


ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΗ ΔΙΑΥΓΕΙΑ
Αθήνα, 7-4-2023
Αρ. Πρωτ. Δ3(α) 18368

**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

ΘΕΜΑ: «Ένταξη φαρμάκων στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων»

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. 5525/27-1-2023 (ΦΕΚ Υ.Ο.Δ.Δ. 71) απόφαση «Συγκρότηση και Ορισμός μελών της Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων

Ανθρώπινης Χρήσης (Επιτροπή Αξιολόγησης) με έδρα στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) και ανασυγκρότηση της Γραμματείας αυτής».

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^{ης} 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. 243/28-3-2023 (Αριθ. Πρωτ. Υπουργείου Υγείας 18368/28-3-2023) γνωμοδότηση της Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (Επιτροπή Αξιολόγησης).
10. Το αριθ. πρωτ. Β2β, Β1α/Γ.Π. οικ. 19582/31-3-2023 έγγραφο της Γενικής Δ/νσης Οικονομικών Υπηρεσιών σύμφωνα με το οποίο: *«από το περιεχόμενο της προωθούμενης Υπουργικής Απόφασης προκαλείται πρόσθετη δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού τ.έ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (ΚΑΕ 0672), το ύψος της οποίας δεν δύναται να προσδιοριστεί, αφού θα εξαρτηθεί από τον όγκο των πωλήσεων, την τιμή αποζημίωσης των εν λόγω φαρμάκων, η οποία ενδέχεται να είναι και εμπιστευτική τιμή μέσω διαπραγμάτευσης, καθώς και από οποιαδήποτε υποκατάσταση ακριβότερων ή φθηνότερων αποζημιούμενων θεραπειών. Σε κάθε περίπτωση, ενδεχόμενη επιπρόσθετη δαπάνη θα αυξήσει το ποσό της υπέρβασης που εντάσσεται στο μηχανισμό αυτόματων επιστροφών (clawback) του προαναφερόμενου φορέα. Παράλληλα, σημειώνεται ότι δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας».*

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Την ένταξη των κατωτέρω αναφερόμενων φαρμακευτικών σκευασμάτων στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων για τους λόγους που αναφέρονται αναλυτικά στη με αριθ. πρωτ. οικ. 243/28-3-2023 θετική γνωμοδότηση της Επιτροπής Αξιολόγησης και στα συνημμένα αυτής αρχεία:

REPATHA INJ.SOL 140MG/ML BTx1 pf. SYR (Sure Click) (κωδ. ΕΟΦ 312050102)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	ΕVOLOCUMAB
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη συσκευή τύπου σύριγγας
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	8(3) Πλήρης Αίτηση
ΚΑΚ	AMGEN EUROPE BV, BREDA, HOLLAND
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	INJ.SOL 140MG/ML BTx1 pf. SYR (Sure Click)
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803120501024
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Επαναξιολόγηση
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για παραμονή στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	<u>Υπερχοληστερολαιμία και μικτή δυσλιπιδαιμία</u> Το Repatha ενδείκνυται σε ενήλικες με πρωτοπαθή υπερχοληστερολαιμία (ετερόζυγο οικογενή και μη οικογενή) ή μικτή δυσλιπιδαιμία, και σε παιδιατρικούς ασθενείς ηλικίας 10 ετών και άνω με ετερόζυγο οικογενή υπερχοληστερολαιμία, ως συμπλήρωμα της δίαιτας: • σε συνδυασμό με μία στατίνη ή σε συνδυασμό με στατίνη και άλλες υπολιπιδαιμικές θεραπείες σε ασθενείς στους οποίους δεν μπορούν να επιτευχθούν οι στόχοι της LDL- C με τη μέγιστη ανεκτή δόση μιας στατίνης, ή • μόνο ή σε συνδυασμό με άλλες υπολιπιδαιμικές θεραπείες σε ασθενείς με δυσανεξία στις στατίνες ή στους οποίους αντενδείκνυνται οι στατίνες. <u>Ομόζυγος οικογενής υπερχοληστερολαιμία</u> Το Repatha ενδείκνυται σε ενήλικες και παιδιατρικούς ασθενείς ηλικίας 10 ετών και άνω με ομόζυγο οικογενή υπερχοληστερολαιμία σε συνδυασμό με άλλες υπολιπιδαιμικές θεραπείες. <u>Εγκατεστημένη αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσος</u> Το Repatha ενδείκνυται σε ενήλικες με εγκατεστημένη αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσο (έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο ή περιφερική αρτηριακή νόσο), για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου μέσω της μείωσης των επιπέδων LDL-C, ως συμπλήρωμα στη διόρθωση άλλων παραγόντων κινδύνου : • σε συνδυασμό με τη μέγιστη ανεκτή δόση μιας στατίνης με ή χωρίς άλλες υπολιπιδαιμικές θεραπείες ή • μόνη ή σε συνδυασμό με άλλες υπολιπιδαιμικές θεραπείες σε ασθενείς με δυσανεξία στην στατίνη ή για τους οποίους αντενδείκνυται η στατίνη

ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Πρωτοπαθής υπερχοληστερολαιμία και μικτή δυσλιπιδαιμία (συμπεριλαμβανομένης της ετερόζυγου οικογενούς υπερχοληστερολαιμίας) Ενήλικες και παιδιατρικοί ασθενείς (ηλικίας 10 ετών και άνω): Η συνιστώμενη δόση enolocumab είναι είτε 140 mg κάθε δύο εβδομάδες είτε 420 mg μία φορά τον μήνα, και οι δύο δόσεις είναι κλινικά ισοδύναμες. <u>Ομόζυγος οικογενής υπερχοληστερολαιμία σε ενήλικες και παιδιατρικούς ασθενείς ηλικίας 10 ετών και άνω</u> Η αρχική συνιστώμενη δόση είναι 420 mg μία φορά τον μήνα. Μετά από 12 εβδομάδες θεραπείας, η συχνότητα της δόσης μπορεί να τιτλοποιηθεί προς τα πάνω στα 420 mg μία φορά κάθε 2 εβδομάδες, εάν δεν επιτευχθεί κλινικά σημαντική ανταπόκριση. Στους ασθενείς που υποβάλλονται σε πλάσμαφαίρεση, η θεραπεία μπορεί να αρχίσει με 420 mg κάθε δύο εβδομάδες για την εναρμόνιση με το πρόγραμμα των συνεδριών αφαίρεσης. <u>Εγκατεστημένη αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσος σε ενήλικες</u> Η συνιστώμενη δόση enolocumab είναι είτε 140 mg κάθε δύο εβδομάδες είτε 420 mg μία φορά το μήνα, και οι δύο δόσεις είναι κλινικά ισοδύναμες.
DDD (Units)	10 MG
ΑΗΔ	14
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	Βάσει ΠΧΠ
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	Σύμφωνα με το ισχύον θεραπευτικό πρωτόκολλο του Υπουργείου Υγείας για τη Δυσλιπιδαιμία
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό λόγω ανάγκης παρακολούθησης κατά τη διάρκεια της αγωγής
ATC5	C10AX13
ATC 4 (CLUSTER)	C10AX

TOLAK® CREAM 40MG/G TUBx20 G (κωδ. ΕΟΦ 318650101)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	FLUOROURACIL
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Κρέμα
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	8(3) Πλήρης Αίτηση
ΚΑΚ	PIERRE FABRE FARMAKA AE
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	CREAM 40MG/G TUBx20 G
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803186501013
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Τοπική θεραπεία μη υπερκερατοειδών, μη υπερτροφικών ακτινικών κερατώσεων (κλίμακας Olsen I και II) του προσώπου, των αυτιών και/ή του τριχωτού της κεφαλής σε ενήλικες
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	L57.0 L98.9
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ATC5	L01BC02
ATC 4 (CLUSTER)	L01BC

ONTOZRY F.C.TAB 25MG/TAB ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ 14 ΔΙΣΚΙΑ ΤΩΝ 12,5 MG + 14 ΔΙΣΚΙΑ ΤΩΝ 25 MG ΣΕ BLISTERS PVC/ΑΛΟΥΜΙΝΙΟ (κωδ. ΕΟΦ 327200101) ONTOZRY F.C.TAB 50MG/TAB 14 ΔΙΣΚΙΑ ΣΕ BLISTERS PVC/ΑΛΟΥΜΙΝΙΟ (κωδ. ΕΟΦ 327200201) ONTOZRY F.C.TAB 100MG/TAB 14 ΔΙΣΚΙΑ ΣΕ BLISTERS PVC/ΑΛΟΥΜΙΝΙΟ (κωδ. ΕΟΦ 327200301) ONTOZRY F.C.TAB 100MG/TAB 28 ΔΙΣΚΙΑ ΣΕ BLISTERS PVC/ΑΛΟΥΜΙΝΙΟ (κωδ. ΕΟΦ 327200302) ONTOZRY F.C.TAB 150MG/TAB 14 ΔΙΣΚΙΑ ΣΕ BLISTERS PVC/ΑΛΟΥΜΙΝΙΟ (κωδ. ΕΟΦ 327200401) ONTOZRY F.C.TAB 200MG/TAB 28 ΔΙΣΚΙΑ ΣΕ BLISTERS PVC/ΑΛΟΥΜΙΝΙΟ (κωδ. ΕΟΦ 327200502)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	CENOBAMATE
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Δισκίο / Επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	8(3) Πλήρης Αίτηση
ΚΑΚ	ANGELINI PHARMA S.P.A., ITALY
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	F.C.TAB 25MG/TAB ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ 14 ΔΙΣΚΙΑ ΤΩΝ 12,5 MG + 14 ΔΙΣΚΙΑ ΤΩΝ 25 MG ΣΕ BLISTERS PVC/ΑΛΟΥΜΙΝΙΟ F.C.TAB 50MG/TAB 14 ΔΙΣΚΙΑ ΣΕ BLISTERS PVC/ΑΛΟΥΜΙΝΙΟ F.C.TAB 100MG/TAB 14 ΔΙΣΚΙΑ ΣΕ BLISTERS PVC/ΑΛΟΥΜΙΝΙΟ F.C.TAB 100MG/TAB 28 ΔΙΣΚΙΑ ΣΕ BLISTERS PVC/ΑΛΟΥΜΙΝΙΟ F.C.TAB 150MG/TAB 14 ΔΙΣΚΙΑ ΣΕ BLISTERS PVC/ΑΛΟΥΜΙΝΙΟ F.C.TAB 200MG/TAB 28 ΔΙΣΚΙΑ ΣΕ BLISTERS PVC/ΑΛΟΥΜΙΝΙΟ
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803272001014 2803272002011 2803272003018 2803272003025 2803272004015 2803272005029
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	Συμπληρωματική θεραπεία των επιληπτικών κρίσεων εστιακής έναρξης με ή χωρίς δευτερογενή γενίκευση σε ενήλικες ασθενείς με επιληψία που δεν έχουν ελεγχθεί επαρκώς παρά το ιστορικό θεραπείας με τουλάχιστον 2 αντιεπιληπτικά φαρμακευτικά προϊόντα
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ

DDD (Units)	0,2 G
ΑΗΔ	2,625 3,5 7 14 10,5 28
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	G40.1
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ATC5	N03AX25
ATC 4 (CLUSTER)	N03AX

JYSELECA® F.C.TAB 100MG/TAB ΦΙΑΛΗ (HDPE) x 30 δισκία (κωδ. ΕΟΦ 325470101) JYSELECA® F.C.TAB 200MG/TAB ΦΙΑΛΗ (HDPE) x 30 δισκία (κωδ. ΕΟΦ 325470201)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	FILGOTINIB
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ (CP) – Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/ΕΚ
ΚΑΚ	GILEAD SCIENCES IRELAND UC, CO. CORK, IRELAND
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	JYSELECA® F.C.TAB 100MG/TAB ΦΙΑΛΗ (HDPE) x 30 δισκία JYSELECA® F.C.TAB 200MG/TAB ΦΙΑΛΗ (HDPE) x 30 δισκία
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803254701017 2803254702014
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	Θεραπεία της μέτριας έως σοβαρής ενεργού ρευματοειδούς αρθρίτιδας σε ενήλικες ασθενείς, οι οποίοι έχουν εμφανίσει ανεπαρκή ανταπόκριση ή δυσανεξία σε ένα ή περισσότερα τροποποιητικά της νόσου αντιρρευματικά φάρμακα. Το Jyseleca μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό με μεθοτρεξάτη.
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
DDD (Units)	0,2 G
ΑΗΔ	15 30
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό λόγω ανάγκης παρακολούθησης κατά τη διάρκεια της αγωγής
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	Βάσει ΠΧΠ
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	Σύμφωνα με το θεραπευτικό πρωτόκολλο για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα
ATC5	L04AA45
ATC 4 (CLUSTER)	L04AA (Εκλεκτικοί ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες)

ABASAGLAR INJ.SOL 100U/ML BTx5 PF.PEN x3ML (kwikPen, συσκευή χορήγησης από 1 έως 80 μονάδες) (κωδ. ΕΟΦ 309750112)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	INSULIN GLARGINE
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Ενέσιμο διάλυμα
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Άρθρο 10(4) του Ν. 2001/83/ΕC - Βιο ομοειδές
ΚΑΚ	ELI-LILLY NEDERLAND B.V., THE NETHERLANDS
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	INJ.SOL 100U/ML BTx5 PF.PEN x3ML (kwikPen, συσκευή χορήγησης από 1 έως 80 μονάδες)
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803097501126
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέας συσκευασίας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας συσκευασίας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Όπως το ήδη ενταγμένο προϊόν
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	Όπως το ήδη ενταγμένο προϊόν
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ATC5	A10AE04
ATC 4 (CLUSTER)	A10AE

ASPAVELI SOL.INF 1080MG/20ML VIAL (54MG/ML) 1 VIAL X 20 ML (54MG/ML) (κωδ. ΕΟΦ 330220101)	
ASPAVELI SOL.INF 1080MG/20ML VIAL (54MG/ML) 8 VIAL X 20 ML (54MG/ML) (κωδ. ΕΟΦ 330220102)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	Pegcetacoplan (Πεγκσετακοπλάνη)
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Διάλυμα προς έγχυση
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Κεντρική Διαδικασία-Ορφανό φάρμακο
ΚΑΚ	SWEDISH ORPHAN BIOVITRUM AB (PUBL), STOCKHOLM, SWEDEN
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	SOL.INF 1080MG/20ML VIAL (54MG/ML) 1 VIAL X 20 ML (54MG/ML) SOL.INF 1080MG/20ML VIAL (54MG/ML) 8 VIAL X 20 ML (54MG/ML)
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803302201018 2803302201025
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	Θεραπεία ενηλίκων ασθενών με παροξυσμική νυκτερινή αιμοσφαιρινουρία οι οποίοι είναι αναιμικοί μετά από θεραπεία με αναστολέα C5 για τουλάχιστον 3 μήνες
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Η πεγκσετακοπλάνη χορηγείται δύο φορές την εβδομάδα ως υποδόρια έγχυση 1.080 mg με εμπορικά διαθέσιμη αντλία έγχυσης με σύστημα σύριγγας που μπορεί να χορηγήσει δόσεις έως 20 ml. Η δόση των δύο φορές την εβδομάδα πρέπει να χορηγείται την Ημέρα 1 και την Ημέρα 4 κάθε εβδομάδας θεραπείας.
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	D59.5
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Περιορισμένη ιατρική συνταγή. Η έναρξη της θεραπείας γίνεται σε νοσοκομείο και μπορεί να συνεχίζεται εκτός νοσοκομείου υπό την παρακολούθηση ειδικού ιατρού.
ATC5	L04AA54
ATC 4 (CLUSTER)	L04AA

MAYZENT F.C.TAB 1MG/TAB 28 δισκία σε Blisters PA/alu/PVC/Alu (κωδ. ΕΟΦ 323200301)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	SIPONIMOD
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	ΕΠΙΚΑΛΥΜΜΕΝΟ ΜΕ ΛΕΠΤΟ ΥΜΕΝΙΟ ΔΙΣΚΙΟ
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ (CP) – Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	NOVARTIS EUROPHARM LIMITED, IRELAND
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	MAYZENT F.C.TAB 1MG/TAB 28 δισκία σε Blisters PA/alu/PVC/Alu
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803232003010
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέας περιεκτικότητας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας περιεκτικότητας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	Θεραπεία ενηλίκων ασθενών με δευτεροπαθώς προϊούσα πολλαπλή σκλήρυνση με ενεργή νόσο η οποία τεκμηριώνεται από υποτροπές ή με χαρακτηριστικά απεικόνισης που είναι ενδεικτικά της φλεγμονώδους δραστηριότητας
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Περιορισμένη ιατρική συνταγή. Η έναρξη της θεραπείας γίνεται σε νοσοκομείο και μπορεί να συνεχίζεται εκτός νοσοκομείου υπό την παρακολούθηση ειδικού ιατρού.
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	Βάσει ΠΧΠ

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	☞ Απαιτείται γονοτύπηση του CYP2C9 πριν την έναρξη θεραπείας. Οι ομόζυγοι ασθενείς για CYP2C9*3 (CYP2C9*3*3 γονότυπος) δεν πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία με siponimod ☞ EDSS 3-6,5 ☞ Απαιτείται προέγκριση
ATC5	L04AA42
ATC 4 (CLUSTER)	L04AA Εκλεκτικοί ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες

SODIUM CHLORIDE 0,9%/BAXTER(VIAFLO) SOL.INF 0,9% (W/V) BAG x 1000 ML (κωδ. ΕΟΦ 255560111) SODIUM CHLORIDE 0,9%/BAXTER(VIAFLO) SOL.INF 0,9% (W/V) BAG x 500 ML (κωδ. ΕΟΦ 255560110)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	SODIUM CHLORIDE
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Διάλυμα για έγχυση
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Πρωτότυπο: 8 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	BAXTER HELLAS ΕΠΕ
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	BAG x 1000 ML BAG x 500 ML
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2802555601118 2802555601101
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέας συσκευασίας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας συσκευασίας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	Όπως το ήδη ενταγμένο προϊόν
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	Όπως το ήδη ενταγμένο προϊόν
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ATC5	B05XA03
ATC 4 (CLUSTER)	B05XA

OKEDI PD.S.IN.PR 100MG.PF.SYR 1 προγεμισμένη σύριγγα x 100mg + 1 προγεμισμένη σύριγγα x 0,490 ML SOLV + 2 βελόνες (κωδ. ΕΟΦ 330450201) OKEDI PD.S.IN.PR 75MG/PF.SYR 1 προγεμισμένη σύριγγα x 75mg + 1 προγεμισμένη σύριγγα x 0,383 ML SOLV + 2 βελόνες (κωδ. ΕΟΦ 330450101)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	Risperidone
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Κόνις και διαλύτης για παρασκευή ενέσιμου εναιωρήματος παρατεταμένης αποδέσμευσης

NOMΙΚΗ ΒΑΣΗ	Υβριδικό, άρθρο 10 (3) της οδηγίας 2001/83/EC Κεντρική διαδικασία: C(2022)982 ΕΟΦ: 44972/5-5-2022
ΚΑΚ	LABORATORIOS FARMACEUTICOS ROVI S.A., SPAIN
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	PD.S.IN.PR 100MG.PF.SYR 1 προγεμισμένη σύριγγα x 100mg + 1 προγεμισμένη σύριγγα x 0,490 ML SOLV + 2 βελόνες PD.S.IN.PR 75MG/PF.SYR 1 προγεμισμένη σύριγγα x 75mg + 1 προγεμισμένη σύριγγα x 0,383 ML SOLV + 2 βελόνες
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803304502014 2803304501017
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ενταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Θεραπεία της σχιζοφρένειας σε ενήλικες για τους οποίους έχουν τεκμηριωθεί ανεκτικότητα και αποτελεσματικότητα με την από του στόματος ρισπεριδόνη
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Το OKEDI θα πρέπει να χορηγείται κάθε 28 ημέρες με ενδομυϊκή (IM) ένεση. <u>Τρόπος χορήγησης</u> Το OKEDI προορίζεται μόνο για ενδομυϊκή χρήση και δεν θα πρέπει να χορηγείται ενδοφλεβίως ή υποδορίως ή από οποιαδήποτε άλλη οδό χορήγησης. <u>Δοσολογία</u> 75 ή 100 mg ρισπεριδόνης κάθε 28 ημέρες. Η έναρξη του OKEDI θα πρέπει να γίνεται ανάλογα με το κλινικό πλαίσιο του ασθενούς. α) Ασθενείς με ιστορικό προηγούμενης ανταπόκρισης στη ρισπεριδόνη που είναι τρεχόντως σταθεροποιημένοι με από του στόματος αντιψυχωσικά (ήπια έως μέτρια ψυχωτικά συμπτώματα): - για τους ασθενείς που είναι σταθεροποιημένοι με από του στόματος ρισπεριδόνη, η αλλαγή σε OKEDI μπορεί να γίνει χωρίς προηγούμενη τιτλοποίηση. - για τους ασθενείς που είναι σταθεροποιημένοι με άλλα από του στόματος αντιψυχωσικά (πέραν της ρισπεριδόνης) θα πρέπει να γίνεται τιτλοποίηση με από του στόματος ρισπεριδόνη πριν από την έναρξη της θεραπείας με το OKEDI. Η διάρκεια της περιόδου τιτλοποίησης θα πρέπει να είναι επαρκώς μακρά (τουλάχιστον 6 ημέρες) ώστε να επαληθεύεται η ανεκτικότητα και η απόκριση στη ρισπεριδόνη. β) Ασθενείς που δεν έχουν υποβληθεί ποτέ σε θεραπεία με από του στόματος ρισπεριδόνη: Για τους ασθενείς που είναι υποψήφιοι να λάβουν το OKEDI και ΔΕΝ έχουν προηγουμένως υποβληθεί σε θεραπεία με ρισπεριδόνη, η ανεκτικότητα και η απόκριση στη ρισπεριδόνη πρέπει να επαληθεύονται με μια περίοδο θεραπείας με από του στόματος ρισπεριδόνη πριν από την έναρξη της θεραπείας με το OKEDI. Η διάρκεια της περιόδου τιτλοποίησης συνιστάται να είναι τουλάχιστον 14 ημέρες.
DDD (Units)	2,7 mg

ΑΗΔ	37 27,8
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	F200 Παρανοϊκή σχιζοφρένεια F201 Αποδιοργανωμένη σχιζοφρένεια F202 Κατατονική σχιζοφρένεια F203 Μη διαφοροποιημένη σχιζοφρένεια F205 Υπολειπόμενη σχιζοφρένεια F2089 Σχιζοφρένεια, άλλη F209 Σχιζοφρένεια, μη καθορισμένη
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ATC5	N05AX08 Risperidone
ATC 4 (CLUSTER)	N05AX

SPRAVATO NASPR.SOL 28MG 1 περιέκτης εκνεφώματος (VIAL) (κωδ. ΕΟΦ 322990101)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	Εσκεταμίνη
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Ρινικό εκνέφωμα Διαυγές, άχρωμο διάλυμα
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/EC – Αριθμός προϊόντος: EU/1/19/1410/001 (Ημερομηνία άδειας κυκλοφορίας: 14-12-2020).
ΚΑΚ	JANSSEN-CILAG INTERN. NV, BELGIUM
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	28mg/περιέκτη (VIAL) 1 περιέκτης εκνεφώματος
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803229901015
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ενταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Το SPRAVATO (εσκεταμίνη) ενδείκνυται, σε συνδυασμό με ένα SSRI ή SNRI, σε ενήλικες με ανθεκτική στη θεραπεία Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, οι οποίοι δεν έχουν ανταποκριθεί σε τουλάχιστον δύο διαφορετικές θεραπείες με αντικαταθλιπτικά κατά το τρέχον μέτριο έως σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ Τρόπος χορήγησης Το Spravato προορίζεται αποκλειστικά για ρινική χρήση
DDD (Units)	8 mg
ΑΗΔ	3,5
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	F32 Καταθλιπτικό επεισόδιο F32.1 Μέσης βαρύτητας καταθλιπτικό επεισόδιο F32.2 Σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα F33 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή F33.1 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή με πρόσφατο επεισόδιο μέσης βαρύτητας F33.2 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή με πρόσφατο σοβαρό επεισόδιο χωρίς ψυχωσική συμπτωματολογία

	F33.4 Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή σε ύφεση
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ειδική ιατρική συνταγή του Ν. 3459/06 περί Ναρκωτικών (Πίνακας Γ'). Μόνο για Νοσοκομειακή χρήση
ATC5	N06AX27 Εσκεταμίνη
ATC 4 (CLUSTER)	N06AX Άλλα αντικαταθλιπτικά

ΖΑΝΙΤΣΕΦΤΑ PD.C.S.INF (2+0.5)G/VIAL BTx10 φιαλίδια x 20ml (κωδ. ΕΟΦ 314660101)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	CEFTAZIDIME:AVIBACTAM
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Κόνις για πυκνό σκεύασμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	PFIZER IRELAND PHARMACEUTICALS, RINGASKIDDY API PLANT, COUNTY CORK, IRELAND
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	PD.C.S.INF (2+0.5)G/VIAL BTx10 φιαλίδια x 20ml (γυάλινα φιαλίδια κλεισμένα με ελαστικό πώμα (αλοβουτυλίου) και σφράγισμα αλουμινίου με καπάκι flip-off
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803146601012
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Επαναξιολόγηση και ένταξη νέας ένδειξης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας ένδειξης και παραμονή στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	Σε ενήλικες και παιδιατρικούς ασθενείς ηλικίας 3 μηνών και άνω για τη θεραπεία: ✕ Επιπλεγμένης ενδοκοιλιακής λοίμωξης ✕ Επιπλεγμένης ουρολοίμωξης, συμπεριλαμβανομένης της πυελονεφρίτιδας ✕ Νοσοκομειακής πνευμονίας, συμπεριλαμβανομένης της πνευμονίας σχετιζόμενης με τον αναπνευστήρα ✕ Βακτηριαμίας που συμβαίνει σε συσχέτιση με, ή επί υποψίας συσχέτισης με, οποιαδήποτε από τις παραπάνω λοιμώξεις, σε ενήλικες ✕ Λοιμώξεων που οφείλονται σε αερόβιους Gram αρνητικούς οργανισμούς, σε ασθενείς με περιορισμένες επιλογές θεραπείας
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
DDD (Units)	6G (Ceftazidime)
ΑΗΔ	3,3
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	N39.0 Λοίμωξη του ουροποιητικού, χωρίς να προσδιορίζεται η εντόπιση R19.0 Ενδοκοιλιακές και πυελικές εξοιδήσεις, μάζες και οζίδια J18.9 Διάφορες μορφές πνευμονίας J15.0 Πνευμονία που οφείλεται στην Klebsiella της πνευμονίας J15.1 Πνευμονία που οφείλεται στην ψευδομονάδα J15.5 Πνευμονία που οφείλεται σε Escherichia Coli

	J15.6 Πνευμονία που οφείλεται σε άλλα αερόβια Gram (-) βακτηρίδια J15.8 Άλλες βακτηριακές πνευμονίες J15.9 Διάφορες βακτηριακές πνευμονίες B96.8 Άλλοι συγκεκριμένοι βακτηριακοί παράγοντες ως αιτία νοσημάτων που ταξινομούνται σε άλλα κεφάλαια A41.5 Σηψαιμία που οφείλεται σε άλλους gram-αρνητικούς μικροοργανισμούς
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	✂ Σε ασθενείς με περιορισμένες θεραπευτικές επιλογές όταν προηγούμενες θεραπείες έχουν αποτύχει ✂ Τεκμηρίωση χρήσης από έλεγχο ευαισθησίας μέσω αντιβιογράμματος
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Περιορισμένη ιατρική συνταγή. Η έναρξη της θεραπείας γίνεται σε νοσοκομείο και μπορεί να συνεχίζεται εκτός νοσοκομείου υπό την παρακολούθηση ειδικού ιατρού. Αιτιολογημένη συνταγή φυλασσόμενη επί διετία.
ATC5	J01DD52
ATC 4 (CLUSTER)	J01DD

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