



Ε Λ Λ Η Ν Ι Κ Η Δ Η Μ Ο Κ Ρ Α Τ Ι Α

Αθήνα 27.1.2014

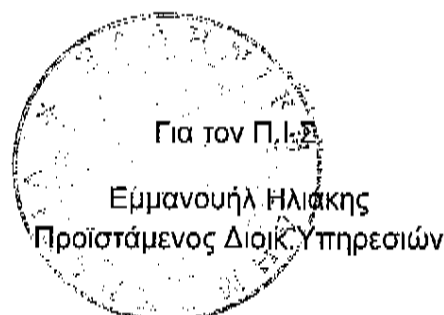
Προς τους
Προέδρους των
Ιατρικών Συλλόγων
της Χώρας

ΑΠ: 200

Κύριε Πρόεδρε,

Σας διαβιβάζουμε τα εξής έγγραφα:

1. Έγγραφο του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Γεν.Δ/ση Οργάνωσης και Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας, Δ/ση Φαρμάκου με αριθμ.πρωτ. ΔΒ4Α/Γ99/10/23.1.2015, (ΑΠ ΠΙΣ: 199/27.1.2015), με θέμα: «Σχετικά με πρότυπο γνωμάτευσης του φαρμάκου AUBAGIO (teriflunomide), και
2. Έγγραφο του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Γενική Δ/ση Υπηρεσιών Υγείας Δ/ση Φαρμάκου, με αριθμ.πρωτ. ΔΒ4Α/οικ.2368/23.1.2015, (ΑΠ ΠΙΣ: 201/27.1.2015), με θέμα: «Σχετικά με φάρμακα που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους»,
3. Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Γενική Δ/ση Οργάνωσης και Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας, Δ/ση Φαρμάκου, αριθμ.πρωτ. ΔΒ4Γ/οικ.2632/27.1.2015, (ΑΠ ΠΙΣ: 219/27.1.2015, με θέμα: «Σχετικά με τη συνταγογράφηση φαρμάκων των επιπλοκών της θαλασσαιμίας και της Δρεπανοκυτταρικής Νόσου από τους θεράποντες ιατρούς των Μονάδων», με τη παράκληση όπως ενημερώσετε τα μέλη περιοχής ευθύνης του Συλλόγου σας.



ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ (Π.Ι.Σ.)

ΠΛΟΥΤΑΡΧΟΥ 3 & ΥΨΗΛΑΝΤΟΥ • 106 75 ΑΘΗΝΑ • ΤΗΛ.: 210 7258660, 210 7258661, 210 7258662, FAX: 210 7258663
 PANHELLENIC MEDICAL ASSOCIATION • 3, PLOUTARCHOU & IPSILANDOU Str., 106 75 ATHENS • HELLAS
 www.pis.gr • e-mails: ΚΕΝΤΡΙΚΟ: pisinfo@pis.gr • ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: pis@pis.gr • ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ: pisref@pis.gr
 ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ: pislog@pis.gr • ΔΙΕΘΝΕΣ: pisinter@pis.gr, pisinter1@pis.gr
 ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΣΗ: pismember@pis.gr



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



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

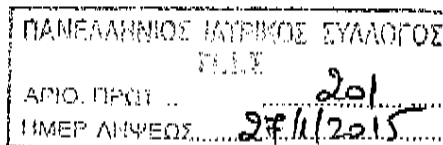
INFORMATICS
DEVELOPMENT
AGENCY

Digitally signed by
INFORMATICS
DEVELOPMENT AGENCY
Date: 2015.01.27 09:15:57
EET
Reason:
Location: Athens

ΑΔΑ: 7ΠΦΘΟΞ7Μ-ΨΑ4

Αθήνα, 23-01-2015

Αρ. Πρωτ.: ΔΒ4Α/οικ.2368



Γενική Δ/νση: Οργάνωσης & Σχεδιασμού

Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας

Δ/νση: Φαρμάκου

Τμήμα: Σχεδιασμού και Παρακολούθησης

Χορήγησης Φαρμάκων

Πληροφορίες: Χ.Κανή

Τηλ.:210 8110655, 575 Fax:210 8110694

Ταχ. Δ/νση: Απ.Παύλου 12, Τ.Κ. 151 23 Μαρούσι

E-mail: d6.t1@eopyy.gov.gr

ΠΡΟΣ

- 1.ΠΕ.ΔΙ ΕΟΠΥΥ (Περιφερειακές Διευθύνσεις ΕΟΠΥΥ)
- 2.Αποκεντρωμένα Γραφεία Εξυπηρέτησης Ασφαλισμένων ΕΟΠΥΥ
- 2.Υγειονομικές Περιφέρειες, ΥΠΕ
3. Στρατιωτικά Νοσοκομεία
- 4.Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
- 5.Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

- 1.Γραφείο Υπουργού Υγείας
- 2.Γραφείο Υφυπουργού Υγείας
3. Γραφείο Γεν.Γραμματέως Δημόσιας Διοίκησης
- 4.Δ/νση Ασφαλισμένων ΕΟΠΥΥ
5. Γραφείο Προέδρου ΕΟΠΥΥ
6. Γραφείο Αντιπροέδρου Α'
7. Γραφείο Γεν. Δ/ντη
8. Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ
- 9.ΗΔΙΚΑ
- 10.ΥΠΕΔΥΦΚΑ
- 11.ΚΜΕΣ

Θέμα: «Σχετικά με φάρμακα που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους».

Σχετικά: 1. Το με αρ.πρωτ. οικ. 21165/21.06.2014 έγγραφό

2.Το με αρ.πρωτ. Φ36/οικ.36616/20.10.2014 έγγραφο (πρότυπα γνωμάτευσης οφθαλμολογικών φαρμάκων)

3. Το με αρ.πρωτ. Φ36/οικ.37661/24.10.2014 έγγραφο (πρότυπα γνωμάτευσης νευρολογικών φαρμάκων)

4. Η Υ.Α. 108477/ 16.12.2014 (ΦΕΚ Β' 3376) Θετικός Κατάλογος Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων

5. Η Υ.Α. 3457/16.01.2014 (ΦΕΚ Β' 64) αρ.11 παρ.4

Σε συνέχεια της έκδοσης Θετικού Καταλόγου Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων (σχετικό 4) και με βάση τις διατάξεις της Υπουργικής Απόφασης 3457/16.01.2014 (σχετικό 5) τα φάρμακα που θα εξετάζονται οι προϋποθέσεις χορήγησης τους θα είναι τα κάτωθι:

ΑΔΑ: 7ΠΦΘΟΞ7Μ-ΨΑ4

A/A	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ
1	CEREZYME	IMIGLUCERASE
2	REPLAGAL	AGALSIDASE
3	FABRAZYME	AGALSIDASE
4	ALDURAZYME	A-L-IDURONIDASE
5	MYOZYME	ALGUCOSIDASE A
6	ELAPRASE	IDURSULFASE
7	VPRIV	VELAGLUCARASE ALFA
8	ZAVESCA	MIGLUSTAT
9	KUVAN	SAPROPTERIN DIHYDROCHLORIDE
10	REMODULIN	TREPROSTINIL SODIUM
11	FORSTEO	TERIPARATIDE
12	PREOTACT	PARATHYROID HORMONE
13	INCIVO	TELAPREVIR
14	VICTRELIS	BOCEPREVIR
15	SYNAGIS	PALIVIZUMAB
16	YERVOY	IPILIMUMAB
17	ZELBORAF	VEMURAFENIB
18	JAKAVI	RUXOLITINIB
19	ZYTIGA	ABIRATERONE ACETATE
20	ILARIS	CANAKINUMAB
21	BOTOX	BOTULINUM TOXIN
22	DYSPORT	BOTULINUM TYPE A TOXIN HAEMAGGLUTININ COMPLEX
23	NEUROBLOCK	BOTULINUM TOXIN TYPE B
24	VISUDYNE	VERTEPORFIN
25	MACUGEN	PEGAPTANIB SODIUM
26	LUCENTIS	RANIBIZUMAB
27	EYLEA	AFLIBERCEPT
28	CEHADO	ALITRETINOIN
29	BENLYSTA	BELIMUMAB
30	ESBRIET	PIRFENIDONE
31	JETREA	OCRIPLASMIN
32	OZURDEX	DEXAMETHASONE
33	CAPRELSA	VANDETANIB
34	TAFINLAR	DABRAFENIB
35	XTANDI	ENZALUTAMIDE

Επιπρόσθετα, εξετάζονται από την Επιτροπή Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους της Αθήνας τα ραδιοφάρμακα, φάρμακα εξωτερικού που αφορούν σε ατομικές παραγγελίες ή έκτακτες εισαγωγές και όσα αφορούν στις διατάξεις της Υ.Α. 82961 (ΦΕΚ 2219 Β'/09.09.2013) σχετικά με αποζημίωση φαρμάκων που εισάγονται με έκτακτες διαδικασίες από τον ΕΟΦ και το ΙΦΕΤ έως την οριστική αξιολόγηση τους από την αρμόδια επιτροπή ή τη λήξη της ενδεδειγμένης περιόδου θεραπείας.

Οι περιπτώσεις που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους μπορούν να τροποποιηθούν με απόφαση του Προέδρου του Οργανισμού.

Επισημαίνεται ότι οι ανωτέρω επιτροπές δεν είναι εκ του νόμου αρμόδιες να εξετάζουν περιπτώσεις εκτός ενδείξεων συνταγογράφησης σύμφωνα με την Υπουργική απόφαση ΔΥΓ3α/οικ. Γ.Υ. 154/29-02-2012 (ΦΕΚ 545/Β'/01-03-2012) η οποία κοινοποιήθηκε με το 16217/09-04-2012 έγγραφο της Υπηρεσίας μας, σύμφωνα με την οποία αρμόδια είναι ειδική Επιτροπή του ΕΟΦ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΟΠΥΥ

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΚΟΝΤΟΣ

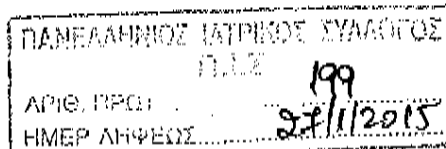


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



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

Αθήνα, 23-01-2015
Αρ. Πρωτ.: ΔΒ4Α/Γ99/10



Γενική Δ/ση: Οργάνωσης & Σχεδιασμού
Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας

Δ/ση: Φαρμάκου

Τμήμα: Σχεδιασμού και Παρακολούθησης

Χορήγησης Φαρμάκων

Πληροφορίες: Χ.Κανή

Τηλ.:210 8110655, 575 Fax:210 8110694

Ταχ. Δ/ση: Απ.Παύλου 12, Τ.Κ. 151 23 Μαρούσι

E-mail: d6.t1@eopyy.gov.gr

ΠΡΟΣ

- 1.Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ
- 2.Π.Ε.ΔΙ ΕΟΠΥΥ (Περιφερειακές
Διευθύνσεις ΕΟΠΥΥ)
- 3.Ελληνική Νευρολογική Εταιρία
- 4.Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος
- 5.ΚΜΕΣ
- 6.ΥΠΕΔΥΦΚΑ
- 7.ΗΔΙΚΑ

Θέμα: «Σχετικά με πρότυπο γνωμάτευσης του φαρμάκου AUBAGIO (teriflunomide)».

Σχετικά: 1. Η Υ.Α. 108477/ 16.12.2014 (ΦΕΚ Β' 3376) Θετικός Κατάλογος Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων

Σε συνέχεια του ανωτέρου σχετικού βάσει του οποίου το φάρμακο AUBAGIO (teriflunomide) αποζημιώνεται σε ασθενείς που παρουσιάζουν τεκμηριωμένη δυσανεξία ή/και αντένδειξη στις άλλες θεραπείες πρώτης γραμμής στη σκλήρυνση κατά πλάκας θα πρέπει για την εκτέλεση των σχετικών συνταγών να επισυνάπτεται συμπληρωμένο το συνημμένο έντυπο γνωμάτευσης.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΟΠΥΥ

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΚΟΝΤΟΣ



ΑΘΗΝΑ 23/01/2015

α.α.α. α.α.α.

ΠΡΟΤΥΠΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΑΥΒΑΓΙΟ**ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ:**Ιδιωτικό Νοσηλευτήριο: ☐Κρατικό Νοσοκομείο: ☐Ιδιώτη Ιατρού: ☐

Σφραγίδα /υπογραφή (ιατρού & φορέα)

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

1.ΑΜΚΑ:

2.Α.Μ.:

3.ΤΑΜΕΙΟ:

4.ΕΠΙΘΕΤΟ:

ΟΝΟΜΑ:

5.ΗΛΙΚΙΑ (Έτος Γέννησης):

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:

Πρόκειται για το σκεύασμα: (περιεκτικότητα, αριθμός εμβλαγγίων):

ΑΥΒΑΓΙΟ (teriflunomide) ☐

Ημερομηνία διάγνωσης νόσου:.....

Μορφή Νόσου (ICD-10):.....

Έναρξη θεραπείας: ☐Συνέχιση θεραπείας: ☐**3. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ**

Το ΑΥΒΑΓΙΟ ενδείκνυται για την αγωγή ενήλικων ασθενών με υποτροπιάζουσα διαλείπουσα πολλαπλή σκλήρυνση (ΠΣ).

Αποζημιώνεται σε ασθενείς που παρουσιάζουν τεκμηριωμένη δυσανεξία ή/και αντένδειξη στις άλλες θεραπείες πρώτης γραμμής στη σκλήρυνση κατά πλάκας

ΔΥΣΑΝΕΞΙΑ ☐

Περιγραφή:.....

Τεκμηρίωση:.....

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΗ ☐

Περιγραφή:.....

Τεκμηρίωση με προσκόμιση:

Α) σχετικών εργαστηριακών εξετάσεων και/ή

Β) βεβαίωση ιατρού ανάλογης ειδικότητας

ΙΣΤΟΡΙΚΟ:Θεραπείες που έχει λάβει ο ασθενής μέχρι σήμερα:**ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΕΣ** ☐

Σκεύασμα:

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:

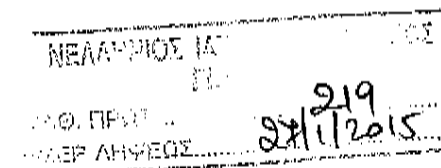
Ημερομηνία λήξης θεραπείας:

GLATIRAMER ACETATE ☐

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας:

Ημερομηνία λήξης θεραπείας:

ΣΦΡΑΓΙΔΑ /ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΘΕΡΑΠΟΝΤΑ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**Ο ΒΕΒΑΙΩΝ ΙΑΤΡΟΣ**



INFORMATICS
DEVELOPMENT
AGENCY

Digitally signed by
INFORMATICS
DEVELOPMENT AGENCY
Date: 2015.01.27 11:49:17
P-I-P
Place: Athens

ΑΔΑ: 7Μ0ΗΟΞ7Μ-1Β6

Αθήνα 27-1-2015



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

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

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΑΓΟΡΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΦΑΡΜΑΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ, ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΛΕΓΧΩΝ**
Ταχ.Δ/ση: Αποστόλου Παύλου 12, Μαρούσι
Ταχ.Κώδικας: 15123
Πληροφορίες: Ν.Οικονόμου
Τηλ.: 210 8110667, ΦΑΞ: 210 8110694
E-mail: d6@eopyy.gov.gr

Αριθ.Πρωτ.: ΔΒ4Γ/οικ.2632

ΠΡΟΣ

1. Μονάδες Υγείας ΠΕΔΥ
2. ΚΜΕΣ
3. ΗΔΙΚΑ
4. Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο
5. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
6. Διοικητές ΔΥΠΕ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. Γραφείο Προέδρου
2. ΠΑΣΠΑΜΑ
Πανελλήνιος Σύλλογος Πασχόντων από
Μεσογειακή Αναιμία
Αν.Τσόχα 18-20, 11521 Αθήνα
paspama@otenet.gr

**ΘΕΜΑ: «Σχετικά με την συνταγογράφηση φαρμάκων των επιπλοκών της
θαλασσαιμίας και της Δρεπανοκυτταρικής Νόσου από τους θεράποντες ιατρούς
των Μονάδων»**

Σε συνέχεια αιτήματος του Πανελληνίου Συλλόγου Πασχόντων από Μεσογειακή Αναιμία σας γνωρίζουμε ότι, προς αποφυγή της ταλαιπωρίας των συγκεκριμένων κατηγοριών ασθενών, ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ, οι θεράποντες ιατροί των Μονάδων Μεσογειακής Αναιμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου, μπορούν να συνταγογραφούν και τα φάρμακα των επιπλοκών των παθήσεων των πασχόντων από Θαλασσαιμία (Μεσογειακή Αναιμία) και Δρεπανοκυτταρική Νόσο (Δρεπανοκυτταρικής και Μικροδρεπανοκυτταρικής αναιμίας).

Οι Μονάδες Μεσογειακής Αναιμίας και Δρεπανοκυτταρικής Νόσου θα πρέπει να ορίσουν τους ιατρούς που θα συνταγογραφούν στους ανωτέρω ασθενείς τα φάρμακα για τις επιπλοκές των παθήσεων τους (καρδιολογικές, ενδοκρινολογικές, οστικές, νεφρολογικές, θρομβοεμβολικές, λοιμώδη νοσήματα) και να γνωστοποιήσουν στον ΕΟΠΥΥ τα στοιχεία των εν λόγω ιατρών.

Επισημαίνουμε ότι οι συνταγές αυτές θα πρέπει να συνοδεύονται από γνωμάτευση του ειδικού ιατρού που έκανε τη διάγνωση της συγκεκριμένης πάθησης-επιπλοκής.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΚΟΝΤΟΣ