



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**

Πληροφορίες: Ν.Οικονόμου,  
Τηλ.: 210 8110667, ΦΑΞ: 210 8110694  
Ταχ.Δ/ση: Αποστόλου Παύλου 12, Μαρούσι  
Ταχ.Κώδικας: 15123  
E-mail: **d6.t4@eopyy.gov.gr**

**Μαρούσι 20/11/2018**

**Αρ.Πρωτ: ΔΒ4Γ/οικ.46158**

**ΠΡΟΣ**

- 1.ΠΕ.ΔΙ ΕΟΠΥΥ (Περιφερειακές Διευθύνσεις ΕΟΠΥΥ)
- 2.Αποκεντρωμένα Γραφεία Εξυπηρέτησης Ασφαλισμένων ΕΟΠΥΥ
3. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.
4. Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο

**Κοινοποίηση**

1. Γραφείο Προέδρου ΕΟΠΥΥ
2. Γραφείο Αντιπροέδρου ΕΟΠΥΥ
- 3.Γραφείο Γενικού Διευθυντή Οργάνωσης & Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας
4. ΥΠΕΔΥΦΚΑ  
Δ/ση Κεντρικής Υπηρεσίας  
Μενάνδρου 64α ,10432
5. ΗΔΙΚΑ  
Λυκούργου 10,  
10551, Αθήνα

**ΘΕΜΑ: «Την τροποποίηση της αριθμ. ΔΥΓ3(α)οικ. 104747/26-10-2012 (ΦΕΚ Β' 2883) κοινής υπουργικής απόφασης, με περιεχόμενο τον κατάλογο παθήσεων, τα φάρμακα των οποίων χορηγούνται με μειωμένη ή μηδενική συμμετοχή του ασφαλισμένου»**

Σχετικό: Η υπ'αριθμ.ΕΑΛΕ/Γ.Π.οικ.79647/17-10-2018 κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 4698/Β/19-10-2018)

Σε εφαρμογή της υπ'αριθμ.ΕΑΛΕ/Γ.Π.οικ.79647/17-10-2018 κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 4698/Β/19-10-2018) τροποποιείται η υπ' αριθμ. ΔΥΓ3(α)οικ. 104747/26-10-2012 (ΦΕΚ Β' 2883) κοινή υπουργική απόφαση, με περιεχόμενο τον κατάλογο παθήσεων, τα φάρμακα των οποίων χορηγούνται με μειωμένη ή μηδενική συμμετοχή του ασφαλισμένου όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει, στα ακόλουθα σημεία:

1. Η υποπερίπτωση 9 της περίπτωσης Α', αντικαθίσταται ως εξής:  
«9. Σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ ή άλλοι τύποι Σακχαρώδη Διαβήτη, εκτός από τους αναφερόμενους στην υποπερίπτωση 2 της περίπτωσης Β'».
2. Στην περίπτωση Α' προστίθενται υποπεριπτώσεις 14 και 15, ως εξής:  
«14. Ψωρίαση, όσον αφορά στα σκευάσματα τοπικής θεραπείας με δραστικές ουσίες συνδυασμοί Betamethasone - Calcitriol, Calcipotriol και Calcitriol, και στα από του στόματος σκευάσματα με δραστικές ουσίες Ciclosporin, Methotrexate και Acitretin.  
15. Νόσος Crohn, όσον αφορά στα φάρμακα με δραστικές ουσίες Budesonide, Mesalazine, Methylprednisolone, Prednisolone, Sulfasalazine, Hydrocortisone, Azathioprine και Metrotrexate».
3. Η υποπερίπτωση 2 της περίπτωσης Β', αντικαθίσταται ως εξής:  
«2. Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου Ι ή Σακχαρώδη Διαβήτη κύησης ή Σακχαρώδη Διαβήτη μετά από παγκρεατεκτομή συνεπεία παγκρεατικού νεοπλάσματος».  
Κατά τα λοιπά ισχύει η αριθμ. ΔΥΓ3(α)/οικ. 104747/26-10-2012 (ΦΕΚ Β' 2883) κοινή υπουργική απόφαση, όπως έχει τροποποιηθεί με τις αριθμ. ΔΥΓ3(α)/οικ.4146/15-01-2013 (ΦΕΚ Β' 43) και 52095/03-06-2013 (ΦΕΚ Β' 1561) όμοιες αποφάσεις.

**Ο ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ**

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ**