



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας

www.eopyy.gov.gr

Αθήνα, 30 Οκτωβρίου 2013

Αρ. Πρωτ.: οικ. 34730

Γενική Δ/νση: Σχεδιασμού & Ανάπτυξης  
Υπηρεσιών Υγείας

Δ/νση: Φαρμάκου

Τμήμα: Φαρμακευτικής Πολιτικής

Πληροφορίες: Ε. Αλεξοπούλου

Τηλ.: 210-8110674 Fax: 210-8110694

Ταχ. Δ/νση: Κηφισίας 39, 151 23 Μαρούσι

E-mail: [d6.t1@eopyy.gov.gr](mailto:d6.t1@eopyy.gov.gr)

**ΠΡΟΣ**

**1. Μονάδες Υγείας ΕΟΠΥΥ**

**2. Περιφερειακές Διευθύνσεις ΕΟΠΥΥ**

**3. Πανελλήνιο Φαρμακευτικό**

**Σύλλογο**

Πειραιώς 134 & Αγαθημέρου, 11854

Αθήνα

**4. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο**

Πλουτάρχου 3, 10675 Αθήνα

**Θέμα: «Έγκριση του θετικού καταλόγου του άρθρου 12 παρ. 1 εδάφιο α' του Ν.  
3816/2010»**

Σχετικό:

1. Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμ. 91173 (ΦΕΚ 2477/Β/03-10-2013) με τίτλο: «Τροποποίηση υπουργικής απόφασης έγκρισης του θετικού καταλόγου του άρθρου 12 παρ. 1 εδάφιο α' του Ν. 3816/2010, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει».

Σας ενημερώνουμε ότι με την ανωτέρω Υπουργική Απόφαση εγκρίθηκε ο θετικός κατάλογος της παραγράφου 1 του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010 ο οποίος τίθεται σε ισχύ από 02 Οκτωβρίου 2013. Ο Οργανισμός θα αποζημιώνει μόνον τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα που ανήκουν στον ανωτέρω κατάλογο.

Παράλληλα, επισημαίνεται η ύπαρξη περιορισμών στη συνταγογράφηση δραστικών ουσιών συγκεκριμένων θεραπευτικών κατηγοριών. Προς διευκόλυνσή σας, οι εν λόγω περιορισμοί παρατίθενται κατωτέρω (Πίνακας 1).

Συνημμένα: Πίνακας περιορισμών (3 σελίδες).

**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΕΙΣ**

1. Υπουργείο Υγείας  
- Γραφείο Υπουργού  
- Γραφείο Υφυπουργού κ. Μπέζα
2. Γραφείο Προέδρου
3. Γραφείο Αντιπροέδρου Α'
4. Γραφείο Αντιπροέδρου Α'
5. Τμήμα Εκκαθάρισης Συνταγών (ΚΜΕΣ)

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ**

**Δ. ΚΟΝΤΟΣ**

6. Γραφείο Γενικού Διευθυντή  
7. ΗΔΙΚΑ ΑΕ

**ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ  
Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ**

## Πίνακας 1

## ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ

1. Περιορισμός: Αποζημιώνονται για τη θεραπεία πεπτικού έλκους, της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης και της φαρμακευτικής γαστροπροστασίας σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης γαστροδωδεκαδακτυλικού έλκους. Ειδικότερα όσον αφορά τη γαστροπροστασία σε χορήγηση κλοπιδογρέλης πρώτη επιλογή είναι η χορήγηση Η2 αναστολέων.  
**A02BC01 OMEPRAZOLE**  
**A02BC02 PANTOPRAZOLE SODIUM SESQUIHYDRATE**  
**A02BC03 LANSOPRAZOLE**  
**A02BC04 RABEPRAZOLE SODIUM**  
**A02BC05 ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM**  
**A02BC05 ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM TRIHYDRATE**
  
2. Περιορισμός: Αποζημιώνεται μόνο για την ένδειξη "Πρόληψη και θεραπεία της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας"  
**A06AD11 LACTULOSE Από του στόματος χορήγηση (υγρές ή ημιστερεές μορφές)**  
**A06AD12 LACTITOL MONOHYDRATE Από του στόματος χορήγηση (υγρές ή ημιστερεές μορφές)**
  
3. Περιορισμός: Αποζημιώνεται μόνο σε χορήγηση για προετοιμασία διαγνωστικής εξέτασης και χειρουργικής επέμβασης  
**A06AD POTASSIUM SODIUM TARTRATE TETRAHYDRATE**
  
4. Περιορισμός: Αποζημιώνεται μόνο σε χορήγηση για προετοιμασία διαγνωστικής εξέτασης και χειρουργικής επέμβασης  
**A06AG01 SODIUM PHOSPHATE DIBASIC DIHYDRATE,PHOSPHORIC ACID Ορθική χορήγηση (υγρές μορφές, για διαγνωστικούς σκοπούς)**  
  
**A06AG01 SODIUM PHOSPHATE DIBASIC HEPTAHYDRATE,SODIUM PHOSPHATE MONOBASIC MONOHYDRATE**  
**Ορθική χορήγηση (υγρές μορφές, για διαγνωστικούς σκοπούς)**  
  
**A06AG01 SODIUM PHOSPHATE MONOBASIC MONOHYDRATE,SODIUM PHOSPHATE DIBASIC HEPTAHYDRATE Ορθική χορήγηση**  
**(υγρές μορφές, για διαγνωστικούς σκοπούς)**  
  
**A06AG01 SODIUM PHOSPHATE MONOBASIC MONOHYDRATE,SODIUM PHOSPHATE DIBASIC HEPTAHYDRATE**  
**Ορθική χορήγηση (υγρές μορφές, για διαγνωστικούς σκοπούς)**
  
5. Περιορισμός: Αποζημιώνονται μόνο για την ένδειξη: "Προφύλαξη και θεραπεία των ανεπιθυμητών ενεργειών των αντιβιοτικών"  
**A07FA02 SACCHAROMYCES BOULARDII Από του στόματος χορήγηση (στερεές μορφέ, υγρές, ημιστερεές)**

6. Περιορισμός: Αποζημιώνεται μόνο ως δεσμευτικό του φωσφόρου στη νεφρική ανεπάρκεια  
**A12AX GLYCINE,CALCIUM CARBONATE**
7. Περιορισμός: Αποζημιώνεται μόνο για άτομα με τεκμηριωμένη από εξειδικευμένο κέντρο δημόσιου νοσοκομείου ανεπάρκεια L-καρνιτίνης. Σε ασθενείς τελικού σταδίου νεφρικής ανεπάρκειας μόνο ως θεραπεία συντήρησης μετά από ενδοφλέβια χορήγηση κατά την αιμοκάθαρση.  
**A16AA01 LEVOCARNITINE Από του στόματος χορήγηση**
8. Περιορισμός: Αποζημιώνεται μόνο για τις ενδείξεις "Ιδιοπαθής μηνορραγία και προφύλαξη από υπερπλασία του ενδομητρίου κατά τη διάρκεια θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης"  
**G03AC03 LEVONORGESTREL Ενδομήτρια χορήγηση (σύστημα ενδομήτριας χορήγησης)**
9. Περιορισμός: Αποζημιώνεται για όλες τις εγκεκριμένες ενδείξεις του εκτός της ένδειξης "Ανδρογενετική αλωπεκία"  
**G03HA01 CYPROTHERONE ACETATE Από του στόματος χορήγηση (στερεές μορφές)**
10. Περιορισμός: Δεν αποζημιώνεται για την ένδειξη της μασχαλιαίας υπεριδρωσίας  
**M03AX01 BOTULINUM TOXIN TYPE A Παρεντερική χορήγηση (ένεση ή έγχυση)**
11. Περιορισμός: Δεν αποζημιώνεται για την ένδειξη της μασχαλιαίας υπεριδρωσίας  
**M03AX01 BOTULINUM TYPE A TOXIN HAEMAGGLUTININ COMPLEX Παρεντερική χορήγηση (ένεση ή έγχυση)**
12. Περιορισμός: Αποζημιώνονται μόνο 2 ενέσεις για κάθε γόνατο ανά έτος και εφόσον δεν υπάρχει ανταπόκριση σε άλλη θεραπεία. Συνταγογράφηση μόνο από ορθοπεδικούς και ρευματολόγους.  
**M09AX01 HYALURONATE SODIUM Παρεντερική χορήγηση (ένεση ή έγχυση)**
13. Περιορισμός: Αποζημιώνεται μόνο μία φορά το μήνα και μόνο για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε συχνές φλεβοκεντήσεις (ασθενείς πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία, αιμοκαθαιρόμενοι)  
**N01BB02 LIDOCAINE HYDROCHLORIDE MONOHYDRATE Δερματική εφαρμογή (ημιστερεές μορφές)**  
**N01BB01 BUPIVACAINE HYDROCHLORIDE Παρεντερική χορήγηση (ένεση ή έγχυση)**  
**N01BB02 LIDOCAINE HYDROCHLORIDE MONOHYDRATE Παρεντερική χορήγηση (ένεση ή έγχυση)**  
**N01BB09 ROPIVACAINE HYDROCHLORIDE MONOHYDRATE Παρεντερική χορήγηση (ένεση ή έγχυση)**

**N01BB10 LEVOBUPIVACAINE HYDROCHLORIDE** Παρεντερική χορήγηση (ένεση ή έγχυση)

14. Περιορισμός: Αποζημιώνεται μόνο μία φορά το μήνα και μόνο για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε συχνές φλεβοκεντήσεις (ασθενείς πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία, αιμοκαθαιρόμενοι)

**N01BB20 LIDOCAINE,PRILOCAINE** Δερματική εφαρμογή (ημιστερεές μορφές)

15. Περιορισμός: Συνταγογράφηση μόνο από πνευμονολόγους, σύμφωνα με τις εγκεκριμένες ενδείξεις

**R03DX07 ROFLUMILAST** Από του στόματος χορήγηση (στερεές μορφές)

16. Περιορισμός: Αποζημιώνεται αποκλειστικά για βραχυχρόνια συμπτωματική αντιμετώπιση των εξάρσεων των ιλίγγων

**R06AA52 DIMENHYDRINATE,NICOTINIC ACID,PYRIDOXINE HYDROCHLORIDE** Από του στόματος χορήγηση (στερεές μορφές τροποποιημένης αποδέσμευσης)

17. Περιορισμός: Αποζημιώνονται μόνο για την ένδειξη "Σύνδρομο SJÖGREN"

**S01XA12 DEXPANTHENOL** Οφθαλμική χορήγηση (ημιστερεές μορφές)

**S01XA20 CARBOMER** Οφθαλμική χορήγηση (ημιστερεές μορφές)

**S01XA20 CARBOMER 974P** Οφθαλμική χορήγηση (ημιστερεές μορφές)

**S01XA20 POLYVIDONE** Οφθαλμική χορήγηση (υγρές μορφές)

**S01XA20 POLYVIDONE K25** Οφθαλμική χορήγηση (υγρές μορφές)

**S01XA20 POLYVINYL ALCOHOL,POLYVIDONE** Οφθαλμική χορήγηση (υγρές μορφές)