στην τιμή μονάδας του κάθε παροχέα, για τον πραγματικό αριθμό μονάδων πέραν του καθορισμένου αριθμού μονάδων του κάθε παροχέα, ώστε να μην υπάρχει υπέρβαση του κοινού προϋπολογισμού.

(στ) Σε περίπτωση που σε παροχέα ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας προκύψουν δύο τιμές μονάδας για τα εξειδικευμένα περιστατικά κατά τη διάρκεια ενός μηνός λόγω υπέρβασης του καθορισμένου αριθμού μονάδων του παροχέα για τα εξειδικευμένα περιστατικά, τότε η τελική τιμή μονάδας του παροχέα για όλες τις μονάδες για τα εξειδικευμένα περιστατικά του συγκεκριμένου μήνα, υπολογίζεται ως η μέση σταθμισμένη τιμή μεταξύ των δύο τιμών μονάδας.

5) Για περιστατικά που αφορούν γέννες

(α) Ο Οργανισμός, ύστερα από διαβουλεύσεις με τους εκπροσώπους των νοσηλευτηρίων, καθορίζει με Αποφάσεις την τιμή μονάδας για τα περιστατικά που αφορούν γέννες..

(β) Δεν εφαρμόζεται καθορισμένος αριθμός μονάδων για τα περιστατικά που αφορούν γέννες και ο παροχέας ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας αμείβεται για όλες τις μονάδες που διενεργεί με βάση την τιμή μονάδας η οποία καθορίζεται στην παράγραφο (5)(α).

6) Για κανονικά και εξειδικευμένα περιστατικά τα οποία προκύπτουν κατόπιν παραπομπής από ΤΑΕΠ άλλου νοσηλευτηρίου ενταγμένου στο Σύστημα

(α) Για περιστατικά ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας τα οποία διενεργούνται από νοσηλευτήριο κατόπιν παραπομπής από ΤΑΕΠ άλλου νοσηλευτηρίου ενταγμένου στο Σύστημα η τιμή μονάδας για τα κανονικά και εξειδικευμένα περιστατικά καθορίζεται στις παραγράφους (β) και (γ) αντίστοιχα:

(β) Για κανονικά περιστατικά:

- i. **Νοσηλευτήρια που κατηγοριοποιούνται στο Tier 1A και Tier 1 σύμφωνα με το Παράρτημα ΙΧ:** Η τιμή μονάδας καθορίζεται ως η υψηλότερη μεταξύ, της τιμής μονάδας που καθορίζει με Αποφάσεις ο Οργανισμός για τα κανονικά περιστατικά τα οποία προκύπτουν κατόπιν παραπομπής από ΤΑΕΠ, και της τιμής μονάδας του παροχέα για τα κανονικά περιστατικά όπως αυτή προκύπτει από την παράγραφο (1) (β).
- ii. **Νοσηλευτήρια που κατηγοριοποιούνται στα Tier 2 και Tier 3:** Η τιμή μονάδας είναι η τιμή μονάδας του παροχέα για τα κανονικά περιστατικά όπως αυτή προκύπτει από την παράγραφο (1) (β).

(γ) Για εξειδικευμένα περιστατικά:

- i. **Νοσηλευτήρια που κατηγοριοποιούνται στο Tier 1A και Tier 1 σύμφωνα με το Παράρτημα ΙΧ:** Η τιμή μονάδας καθορίζεται ως η υψηλότερη μεταξύ, της τιμής μονάδας που καθορίζει ο Οργανισμός για τα εξειδικευμένα περιστατικά τα οποία προκύπτουν κατόπιν παραπομπής από ΤΑΕΠ, το ύψος της οποίας καθορίζεται με Αποφάσεις, και της τιμής μονάδας του παροχέα για τα εξειδικευμένα περιστατικά όπως αυτή προκύπτει από την παράγραφο (3) (β).
- ii. **Νοσηλευτήρια που κατηγοριοποιούνται στα Tier 2 και Tier 3 σύμφωνα με το Παράρτημα ΙΧ:** Η τιμή μονάδας είναι η τιμή μονάδας του παροχέα για τα εξειδικευμένα περιστατικά όπως αυτή προκύπτει από την παράγραφο (3) (β).

7) Για κανονικά και εξειδικευμένα περιστατικά τα οποία προκύπτουν κατόπιν παραπομπής από το ΤΑΕΠ του ίδιου νοσηλευτηρίου

(α) Ο Οργανισμός, ύστερα από διαβουλεύσεις με τους εκπροσώπους των νοσηλευτηρίων, καθορίζει με Αποφάσεις το μέγιστο αριθμό περιστατικών για το νοσηλευτήριο το οποίο λειτουργεί ΤΑΕΠ εντός του Συστήματος, τα οποία είτε διενεργούνται από το ίδιο το νοσηλευτήριο είτε παραπέμπονται και διενεργούνται από άλλο νοσηλευτήριο.

(β) Στη περίπτωση που δεν υπάρχει υπέρβαση του μέγιστου αριθμού περιστατικών που καθορίζεται στην παράγραφο (7) (α), η τιμή μονάδας για τα κανονικά και εξειδικευμένα περιστατικά καθορίζεται στο (γ) και (δ) αντίστοιχα:

(γ) Για κανονικά περιστατικά:

- i. **Νοσηλευτήρια που κατηγοριοποιούνται στο Tier 1A και Tier 1 σύμφωνα με το Παράρτημα ΙΧ:** Η τιμή μονάδας καθορίζεται ως η υψηλότερη μεταξύ, της τιμής μονάδας που καθορίζει με Αποφάσεις ο Οργανισμός για τα κανονικά περιστατικά

τα οποία προκύπτουν κατόπιν παραπομπής από ΤΑΕΠ, και της τιμής μονάδας του παροχέα για τα κανονικά περιστατικά όπως αυτή προκύπτει από την παράγραφο (1) (β).

- ii. **Νοσηλευτήρια που κατηγοριοποιούνται στα Tier 2 και Tier 3 σύμφωνα με το Παράρτημα ΙΧ:** Η τιμή μονάδας είναι η τιμή μονάδας του παροχέα για τα κανονικά περιστατικά όπως αυτή προκύπτει από την παράγραφο (1) (β).

(δ) Για εξειδικευμένα περιστατικά:

- i. **Νοσηλευτήρια που κατηγοριοποιούνται στο Tier 1Α και Tier 1 σύμφωνα με το Παράρτημα ΙΧ:** Η τιμή μονάδας καθορίζεται ως η υψηλότερη μεταξύ, της τιμής μονάδας που καθορίζει με Αποφάσεις ο Οργανισμός για τα εξειδικευμένα περιστατικά τα οποία προκύπτουν κατόπιν παραπομπής από ΤΑΕΠ, και της τιμής μονάδας του παροχέα για τα εξειδικευμένα περιστατικά όπως αυτή προκύπτει από την παράγραφο (3) (β).
- ii. **Νοσηλευτήρια που κατηγοριοποιούνται στα Tier 2 και Tier 3 σύμφωνα με το Παράρτημα ΙΧ:** Η τιμή μονάδας είναι η τιμή μονάδας του παροχέα για τα εξειδικευμένα περιστατικά όπως αυτή προκύπτει από την παράγραφο (3) (β).

(ε) Στη περίπτωση που υπάρχει υπέρβαση του μέγιστου αριθμού περιστατικών που καθορίζεται στην παράγραφο (7) (α), η τιμή μονάδας για τις μονάδες της υπέρβασης καθορίζεται ως ακολούθως:

- i. Για κανονικά περιστατικά υπολογίζεται με βάση τις παραγράφους (1) και (2).
- ii. Για εξειδικευμένα περιστατικά υπολογίζεται με βάση τις παραγράφους (3) και (4).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Υπολογισμός του καθορισμένου αριθμού μονάδων για τα κανονικά περιστατικά για τα υφιστάμενα νοσηλευτήρια

(α) Για κάθε υφιστάμενο νοσηλευτήριο ο καθορισμένος αριθμός μονάδων για τα κανονικά περιστατικά υπολογίζεται με βάση τον καθορισμένο αριθμό μονάδων για τα κανονικά περιστατικά της αντιπροσωπευτικής περιόδου αναπροσαρμόζόμενο στη βάση του ποσοστού απόκλισης του πραγματικού αριθμού μονάδων του, για την ίδια αντιπροσωπευτική περίοδο σε σχέση με τον καθορισμένο αριθμό μονάδων του για τα κανονικά περιστατικά της αντιπροσωπευτικής περιόδου.

(β) Το ποσοστό απόκλισης, σύμφωνα με την παράγραφο (α) υπολογίζεται ως η διαφορά μεταξύ του πραγματικού αριθμού μονάδων της αντιπροσωπευτικής περιόδου και του καθορισμένου αριθμού μονάδων της ίδιας αντιπροσωπευτικής περιόδου για τα κανονικά περιστατικά διαιρούμενου με τον καθορισμένο αριθμό μονάδων της αντιπροσωπευτικής περιόδου για τα κανονικά περιστατικά επί 100.

(γ) Η αναπροσαρμογή του καθορισμένου αριθμού μονάδων της αντιπροσωπευτικής περιόδου για τον καθορισμό του καθορισμένου αριθμού μονάδων του τρέχων έτους καθορίζεται ως ακολούθως και με βάση τον πιο κάτω πίνακα -

- i. στις περιπτώσεις που το ποσοστό απόκλισης έχει αρνητικό πρόσημο ο καθορισμένος αριθμός μονάδων ισούται με τον καθορισμένο αριθμό της αντιπροσωπευτικής περιόδου μειωμένο κατά το ποσοστό που καθορίζεται στο πιο κάτω πίνακα,
- ii. στις περιπτώσεις που το ποσοστό απόκλισης έχει θετικό πρόσημο ο καθορισμένος αριθμός μονάδων ισούται με τον καθορισμένο αριθμό της αντιπροσωπευτικής περιόδου αυξημένο κατά το ποσοστό που καθορίζεται στο πιο κάτω πίνακα -

% Απόκλισης πραγματικού αριθμού μονάδων της αντιπροσωπευτικής περιόδου σε σχέση με τον καθορισμένο αριθμό μονάδων της ίδιας αντιπροσωπευτικής περιόδου		Αύξηση / (μείωση) στον αριθμό καθορισμένων μονάδων της αντιπροσωπευτικής περιόδου
Από	Μέχρι	
-50%	-100%	-10%
-40%	-50%	-8%
-30%	-40%	-6%
-20%	-30%	-4%
-10%	-20%	-2%
-10%	10%	0%
10%	20%	2%
20%	30%	4%
30%	40%	6%
40%	50%	8%
50%	100%	10%
100%	150%	25%
150%	200%	50%
200%	300%	80%
>300%		120%

(δ) Ο αριθμός μονάδων κάθε υφιστάμενου νοσηλευτηρίου για κανονικά περιστατικά τα οποία προκύπτουν κατόπιν παραπομπής από ΤΑΕΠ στο ίδιο ή σε άλλο νοσηλευτήριο που είναι ενταγμένα στο Σύστημα είναι επιπρόσθετος από τον καθορισμένο αριθμό μονάδων για κανονικά περιστατικά όπως προκύπτει σύμφωνα με το παρόν Παράρτημα.

(ε) Νοσηλευτήριο το οποίο καθίσταται από νέο σε υφιστάμενο νοσηλευτήριο, δύναται να υποβάλει στον Οργανισμό, εντός δώδεκα (12) μηνών από το μήνα από τον οποίο καθίσταται ως υφιστάμενο, γραπτό αίτημα όπως αναθεωρηθεί ο καθορισμένος αριθμός μονάδων του για τα κανονικά περιστατικά.

Ο Οργανισμός, εξετάζει το αίτημα που προνοείται στην παράγραφο (ε) πιο πάνω, για τον υπολογισμό του καθορισμένου αριθμού μονάδων για τα κανονικά περιστατικά, και εφαρμόζει το μεγαλύτερο από τα ακόλουθα:

- i. υπολογισμός στη βάση των παραγράφων (α) - (δ) πιο πάνω,
- ii. τον πραγματικό αριθμό μονάδων για κανονικά περιστατικά της αντιπροσωπευτικής περιόδου κατά την οποία το νοσηλευτήριο ήταν στην κατηγορία νέο νοσηλευτήριο, αναπροσαρμοσμένο σε ετήσια βάση.

Νοείται ότι ο καθορισμένος αριθμός μονάδων που θα υπολογιστεί στη βάση της παρούσας παραγράφου, θα έχει ισχύ εντός δύο (2) μηνών από τον μήνα που υποβλήθηκε το εν λόγω αίτημα, και μέχρι τη λήξη των πρώτων δώδεκα (12) μηνών από το μήνα κατά τον οποίο το νοσηλευτήριο καθίσταται υφιστάμενο.

Ακολούθως, ο υπολογισμός του καθορισμένου αριθμού μονάδων γίνεται με τη λήξη των πρώτων δώδεκα (12) μηνών από το μήνα που το νοσηλευτήριο καθίσταται υφιστάμενο, και στη συνέχεια γίνεται την ίδια χρονική περίοδο με τα υφιστάμενα νοσηλευτήρια στη βάση των παραγράφων (α) - (δ) πιο πάνω.

(στ) Υφιστάμενο νοσηλευτήριο:

- i. του οποίου τουλάχιστον το 75% του πραγματικού του αριθμού μονάδων για κανονικά περιστατικά αφορά σε παθολογικά περιστατικά, και
- ii. το οποίο διενεργεί τουλάχιστον διπλάσιο αριθμό μονάδων για κανονικά περιστατικά σε σχέση με τον καθορισμένο αριθμό μονάδων του όπως αυτός υπολογίστηκε με βάση τις παραγράφους (α) - (δ) πιο πάνω

δύναται να υποβάλει, μία φορά, στον Οργανισμό γραπτό αίτημα, όπως αναθεωρηθεί ο καθορισμένος αριθμός μονάδων του για τα κανονικά περιστατικά.

(ζ) Ο Οργανισμός κατά την εξέταση του αιτήματος που προνοείται στην παράγραφο (στ) πιο πάνω, αξιολογεί και ελέγχει κατά πόσο ισχύουν τα κριτήρια που αναφέρονται στις υποπαραγράφους (i) και (ii) της παραγράφου (στ) εντός της σχετικής αντιπροσωπευτικής περιόδου και εγκρίνει ή απορρίπτει το αίτημα, ανάλογα με την περίπτωση.

(η) Σε περίπτωση που ο Οργανισμός εγκρίνει το αίτημα του υφιστάμενου νοσηλευτηρίου το οποίο προνοείται στην παράγραφο (στ) πιο πάνω, αυξάνει τον καθορισμένο αριθμό μονάδων του για τα κανονικά περιστατικά κατά 100%, και δημιουργεί δύο υποκατηγορίες καθορισμένου αριθμού μονάδων για κανονικά περιστατικά, μία για τον αριθμό των μονάδων για κανονικά περιστατικά εκτός των παθολογικών περιστατικών και μία για τον αριθμό μονάδων για κανονικά περιστατικά τα οποία αφορούν σε παθολογικά περιστατικά.

(θ) Ο καθορισμένος αριθμός μονάδων της υποκατηγορίας κανονικά περιστατικά εκτός των παθολογικών περιστατικών η οποία προβλέπεται στην παράγραφο (η) πιο πάνω, ανέρχεται στο 25% του υφιστάμενου αριθμού καθορισμένων μονάδων για κανονικά περιστατικά όπως υπολογίζεται με βάση τις παραγράφους (α) - (δ) πιο πάνω. Ο καθορισμένος αριθμός μονάδων

της υποκατηγορίας κανονικά περιστατικά τα οποία αφορούν σε παθολογικά περιστατικά η οποία προβλέπεται στην παράγραφο (η) πιο πάνω, ανέρχεται στο άθροισμα του 75% του υφιστάμενου αριθμού καθορισμένων μονάδων για κανονικά περιστατικά όπως υπολογίζεται με βάση τις παραγράφους (α) - (δ) πιο πάνω και του υφιστάμενου καθορισμένου αριθμού μονάδων για κανονικά περιστατικά όπως υπολογίζεται με βάση τις παραγράφους (α) - (δ) πιο πάνω.

(ι) Ο υπολογισμός του καθορισμένου αριθμού μονάδων για κανονικά περιστατικά και των δύο υποκατηγοριών γίνεται αρχικά με την ολοκλήρωση της εξέτασης του αιτήματος το οποίο προνοείται στην παράγραφο (στ) και ακολούθως, γίνεται την ίδια χρονική περίοδο με τα υφιστάμενα νοσηλευτήρια.

Νοείται ότι ο καθορισμένος αριθμός μονάδων και των δύο υποκατηγοριών που αναφέρονται πιο πάνω υπολογίζεται ξεχωριστά με βάση τις παραγράφους (α) - (δ) πιο πάνω.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

Υπολογισμός του καθορισμένου αριθμού μονάδων για τα κανονικά περιστατικά για νέα νοσηλευτήρια

(α) Για κάθε νέο νοσηλευτήριο ο καθορισμένος αριθμός μονάδων για τα κανονικά περιστατικά υπολογίζεται ως το άθροισμα των ακόλουθων –

- i. το γινόμενο που προκύπτει από τον πολλαπλασιασμό του συνολικού αριθμού κλινών του νέου νοσηλευτηρίου επί σταθερού ποσοστού επί αριθμό μονάδων, και
- ii. το γινόμενο που προκύπτει από τον πολλαπλασιασμό του συνολικού αριθμού κλινών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) επί σταθερού ποσοστού επί αριθμό μονάδων.

(β) Ο συνολικός αριθμός κλινών που αναφέρεται στην παράγραφο (α) (i) αφορά τις ενεργές κλίνες του νοσηλευτηρίου εξαιρουμένων των κλινών ΜΕΘ.

(γ) Για τον υπολογισμό του αριθμού κλινών που αναφέρεται στην παράγραφο (α) (i) εφαρμόζεται ελάχιστη αναλογία μεταξύ του αριθμού ιατρών που είναι συνδεδεμένοι με το νοσηλευτήριο και του αριθμού των κλινών του νοσηλευτηρίου όπως καθορίζεται στον πιο κάτω πίνακα –

Κατηγορία νοσηλευτηρίου με βάση το ποιοτικό κριτήριο 1 του Παραρτήματος IX	Ελάχιστη αναλογία ιατρών / κλίνες
Tier 1	0,80
Tier 2	0,35
Tier 3	0,35

(δ) Όπου η πραγματική αναλογία ιατρών προς κλίνες είναι μεγαλύτερη από την ελάχιστη αναλογία ιατρών/κλίνες, όπως καθορίζεται στον πιο πάνω πίνακα, ο αριθμός των κλινών που αναφέρεται στην παράγραφο (α) (i) καθορίζεται ως ο πραγματικός αριθμός κλινών του νοσηλευτηρίου.

(ε) Όπου η πραγματική αναλογία ιατρών προς κλίνες είναι μικρότερη από την ελάχιστη αναλογία ιατρών/κλίνες, όπως καθορίζεται στο πιο πάνω πίνακα, ο αριθμός των κλινών που αναφέρεται στην παράγραφο (α) (i) καθορίζεται ως ο πραγματικός αριθμός κλινών του νοσηλευτηρίου μειωμένος με το ποσοστό που προκύπτει από την διαφορά του απαιτούμενου αριθμού ιατρών βάσει της ελάχιστης αναλογίας ιατρών/κλινών και του πραγματικού αριθμού ιατρών διαιρουμένου με τον ελάχιστο αριθμό ιατρών βάσει της ελάχιστης αναλογίας ιατρών/κλινών.

(στ) Ο αριθμός ιατρών που λαμβάνεται υπόψη είναι ο ισοδύναμος αριθμός πλήρους απασχόλησης.

(ζ) Στον αριθμό ιατρών που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του συνολικού αριθμού των κλινών που αναφέρεται στην παράγραφο (α) (i) δεν συμπεριλαμβάνονται οι ανειδίκευτοι ιατροί.

(η) Στις περιπτώσεις ιατρών που είναι συνδεδεμένοι με περισσότερα από ένα νοσηλευτήρια, ο αριθμός των ιατρών που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του συνολικού αριθμού των κλινών που αναφέρεται στην παράγραφο (α) (i) γίνεται με βάση την αναλογία τους (π.χ. ½ αν είναι συνδεδεμένοι σε δύο νοσηλευτήρια).

(θ) Το ποσοστό που αναφέρεται στην παράγραφο (α) (i) καθορίζεται ως ακολούθως-

Κατηγορία νοσηλευτηρίου με βάση το ποιοτικό κριτήριο 1 του Παραρτήματος ΙΧ	Νοσηλευτήρια χωρίς γέννες	Νοσηλευτήρια με γέννες	Γυναικολογικές κλινικές
Tier 1	60%	53%	
Tier 2	65%	58%	
Tier 3	95%	88%	55%

(ι) Το ύψος του αριθμού των μονάδων που αναφέρεται στην παράγραφο (α) (i) καθορίζεται σε 35 μονάδες

(ια) Ο συνολικός αριθμός των κλινών που αναφέρεται στην παράγραφο (α) (ii) αφορά τις ενεργές κλίνες ΜΕΘ του νοσηλευτηρίου.

(ιβ) Για τον υπολογισμό του αριθμού των κλινών που αναφέρεται στην παράγραφο (α) (ii) εφαρμόζεται ελάχιστη αναλογία 0.20 μεταξύ του αριθμού των Εντατικολόγων που είναι συνδεδεμένοι με το νοσηλευτήριο και του αριθμού των κλινών ΜΕΘ του νοσηλευτηρίου.

(ιγ) Όπου η πραγματική αναλογία Εντατικολόγων προς κλίνες ΜΕΘ είναι μεγαλύτερη από την ελάχιστη αναλογία Εντατικολόγων/κλίνες, ο αριθμός των κλινών ΜΕΘ που αναφέρεται στην παράγραφο (α) (ii) καθορίζεται ως ο πραγματικός αριθμός κλινών ΜΕΘ του νοσηλευτηρίου.

(ιδ) Όπου η πραγματική αναλογία Εντατικολόγων προς κλίνες ΜΕΘ είναι μικρότερη από την ελάχιστη αναλογία Εντατικολόγων/κλίνες ΜΕΘ, ο αριθμός των κλινών που αναφέρεται στην παράγραφο (α) (i) καθορίζεται ως ο πραγματικός αριθμός κλινών ΜΕΘ του νοσηλευτηρίου μειωμένος με το ποσοστό που προκύπτει από την διαφορά του απαιτούμενου αριθμού Εντατικολόγων βάσει της ελάχιστης αναλογίας Εντατικολόγων /κλινών ΜΕΘ και του πραγματικού αριθμού Εντατικολόγων διαιρουμένου με τον ελάχιστο αριθμό Εντατικολόγων βάσει της ελάχιστης αναλογίας Εντατικολόγων /κλινών ΜΕΘ.

(ιε) Στις περιπτώσεις Εντατικολόγων που είναι συνδεδεμένοι σε περισσότερα από ένα νοσηλευτήρια, ο αριθμός των Εντατικολόγων που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του συνολικού αριθμού των κλινών που αναφέρεται στην παράγραφο (α) (ii) γίνεται με βάση την αναλογία για των εν λόγω Εντατικολόγων (π.χ. $\frac{1}{2}$ αν είναι συνδεδεμένοι σε δύο νοσηλευτήρια).

(ιστ) Το σταθερό ποσοστό που αναφέρεται στην παράγραφο (α) (ii) καθορίζεται ως ακολούθως -

Κατηγορία νοσηλευτηρίου με βάση το ποιοτικό κριτήριο 1 του Παραρτήματος ΙΧ	Νοσηλευτήρια χωρίς γέννες	Νοσηλευτήρια με γέννες	Γυναικολογικές κλινικές
Tier 1	60%	53%	
Tier 2	65%	58%	
Tier 3	95%	88%	55%

(ιζ) Ο αριθμός μονάδων στην παράγραφο (α) (ii) καθορίζεται ανά κλιμάκιο αριθμού κλινών ΜΕΘ με βάση τον ακόλουθο πίνακα -

Κλιμάκιο αριθμού κλινών ΜΕΘ (από – μέχρι)	Μονάδες ανά κλίνη ΜΕΘ
1 - 10	65
11 - 20	40
> 20	35

όπου από 1 μέχρι 10 κλίνες ΜΕΘ ο αριθμός των μονάδων είναι 65 για τις επόμενες 11 μέχρι 20 ο αριθμός των μονάδων είναι 40 και πάνω από 20 ο αριθμός των μονάδων είναι 35 και σωρευτικά οι συνολικές μονάδες το άθροισμα τους.

(ιη) Για τους πρώτους δώδεκα (12) μήνες από την ένταξη του νέου νοσηλευτηρίου, ο υπολογισμός του καθορισμένου αριθμού μονάδων του για τα κανονικά περιστατικά με βάση τις παραγράφους (α) μέχρι (ιζ) γίνεται σε μηνιαία βάση.

(ιθ) Ανεξάρτητα από τις διατάξεις των προνοιών των παραγράφων (α) μέχρι (ιζ) όταν το 50% του γινομένου που προκύπτει από τον πολλαπλασιασμό του πραγματικού συνολικού αριθμού κλινών επί του σταθερού ποσοστού επί του αριθμό μονάδων είναι μεγαλύτερο από το καθορισμένο αριθμό μονάδων που προκύπτει σύμφωνα με τις παραγράφους (α) μέχρι (ιζ) ο καθορισμένος αριθμός καθορίζεται στο 50% του γινομένου που προκύπτει από τον πολλαπλασιασμό του πραγματικού συνολικού αριθμού κλινών επί του σταθερού ποσοστού επί τον αριθμό μονάδων.

Νοείται ότι στον πραγματικό συνολικό αριθμό κλινών συμπεριλαμβάνονται και οι κλίνες ΜΕΘ.

(κ) Ο αριθμός μονάδων κάθε νέου νοσηλευτηρίου για κανονικά περιστατικά τα οποία προκύπτουν κατόπιν παραπομπής από ΤΑΕΠ στο ίδιο ή σε άλλο νοσηλευτήριο που είναι ενταγμένα στο Σύστημα είναι επιπρόσθετος από τον καθορισμένο αριθμό μονάδων για κανονικά περιστατικά όπως προκύπτει σύμφωνα με το παρόν Παράρτημα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Υπολογισμός του καθορισμένου αριθμού μονάδων για τα κανονικά περιστατικά για υφιστάμενα νοσηλευτήρια που προβαίνουν σε σημαντική επέκταση κλινών

Όπου υφιστάμενο νοσηλευτήριο προβαίνει σε σημαντική επέκταση κλινών, δηλαδή διπλασιασμό του αριθμού των κλινών του σε σχέση με τον αριθμό των κλινών του κατά την τελευταία ημέρα του προηγούμενου ημερολογιακού έτους ισχύουν τα ακόλουθα:

(α) Όπου υφιστάμενο νοσηλευτήριο προβαίνει σε σημαντική επέκταση κλινών, ο καθορισμένος αριθμός μονάδων για τα κανονικά περιστατικά υπολογίζεται ως ακολούθως-

- i. για τον αριθμό κλινών πριν την επέκταση εφαρμόζεται η μέθοδος υπολογισμού που περιγράφεται στο **Παράρτημα III** και
- ii. για τις νέες κλίνες εφαρμόζεται η μέθοδος υπολογισμού που περιγράφεται στο **Παράρτημα IV**.

(β) Όπου το άθροισμα του καθορισμένου αριθμού μονάδων για κανονικά και εξειδικευμένα περιστατικά που υπολογίζεται για τις νέες κλίνες σύμφωνα με την παράγραφο (α) (ii) του **Παραρτήματος V** και την παράγραφο (α) (ii) του **Παραρτήματος VIII**, υπερβαίνει το άθροισμα του καθορισμένου αριθμού μονάδων για τα κανονικά και εξειδικευμένα περιστατικά που υπολογίζεται για τον αριθμό των κλινών πριν την επέκταση σύμφωνα με την παράγραφο (α) (i) του **Παραρτήματος V** και την παράγραφο (α) (i) του **Παραρτήματος VIII**, το νοσηλευτήριο τυγχάνει χειρισμού ως νέο νοσηλευτήριο και ο καθορισμένος αριθμός μονάδων για τα κανονικά περιστατικά υπολογίζεται σύμφωνα με τη μέθοδο υπολογισμού που περιγράφεται στο **Παράρτημα IV**.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI

Υπολογισμός του καθορισμένου αριθμού μονάδων για τα εξειδικευμένα περιστατικά για τα υφιστάμενα νοσηλευτήρια

(α) Για κάθε υφιστάμενο νοσηλευτήριο ο καθορισμένος αριθμός μονάδων για τα εξειδικευμένα περιστατικά καθορίζεται ως το 90% του πραγματικού αριθμού μονάδων για εξειδικευμένα περιστατικά της αντιπροσωπευτικής περιόδου.

(β) Ο αριθμός μονάδων υφιστάμενου νοσηλευτηρίου για εξειδικευμένα περιστατικά τα οποία προκύπτουν κατόπιν παραπομπής από ΤΑΕΠ στο ίδιο ή σε άλλο νοσηλευτήριο που είναι ενταγμένο στο Σύστημα είναι επιπρόσθετος από τον καθορισμένο αριθμό μονάδων για εξειδικευμένα περιστατικά όπως προκύπτει σύμφωνα με το παρόν Παράρτημα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII

Υπολογισμός του καθορισμένου αριθμού μονάδων για τα εξειδικευμένα περιστατικά για νέα νοσηλευτήρια

(α) Για κάθε νέο νοσηλευτήριο ο καθορισμένος αριθμός μονάδων για τα εξειδικευμένα περιστατικά υπολογίζεται ως το άθροισμα των ακόλουθων-

- i. το γινόμενο που προκύπτει από τον πολλαπλασιασμό του συνολικού αριθμού κλινών του νέου νοσηλευτηρίου επί σταθερού ποσοστού επί αριθμό μονάδων επί 90% και
- ii. το γινόμενο που προκύπτει από τον πολλαπλασιασμό του συνολικού αριθμού κλινών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) επί σταθερού ποσοστού επί αριθμό μονάδων επί 90%

(β) Ο συνολικός αριθμός των κλινών που αναφέρεται στο (α) (i) αφορά τις ενεργές κλίνες του νοσηλευτηρίου εξαιρουμένων των κλινών ΜΕΘ.

(γ) Για τον υπολογισμό του αριθμού των κλινών που αναφέρεται στο (α) (i) εφαρμόζεται ελάχιστη αναλογία μεταξύ του αριθμού ιατρών που είναι συνδεδεμένοι με το νοσηλευτήριο και του αριθμού των κλινών του νοσηλευτηρίου όπως καθορίζεται στον πιο κάτω πίνακα-

Κατηγορία νοσηλευτηρίου με βάση το ποιοτικό κριτήριο 1 του Παραρτήματος ΙΧ	Ελάχιστη αναλογία ιατρών / κλίνες
Tier 1	0,80
Tier 2	0,35
Tier 3	0,35

(δ) Όπου η πραγματική αναλογία ιατρών προς κλίνες είναι μεγαλύτερη από την ελάχιστη αναλογία ιατρών/κλίνες, όπως καθορίζεται στο πιο πάνω πίνακα ο αριθμός των κλινών που αναφέρεται στο (α) (i) καθορίζεται ως ο πραγματικός αριθμός κλινών του νοσηλευτηρίου.

(ε) Όπου η πραγματική αναλογία ιατρών προς κλίνες είναι μικρότερη από την ελάχιστη αναλογία ιατρών/κλίνες, όπως καθορίζεται στο πιο πάνω πίνακα ο αριθμός των κλινών που αναφέρεται στο (α) (i) καθορίζεται ως ο πραγματικός αριθμός κλινών του νοσηλευτηρίου μειωμένος με το ποσοστό που προκύπτει από την διαφορά του απαιτούμενου αριθμού ιατρών βάσει της ελάχιστης αναλογίας ιατρών/κλινών και του πραγματικού αριθμού ιατρών διαιρουμένου με τον ελάχιστο αριθμό ιατρών βάσει της ελάχιστης αναλογίας ιατρών/κλινών.

(στ) Ο αριθμός των ιατρών που λαμβάνεται υπόψη είναι ο ισοδύναμος αριθμός πλήρους απασχόλησης.

(ζ) Στον αριθμό των ιατρών που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του συνολικού αριθμού των κλινών που αναφέρεται στο (α) (i) δεν συμπεριλαμβάνονται οι ανειδίκευτοι ιατροί.

(η) Στις περιπτώσεις ιατρών που είναι συνδεδεμένοι με περισσότερα από ένα νοσηλευτήριο, ο αριθμός των ιατρών που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του συνολικού αριθμού των κλινών που αναφέρεται στο (α) (i) γίνεται με βάση την αναλογία τους (π.χ. $\frac{1}{2}$ αν είναι συνδεδεμένοι σε δύο νοσηλευτήρια).

(θ) Το σταθερό ποσοστό που αναφέρεται στο (α) (i) καθορίζεται ως ακολούθως-

Κατηγορία νοσηλευτηρίου με βάση το ποιοτικό κριτήριο 1 του Παραρτήματος ΙΧ	Νοσηλευτήρια χωρίς γέννες	Νοσηλευτήρια με γέννες	Γυναικολογικές κλινικές
Tier 1	40%	40%	
Tier 2	35%	35%	
Tier 3	5%	5%	2%

(ι) Το ύψος του αριθμού των μονάδων που αναφέρεται στο (α) (i) καθορίζεται σε 35 μονάδες

(ια) Ο συνολικός αριθμός των κλινών που αναφέρεται στο (α) (ii) αφορά τις ενεργές κλίνες ΜΕΘ του νοσηλευτηρίου.

(ιβ) Για τον υπολογισμό του αριθμού των κλινών που αναφέρεται στο (α) (ii) εφαρμόζεται ελάχιστη αναλογία 0,20 μεταξύ του αριθμού των Εντατικολόγων που είναι συνδεδεμένοι με το νοσηλευτήριο και του αριθμού των κλινών ΜΕΘ του νοσηλευτηρίου.

(ιγ) Όπου η πραγματική αναλογία Εντατικολόγων προς κλίνες ΜΕΘ είναι μεγαλύτερη από την ελάχιστη αναλογία Εντατικολόγων /κλίνες, όπως καθορίζεται στο πιο πάνω πίνακα ο αριθμός των κλινών ΜΕΘ που αναφέρεται στο (α) (ii) καθορίζεται ως ο πραγματικός αριθμός κλινών ΜΕΘ του νοσηλευτηρίου.

(ιδ) Όπου η πραγματική αναλογία Εντατικολόγων προς κλίνες ΜΕΘ είναι μικρότερη από την ελάχιστη αναλογία Εντατικολόγων /κλίνες ΜΕΘ, όπως καθορίζεται στο πιο πάνω πίνακα ο αριθμός των κλινών που αναφέρεται στο (α) (i) καθορίζεται ως ο πραγματικός αριθμός κλινών ΜΕΘ του νοσηλευτηρίου μειωμένος με το ποσοστό που προκύπτει από την διαφορά του απαιτούμενου αριθμού Εντατικολόγων βάσει της ελάχιστης αναλογίας Εντατικολόγων /κλινών ΜΕΘ και του πραγματικού αριθμού Εντατικολόγων διαιρουμένου με τον ελάχιστο αριθμό Εντατικολόγων βάσει της ελάχιστης αναλογίας Εντατικολόγων /κλινών ΜΕΘ.

(ιε) Στις περιπτώσεις Εντατικολόγων που είναι συνδεδεμένοι σε περισσότερα από ένα νοσηλευτήρια, ο αριθμός των Εντατικολόγων που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του συνολικού αριθμού των κλινών που αναφέρεται στο (α) (ii) γίνεται με βάση την αναλογία για των εν λόγω Εντατικολόγων (π.χ. $\frac{1}{2}$ αν είναι συνδεδεμένοι σε δύο νοσηλευτήρια).

(ιστ) Το σταθερό ποσοστό που αναφέρεται στο (α) (ii) καθορίζεται ως ακολούθως-

Κατηγορία νοσηλευτηρίου με βάση το ποιοτικό κριτήριο 1 του Παραρτήματος ΙΧ	Νοσηλευτήρια χωρίς γέννες	Νοσηλευτήρια με γέννες	Γυναικολογικές κλινικές
Tier 1	40%	40%	
Tier 2	35%	35%	
Tier 3	5%	5%	2%

(ιζ) Ο αριθμός μονάδων (α) (ii) καθορίζεται ανά κλιμάκιο αριθμού κλινών ΜΕΘ με βάση τον ακόλουθο πίνακα-

Κλιμάκιο αριθμού κλινών ΜΕΘ (από – μέχρι)	Μονάδες ανά κλίνη ΜΕΘ
1 - 10	65
11 - 20	40
> 20	35

όπου από 1 μέχρι 10 κλίνες ΜΕΘ ο αριθμός των μονάδων είναι 65 για τις επόμενες 11 μέχρι 20 ο αριθμός των μονάδων είναι 40 και πάνω από 20 ο αριθμός των μονάδων είναι 35 και σωρευτικά οι συνολικές μονάδες το άθροισμα τους.

(ιη) Για τους πρώτους δώδεκα (12) μήνες από την έναρξη του νέου νοσηλευτηρίου, ο υπολογισμός του καθορισμένου αριθμού μονάδων του για τα κανονικά περιστατικά με βάση τις παραγράφους (α) μέχρι (ιζ) γίνεται σε μηνιαία βάση.

(ιθ) Ανεξάρτητα από τις διατάξεις των προνοιών των παραγράφων (α) μέχρι (ιη) όταν το 50% του γινομένου που προκύπτει από τον πολλαπλασιασμό του πραγματικού συνολικού αριθμού κλινών επί του σταθερού ποσοστού επί του αριθμού μονάδων είναι μεγαλύτερο από τον καθορισμένο αριθμό μονάδων που προκύπτει σύμφωνα με τις παραγράφους (α) μέχρι (ιη) ο καθορισμένος αριθμός καθορίζεται στο 50% του γινομένου που προκύπτει από τον πολλαπλασιασμό του πραγματικού συνολικού αριθμού κλινών επί του σταθερού ποσοστού επί του αριθμού μονάδων.

Νοείται ότι στο πραγματικό συνολικό αριθμό κλινών συμπεριλαμβάνονται και οι κλίνες ΜΕΘ.

(κ) Ο αριθμός μονάδων κάθε νέου νοσηλευτηρίου για εξειδικευμένα περιστατικά τα οποία προκύπτουν κατόπιν παραπομπής από ΤΑΕΠ στο ίδιο ή σε άλλο νοσηλευτήριο που είναι ενταγμένα στο Σύστημα είναι επιπρόσθετος από τον καθορισμένο αριθμό μονάδων για εξειδικευμένα περιστατικά όπως προκύπτει σύμφωνα με το παρόν Παράρτημα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VIII

Υπολογισμός του καθορισμένου αριθμού μονάδων για τα εξειδικευμένα περιστατικά για υφιστάμενα νοσηλευτήρια που προβαίνουν σε σημαντική επέκταση κλινών

Όπου υφιστάμενο νοσηλευτήριο προβαίνει σε σημαντική επέκταση κλινών, δηλαδή διπλασιασμό του αριθμού των κλινών του σε σχέση με τον αριθμό των κλινών του κατά την τελευταία ημέρα του προηγούμενου ημερολογιακού έτους ισχύουν τα ακόλουθα:

(α) Όπου υφιστάμενο νοσηλευτήριο προβαίνει σε σημαντική επέκταση κλινών, ο καθορισμένος αριθμός μονάδων για τα εξειδικευμένα περιστατικά υπολογίζεται ως ακολούθως-

- i. για τον αριθμό κλινών πριν την επέκταση εφαρμόζεται η μέθοδος υπολογισμού που περιγράφεται στο **Παράρτημα VI** και αφορά τον υπολογισμό καθορισμένου αριθμού μονάδων για τα εξειδικευμένα περιστατικά για τα υφιστάμενα νοσηλευτήρια και
- ii. για τις νέες κλίνες εφαρμόζεται η μέθοδος υπολογισμού που περιγράφεται στο **Παράρτημα VII** και αφορά τον υπολογισμό καθορισμένου αριθμού μονάδων για τα εξειδικευμένα περιστατικά για τα νέα νοσηλευτήρια.

(β) Όπου το άθροισμα του καθορισμένου αριθμού μονάδων για κανονικά και εξειδικευμένα περιστατικά που υπολογίζεται για τις νέες κλίνες σύμφωνα με την παράγραφο (α) (ii) του **Παραρτήματος V** και την παράγραφο (α) (ii) του **Παραρτήματος VIII**, υπερβαίνει το άθροισμα του καθορισμένου αριθμού μονάδων για τα κανονικά και εξειδικευμένα περιστατικά που υπολογίζεται για τον αριθμό των κλινών πριν την επέκταση σύμφωνα με την παράγραφο (α) (i) του **Παραρτήματος V** και την παράγραφο (α) (i) του **Παραρτήματος VIII**, το νοσηλευτήριο τυγχάνει χειρισμού ως νέο νοσηλευτήριο και ο καθορισμένος αριθμός μονάδων για τα εξειδικευμένα περιστατικά υπολογίζεται σύμφωνα με την μέθοδο υπολογισμού που περιγράφεται στο **Παράρτημα VII**.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΧ

Ποιοτικά Κριτήρια^{1,2,3,4}

Το **κάθε** νοσηλευτήριο βαθμολογείται ξεχωριστά βάσει των ακόλουθων ποιοτικών κριτηρίων.

A/A	Κριτήρια				Βαθμολογία	Περιγραφή τρόπου αξιολόγησης Κριτηρίων
1	Κατηγορία Νοσηλευτηρίου ⁴		Tier 1A		35	ΜΕΘ ≥40 κλίνες, ΤΑΕΠ, δυνατότητα διενέργειας CT/MRI εντός του νοσηλευτηρίου, ακτινολογικό τμήμα εντός του νοσηλευτηρίου, εργαστήριο εντός του νοσηλευτηρίου με δυνατότητα διενέργειας της πλειοψηφίας των εξετάσεων, φαρμακείο εντός του νοσηλευτηρίου, ≥10 χειρουργικές αίθουσες, ≥25 ιατρικές ειδικότητες, CMI ≥1.2, ≥300 κλίνες, τουλάχιστον 4 από τις ακόλουθες δυνατότητες/τμήματα: διενέργεια νευροχειρουργικών περιστατικών, μονάδα αντιμετώπισης εγκεφαλικών επεισοδίων (stroke unit), διαχείριση καρδιοθωρακοχειρουργικών περιστατικών, μονάδα αιμοκάθαρσης, δυνατότητα διενέργειας μεταμοσχεύσεων, εντατική παιδών
			Tier 1		35	ΜΕΘ, δυνατότητα διενέργειας CT/MRI εντός του νοσηλευτηρίου, ακτινολογικό τμήμα εντός του νοσηλευτηρίου, εργαστήριο εντός του νοσηλευτηρίου με δυνατότητα διενέργειας της πλειοψηφίας των εξετάσεων, φαρμακείο εντός του νοσηλευτηρίου, ≥5 χειρουργικές αίθουσες, ≥18 ιατρικές ειδικότητες, CMI ≥0.85, ≥70 κλίνες, τουλάχιστον 2 από τις ακόλουθες δυνατότητες/τμήματα: διενέργεια νευροχειρουργικών περιστατικών, μονάδα αντιμετώπισης εγκεφαλικών επεισοδίων (stroke unit), διαχείριση καρδιοθωρακοχειρουργικών περιστατικών, μονάδα αιμοκάθαρσης, δυνατότητα διενέργειας μεταμοσχεύσεων, εντατική παιδών
			Tier 2		17.5	Δυνατότητα 24ωρης πρόσβασης σε ακτινολογικό κέντρο (συμπ. CT/MRI), δυνατότητα 24ωρης πρόσβασης σε εργαστήριο με δυνατότητα διενέργειας της πλειοψηφίας των εξετάσεων, ≥3 χειρουργικές αίθουσες, ≥7 ιατρικές ειδικότητες, CMI ≥0.60
			Tier 3		0	Νοσηλευτήρια τα οποία δεν συμπεριλαμβάνονται στο Tier 1A ή στο Tier 1 ή στο Tier 2.
2	Διαπίστευση Νοσηλευτηρίου		NAI		15	Πέραν των νοσηλευτηρίων που θα λάβουν το σύνολο των μονάδων έχοντας ολοκληρώσει τη διαδικασία της διαπίστευσης, η μέγιστη βαθμολογία αποδίδεται και σε νοσηλευτήρια που έχουν προσκομίσει αποδεικτικά στοιχεία ότι έχουν ξεκινήσει τη διαδικασία διαπίστευσης. Οι 15 μονάδες αποδίδονται στις περιπτώσεις όπου η διαπίστευση αφορά σε ISQua-approved standards από ISQua approved accreditation organisations .
			OXI		0	
3	Ποιότητα έκδοσης του εξιτηρίου στη βάση κατευθυντήριων οδηγιών που θα καθορίσει ο Οργανισμός				Από 0 μέχρι 5	Αξιολόγηση αριθμού εξιτηρίων ανά νοσηλευτήριο δειγματοληπτικά στη βάση κατευθυντήριων οδηγιών που έχει εκδώσει ο ΟΑΥ αναφορικά με την ορθή συμπλήρωση του εξιτηρίου.
4	Εμπειρία Ασθενούς				Από 0 μέχρι 10	Στη βάση ερωτηματολογίου που θα αποστέλλεται μέσω email μετά την υποβολή αίτησης.
			Από	Μέχρι	Βαθμολογία	
5	Προφίλ ασθενών και μείγμα περιστατικών	α. Μέση Ηλικία Ασθενών ²	0	58	0	Βάσει καταστάσεων (reports) που εκδίδονται από το σύστημα πληροφορικής του Οργανισμού. Αναφορικά με το σημείο δ, ο διαχωρισμός των παθολογικών και χειρουργικών περιστατικών γίνεται στη βάση του «τομέα» που περιγράφεται στον κατάλογο DRG. https://www.gesy.org.cy/el-gr/hioactivitycatinpatientjune2020
			> 58		5	
		β. Ποσοστό ασθενών με πολλαπλές (≥5) συννοσηρότητες ²	0%	5%	0	
			5%	10%	3	
			>10%		5	
		γ. Ποσοστό ασθενών άνω των 80 ²	0%	10%	0	
10%	15%		3			

			>15%		5		
		δ. Ποσοστό παθολογικών περιστατικών ²	0%	25%	0		
			25%	50%	5		
			>50%		10		
6	Άλλα μέτρα για βελτίωση της ποιότητας	α. Παροχή πληροφοριών αναφορικά με συγκεκριμένους Δείκτες Ασφάλειας και Ποιότητας στη βάση προτύπου, όπως αυτά θα καθοριστούν από ΟΑΥ	ΝΑΙ		5	Υποβολή δεδομένων που αφορούν σε συγκεκριμένους δείκτες ασφάλειας και ποιότητας στη βάση προτύπου, όπως αυτοί καθορίζονται από τον ΟΑΥ.	
			ΟΧΙ		0		
		β. Ορθότητα κωδικοποίησης των περιστατικών DRG ¹			Από 0 μέχρι 5	Σε δειγματοληπτική βάση για κάθε νοσηλευτήριο.	
Μέγιστη βαθμολογία					100		

Σημείωση 1:

Για τα υφιστάμενα νοσηλευτήρια και τα υφιστάμενα νοσηλευτήρια που προβαίνουν σε σημαντικές επεκτάσεις, για σκοπούς υπολογισμού της καθορισμένης τιμής μονάδας τους:

A. Για την περίοδο 1/9/2023 μέχρι 31/12/2023, χρησιμοποιείται η ψηλότερη μεταξύ των ακόλουθων βαθμολογιών:

- Της πραγματικής βαθμολογίας του νοσηλευτηρίου για κάθε ποιοτικό κριτήριο – σημειώνεται ότι για το κριτήριο 6β η βαθμολογία καθορίζεται σε 4 μονάδες (από σύνολο 5 μονάδων).
- Της βαθμολογίας που καθορίζει ο Οργανισμός για τα νέα νοσηλευτήρια, για το σύνολο των ποιοτικών κριτηρίων όπως καθορίζεται στη Σημείωση 3 πιο κάτω.

B. Από την 1/1/2024, χρησιμοποιείται η πραγματική βαθμολογία του κάθε νοσηλευτηρίου για κάθε ποιοτικό κριτήριο. Ο υπολογισμός της πραγματικής βαθμολογίας γίνεται ανά εξάμηνο αρχίζοντας από την 1/1/2024.

Σημείωση 2:

Από τα κριτήρια 5α, 5β, 5γ και 5δ εξαιρούνται τα νοσηλευτήρια των οποίων:

- πέραν του 70% των πραγματικών τους μονάδων αφορούν σε γυναικολογικά περιστατικά, ή
- πέραν του 70% των περιστατικών τους αφορούν σε παιδιατρικά περιστατικά.

Για τον υπολογισμό των κριτηρίων 5α, 5β, 5γ και 5δ εξαιρούνται τα περιστατικά τα οποία αφορούν δικαιούχους κάτω των 18 ετών και γέννες.

Σημείωση 3:

Από το κριτήριο 5δ εξαιρούνται τα νοσηλευτήρια τα οποία κατέχουν άδεια λειτουργίας στην κατηγορία Κλινική Ημερήσιας Νοσηλείας.

Σημείωση 4:

Από το κριτήριο 1 εξαιρούνται τα νοσηλευτήρια των οποίων πέραν του 70% των περιστατικών τους αφορούν σε παιδιατρικά περιστατικά. Για τα εν λόγω νοσηλευτήρια, η απόδοση του

κριτηρίου 1 θα αποδίδεται στη βάση του δείκτη πολυπλοκότητας περιστατικών (CMI) και του αριθμού των κλινών όπως αυτά καθορίζονται στην κάθε υποκατηγορία (Tier 1A-3).

Σημείωση 5:

Από το κριτήριο 1 εξαιρούνται τα νοσηλευτήρια των οποίων πέραν του 70% των πραγματικών τους μονάδων αφορούν σε γυναικολογικά περιστατικά.

Σημείωση 6:

Για τα νέα νοσηλευτήρια, για σκοπούς υπολογισμού της τιμής μονάδας τους για τους πρώτους δώδεκα (12) μήνες από το μήνα έναταξης τους στο Σύστημα, η βαθμολογία κάθε νοσηλευτηρίου για το σύνολο των ποιοτικών κριτηρίων, καθορίζεται ως ακολούθως:

Πίνακας: Συνολική βαθμολογία για ποιοτικά κριτήρια για νέα νοσηλευτήρια

Tier 1	Tier 2	Tier 3
80%	66%	52%

Με την πάροδο των δώδεκα (12) μηνών από το μήνα έναταξης εκάστου νέου νοσηλευτηρίου, χρησιμοποιείται η πραγματική βαθμολογία του για κάθε ποιοτικό κριτήριο. Ο υπολογισμός της πραγματικής βαθμολογίας γίνεται αρχικά με τη λήξη των δώδεκα (12) μηνών και ακολούθως γίνεται την ίδια χρονική περίοδο με τα υφιστάμενα νοσηλευτήρια όπως καθορίζεται στη Σημείωση 1.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Χ
Αίτηση Εγγραφής και Σύναψης Σύμβασης

Στοιχεία και επισυναπτόμενα έγγραφα που απαιτούνται για υποβολή αίτησης εγγραφής και σύναψης σύμβασης παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας από νοσηλευτήριο:

1.	Στοιχεία αιτητή (όπως όνομα, επίθετο, εμπορική επωνυμία, αριθμός φορολογικής ταυτότητας, Αριθμός ΦΠΑ, Αριθμός εγγραφής εταιρείας/συνεταιρισμού).
2.	Στοιχεία εξουσιοδοτημένου υπογράφοντος (όπως όνομα, επίθετο, ημερομηνία γέννησης, Τύπος Εγγράφου Ταυτοποίησης, Ταυτότητα, Αρ. Εγγράφου Ταυτοποίησης, Δελτίο Εγγραφής Αλλοδαπού, Υπηκοότητα, Ιδιότητα).
3.	Στοιχεία επικοινωνίας (όπως αριθμός τηλεφώνου, διεύθυνση επικοινωνίας).
4.	Στοιχεία διαχειριστή συστήματος πληροφορικής (όπως όνομα, επίθετο, ημερομηνία γέννησης, Τύπος Εγγράφου Ταυτοποίησης, Ταυτότητα Αρ. Εγγράφου Ταυτοποίησης, Δελτίο Εγγραφής Αλλοδαπού, Υπηκοότητας, Τηλ. Επικοινωνίας, Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο).
5.	Διεύθυνση υποστατικού που θα παρέχονται οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας.
6.	Στοιχεία ασφαλιστικής κάλυψης έναντι αμέλειας.
7.	Στοιχεία τραπεζικού λογαριασμού.

Στην αίτηση επισυνάπτονται αντίγραφα υποστηρικτικών εγγράφων (όπου εφαρμόζονται)-

- Αίτηση εγγραφής Παροχέα
- Αντίγραφο Άδειας Λειτουργίας Ιδιωτικού Νοσηλευτηρίου
- Αντίγραφο Ασφάλειας Επαγγελματικής Ευθύνης
- Αντίγραφο Εγγράφου Ταυτοποίησης σε ισχύ (Δελτίου Ταυτότητας ή Δελτίου Εγγραφής Αλλοδαπού)
- Αντίγραφο Πιστοποιητικού Διεύθυνσης Εγγεγραμμένου Γραφείου
- Αντίγραφο Πιστοποιητικού Εγγραφής Εμπορικής Επωνυμίας
- Αντίγραφο Πιστοποιητικού Αλλαγής Ονόματος
- Αντίγραφο Πιστοποιητικού Εγγραφής Συνεταιρισμού
- Αντίγραφο Πιστοποιητικού Διευθυντών και Γραμματέα της Εταιρείας
- Αντίγραφο Πιστοποιητικού ότι η Εταιρεία υφίσταται
- Αντίγραφο Πιστοποιητικού ότι ο Συνεταιρισμός υφίσταται
- Αντίγραφο Πιστοποιητικού Σύστασης
- Αντίγραφο Πιστοποιητικού ΦΠΑ
- Αντίγραφο της συμφωνίας συνεταίρων
- Απαιτούμενα έγγραφα για διαχειριστή του συστήματος πληροφορικής: Αντίγραφο Δελτίου Ταυτότητας για Κύπριους πολίτες, Αντίγραφο Δελτίου Εγγραφής Αλλοδαπού για αλλοδαπούς
- Απαιτούμενα έγγραφα για εξουσιοδοτημένο υπογράφοντα: Αντίγραφο Δελτίου Ταυτότητας για Κύπριους πολίτες, Αντίγραφο Δελτίου Εγγραφής Αλλοδαπού για αλλοδαπούς
- Βεβαίωση στοιχείων τραπεζικού λογαριασμού από αδειοδοτημένο πιστωτικό ίδρυμα
- Έντυπο ωραρίου λειτουργίας ανά υποστατικό
- Επίσημο αποδεικτικό έγγραφο εκπροσώπησης της Εταιρείας και το δικαίωμα του εκπροσώπου να δεσμεύει την Εταιρεία
- Επίσημο αποδεικτικό έγγραφο εκπροσώπησης του Συνεταιρισμού και το δικαίωμα του εκπροσώπου να δεσμεύει το Συνεταιρισμό

- Αντίγραφο λογαριασμού κοινής ωφελείας που να επιβεβαιώνει τη διεύθυνση επικοινωνίας
- Αντίγραφο λογαριασμού κοινής ωφελείας που να επιβεβαιώνει τη διεύθυνση του υποστατικού που θα παρέχονται οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΧΙ

Αίτηση Εγγραφής Ιατρού

Στοιχεία και επισυναπτόμενα έγγραφα για υποβολή αίτησης εγγραφής στο Σύστημα:	
1.	Στοιχεία αιτητή (όπως Όνομα, Επίθετο, Ημερομηνία Γέννησης, Υπηκοότητα, Τύπος Εγγράφου Ταυτοποίησης, Αριθμός Φορολογικής Ταυτότητας (ΑΦΤ), Αριθμός ΦΠΑ).
2.	Επαγγελματικά στοιχεία (όπως αριθμός πιστοποιητικού εγγραφής στο μητρώο ιατρών, ειδικότητα).
3.	Στοιχεία επικοινωνίας (όπως αριθμός τηλεφώνου, διεύθυνση οικίας, διεύθυνση επικοινωνίας, ηλεκτρονικό ταχυδρομείο).
Στην αίτηση επισυνάπτονται αντίγραφα υποστηρικτικών εγγράφων (όπου εφαρμόζονται)- • Αντίγραφο Εγγράφου Ταυτοποίησης σε ισχύ (Δελτίο Ταυτότητας ή Δελτίο Εγγραφής Αλλοδαπού) • Αντίγραφο Πιστοποιητικού Εγγραφής στο Μητρώο Ιατρών Κύπρου • Αντίγραφο Ετήσιας Άδειας Άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος • Αντίγραφο Πιστοποιητικού Αναγνώρισης Ιατρικής Ειδικότητας ή Εξειδίκευσης (για όλες τις ειδικότητες ή Εξειδικεύσεις) • Αντίγραφο πρόσφατου λογαριασμού κοινής ωφελείας που να επιβεβαιώνει τη διεύθυνση επικοινωνίας • Βεβαίωση στοιχείων τραπεζικού λογαριασμού από αδειοδοτημένο πιστωτικό ίδρυμα (μόνο για ιατρούς που θα πληρώνονται ξεχωριστά από το νοσηλευτήριο)	

**ΕΝΤΥΠΟ ΑΜΟΙΒΑΙΑΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΣΥΝΔΕΣΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ
ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΟΧΕΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΘΑ
ΣΥΝΔΕΘΕΙ ΤΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Όνομα Παροχέα (Νομικής Οντότητας):

Κωδικός ΓεΣΥ:

Ονοματεπώνυμο Εξουσιοδοτημένου
Υπογράφοντα για τον Παροχέα:

Τύπος Εγγράφου Ταυτοποίησης Κυπριακή Ταυτότητα ☐

Εξουσιοδοτημένου Υπογράφοντα: Δελτίο Εγγραφής Αλλοδαπού ☐

Αριθμός Εγγράφου Ταυτοποίησης
Εξουσιοδοτημένου Υπογράφοντα:

Β. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Ρόλος Υποστηρικτικού Προσωπικού:

Κωδικοποιητής DRG ☐

Υπεύθυνος Απαιτήσεων ☐

Ονοματεπώνυμο Υποστηρικτικού
Προσωπικού:

Τύπος Εγγράφου Ταυτοποίησης Κυπριακή Ταυτότητα ☐

Υποστηρικτικού προσωπικού: Δελτίο Εγγραφής Αλλοδαπού ☐

Αριθμός Εγγράφου Ταυτοποίησης
Υποστηρικτικού Προσωπικού:

Γ. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Υπογράφοντας πιο κάτω, βεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί στο παρόν έντυπο είναι πλήρεις, ακριβείς και αληθείς. Επιπλέον, βεβαιώνω τη συνεργασία των δυο Μερών, «Νοσηλευτηρίου» και «Υποστηρικτικού Προσωπικού», όπως παρουσιάζεται στο παρών έντυπο.

Περαιτέρω, τα δύο Μέρη συμφωνούν ότι όλες οι πληροφορίες για τους Δικαιούχους του ΓεΣΥ, είναι εμπιστευτικές («Εμπιστευτικές Πληροφορίες»). Τα Μέρη, υποχρεούνται να διατηρούν όλες τις Εμπιστευτικές Πληροφορίες μυστικές και εμπιστευτικές και να μην χρησιμοποιούν ή επιτρέψουν τη χρησιμοποίηση ή αντιγράψουν ή προκαλέσουν την αντιγραφή τέτοιων Εμπιστευτικών Πληροφοριών και να μην αποκαλύψουν τέτοιες Εμπιστευτικές Πληροφορίες ολικά ή εν μέρει σε οποιοδήποτε πρόσωπο που δεν χρειάζεται να λάβει τέτοιες πληροφορίες.

Η υποχρέωση εμπιστευτικότητας και εχεμύθειας των Μερών ισχύει και μετά τη λύση της Σύνδεσης για οποιοδήποτε λόγο.

Νοείται ότι και τα δυο Μέρη θα συλλέγουν και θα επεξεργάζονται τα προσωπικά δεδομένα σύμφωνα με το Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679) και τον περί της Προστασίας των Φυσικών Προσώπων Έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμος (Ν.125(Ι)/2018) όπως αυτός εκάστοτε τροποποιείται ή αντικαθίσταται.

Ονοματεπώνυμο Εξουσιοδοτημένου Υπογράφοντα	Ημερομηνία	Υπογραφή
Ονοματεπώνυμο Υποστηρικτικού Προσωπικού	Ημερομηνία	Υπογραφή

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ

Αντίγραφο Εγγράφου Ταυτοποίησης σε ισχύ του Κωδικοποιητή DRG (Δελτίο Ταυτότητας ή Δελτίο Εγγραφής Αλλοδαπού)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XIII

Ελάχιστες Πληροφορίες

Για σκοπούς ελέγχου και/ή κατά την εξέταση και/ή διερεύνηση των απαιτήσεων δύνανται, μεταξύ άλλων, να ζητηθούν όπως υποβληθούν προς έλεγχο τα ακόλουθα, ενδεικτικά, στοιχεία και/ή έγγραφα -

1. Αναγκαίες πληροφορίες σχετικά με την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας, όπως τις ιατρικές πράξεις, τις δραστηριότητες, τις κλινικές διεργασίες που παρασχέθηκαν
2. Βιβλίο Χειρουργείου
3. Μητρώο Ασθενών
4. Νοσηλευτική Αναφορά
5. Έκθεση του θεράποντα ιατρού
6. Χρήση αναπνευστήρα
7. Σημεία προσπάθειας σε Εντατική Μονάδα Θεραπείας (ΜΕΘ)
8. Αποδεικτικά στοιχεία χορήγησης φαρμακευτικών προϊόντων και αιτιολογία χορήγησης αυτών
9. Αποδεικτικά στοιχεία χρήσης και/ή εμφύτευσης ιατροτεχνολογικών προϊόντων και/ή υγειονομικών ειδών και αιτιολογία χρήσης αυτών
10. Εξιτήριο και τα στοιχεία του
11. Αποτελέσματα εργαστηριακών και/ή διαγνωστικών εξετάσεων
12. Ημερολόγιο θαλάμου
13. Θάλαμος/τμήμα που νοσηλεύτηκε ο δικαιούχος
14. Στοιχεία ιατρών και/ή άλλων επαγγελματιών υγείας και/ή νοσηλευτών και/ή μαιών οι οποίοι παρείχαν υπηρεσίες
15. Ημέρες άδειας εξόδου
16. Ώρες χειρουργείου
17. Απεικονίσεις και/ή διαγνωστικές εξετάσεις
18. Συστάσεις/εκθέσεις ιατρών
19. Στοιχεία υπεύθυνου νοσηλευτή θαλάμου