



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΙΔΡΥΜΑ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ

Αθήνα, 21 Μαρτίου 2011

Αριθ. Πρωτ. Γ55/836

ΠΡΟΣ

1. Νομαρχιακές και Τοπικές Μονάδες Υγείας ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
2. Περιφερειακά και Τοπικά Υποκ/τα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (Υγειονομικές και Φαρμακευτικές Υπηρεσίες)
3. Νοσοκομεία ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
4. Υγειονομικές Περιφέρειες, Υ.Π.Ε. (πίνακας διανομής)
5. Διοικητές ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ
ΤΜΗΜΑΤΑ: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ
ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Ταχ. Δ/ση: Αγ. Κων/νου 8, 10241-ΑΘΗΝΑ

Πληροφορίες: Ε. Αλεξοπούλου-Δ. Τσαντές

Αριθ. Τηλ.: 210-5213670 -210-5213660

210-5213698

Αριθ. FAX: 210-5221649

Θέμα: «Οδηγίες που αφορούν στην εφαρμογή των διατάξεων του Ν.3918/2011»

Σας ενημερώνουμε ότι δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (τεύχος Α, ΦΕΚ 31/02-03-2011) ο Νόμος 3918 με τίτλο «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις» ο οποίος, μεταξύ άλλων, αφορά:

- στη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)
- στη παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για ασφαλισμένους ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και από ιατρούς συμβεβλημένους με τον ΟΠΑΔ-ΟΑΕΕ
- στη καθιέρωση ποσού επιστροφής από ιδιωτικά φαρμακεία υπέρ Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (Rebate) και
- στον καθορισμό ποσού έκπτωσης των φαρμακευτικών εταιριών προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης

Συγκεκριμένα:

- ❖ στο άρθρο 18 του εν λόγω νόμου με τίτλο «Σκοπός - Υπαγόμενα Πρόσωπα » αναγράφεται ότι:

Στην παράγραφο 2: «Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται στους ασφαλισμένους του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ: α) από τις Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, β) από τους συμβεβλημένους με το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, τον ΟΑΕΕ και τον ΟΠΑΔ ιατρούς και γ) από τους ιατρούς των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων..»

Στην παράγραφο 3: « Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης καθορίζονται οι όροι, οι διαδικασίες, ο τρόπος και το χρονικό διάστημα παροχής των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και το ύψος και ο τρόπος χορήγησης της αποζημίωσης από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των ιατρών που είναι συμβεβλημένοι με το ΙΚΑ, τον ΟΑΕΕ και τον ΟΠΑΔ».

Με το παρόν έγγραφο σας επισημαίνουμε ότι από **1-4-2011** οι ανωτέρω ιατροί που είναι συμβεβλημένοι με τον ΟΠΑΔ και τον ΟΑΕΕ θα μπορούν να εκδίδουν είτε :

α) ηλεκτρονικές συνταγές επιλέγοντας ως φορέα ασφάλισης το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ είτε β) συνταγές ΙΚΑ -ΕΤΑΜ από τα συνταγολόγια του Ιδρύματος που θα τους διατεθούν. Για τη χορήγηση στους εν λόγω ιατρούς συνταγολογίων ΙΚΑ-ΕΤΑΜ θα ακολουθείται η κατωτέρω διαδικασία :

Οι συμβεβλημένοι με τον ΟΑΕΕ και τον ΟΠΑΔ ιατροί θα πρέπει να προσέλθουν στην Μονάδα Υγείας ΙΚΑ-ΕΤΑΜ της περιοχής που λειτουργεί το ιατρείο τους και με αναφορά του

αριθμού ΤΣΑΥ , ΑΜΚΑ , ΑΦΜ και της ΔΟΥ θα τους χορηγούνται συνταγολόγια ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ακολουθώντας τη διαδικασία που περιγράφεται στο υπ'αριθμ.Γ55/732/29-1-2010 γενικό έγγραφο και συγκεκριμένα:

Χρέωση συνταγολογίων σε ιατρούς ΟΠΑΔ -ΟΑΕΕ

Ο διαχειριστής αποθεμάτων, αιτείται μέσω του ΟΠΣ ΙΚΑ – ΕΤΑΜ και παραλαμβάνει τα συνταγολόγια.

Ο ιατρός αιτείται προφορικά το πλήθος των συνταγολογίων που δικαιούται:

Ιατροί συμβεβλημένοι με τον ΟΠΑΔ -ΟΑΕΕ	Πλήθος συνταγολογίων: 2
Ιατροί του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ που είναι ταυτόχρονα συμβεβλημένοι με τον ΟΠΑΔ & τον ΟΑΕΕ	Πλήθος συνταγολογίων: 1

Στην κατάσταση για τη χρέωση - αποχρέωση συνταγολογίων θα αναγράφεται το ονοματεπώνυμο του ιατρού, ο κωδικός ΤΣΑΥ, η Μονάδα Υγείας της περιοχής που λειτουργεί το ιατρείο του συμβεβλημένου ιατρού, το πλήθος συνταγολογίων που αιτείται, η υπογραφή ιατρού και η ημερομηνία παράδοσης και θα επικολλάται ο αυτοκόλλητος γραμμωτός κώδικας (barcode), (ΕΝΤΥΠΟ Νο 1). Οι υπεύθυνοι διαχειριστές θα πρέπει να αναπαράγουν το συνημμένο υπόδειγμα για να το χρησιμοποιούν στη διαδικασία χρέωσης των συνταγολογίων.

Ο Διαχειριστής Αποθεμάτων:

- α) συμπληρώνει την κατάσταση χρέωσης συνταγολογίων και στον ειδικό χώρο επικολλά το αυτοκόλλητο sticker που υπάρχει στο εξώφυλλο, πάνω σε κάθε συνταγολόγιο και παραδίδει τα συνταγολόγια με υπογραφή στον ιατρό,
- β) με το τέλος της συναλλαγής με τη βοήθεια scanner μειώνει το απόθεμά του και χρεώνει τον ιατρό στο σύστημα μέσω ΟΠΣ ΙΚΑ – ΕΤΑΜ.
- γ) αρχειοθετεί και φυλάσσει σε κλασέρ τις καταστάσεις χρέωσης συνταγολογίων με τις υπογραφές των ιατρών.

Αποχρέωση συνταγολογίων ιατρών ΟΠΑΔ -ΟΑΕΕ

Με την επιστροφή των συνταγολογίων από κάθε ιατρό, ο διαχειριστής αποθεμάτων:

- α) βρίσκει την κατάσταση χρέωσης του συγκεκριμένου συνταγολογίου του ιατρού,
- β) συμπληρώνει την ημερομηνία παραλαβής και υπογράφει στην κατάσταση στην αντίστοιχη στήλη, ότι τα παρέλαβε,
- γ) καταχωρεί τα στοιχεία (ημερομηνία επιστροφής συνταγολογίου) στο πρόγραμμα διαχείρισης αποθεμάτων

Επιστούμε την προσοχή ότι κατά τη χορήγηση των συνταγολογίων θα πρέπει να δοθεί στους εν λόγω ιατρούς **το συνημμένο έγγραφο** που αφορά χορήγηση φαρμάκων αποκλειστικά από τα φαρμακεία του Ιδρύματος καθώς και χορήγηση φαρμάκων που απαιτούν την έγκριση της ειδικής επιτροπής φαρμάκων υψηλού κόστους.

Στην παράγραφο 4 του ως άνω νόμου ορίζεται ότι : «Οι συνταγές φαρμάκων, που εκδίδονται για λογαριασμό των ασφαλισμένων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από ιατρούς του ΟΠΑΔ και του ΟΑΕΕ, εκτελούνται χωρίς προηγούμενη θεώρηση από αρμόδιο ελεγκτή ιατρό ανεξαρτήτως ποσού και μέχρι τη χορήγηση στους ασφαλισμένους του ατομικού συνταγολογίου».

Διευκρινίζουμε ότι επειδή από 1-4-2011 καθιερώνεται η υποχρεωτική χρησιμοποίηση συνταγολογίων ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από τους ανωτέρω ιατρούς, για τις εκδιδόμενες από αυτά συνταγές υφίσταται η υποχρέωση θεώρησης λόγω ποσού όπως ισχύει και για τις συνταγές που εκδίδονται από ιατρούς ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

Αναφορικά με την υποβολή των λογαριασμών των φαρμακείων σας ενημερώνουμε ότι:

κατά την υποβολή των λογαριασμών των φαρμακείων οι συνταγές θα πρέπει να είναι διαχωρισμένες **εντός του φακέλου σε διαφορετικά πακέτα**. Το πρώτο πακέτο θα

περιλαμβάνει τις συνταγές εκείνες που προέρχονται από τα συνταγολόγια ενιαίου τύπου του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και το δεύτερο θα περιλαμβάνει τις συνταγές εκείνες που έχουν εκδοθεί μέσω της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Ανεξάρτητα από το διαχωρισμό αυτό οι συνταγές θα αριθμούνται κανονικά όλες μαζί και θα καταχωρούνται ανά ημέρα εκτέλεσης σε μία συγκεντρωτική, ενώ θα υποβάλλεται ένα και μόνο τιμολόγιο.

❖ Στο άρθρο 34 με τίτλο « Καθιέρωση ποσού επιστροφής από ιδιωτικά φαρμακεία υπέρ των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης» καθιερώνεται η επιστροφή ποσού από κάθε φαρμακείο, το οποίο ορίζεται με κλιμακούμενο ποσοστό επί του συνόλου της αξίας του τιμολογίου που υποβάλλει το φαρμακείο προς τον κλάδο Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης, πριν από την προσθήκη του ΦΠΑ, στο τέλος κάθε μήνα. Το ποσό της επιστροφής («Rebate») θα παρακρατείται στη φάση του ελέγχου και εκκαθάρισης των λογαριασμών από την ΚΜΕΣ **και θα ισχύει για τους λογαριασμούς μηνός Μαρτίου 2011 και εντεύθεν.**

Από την ανωτέρω υποχρέωση εξαιρείται η δαπάνη για τα φαρμακευτικά σκευάσματα της παρ.2 του άρθρου 12 του ν.3816/2010 .

Οι Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης ή ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μετά την έναρξη λειτουργίας του, το μήνα Ιανουάριο κάθε έτους χορηγούν βεβαίωση για το σύνολο των επιστροφών του έτους του κάθε φαρμακείου για φορολογική χρήση.

❖ Στο άρθρο 35 με τίτλο « Καθορισμός ποσού έκπτωσης των φαρμακευτικών εταιριών προς τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης » ορίζεται ότι για κάθε φαρμακευτικό ιδιοσκεύασμα που συνταγογραφείται από ιατρό και το τίμημα του οποίου καλύπτεται από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης θεσπίζεται «τιμή κοινωνικής ασφάλισης» η οποία συνίσταται στην τιμή παραγωγού ή εισαγωγέα, όπως αυτή ορίζεται από τις αγορανομικές διατάξεις μειωμένη κατά 4%. Οι Φορείς καλύπτουν τη δαπάνη χορήγησης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων μέχρι του ποσού της λιανικής τιμής μειωμένης κατά το ποσό της συμμετοχής του ασφαλισμένου και της προκύπτουσας διαφοράς μεταξύ της τιμής παραγωγού ή εισαγωγέα και της τιμής Κοινωνικής Ασφάλισης. Η δαπάνη που αφορά το παρακρατούμενο 4% βαρύνει αποκλειστικά τη φαρμακοβιομηχανία ή τους κατόχους της άδειας κυκλοφορίας των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων και θεωρείται «επιστροφή» (Rebate) των φαρμακευτικών εταιριών και των κατόχων άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων προς τους Φορείς. Το ποσό που υποχρεούνται να αποδώσει κάθε εταιρεία υπολογίζεται από το ηλεκτρονικό σύστημα σάρωσης που λειτουργεί στην ΚΜΕΣ.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ρυθμίζεται η διαδικασία, προθεσμίες, τρόπος απόδοσης του ποσού έκπτωσης από τις φαρμακευτικές εταιρείες και τα λοιπά θέματα που αφορούν την εν λόγω διαδικασία.

❖ Στο άρθρο 72 με τίτλο « Ρυθμίσεις θεμάτων φορέων και κλάδων υγείας » ορίζεται ότι :

Η χορηγούμενη ποσότητα φαρμάκων ανά συνταγή δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το όριο των τριάντα ημερών θεραπείας που προβλέπεται στο ν.3457/2006 βάσει του δοσολογικού σχήματος που αναφέρεται στα εγκεκριμένα στοιχεία του φαρμάκου , το οποίο αναγράφεται υποχρεωτικά στη συνταγή ανεξάρτητα του αριθμού των εμβολαγίων. Για τα χρόνια νοσήματα εφαρμόζεται η επαναλαμβανόμενη συνταγή και η δίμηνη συνταγή στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ , όπως προβλέπεται στο Π.Δ/μα 121/08.

Για όλες τις συνταγές που καταχωρίζονται και εκτελούνται ηλεκτρονικά σύμφωνα με τον ν.3892/2010 δεν απαιτείται θεώρηση.

Συνημμένα φύλλα: 9

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

- 1.Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης
2. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
3. Γρ. Διοικητή

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

P. ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ

4. Γρ. Υποδιοικητών κ.Νικόλη
» κ.Πατσούρη
» κ.Σαριβουγιούκα
- 5.ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α
- 6.Δ/νση Επιθεώρησης Υπηρεσιών
Υγείας
7. Γραφείο Γενικού Διευθυντή
Οικονομοτεχνικών Υπηρεσιών
8. Κεντρική Μονάδα Επεξεργασίας
Συνταγών
9. Unisystems ΑΕ, Αλ. Πάντου 19-23
176 71, Καλλιθέα
- 10.Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο
11. Φαρμακευτικό Σύλλογο Πειραιά
12. Φαρμακευτικό Σύλλογο Αττικής

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
& ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

Προς γιατρούς ΟΠΑΔ και ΟΑΕΕ

Όπως σας είναι ήδη γνωστό, από τη Δευτέρα 7 Φεβρουαρίου 2011, ως συμβεβλημένοι γιατροί του ΟΠΑΔ και του ΟΑΕΕ, μπορείτε παράλληλα να παρέχετε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα ιδιωτικά σας ιατρεία στο σύνολο των ασφαλισμένων του ΙΚΑ - ΕΤΑΜ.

Σχετικά με τη συνταγογράφηση φαρμάκων και προς αποφυγή της ταλαιπωρίας των ασφαλισμένων σας ενημερώνουμε ότι τα φάρμακα που αναφέρονται παρακάτω χορηγούνται από τα Φαρμακεία του Ιδρύματος σε ασθενείς-ασφαλισμένους του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

ΦΑΡΜΑΚΟ	ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ		ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
ABSEAMED	ΕΡΟΕΤΙΝ ΑΛΦΑ	ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ		1ο,2ο,3ο,6ο,Κ.Φ
ADVAGRAF	TACROLIMUS	ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ		Κ.Φ,2ο
AFINITOR ¹	EVEROLIMUS	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ		Κ.Φ.,2ο
ALIMTA	PEMETREXED DISODIUM	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	6ο,2ο
ALTERMON	UROFOLLITROPIN	ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΕΣ		6ο,2ο
ANZEMET	DOLASETRON MESILATE	ΑΝΤΙΕΜΕΤΙΚΑ	Υ.Α.	6ο , 2ο
ARANESP	DARBEPOETIN ALFA	ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Υ.Α.	1ο,2ο,3ο,6ο,Κ.Φ
ATOSTAN	SOMATOSTATIN ACETATE	ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ		7ο,2ο
ATRIANCE	NELARABINE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ		6ο,2ο
ATRYN ²	ANTITHROMBIN ALPHA	ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ		Κ.Φ,2ο
AVASTIN	BEVACIZUMAB	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	6ο,2ο
AVONEX	INTERFERON BETA-1A	ΑΝΟΣΟΡΥΘΜΙΣΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ,2ο
BERINERT-P	C1 ESTERASE INHIBITOR	ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΟΟΙΔΗΜΑΤΟΣ		Κ.Φ,2ο ή Ιδιωτικό φαρμακείο
BEROMUN	TASONERMIN	ΑΝΟΣΟΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ	Υ.Α.	6ο,2ο
BETAFERON	INTERFERON BETA-1B, RECOMBINANT	ΑΝΟΣΟΡΥΘΜΙΣΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ,2ο
BINOCRIT	ΕΡΟΕΤΙΝ ΑΛΦΑ	ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ		1°, 2°, 3°, 6°, Κ.Φ.
BONDRONAT	IBANDRONIC AXID	ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ		6ο,2ο
BOTOX	CLOSTRIDIUM BOTULINUM TYPE A NEUROTOXIN COMPLEX	ΜΥΟΧΑΛΑΡΩΤΙΚΑ		7ο,2ο
BRAVELLE	UROFOLLITROPIN	ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΕΣ		6ο,2ο
CAELYX	DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	6ο,2ο
CAMPTO	IRINOTECAN HYDROCHLORIDE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	6ο,2ο
CERTICAN	EVEROLIMUS	ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ., 2°, 3°, 7°
COPAXONE	GLATIRAMER ACETATE	ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ,2ο

CYMEVENE	GANCICLOVIR SODIUM	ΦΑΡΜΑΚΑ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟ	Υ.Α.	1ο,2ο
DUODOPA	CARBIDOPA+LEVODOPA	ΑΝΤΙΠΑΡΚΙΝΣΟΝΙΚΑ		Κ.Φ.,2ο
DYSPORE	CLOSTRIDIUM BOTULINUM TYPE A TOXIN HAEMAGGLUTININ COMPLEX	ΜΥΟΧΑΛΑΡΩΤΙΚΑ		7ο,2ο
EKLIVAN	SOMATOSTATIN ACETATE	ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ		7ο,2ο
ENBREL	ETANERCEPT	ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ., 2°, 3°
EPREX	EPOETIN ALFA	ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Υ.Α.	1ο,2ο,3ο,6ο,Κ.Φ
ERBITUX ³	CETUXIMAB	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ		6ο,2ο
ETHYOL	AMIFOSTINE TRIHYDRATE	ΑΝΤΙΔΟΤΑ ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ	Υ.Α.	6ο,2ο
EVOLTRA	CLOFARABINE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ		Μετά από εφάπαξ έγκριση επιτροπής 1ο, 3ο
EXTAVIA	INTERFERON BETA-1B, RECOMBINANT	ΑΝΟΣΟΡΥΘΜΙΣΤΙΚΑ		Κ.Φ.,2ο
FIRAZYR	ICATIBANT	ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΞΕΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΟΟΙΔΗΜΑΤΟΣ		Κ.Φ.,2ο ή από Ιδιωτικό φαρμακείο
FLEBOGAMMA	HUMAN NORMAL IMMUNOGLOBULIN	ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ	Υ.Α.	7ο,2ο
FLOLAN	EPROPOSTENOL SODIUM	ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ		Κ.Φ.,2ο
FORSTEO	TERIPARATIDE	ΦΑΡΜΑΚΑ ΕΠΙΔΡΩΝΤΑ ΣΤΟΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ		Μετά από έγκριση επιτροπής Κ.Φ.,2ο ή από Ιδιωτικό φαρμακείο
FOSCAN	TEMOPORFIN	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ		Κ.Φ.,2ο
GAMINEX	HUMAN NORMAL IMMUNOGLOBULIN	ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ		7ο,2ο
GAMMAGARD SD	HUMAN NORMAL IMMUNOGLOBULIN	ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ	Υ.Α.	7ο,2ο
GLIADEL	CARMUSTINE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ		Κ.Φ.,2ο
GLIVEC	IMATINIB MESILATE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ		Κ.Φ.,2ο
GONAL-F	FOLLITROPIN ALFA	ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΕΣ		6ο,2ο
GRANOCYTE	LENOGRASTIM	ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΠΕΝΙΑ	Υ.Α.	3ο,6ο,2ο
GRANULOKINE	FILGRASTIM	ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΠΕΝΙΑ	Υ.Α.	3ο,6ο,2ο
HEPATITIS B (ή IGANTIBE ή IMMUNO HBS)	HUMAN <u>ANTIHEPATITIS B</u> IMMUNOGLOBULIN	ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ		7ο,Κ.Φ.,2ο
HEPSERA	ADEFOVIR DIPIVOXIL	ΑΝΤΙΪΚΑ ΓΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ	Υ.Α.	Κ.Φ., 2°
HERCEPTIN	TRASTUZUMAB	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	6ο,2ο

HUMIRA	ADALIMUMAB	ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ., 2°, 3°
HYCAMPTIN	TOPOTECAN HYDROCHLORIDE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	6ο,2ο
IG VENA	HUMAN NORMAL IMMUNOGLOBULIN	ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ		7ο,2ο
ILOMEDIN	ILOPROST	ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ		Κ.Φ,2ο
IMUKIN	INTERFERON GAMMA1B RECOMBINANT	ΑΝΟΣΟΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ		6ο,2ο
INTRAGLOBIN F	HUMAN NORMAL IMMUNOGLOBULIN	ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ	Υ.Α.	7ο,2ο
INTRATECT	HUMAN NORMAL IMMUNOGLOBULIN	ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ	Υ.Α.	7ο, 2ο
INTRONA	INTERFERON ALFA-2B, RECOMBINANT	ΑΝΟΣΟΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ	Υ.Α.	6ο,2ο, Κ.Φ.
IRESSA ⁴	GEFITINIB	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ		6ο,2ο
KEPIVANCE	PALIFERMIN	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΥΤΤΑΡΟΣΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	Υ.Α.	Μετά από έγκριση επιτροπής Κ.Φ,2ο
KINERET	ANAKINRA	ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ., 2ο, 3ο
KIOVIG	HUMAN NORMAL IMMUNOGLOBULIN	ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ	Υ.Α.	7ο,2ο
KUVAN	SAPROPTERIN DIHYDROCHLORIDE	ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ		Κ.Φ,2ο
LEUSTATIN	CLADRIBINE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	6ο,2ο
LITAK	CLADRIPINE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ		6ο,2ο
LUCENTIS	RANIBIZUMAB	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ,2ο
LUVERIS	LUTROPIN ALPHA	ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΕΣ		6ο,2ο
LYSODREN	MITOTANE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ		6ο,2ο
MAB CAMPATH	ALEMTUZUMAB	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	Μετά από έγκριση επιτροπής Κ.Φ,2ο
MABTHERA	RITUXIMAB	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ,2ο
MACUGEN	PEGAPTANIB SODIUM	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ,2ο
MEGALOTECT	HUMAN ANTICYTOMEGALOVIRUS IMMUNOGLOBULIN	ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ		7ο,2ο
MENOGON	MENOTROPHINE	ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΕΣ		6ο,2ο
MENOPUR	MENOTROPHINE	ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΕΣ		6ο,2ο
MERIONAL	MENOTROPHINE	ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΕΣ		6ο,2ο
MIRCERA	METHOXY POLYETHYLENE GLYCOL EPOETIN BETA	ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Υ.Α.	1ο, 2ο, 3ο, 6ο, Κ.Φ.
MOZOBIL ⁵	PLERIXAFOR	ΑΝΟΣΟΡΥΘΜΙΣΤΙΚΑ		3ο,2ο
MYFORTIC	MYCOPHENOLATE ACID	ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ., 2°, 3°, 7°
MYOCET	DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	6ο,2ο
NAVELBINE	VINORELBINE DITARTRATE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	6ο,2ο
NEORECORMON	EPOETIN BETA	ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Υ.Α.	1ο,2ο,3ο,6ο,Κ.Φ
NEULASTA	PEGFILGRASTIM	ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΠΕΝΙΑ	Υ.Α.	3ο,6ο,2ο
NEXAVAR ⁶	SORAFENIB	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ,2ο

NOXAFIL	POSACONAZOLE	ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΑΝΤΙΜΗΚΥΤΙΑΣΙΚΑ		Κ.Φ,2ο
NPLATE	ROMIPLOSTIN	ΑΝΤΙΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ		1ο,3ο,2ο
OCTAGAM	HUMAN NORMAL IMMUNOGLOBULIN	ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ	Υ.Α.	7ο,2ο
ORENCIA	ABATACEPT	ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ., 2°, 3°
ORGARAN	DANAPAROID SODIUM	ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΩΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ		Κ.Φ,2ο
PEGASYS	PEGINTERFERON ALFA-2A	ΑΝΟΣΟΡΥΘΜΙΣΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ,2ο
PEGINTRON	PEGINTERFERON ALFA-2B	ΑΝΟΣΟΡΥΘΜΙΣΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ,2ο
PENTACARINAT	PENTAMIDINE ISETHIONATE	ΑΝΤΙΠΑΡΑΣΙΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ		1ο, 2ο
PENTAGLOBIN	HUMAN PLASMA PROTEIN/HUMAN IMMUNOGLOBULINS	ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ	Υ.Α.	7ο,2ο
PERGOVERIS	FOLLITROPIN ALFA/ LUTROPIN ALFA	ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΕΣ		6ο,2ο
POLYGLOBIN	HUMAN NORMAL IMMUNOGLOBULIN	ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ		7ο,2ο
PREOTACT	PARATHYROID HORMONE	ΦΑΡΜΑΚΑ ΕΠΙΔΡΩΝΤΑ ΣΤΟΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ		Μετά από έγκριση επιτροπής Κ.Φ,2ο ή από Ιδιωτικό φαρμακείο
PRIVIGEN	HUMAN NORMAL IMMUNOGLOBULIN	ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ		7ο,2ο
PROGRAF	TACROLIMUS	ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ,2ο
PROLEUKIN	ALDESLEUKIN	ΑΝΟΣΟΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ		6ο,2ο
PULMOZYME	DORNASE ALFA	ΒΛΕΝΝΟΛΥΤΙΚΑ		Κ.Φ,2ο
PUREGON	FOLLITROPIN BETA	ΓΟΝΑΔΟΤΡΟΠΙΝΕΣ		6ο,2ο
RAPAMUNE	SIROLIMUS	ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ., 2°, 3°, 7°
REBIF	INTERFERON BETA-1A	ΑΝΟΣΟΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ,2ο
REMICADE	INFLIXIMAB	ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ., 2°, 3°
REMODULIN	TREPROSTINIL SODIUM	ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	Υ.Α.	Μετά από έγκριση επιτροπής Κ.Φ,2ο
RETACRIT	EPOETIN ZETA	ΕΡΥΘΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Υ.Α.	1ο,2ο,3ο,6ο,Κ.Φ
REVATIO	SILDENAFIL	ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	Υ.Α.	Κ.Φ, 2ο
RILUTEK	RILUZOLE	ΦΑΡΜΑΚΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	Υ.Α.	Κ.Φ,2ο
ROFERON-A	INTERFERON ALFA-2A	ΑΝΟΣΟΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ,6ο,2ο
SADOLIN	SOMATOSTATIN ACETATE HYDRATE	ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ		7ο,2ο
SANDOGLOBULIN	HUMAN NORMAL IMMUNOGLOBULIN	ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ	Υ.Α.	7ο,2ο
SANDOSTATIN	OCTREOTIDE	ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ		6ο,7ο,2ο
SANDOSTATIN LAR	OCTREOTIDE ACETATE	ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ	Υ.Α.	6ο,7ο,2ο
SAVENE	DEXTRAZOXANE	ΑΝΤΙΔΟΤΑ ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΩΝ		6ο,2ο
SIKLOS	HYDROXYCARBAMIDE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ		1ο,3ο, 6ο,2ο
SIMDAX	LEVOSIMENDAN	ΚΑΡΔΙΟΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ		Κ.Φ.,2ο

SIMULECT	BASILIXIMAB	ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ,2ο
SOMABION	SOMATOSTATIN ACETATE	ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ		7ο,2ο
SOMARGEN	SOMATOSTATIN ACETATE	ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ		7ο,2ο
SOMARITIN	SOMATOSTATIN ACETATE HYDRATE	ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ		7ο,2ο
SOMASTIN	SOMATOSTATIN	ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ		7ο,2ο
SOMATOSTATIN	SOMATOSTATIN ACETATE HYDRATE	ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ		7ο,2ο
SOMATULINE	LANREOTIDE	ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ		6ο,7ο,2ο
SOMAVERT	PEGVISOMANT	ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ		7ο,2ο
SONAFRINE	SOMATOSTATIN	ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ		7ο,2ο
SPRYCEL	DASATINIB	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	Μετά από έγκριση επιτροπής Κ.Φ,2ο
STILAMIN	SOMATOSTATIN ACETATE	ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ		7ο,2ο
SUBCUVIA	HUMAN NORMAL IMMUNOGLOBULIN	ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ	Υ.Α.	7ο,2ο
SUTENT ⁶	SUNITINIB MALATE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ,2ο
SYNAGIS	PALIVIZUMAB	ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ ΓΙΑ ΝΟΣΟ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΤΟΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΓΚΥΤΙΑΚΟ ΙΟ (RSV)		Μετά από έγκριση επιτροπής Κ.Φ,2ο
TALINAC	TEICOPLANIN	ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ		Κ.Φ,2ο
TARCEVA ⁶	ERLOTINIB	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ,2ο
TARGOCID	TEICOPLANIN	ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ		Κ.Φ,2ο
TARGOPLANIN	TEICOPLANIN	ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ		Κ.Φ,2ο
TASIGNA	NILOTINIB	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	Μετά από έγκριση επιτροπής Κ.Φ,2ο
TAXOTERE	DOCETAXEL	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	6ο,2ο
TEMODAL	TEMOZOLOMIDE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	6ο,2ο
TEVAGRASTIM	FILGRASTIM	ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΠΕΝΙΑ		3ο,6ο,2ο
THELIN	SITAXENTAN SODIUM	ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	Υ.Α.	Κ.Φ,2ο
THYROGEN	THYROTROPIN ALFA	ΕΛΕΓΧΟΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ		Κ.Φ,2ο
TORISEL	TEMSIROLIMUS	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	Μετά από έγκριση επιτροπής Κ.Φ,2ο
TRACLEER	BOSENTAN	ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	Υ.Α.	Κ.Φ,2ο
TYSABRI ²	NATALIZUMAB	ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ	Υ.Α.	1ο,Κ.Φ,2ο
TYVERB ⁷	LAPATINIB DITOSYLATE MONOHYDRATE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	6ο, 2ο
UFT	TEGAFUR+URACILE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ		6ο,2ο

VALCYTE	VALGANCICLOVIR HYDROCHLORIDE	ΦΑΡΜΑΚΑ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟ		1ο,Κ.Φ., 2ο
VECTIBIX ³	PANITUMUMAB	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	6ο,2ο
VELCADE	BORTEZOMIB	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	6°, 2°
VENTAVIS	ILOPROST	ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ	Υ.Α.	Κ.Φ,2ο
VERSATIS	LIDOCAINE	ΤΟΠΙΚΑ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΑ		Κ.Φ,2ο
VFEND	VORICONAZOLE	ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΑΝΤΙΜΥΚΗΤΙΑΣΙΚΑ		Κ.Φ,2ο
VIDAZA	AZACITIDINE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ		1ο,3ο,2ο
VISTIDE	CIDOFOVIR	ΦΑΡΜΑΚΑ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟ		1ο,2ο
VISUDYNE	VERTEPORFIN	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ		Κ.Φ,2ο
VIVAGLOBIN	HUMAN NORMAL IMMUNOGLOBULIN	ΑΝΟΣΟΣΦΑΙΡΙΝΕΣ	Υ.Α.	7ο,2ο
VOLIBRIS	AMBRISERTAN	ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	Υ.Α.	Κ.Φ, 2ο
WELLVONE	ΑΤΟΝΑQUONE	ΑΝΤΙΠΑΡΑΣΙΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ		1ο,2ο
XAGRID	ANAGRELIDE	ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΥ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ		Κ.Φ,2ο
XELODA	CAPECITABINE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ		6ο,2ο
XOLAIR	OMALIZUMAB	ΦΑΡΜΑΚΑ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ		Κ.Φ,2ο
YONDELIS	TRABECTEDIN	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	Μετά από έγκριση επιτροπής Κ.Φ,2ο
VELCADE	BORTEZOMIB	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ	Υ.Α.	6ο , 2ο
ZAVEDOS	IDARUBICIN HYDROCHLORIDE	ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ		6ο,2ο
ZAVESCA	MIGLUSTAT	ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	Υ.Α.	Μετά από έγκριση επιτροπής Κ.Φ,2ο
ZOMETA	ZOLENDRONIC ACID MONOHYDRATE	ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ		6ο,2ο
ZYVOXID	LINEZOLID	ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ		Κ.Φ,2ο

Υ.Α.: Κ.Υ.Α. Φ.80000/οικ.11385/1394/30.04.2010

¹ Η διάθεση του φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος AFINITOR απαιτεί την προσκόμιση πορίσματος βιοψίας (όπου είναι εφικτή η πραγματοποίησή της ή εναλλακτικά πορίσματος αξονικής ή μαγνητικής τομογραφίας) & γνωμάτευσης γιατρού ειδικότητας που να τεκμηριώνει ότι η νόσος έχει εξελιχθεί υπό ή μετά από θεραπεία με VEGF-στοχευόμενη θεραπεία (sorafenib ή sunitinib).

² Στις περιπτώσεις που η θεραπεία πρόκειται να γίνει σε ιδιωτική κλινική.

³ Η διάθεση των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων ERBITUX & VECTIBIX απαιτεί την προσκόμιση αντιγράφου εξέτασης (όπου εφαρμόζεται) που αποδεικνύει την έκφραση του επιδερμικού αυξητικού παράγοντα (EGFR) με μη μεταλλαγμένο, (φυσιολογικό) γονίδιο KRAS.

⁴ Η διάθεση του φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος IRESSA απαιτεί την προσκόμιση πορίσματος βιοψίας (όπου είναι εφικτή η πραγματοποίησή της) & προσκόμιση αντιγράφου εξέτασης που αποδεικνύει την ύπαρξη μεταλλάξεων στο γονίδιο που κωδικοποιεί για τον Υποδοχέα Επιδερμικού Αυξητικού Παράγοντα (Epidermal Growth Factor Receptor, EGFR).

⁵ Απαιτείται η προσκόμιση βεβαίωσης εξειδικευμένου ιατρού ότι ο ασθενής έχει προγραμματιστεί να υποβληθεί σε αυτόλογη μεταμόσχευση.

⁶ Η διάθεση των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων NEXAVAR, SUTENT, TARCEVA απαιτεί την προσκόμιση πορίσματος βιοψίας (όπου είναι εφικτή η πραγματοποίησή της).

⁷ Η διάθεση του φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος TYVERB απαιτεί την προσκόμιση αντιγράφου εξέτασης που αποδεικνύει την υπερέκφραση του ErbB2 (HER 2).

Τα κάτωθι φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα θα χορηγούνται από **1^{ης} Απριλίου 2011** από τα φαρμακεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ:

CIMZIA	CERTOLIZUMAB PEGOL	ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ	Κ.Φ., 2°, 3°
SIMPONI	GOLIMUMAB	ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ	Κ.Φ., 2°, 3°
STELARA	USTEKINUMAB	ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ	Κ.Φ., 2°
ROACTEMRA	TOCILIZUMAB	ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ	Κ.Φ., 2°, 3°

Η διάθεση των τεσσάρων αυτών φαρμάκων θα πραγματοποιείται με συνταγή ιατρού και με γνωμάτευση Κρατικού Νοσοκομείου ή Ιδιωτικής Κλινικής (με εξαίρεση το Roactemra που επειδή η χορήγηση του απαιτεί ενδοφλέβια έγχυση χορηγείται από τα φαρμακεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ μόνο για ιδιωτικές κλινικές).

- Όλα τα ιδιοσκευάσματα με την ίδια δραστική και τις ίδιες θεραπευτικές ενδείξεις με εκείνα που συμπεριλαμβάνονται στον ανωτέρω κατάλογο και που ενδεχομένως να κυκλοφορήσουν στο μέλλον, εξυπακούεται ότι θα χορηγούνται από τα αντίστοιχα φαρμακεία του Ιδρύματος.
- Όλα τα ιδιοσκευάσματα που κυκλοφορούν ή θα κυκλοφορήσουν στο μέλλον με δραστική **OXALIPLATIN, PACLITAXEL ή MITOXANTRONE** θα χορηγούνται από το 6ο και από το 2ο θεραπευτήριο του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Τα ανωτέρω ιδιοσκευάσματα δεν αναφέρονται στον κατωτέρω κατάλογο λόγω του μεγάλου τους αριθμού.
- Τα ιδιοσκευάσματα **ΑΥΞΗΤΙΚΗΣ ΟΡΜΟΝΗΣ** και οι **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΠΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ** (π.χ. DESFERAL, EXJADE) δεν συμπεριλαμβάνονται στον εν λόγω κατάλογο των φαρμάκων που χορηγούνται από τα φαρμακεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ διότι με το Γ55/674/21-01-2009 έγγραφό μας ορίστηκε να χορηγούνται πλέον από τα φαρμακεία των νοσοκομείων όπου παρακολουθούνται οι ασφαλισμένοι.
- Σημειώνεται ότι τα φάρμακα **για την επίκτητη ανοσολογική ανεπάρκεια (AIDS)** διατίθενται από τα φαρμακεία των Κρατικών Νοσοκομείων που διαθέτουν Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων καθώς και από το 1ο Νοσοκομείο του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με τη σύμφωνη γνώμη του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων.
- Οι συνταγές από την Επαρχία θα εκτελούνται στο **Παράρτημα του Κεντρικού Φαρμακείου** και τα φάρμακα θα αποστέλλονται στο Υποκατάστημα που έχει στείλει τη συνταγή. Εξαιρούνται τα φάρμακα Σκλήρυνσης κατά Πλάκας (AVONEX, BETAFERON, REBIF και EXTAVIA) που αποστέλλονται από το Κεντρικό Φαρμακείο.

Επιπρόσθετα,

- Για τα εμβόλια του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμού τα οποία δεν συνταγογραφούνται οι ασφαλισμένοι θα απευθύνονται αποκλειστικά και μόνο στους ιατρούς των Μονάδων Υγείας ή στα συνεργαζόμενα με το Ίδρυμα Κέντρα Υγείας Ε.Σ.Υ. Τα εμβόλια που συνταγογραφούνται και, ως εκ τούτου, χορηγούνται από τα ιδιωτικά φαρμακεία με 0% συμμετοχή των ασφαλισμένων είναι:

- ✓ Πνευμονιόκοκκου (PCV-ανεξάρτητα από τον αριθμό οροτύπων). Εξαίρεση αποτελούν τα Pneumovax, Pneumo 23 τα οποία χορηγούνται από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
- ✓ Ανεμευλογιάς
- ✓ Μηνιγγιτιδόκοκκου C

- ✓ Διφθερίτιδας-τετάνου-κοκκύτη με μικρότερη δόση διφθεριτικής ατοξίνης-Tdap
- ✓ Διφθερίτιδας-τετάνου ενηλίκων
- ✓ Γρίππης (για τις ομάδες υψηλού κινδύνου)

Το εξαδύναμο συνδυασμένο εμβόλιο δεν έχει ενταχθεί στα εμβολιαστικά σχήματα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και, ως εκ τούτου, δεν συνταγογραφείται/αποζημιώνεται στους ασφαλισμένους του. Το εμβόλιο κατά του ροταροϊού δεν έχει ενταχθεί στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού και, ως εκ τούτου, δεν συνταγογραφείται/αποζημιώνεται από το Ίδρυμα.

- Οι ιατροί που συνταγογραφούν φάρμακα του Καταλόγου αυτού οφείλουν:
 - Να τα συνταγογραφούν **ΜΟΝΟ** για τις εγκεκριμένες από τον ΕΟΦ ενδείξεις (διαφορετικά σε εξαιρετικές περιπτώσεις θα παραπέμπουν το περιστατικό στην Ειδική Επιτροπή (Αθήνας-Θεσσαλονίκης) με αναλυτική γνωμάτευση.
 - Να μην αναγράφουν τα ιδιοσκευάσματα του Καταλόγου στην ίδια συνταγή με φάρμακα που χορηγούνται από τα ιδιωτικά φαρμακεία.
 - Να μην αναγράφουν στην ίδια συνταγή φάρμακα που χορηγούνται από διαφορετικά φαρμακεία Νοσοκομείων του Ιδρύματος, αλλά σε διαφορετικές.
 - Να αναγράφουν στη συνταγή «ΧΟΡΗΓΕΙΤΑΙ από το ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΤΟΥ ΙΚΑ-ΕΤΑΜ».
 - Να καθοδηγούν τον ασφαλισμένο σε ποιο φαρμακείο του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ θα απευθυνθεί για την εκτέλεση της συνταγής και αν χρειάζεται να εξεταστεί το περιστατικό από την Ειδική Επιτροπή, ώστε να μην ταλαιπωρούνται οι ασφαλισμένοι.
 - Να επισυνάπτουν στη συνταγή τη γνωμάτευση ιατρού της αντίστοιχης ειδικότητας, σε περίπτωση που η θεραπεία έχει οριστεί από Νοσοκομείο ή Ιδιωτική Κλινική ή του ιδίου εάν είναι συγχρόνως και θεράπων ιατρός.
- Επισημαίνεται ότι ειδικότερα για τις περιπτώσεις εξωσωματικής γονιμοποίησης απαιτείται έγκριση από την Επιτροπή Εξωσωματικής του Ιδρύματος πριν από τη συνταγογράφηση. Επίσης η ανώτερη δοσολογία γοναδοτροπινών που χορηγούνται ανά προσπάθεια IVF είναι 5.000 I.U. γοναδοτροπινών και έως 4 κουτιά GNRH αναλόγων ή έως 3mg ανταγωνιστών γοναδοτροπινών (σύμφωνα με τις οδηγίες και τη δοσολογία των φαρμάκων).
- Στις περιπτώσεις πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας πρέπει να επισυνάπτονται στη συνταγή: α)σπερμοδιάγραμμα από μικροβιολόγο β) σαλπιγγογραφία γνωματευμένη τελευταίας διετίας και γ) υπερηχογράφημα και δ) γνωμάτευση γιατρού ειδικότητας. Η ανώτερη δοσολογία είναι 2.500 I.U. r-FSH ή 3.000 I.U. ουροφολιτροπίνης εκτός αν αιτιολογείται από το γιατρό η ανάγκη αυξημένης δοσολογίας, οπότε οι μονάδες αυξάνονται κατά 500mg ανά περίπτωση. Επίσης μπορούν να συνταγογραφούνται παράλληλα έως 3 κουτιά GNRH αγωνιστών, αλλά όχι ανταγωνιστών γοναδοτροπινών. Η χορήγηση ωοθυλακιορρηκτικών φαρμάκων εκτός κλομιφαίνης δεν μπορεί να γίνεται πάνω από 4 φορές συνολικά και οπωσδήποτε τουλάχιστον ανά δίμηνο ενώ πρέπει να μπαίνει με κόκκινο στυλό πάνω στη συνταγή και στο βιβλιάριο «ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΩΟΘΥΛΑΚΚΙΟΡΡΗΞΙΑΣ» με ημερομηνία.

ΕΝΤΥΠΟ Νο 1α							
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΧΡΕΩΣΗΣ-ΑΠΟΧΡΕΩΣΗΣ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΩΝ ΙΑΤΡΩΝ						ΟΠΑΔ - ΟΑΕΕ	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΤΣΑΥ.....						ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΕΙ.....	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΙΑΤΡΟΥ.....						ΠΛΗΘΟΣ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΩΝ.....	
Α/Α	ΘΕΣΗ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΟΥ ΓΡΑΜΜΩΤΟΥ ΚΩΔΙΚΑ					ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
					ΧΡΕΩΣΗ		
					ΑΠΟΧΡΕΩΣΗ		
					ΧΡΕΩΣΗ		
					ΑΠΟΧΡΕΩΣΗ		
					ΧΡΕΩΣΗ		
					ΑΠΟΧΡΕΩΣΗ		
					ΧΡΕΩΣΗ		
					ΑΠΟΧΡΕΩΣΗ		
					ΧΡΕΩΣΗ		
					ΑΠΟΧΡΕΩΣΗ		

