

**ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΗ ΔΙΑΥΓΕΙΑ**

Αθήνα, 27-1-2023

Αρ. Πρωτ. Δ3(α) οικ. 5374

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ**

Ταχ. Διεύθυνση : Αριστοτέλους 17  
Ταχ. Κώδικας : 104 33  
Πληροφορίες : Ε. Κωνσταντίνου  
Τηλέφωνο : 2132161521, -1762  
Fax : 213 216 1913  
e-mail : [farmaka@moh.gov.gr](mailto:farmaka@moh.gov.gr)

**ΘΕΜΑ:** «Περιορισμοί αποζημίωσης φαρμάκων του Καταλόγου Αποζημιούμενων Φαρμάκων κατόπιν επαναξιολόγησης από την Επιτροπή Αξιολόγησης»

### **ΑΠΟΦΑΣΗ**

#### **Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των άρθρων 247 έως 256 του Ν. 4512/2018 (ΦΕΚ Α' 5), «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή των διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων του Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκαν με τα άρθρα 21 έως 25 του Ν. 4633/2019 (ΦΕΚ Α' 161) «Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού, άλλα ζητήματα του Υπουργείου Υγείας και λοιπές διατάξεις» και τα άρθρα 12 έως 14 του ν. 4683/2020 (Α' 83) «Κύρωση της από 20.3.2020 Π.Ν.Π. "Κατεπείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεπειών του κινδύνου διασποράς του κορωνοϊού COVID-19, τη στήριξη της κοινωνίας και της επιχειρηματικότητας και τη διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας της αγοράς και της δημόσιας διοίκησης" (Α' 68) και άλλες διατάξεις».
2. Του άρθρου 51 του Ν. 4633/2019 (ΦΕΚ Α' 161) «Σύσταση ΕΟΔΥ, ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού κλπ».
3. Τις διατάξεις του άρθρου 90 του Κώδικα νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα Κυβερνητικά όργανα που κυρώθηκε με το άρθρο πρώτο του π.δ. 63/2005 (ΦΕΚ Α' 98).
4. Τις διατάξεις του π.δ. 121/2017 (ΦΕΚ Α' 148), «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας», όπως ισχύει.
5. Το π.δ. 68/2021 (ΦΕΚ Α' 155) «Διορισμός Υπουργών, Αναπληρώτριας Υπουργού και Υφυπουργών».

6. Την αριθμ. πρωτ. Α1β/Γ.Π. οικ. 1105/2020 (ΦΕΚ ΥΟΔΔ 14) απόφαση «Συγκρότηση και Ορισμός μελών της Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (Επιτροπή Αξιολόγησης) με έδρα στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.)», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
7. Την αριθμ. πρωτ. Α1β/Γ.Π. 84435/2019 (ΦΕΚ ΥΟΔΔ 1032) απόφαση «Συγκρότηση και ορισμός μελών στην Επιτροπή Διαπραγμάτευσης Τιμών Φαρμάκων (Επιτροπή Διαπραγμάτευσης) με έδρα στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
8. Την Οδηγία 89/105/ΕΟΚ της 21<sup>ης</sup> Δεκεμβρίου 1988 σχετικά με τη διαφάνεια των μέτρων που ρυθμίζουν τον καθορισμό των τιμών των φαρμάκων για ανθρώπινη χρήση και την κάλυψη του κόστους των στα πλαίσια των εθνικών ασφαλιστικών συστημάτων υγείας.
9. Τη με αρ. πρωτ. οικ. 28/13-1-2023 (Αριθ. Πρωτ. Υπουργείου Υγείας 1936/13-1-2023) γνωμοδότηση της Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (Επιτροπή Αξιολόγησης).
10. Το αριθ. πρωτ. Β2β/Γ.Π. οικ. 4093/23-1-2023 έγγραφο της Γενικής Δ/σης Οικονομικών Υπηρεσιών σύμφωνα με το οποίο: *«από το περιεχόμενο της προωθούμενης Υπουργικής Απόφασης δεν προκαλείται πρόσθετη δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού τ.έ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Επιπλέον, δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας».*

#### ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

- Α.** την παραμονή στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων, κατόπιν επαναξιολόγησης από την Επιτροπή Αξιολόγησης, των ακόλουθων σκευασμάτων:

**Υπό τους γενικούς Περιορισμούς (ισχύουν για όλα τα από του στόματος σκευάσματα μαγνησίου):**

- ☞ Θεραπεία συμπτωματικής υπομαγνησισαιμίας ( $Mg^{2+} < 1,5 \text{ mg/dL}$  ( $0,6 \text{ mmol/L}$ ) όταν δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη διατροφή
- ☞ Επιτρέπεται συνταγογράφηση έως 4 εβδομάδες και για επέκταση να υπάρχει αιτιολόγηση

**και τους επιπλέον Περιορισμούς ανά σκεύασμα βάσει της περιεκτικότητας σε στοιχειακό μαγνήσιο:**

ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΚΑΚ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ
188360202	TROFOCARD GR.TAB 614,80(60,77Mg++)MG/TAB BTX30(BLIST 3X10)	UNI-PHARMA ΚΛΕΩΝ ΤΣΕΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΒΕΕ	Συνταγογράφηση σε παιδιά 6-9 ετών.
188360401	TROFOCARD® MAX F.C.TAB 1229,6(121,56Mg++)MG BTx30 (BLISTER 3x10)	UNI-PHARMA ΚΛΕΩΝ ΤΣΕΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΒΕΕ	Συνταγογράφηση σε παιδιά 6-9 ετών.
299470101	ORBIMAG 300 EF.TAB 300MG/TAB BTx20 (1 TUBE x20)	MEDICAL PHARMAQUALITY ΦΑΡΜ/ΚΗ ΑΕ ΔΤ.MEDICAL PHARMAQUALITY ΑΕ	Συνταγογράφηση σε εφήβους > 15 ετών & ενήλικες.
188360101	TROFOCARD GR.OR.SD 1229.6(121.5Mg++)MG/SACH BTX20SACHX5G	UNI-PHARMA ΚΛΕΩΝ ΤΣΕΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΒΕΕ	Συνταγογράφηση σε παιδιά 6-9 ετών.

188360501	TROFOCARD® MAX GR.OR.SD 2459,2(243Mg++)MG/SA BTx20 SACHETSx5 g SACHETSx5 g	UNI-PHARMA ΚΛΕΩΝ ΤΣΕΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΒΕΕ	Συνταγογράφηση σε παιδιά > 10 ετών, εφήβους & ενήλικες.
245530301	SOLUMAG FORTE OR.SOL.SD 2,810G/10ML BTx20 VIALSx10 ML	ΙΟΥΛ.& ΕΙΡ. ΤΣΕΤΗ ΦΑΡ/ΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΒΕΕ Δ.Τ."INTERMED ΑΒΕΕ"	Συνταγογράφηση σε παιδιά > 10 ετών, εφήβους & ενήλικες.
318450101	B-MAG® EFF.GRAN 243MG/SACHET BTx10 SACHETS (Paper/polyethylene/aluminium /polythene laminate)	BENNETT ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.	Συνταγογράφηση σε παιδιά > 10 ετών, εφήβους & ενήλικες.
318450102	B-MAG® EFF.GRAN 243MG/SACHET BTx20 SACHETS (Paper/polyethylene/aluminium /polythene laminate)	BENNETT ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.	Συνταγογράφηση σε παιδιά > 10 ετών, εφήβους & ενήλικες.
318450103	B-MAG® EFF.GRAN 243MG/SACHET BTx30 SACHETS (Paper/polyethylene/aluminium /polythene laminate)	BENNETT ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.	Συνταγογράφηση σε παιδιά > 10 ετών, εφήβους & ενήλικες.
318430102	ORMPIMED® EFF.GRAN 243MG/SACHET BTx20 SACHETS (Paper/polyethylene/aluminium /polythene laminate)	MEDICAL PHARMAQUALITY ΦΑΡΜ/ΚΗ ΑΕ ΔΤ.MEDICAL PHARMAQUALITY ΑΕ	Συνταγογράφηση σε παιδιά > 10 ετών, εφήβους & ενήλικες.
319570102	OVERMAG® ORAL.SOL 324.43(24.3Mg++)MG/ML BTx1 bottle (πολλαπλών δόσεων) x 200.0 ml	ΠΡΟΜΟΦΑΡΜΑ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ ΕΜΠΟΡΙΑΣ, ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ Δ.Τ. PROMOPHARMA Α.Ε./PROMOPHARMA S.A.	Συνταγογράφηση σε παιδιά 6-9 ετών.
319570101	OVERMAG® ORAL.SOL 324.43(24.3Mg++)MG/ML BTx20 vials (μιας δόσης) x 10.0 ml	ΠΡΟΜΟΦΑΡΜΑ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ ΕΜΠΟΡΙΑΣ, ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ Δ.Τ. PROMOPHARMA Α.Ε./PROMOPHARMA S.A.	Συνταγογράφηση σε παιδιά > 10 ετών, εφήβους & ενήλικες.
321660103	MAGNEBEST® EFF.GRAN [1229.3MG+667.56MG(243++) ]/SACHET BTx30 SACHETS (Paper/polyethylene/aluminium /polythene laminate)	ELPEN ΑΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ	Συνταγογράφηση σε παιδιά > 10 ετών, εφήβους & ενήλικες.
320740205	MAGLACK® MAX CHW.TAB 400MG/TAB BT x 30 (PVC- PVDC-ALU BLISTER 3 x 10)	NASSINGTON LTD, CYPRUS	Συνταγογράφηση σε εφήβους > 15 ετών & ενήλικες.

**Β.** την παραμονή στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων, κατόπιν επαναξιολόγησης από την Επιτροπή Αξιολόγησης των ακόλουθων σκευασμάτων:

<b>ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ</b>	<b>ΦΑΡΜΑΚΟ</b>	<b>ΚΑΚ</b>
300660101	FERROBIVAL EFF.GRAN 695MG(80mgFe++)/SACH BTx10 SACHETS (paper/polythene/aluminium/polythene laminate) (paper/polythene/aluminium/polythene laminate)	BENNETT ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.
300660102	FERROBIVAL EFF.GRAN 695MG(80mgFe++)/SACH BTx15 SACHETS (paper/polythene/aluminium/polythene laminate) (paper/polythene/aluminium/polythene laminate)	BENNETT ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.
300660103	FERROBIVAL EFF.GRAN 695MG(80mgFe++)/SACH BTx20 SACHETS (paper/polythene/aluminium/polythene laminate) (paper/polythene/aluminium/polythene laminate)	BENNETT ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.
300660104	FERROBIVAL EFF.GRAN 695MG(80mgFe++)/SACH BTx30 SACHETS (paper/polythene/aluminium/polythene laminate) (paper/polythene/aluminium/polythene laminate)	BENNETT ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.
300680101	FERDIV EFF.GRAN 695MG(80mgFe++)/SACH BTx10 SACHETS	CROSS ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥΧΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ Δ.Τ. CROSS PHARMACEUTICALS P.C.
312540103	PRIFER PD.ORA.SOL 300MG (37,5mg Fe++)/SACHET BTx30 SACHETS	LAB.NEWMED ΦΑΡΜ/ΚΗ ΕΠΕ Δ.Τ. LAB.NEWMED PHARMACEUTICALS ΕΠΕ
301120102	FEROLIB PD.ORA.SOL 300MG/SACHET BTx30 sachets	LIBYTEC ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε. Δ.Τ. LIBYTEC Α.Ε.
300290103	FERRODUE PD.ORA.SOL 300MG/SACHET BTx60 sachets	LYOFIN LTD, GREECE
300670101	FERRELUC EFF.GRAN 695MG(80mgFe++)/SACHET BTx10 SACHETS	MEDICAL PHARMAQUALITY ΦΑΡΜ/ΚΗ ΑΕ ΔΤ.MEDICAL PHARMAQUALITY ΑΕ
300670104	FERRELUC EFF.GRAN 695MG(80mgFe++)/SACHET BTx30 SACHETS	MEDICAL PHARMAQUALITY ΦΑΡΜ/ΚΗ ΑΕ ΔΤ.MEDICAL PHARMAQUALITY ΑΕ
121840101	TARDYFERON PR.TAB 247,25(80)MG/TAB BTx30 (PVC/PVDC ALU BLIST 3x10)	PIERRE FABRE FARMAKA ΑΕ

315060101	FERRETTI EFF.GRAN 80MG/SACHET BTx10 SACHETS	S.J.A. PHARM ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ Δ.Τ. S.J.A. PHARM ΕΠΕ
315060103	FERRETTI EFF.GRAN 80MG/SACHET BTx30 SACHETS	S.J.A. PHARM ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ Δ.Τ. S.J.A. PHARM ΕΠΕ
255370101	FERRO SANOL DUODENAL GR.CAP 100MG/CAP BTx50 (BLIST 5x10)	UCB PHARMA GMBH, MONHEIM, GERMANY
298480102	FERRUTEN PD.ORA.SOL 300MG (37,5mg Fe <sup>++</sup> )/SACHET BTx20 SACHETS	ΑΝΦΑΡΜ ΕΛΛΑΣ Α.Ε.
298480103	FERRUTEN PD.ORA.SOL 300MG (37,5mg Fe <sup>++</sup> )/SACHET BTx30 SACHETS	ΑΝΦΑΡΜ ΕΛΛΑΣ Α.Ε.
059150101.	MICROFER MOD.R.CA.H 150(47)MG/CAP BTX30 ΣΕ BLISTER	ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΜΠΟΡΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ-ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΗ-ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΚΑΙ ΝΑΥΤΙΛΙΑΚΗ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ Δ.Τ. ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε.
301620102	FERGON EF.TAB 695(80.5mg Fe <sup>++</sup> )/TAB BTx1 TUBx30	ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΜΠΟΡΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ-ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΗ-ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΚΑΙ ΝΑΥΤΙΛΙΑΚΗ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ Δ.Τ. ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε.
298860102	ZAOFER PD.ORA.SOL 300MG (37,5mg Fe <sup>++</sup> )/SACHET BTx20 SACHETS	ΦΑΡΜΑΖΑΚ ΑΝΩΝΥΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ Δ.Τ. ΡΗΑΡΜΑΖΑΚ ΑΕ
298860203	ZAOFER EF.TAB 695MG (80.5 mgFe <sup>++</sup> )/TAB BTx3 (TUBx10)	ΦΑΡΜΑΖΑΚ ΑΝΩΝΥΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ Δ.Τ. ΡΗΑΡΜΑΖΑΚ ΑΕ
298860201	ZAOFER EF.TAB 695MG (80.5 mgFe <sup>++</sup> )/TAB BTx1 (TUBx10)	ΦΑΡΜΑΖΑΚ ΑΝΩΝΥΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ Δ.Τ. ΡΗΑΡΜΑΖΑΚ ΑΕ
303300101	GROFER EFF.GRAN 695MG(80mgFe <sup>++</sup> )/SACH BTx10 SACHETS	GENEPHARM ΑΕ
300530101	FEROSAC EFF.GRAN 695MG(80mgFe <sup>++</sup> )/SACH BTx10 SACHETS	HEREMCO ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ Μ.Ε.Π.Ε. Δ.Τ. HEREMCO Μ.Ε.Π.Ε.
300690101	FER DE FAR EFF.GRAN 695MG(80mgFe <sup>++</sup> )/SACHET BTx10 SACHETS	MEDIAPHARM ΕΠΕ
300690103	FER DE FAR EFF.GRAN 695MG(80mgFe <sup>++</sup> )/SACHET BTx20 SACHETS	MEDIAPHARM ΕΠΕ

300270101	POLY-IRON PD.ORA.SOL 300MG/SACHET BTx10 sachets	ΤΑΡΓΚΕΤ ΦΑΡΜΑ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ Δ.Τ. TARGET PHARMA ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΠΕ
300270102	POLY-IRON PD.ORA.SOL 300MG/SACHET BTx30 sachets	ΤΑΡΓΚΕΤ ΦΑΡΜΑ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ Δ.Τ. TARGET PHARMA ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΠΕ

**Υπό τους εξής Περιορισμούς:**

- Θεραπεία σιδηροπενικής αναιμίας εφόσον Hgb < 12 g/dL & MCV < 80fL & MCH < 27pg & MCHC < 34gr/dl & φερριτίνη ορού < 12 ng/mL (ή φερριτίνη 13-99 ng/mL επί χρόνιας φλεγμονής, νεοπλασματος, ηπατοκυτταρικής νέκρωσης)
- Κλινική ανταπόκριση μετά από 1 μήνα θεραπείας (αύξηση Hgb > 1 g/dL)
- Διάρκεια θεραπείας: 3 μήνες μετά τη διόρθωση της αναιμίας, μέγιστη διάρκεια 6 μηνών
- Εξαιρούνται τα νεογνά.

Η παρούσα απόφαση ισχύει από την έκδοση της απόφασης αναθεώρησης του Καταλόγου Αποζημιούμενων Φαρμάκων του άρθρου 251 του ν. 4512/2018 (ΦΕΚ Α' 5), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το άρθρο 24 του Ν. 4633/2019 (ΦΕΚ Α' 161).

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ**

**ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΠΛΕΥΡΗΣ**

**Κοινοποίηση (με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο):**

1. Επιτροπή Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης
2. Επιτροπή Διαπραγμάτευσης Τιμών φαρμάκων.

**Εσωτερική Διανομή (με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο):**

1. Γρ. Υπουργού Υγείας
2. Γρ. Γεν. Γραμματέα Δημόσιας Υγείας
3. Προϊσταμένη Γεν. Δ/σης Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής
4. Δ/ση Φαρμάκου