

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΟΑΥ

Αρ. Ανακοίνωσης: 082026INP08217

Προς: Πλαστικούς Χειρουργούς, Αγγειοχειρουργούς και Νοσηλευτήρια

Θέμα: Τροποποίηση διαδικασίας λήψης έγκρισης σε σχέση με τη διενέργεια λιποαναρρόφησης κάτω άκρων

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, δυνάμει του περί Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμου, όπως εκάστοτε τροποποιείται, και του όρου 3.3 της Εγκυκλίου για την παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας υγείας, ενημερώνει με το παρόν έγγραφο τους παροχείς για τις τροποποιήσεις που επέρχονται στη διαδικασία λήψης έγκρισης για τη διενέργεια λιποαναρρόφησης κάτω άκρων.

Ειδικότερα, οι επικαιροποιημένες ενδείξεις αποζημίωσης παρατίθενται στο Παράρτημα 1 και το επικαιροποιημένο έντυπο προέγκρισης στο Παράρτημα 2. Επισημαίνεται ότι, στο πλαίσιο της τροποποιημένης διαδικασίας, η συνεκτίμηση από Αγγειοχειρουργό δεν αποτελεί προϋπόθεση απαραίτητη τεκμηρίωση για υποβολή αιτήματος προέγκρισης.

Σημειώνεται, επίσης, ότι οι συνεδρίες φυσιοθεραπείας για τη διάγνωση του λιποιδήματος δεν καλύπτονται στο πλαίσιο του ΓεΣΥ, παρόλο που ενδέχεται σε ορισμένες περιπτώσεις να αποτελούν μέρος της συντηρητικής αντιμετώπισης.

Η ανωτέρω διαδικασία τίθεται σε εφαρμογή από τις 17 Αυγούστου 2026.

ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ημερομηνία: 17 Αυγούστου 2026

ΛΙΠΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΗ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας αποζημιώνει επεμβάσεις ιατρικώς απαραίτητης λιποαναρρόφησης κάτω άκρων, **μετά από τη λήψη έγκρισης**, στις περιπτώσεις όπου ισχύει και τεκμηριώνεται τουλάχιστον μία από τις ακόλουθες δύο ενδείξεις (1,2):

1. Λιποίδημα σταδίου $\geq$ III, εφόσον ισχύουν όλες οι πιο κάτω προϋποθέσεις (Α-Γ):

	Προϋπόθεση	Απαραίτητη τεκμηρίωση
Α: Λιποίδημα σταδίου $\geq$ III	1. Δυσανάλογη υπερτροφία των λιποκυττάρων των κάτω άκρων σε σχέση με τον κορμό, συμβατή με ύπαρξη λιποιδήματος σταδίου $\geq$ III, σύμφωνα με την διεθνή κατηγοριοποίηση (https://www.lipedema.org/staging), και 2. Αναμένεται να αφαιρεθεί εύλογη ποσότητα λιπώδους ιστού.	▪ Φωτοτεκμηρίωση περιλαμβανομένης μιας τουλάχιστον ολόσωμης λήψης, προφίλ, από απόσταση ενός μέτρου. ▪ Περιγραφή της κλινικής εικόνας στο Έντυπο Προέγκρισης.
Β: Αποτυχία συντηρητικής αγωγής	Έχει προηγηθεί τουλάχιστον 6μηνη συντηρητική θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της συμπίεσης και της χειροκίνητης λεμφικής αποστράγγισης, εκεί όπου εφαρμόζεται και σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες, <u>χωρίς επαρκή ανακούφιση των συμπτωμάτων.</u>	▪ Η <u>συντηρητική θεραπεία</u> και τα εμμένοντα συμπτώματα να βρίσκονται καταγεγραμμένα στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς τουλάχιστον για περίοδο 6 μηνών προηγουμένως.
Γ: Κριτήρια Σωματικού Βάρους (ΔΜΣ)	1. Χωρίς σημαντική αύξηση βάρους τους τελευταίους έξι μήνες, και 2. Για ΔΜΣ >35: Απαιτείται προηγούμενη θεραπεία παχυσαρκίας (ή τουλάχιστον μία προσπάθεια, ακόμη και ανεπιτυχής).	▪ Συμπλήρωση Εντύπου Προέγκρισης.

2. Ως προπαρασκευαστική πράξη, προς διευκόλυνση της χειρουργικής προσπέλασης, σε επόμενη χειρουργική διαδικασία (π.χ. ολική αντικατάσταση γόνατος), η οποία θα πραγματοποιηθεί σε εύλογο χρονικό διάστημα:

Απαραίτητη τεκμηρίωση:

- Φωτοτεκμηρίωση, **και**
- Ιατρική έκθεση από τον ιατρό που θα αναλάβει το κύριο (επόμενο) χειρουργείο, με σαφή αιτιολόγηση της αναγκαιότητας της λιποαναρρόφησης, **και**
- Θα πρέπει να συνοδεύεται από επόμενη απαίτηση σχετικά με το κύριο χειρουργείο σε εύλογο χρονικό διάστημα και να πληρούνται, εάν είναι απαραίτητο, τα κριτήρια αποζημίωσης που έχουν ανακοινωθεί για το δεύτερο χειρουργείο.
- Νοείται στο αίτημα προέγκρισης θα πρέπει να περιλαμβάνεται και συμπληρωμένο το Έντυπο Προέγκρισης.

Τονίζεται ότι η λιποαναρρόφηση στο πλαίσιο της παρούσας ένδειξης χαρακτηρίζεται ως προπαρασκευαστική θεραπευτική πράξη και συνδέεται άμεσα με την πραγματοποίηση συγκεκριμένου κύριου χειρουργείου. Η μη πραγματοποίηση του κύριου χειρουργείου, χωρίς επαρκή και τεκμηριωμένη αιτιολόγηση, δύναται να ενεργοποιήσει διαδικασία ελέγχου της καταλληλότητας της αποζημίωσης της λιποαναρρόφησης.

Σημειώσεις:

1. Η λιποαναρρόφηση ως υποβοηθητική διεργασία, που διενεργείται στο πλαίσιο άλλης επέμβασης, και ταυτόχρονα (στο ίδιο χειρουργείο), δεν οδηγεί σε διαφοροποίηση του DRG και δεν αποζημιώνεται επιπρόσθετα της αμοιβής του.
2. Η λιποαναρρόφηση σε άλλα σημεία, πέραν των κάτω άκρων, θεωρείται κοσμητικής φύσεως επέμβαση και ως εκ τούτου, δεν αποζημιώνεται.
3. Η έγκριση ισχύει για μία επέμβαση μόνο. Σε περίπτωση που κρίνεται αναγκαία η σταδιοποίηση της επέμβασης (δύο ξεχωριστές επεμβάσεις / ξεχωριστά τα δύο άκρα) αυτό θα πρέπει να δηλώνεται στο αρχικό αίτημα και να υποβάλλεται εκ νέου αίτημα για τη διενέργεια της δεύτερης επέμβασης. Η έγκριση τυχόν επανεπέμβασης, στην ίδια περιοχή, προϋποθέτει την έλευση εύλογου χρονικού διαστήματος (άνω των δύο ετών).
4. Οι επεμβάσεις λιποαναρρόφησης για τη θεραπεία του λιποιδήματος έχουν υψηλά ρίσκα επιπλοκών. Γίνεται σύσταση όπως πραγματοποιείται από έμπειρους στην συγκεκριμένου τύπου επέμβαση ιατρούς και σε νοσηλευτήρια που διαθέτουν Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Νοείται επίσης ότι, θα πρέπει να γίνεται διεξοδική αξιολόγηση των κινδύνων προεγχειρητικά (για παράδειγμα εκτίμηση κινδύνου θρομβοεμβολισμού και υπερηχογράφημα φλεβών σε συνυπάρχουσα φλεβική νόσο) ΚΑΙ να διασφαλίζεται επαρκής πολυθεματική μετεγχειρητική υποστήριξη.
5. Εφόσον έχει προηγηθεί αγγειοχειρουργική εξέταση, το αποτέλεσμα αυτής μπορεί να υπάρχει καταχωρημένο στο ιατρικό ιστορικό του δικαιούχου ή σε περίπτωση που διενεργήθηκε εκτός ΓΕΣΥ, δύναται να προσκομίζεται σχετική ιατρική βεβαίωση.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Έντυπο προέγκρισης λιποαναρρόφησης κάτω άκρων
[ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ-ΑΙΤΗΤΗ, ΜΕ ΣΦΑΡΓΙΔΑ ΚΑΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ]

ΜΕΡΟΣ Α

Ονοματεπώνυμο δικαιούχου:.....

Αριθμός ταυτότητας δικαιούχου:.....

Ημερομηνία Γέννησης :.....Φύλο:.....

Σύντομη περιγραφή της κλινικής εικόνας:

.....
.....
.....
.....

Μάζα λιπώδους ιστού που αναμένεται να αφαιρεθεί:

ΔΜΣ:

ΜΕΡΟΣ Β: Συμπληρώνεται ΜΟΝΟ στην περίπτωση που ισχύει η Ένδειξη 1

Μεταβολή του ΔΜΣ κατά το προηγούμενο διάστημα 6 μηνών:

.....

Για ΔΜΣ > 35: Να γίνει αναφορά σε οποιαδήποτε προσπάθεια για τη θεραπεία της παχυσαρκίας που έχει προηγηθεί (π.χ. προσπάθεια με διατροφή και άσκηση) και εάν υπάρχει, να επισυναφθεί ιατρική βεβαίωση.

.....
.....
.....

Για ΔΜΣ άνω του 40 να συμπληρωθεί και το Weight To Height Ratio:

Αυξημένο ρίσκο σε περίπτωση αναλογίας βάρους προς ύψος άνω του 0,55.

Έχει προηγηθεί αγγειοχειρουργική εκτίμηση (Ναι/Όχι)

☐

ΜΕΡΟΣ Γ: Συμπληρώνεται ΜΟΝΟ στην περίπτωση που ισχύει η Ένδειξη 2

Να γίνει αναφορά στην κύρια επέμβαση που έχει προγραμματιστεί:

.....

.....

.....

.....

.....

ΜΕΡΟΣ Δ

Παρακαλώ σημειώστε την ένδειξη για την διενέργεια της επέμβασης:

1. Λιποίδημα κάτω άκρων σταδίου $\geq$ III και ισχύουν οι προϋποθέσεις Α-Γ. ☐
2. Διευκόλυνση χειρουργικής προσπέλασης επόμενης χειρουργικής διαδικασίας. ☐

Παρακαλείσθε όπως επισυνάψετε τις απαραίτητες υποστηρικτικές πληροφορίες σε σχέση με την πιο πάνω ένδειξη.

ΜΕΡΟΣ Ε

Ονοματεπώνυμο θεράποντος ιατρού:.....

Κωδικός ΓεΣΥ ιατρού:..... Τηλ. Επικοινωνίας:.....

Υπογραφή:..... Ημερομηνία:.....

Σφραγίδα:

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία προεγκρίσεως επεμβάσεων, παρακαλούμε αποταθείτε στο inptpreapprovals@hio.org.cy