



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΙΔΡΥΜΑ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ  
ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ

## ΔΙΟΙΚΗΣΗ

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ

**ΤΜΗΜΑ: ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ  
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ**

**Ταχ. Δ/ση:** Αγ. Κων/νου 16, 10241-  
ΑΘΗΝΑ

**Αριθ. Τηλ.:** 210-5221605

**Αριθ. FAX:** 210-5221649

ΑΔΑ: 4Α124691ΩΓ-9Α

Αθήνα, 21 Μαρτίου 2011

## ΕΞ.ΕΠΕΙΓΟΝ

Αριθ. Πρωτ.  
**Γ55/838**

-----

## ΠΡΟΣ

-----

1. Νομαρχιακές και Τοπικές Μονάδες Υγείας ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
2. Περιφερειακά και Τοπικά Υποκ/τα ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (Υγειονομικές, Φαρμακευτικές Υπηρεσίες και Τμήματα Παροχών)
3. Νοσοκομεία ΙΚΑ-ΕΤΑΜ
4. Υγειονομικές Περιφέρειες, Υ.Π.Ε. (πίνακας διανομής)
5. Τους Διοικητές των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων:
  - Στρατιωτικό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών (401 Γ.Σ.Ν.Α.) Μεσογείων και Κανελλοπούλου 1, 11525 Αθήνα
  - Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας - 251 (Γ.Ν.Α.), Κανελλοπούλου 3, 11 525 Αθήνα
  - Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών (Ν.Ν.Α.), Δεινοκράτους 70, 11 521, Αθήνα
  - Νοσηλευτικό Ίδρυμα Μετοχικού Ταμείου Στρατού (Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.), Μονής Πετράκη 10, 11 521 Αθήνα
  - Στρατιωτικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος 414 Ταξιάρχου Βέλλιου 6, 15 236 Παλαιά Πεντέλη
6. Διοικητές ΟΠΑΔ & ΟΑΕΕ
7. Σ.Φ.Ε.Ε.

**ΘΕΜΑ: «Σχετικά με τη μη αποζημίωση φαρμάκων των οποίων οι ενδείξεις δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση »**

Σχετικά:

1. Το Γ55/780/28.06.2010 έγγραφο του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με τίτλο: ««Μη αποζημίωση φαρμάκων εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων, όπως αυτές ορίζονται στην εκδοθείσα από τον ΕΟΦ Περίληψη Χαρακτηριστικών του Φαρμακευτικού Προϊόντος, από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ»
2. Νόμος Ν.3457/2006 (ΦΕΚ Α'93) άρθρο 8 παρ.4
3. Το Γ55/640/24.07.2008 έγγραφο του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με τίτλο: «Ενδείξεις για τις οποίες η δαπάνη φαρμάκων δεν καλύπτεται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς»

4. Το Γ55/645/02.09.2008 έγγραφο του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ με τίτλο: «Ενδείξεις για τις οποίες η δαπάνη φαρμάκων δεν καλύπτεται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς»

Θέτουμε υπόψη σας ότι κατά τον έλεγχο της συνταγογραφίας έχουν παρατηρηθεί αυξημένα περιστατικά συνταγογράφησης φαρμάκων που δεν καλύπτονται από την Κοινωνική Ασφάλιση. Κατόπιν αυτού με το παρόν έγγραφο σας υπενθυμίζουμε τα κάτωθι:

Με την ΔΥΓ3α/Γ.Π.84921/02.07.2007 (ΦΕΚ Β' 1229/18.07.2007) ορίστηκαν οι ενδείξεις για τις οποίες η δαπάνη των φαρμάκων που αντιστοιχούν σε αυτές δεν καλύπτεται από φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθένειας και είναι οι ακόλουθες:

- Παχυσαρκία (μη συνοδευόμενη από σχετικούς παράγοντες κινδύνου)
- Ανδρογενετικού τύπου αλωπεκία
- Στυτική δυσλειτουργία
- Κοινές στοματίτδες-άφθες
- Δερματική γήρανση ή ρυτίδες δέρματος
- Ορμονική αντισύλληψη για συστηματική χρήση
- Βιταμινοθεραπεία από του στόματος για τόνωση ή υποκατάσταση βιταμινών
- Φλεβική ανεπάρκεια των κάτω άκρων
- Αντιμετώπιση των συμπτωμάτων εξάρτησης από τη νικοτίνη

Επίσης, σύμφωνα το αρ.8 παρ.4. του Ν.3457/2006 (ΦΕΚ Α'93) ρητά ορίζεται ότι «Απαγορεύεται, με ευθύνη του θεράποντος ιατρού, η συνταγογράφηση φαρμάκων εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων και δοσολογίας, όπως αυτά καθορίζονται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος». Συνεπώς, για τη συνταγογράφηση, ουσιώδης είναι εκ μέρους του θεράποντος ιατρού, η γνώση της εγκεκριμένης «Περίληψης Χαρακτηριστικών του Προϊόντος».

Για διευκόλυνση σας παραθέτουμε στη συνέχεια τα φάρμακα που **δεν αποζημιώνονται** από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, δεδομένου ότι βάσει των εγκεκριμένων ενδείξεων τους, όπως αυτές καθορίζονται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του

φαρμακευτικού Προϊόντος που εκδίδεται από τον Ε.Ο.Φ., χορηγούνται σε ενδείξεις που περιλαμβάνονται στις διατάξεις τις ΔΥΓ3α/Γ.Π.84921/02.07.2007.

1) **Φάρμακα κατά της παχυσαρκίας (εξαιρείται η περίπτωση που υπάρχει γνωμάτευση που αναφέρει σχετικούς παράγοντες κινδύνου)**

ACOMPLIA XENICAL
---------------------

2) **Φάρμακα για τη θεραπεία της ανδρογενετικού τύπου αλωπεκίας**

AXELAN BOTAFEX EBERSEDIN HAIRWAY LOTORIN MINODRIL MINOXIDIL/TARGET	NEO PRURISTAM NHEREA OXOFENIL REGAINE VIUS PERVIL (f.c. tab 1mg/tab) PROPECIA (f.c. tab 1mg/tab)
--	--

3) **Φάρμακα για την αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας**

CAVERJECT CIALIS LEVITRA	MUSE VIAGRA VIVANZA
--------------------------------	---------------------------

4) **Αντισυλληπτικά φάρμακα συστηματικής χρήσης**

CERAZETTE CILEST GRACIAL HARMONETTE LAURINA LIOFORA LOETTE MELIANE MERCILON MINESSE MINULET	MIRENA (εξαιρούνται οι εγκεκριμένες ενδείξεις α) προστασία από υπερπλασία του ενδομητρίου κατά τη διάρκεια θεραπείας οιστρογονικής υποκατάστασης β)Ιδιοπαθής μηνορραγία) NORLEVO NOVYNETTE POSTINOR REGULON RIGEVIDON TRI-MINULET TRIGYNERA TRIREGOL YASMIN YASMINELLE
---	--

5) Θεραπεία δερματικής γήρανσης ή ρυτίδων του δέρματος

VISTABEL

6) Κοινές στοματίτιδες, άφθες

AFTAID (mouth past 5% w/w) BETADINE (sol. ga. mw 1%) DRAPIX (sol. ga. mw 1%) EVINOLUT (sol. ga. mw 1%) LYSOPAIN-N (subl. tab 20+10 mg/tab) MUNDISAL (gel or. top 8,71%+0,01%)	OXISEPT (or. t. sol. 1% w/v) POVIODINE (gargle 1%) PYRALVEX (or. t. sol. 1%+5% w/v) RIPOSON (mouth wash 0,5mg/1ml) RIPOSON (loz 5mg/loz) STREPSILS PLUS (mouth spray 0,58+1,16+1,88 mg/d) UNISEPT (sol. ga. mw 10%)
--	--

7) Βιταμινοθεραπεία από του στόματος για τόνωση ή υποκατάσταση βιταμινών

ADDITIVA VITAMIN C ARCALION BESIX BETRIMINE EPHYNAL EVATON B12 EVIOL EVIOL-A FARASIN ISSOBEVIT NECTADON-C NEO-SARKOL	NEUROBION PHARMATON GERIATRIC PHOSPHOVITAM FORT SOPALAMIN-3B TRIFORTE TRIPLOVIT TRIVIMINE UPSATON VICEF VIONEURIN-6 VITORANGE VITORANGE+CALCIUM
---	--

8) Φάρμακα για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων εξάρτησης από τη νικοτίνη

CAMRYN CAVALAR CHAMPIX ZYBAN NICOPATCH (TTS 21MG/24 HRS) NICORETTE (CHW TAB 4MG/TAB) NICORETTE (INHALAT 10MG/UNIT) NICORETTE NAS. SPRAY 500MCG/DOSE NICORETTE (MICROTAB) SUBL. TAB 4MG/TAB NICORETTE (MINT) CHW TAB 4MG/TAB	NICORETTE MICROTAB LEMON (SUBL. TAB 4MG/TAB) NICORETTE FRESHMINT (CHW TAB 4MG/TAB) NICOTINELL FRUIT (CHW GUM 4MG/GUM) NICOTINELL LIQUORICE (CHW GUM 4MG/GUM) NICOTINELL MINT (CHW GUM 4MG/GUM) NIQUITIN CLEAR (TTS 21 MG / 24 HRS)
---	--

## 9) Φλεβική ανεπάρκεια κάτω άκρου

ABANIFAN	HEMERAN
ANTICAN	MECATON
BIOFLEVIN	NOXAREL/GENEPHARM
CIDOSTON	OFLAZET
CYCLO—3-FORT	OPINO
DAFLON (εξαιρείται η εγκεκριμένη ένδειξη αιμορροϊδική κρίση)	PELETHROCIN
DIOSMINE/VOCATE	PYCNOGENOL
DIOSPER	RADIAVIT
DISPEDROL	RIOVEN
DOXYTRES	ROXYDRAL
FLEVION	SMUDAL
FLEVOSTOL	VENORUTON (εξαιρείται η εγκεκριμένη ένδειξη συμπτωματική θεραπεία I και II βαθμού αιμορροϊδων)
GAMOPHEN	VENOSMAN

Σημειώνεται ότι στις προηγούμενες παραγράφους αναφέρονται τα φάρμακα όπως είχαν συμπεριληφθεί στην εγκύκλιο του Ε.Ο.Φ. με αρ.πρωτ.49781/23.07.2008 καθώς με βάση την παράγραφο γ του άρθρου 5 της ΔΥΤ3α/Γ.Π.84921 (ΦΕΚ Β' 1229/18.07.2007) με μέριμνα του Ε.Ο.Φ. εκδίδεται εγκύκλιος με τα φάρμακα, τα οποία έχουν εγκεκριμένες ενδείξεις εκ των ανωτέρω. Ως εκ τούτου στον κατάλογο αυτό περιλαμβάνονται και φάρμακα τα οποία είναι πλέον ΜΗΣΥΦΑ ή οι άδειες τους έχουν ανακληθεί. Κατόπιν αυτού, καλούνται οι κάτοχοι αδειών κυκλοφορίας να μας ενημερώσουν εάν τα φάρμακα που περιλαμβάνονται στον ανωτέρω κατάλογο έχουν και άλλες εγκεκριμένες ενδείξεις πέραν αυτών που δεν αποζημιώνονται και να μας αποστείλουν τις αντίστοιχες εγκεκριμένες Περιλήψεις των Χαρακτηριστικών Προϊόντων, προκειμένου να επικαιροποιήσουμε τον Κατάλογο με τυχόν άλλες εξαιρέσεις. Υπενθυμίζετε ότι εάν συνταγογραφηθούν τα ανωτέρω ιδιοσκευάσματα για τις εξαιρέσεις (δηλ. για τις άλλες εγκεκριμένες ενδείξεις πέραν των μη αποζημιούμενων) τότε πρέπει να επισυνάπτεται και γνωμάτευση του θεράποντα ιατρού σχετικής ειδικότητας.

Με ευθύνη των Διευθυντών των Μ.Υ. και Π.Υ.Υ. να δοθεί από ένα αντίγραφο του εγγράφου αυτού στους ιατρούς της Μονάδας τους, που συνταγογραφούν, καθώς

και από ένα αντίγραφο στους ιατρούς των Κ.Υ. και Π.Ι. της ασφαλιστικής τους περιοχής, εφόσον εκδίδουν συνταγές ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, οι οποίοι θα το παραλάβουν ενυπόγραφα. Τα Υποκαταστήματα να επιδώσουν το παρόν έγγραφο με απόδειξη παραλαβής στους συνεργαζόμενους φαρμακοποιούς.

#### **ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΕΙΣ**

- 1.Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης
- 2.Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
3. Γρ. Διοικητή
4. Γρ. Υποδιοικητή κ. Κ.Νικόλη
5. Δ/νσεις Επιθεώρησης
6. Γραφείο Γενικού Διευθυντή Οικονομοτεχνικών Υπηρεσιών
7. Κεντρική Μονάδα Επεξεργασίας Συνταγών
8. Συντονιστές Υγείας και Ασφάλισης
- 9.Συντονιστές Διοίκησης
10. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
11. Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο
12. Φαρμακευτικό Σύλλογο Αττικής
- 13 . Τοπικούς Φαρμακευτικούς Συλλόγους
14. ΥΠΕΔΥΦΚΑ Σταδίου 29, 10110 ΑΘΗΝΑ
15. Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας & Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.)
- 15.ΗΔΙΚΑ
16. Στο συντάξαν τμήμα (10)

#### **Η ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ**

**Π.ΛΙΤΣΑ**

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ  
Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ  
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ &  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ  
Δ.ΠΡΟΕΣΤΑΚΗΣ