



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ**

Ταχ. Δ/ση : Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας : 104 33
Τηλέφωνο : 2132161400, -1521
e-mail : farmaka@moh.gov.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΗ ΔΙΑΥΓΕΙΑ

Αθήνα, 6-2-2026
Αριθ. Πρωτ.: Δ3(α) 4785

ΘΕΜΑ: «Ένταξη φαρμάκων στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων και απένταξη φαρμάκου από τον 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. 77/2023 (ΦΕΚ Α' 130) «Σύσταση Υπουργείου και μετονομασία Υπουργείων – Σύσταση, κατάργηση και μετονομασία Γενικών και Ειδικών Γραμματειών – Μεταφορά αρμοδιοτήτων, υπηρεσιακών μονάδων, θέσεων προσωπικού και εποπτευόμενων φορέων».
6. Το π.δ. 2/2024 (ΦΕΚ Α' 2) «Διορισμός Υπουργών και Υφυπουργών».
7. Την αριθμ. πρωτ. 44130/22-8-2023 (ΦΕΚ Υ.Ο.Δ.Δ. 863) απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας «Διορισμός Γενικού Γραμματέα Στρατηγικού Σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας».
8. 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».
9. 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.

10. 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.
11. Τη με αρ. πρωτ. οικ. 53/28-1-2026 (Αριθ. Πρωτ. Υπουργείου Υγείας 4785/29-1-2026) γνωμοδότηση της Επιτροπής Αξιολόγησης.
12. Το αριθ. πρωτ. Β2β, Β1α/Γ.Π. 5311/2-2-2026 έγγραφο της Γενικής Δ/σης Οικονομικών Υπηρεσιών σύμφωνα με το οποίο: «*από το περιεχόμενο της προωθούμενης Υπουργικής Απόφασης προκαλείται ενδεχόμενη πρόσθετη δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού τ.έ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που θα βαρύνει τους ΑΛΕ 2.2.2.01.03.001 «Φαρμακευτική Δαπάνη Ιδιωτικών Φαρμακείων (κοινότητας)» και ΑΛΕ 3.2.3.02.01.001 «Φάρμακα Υψηλού Κόστους (ΦΥΚ)» του προϋπολογισμού του Οργανισμού για το έτος 2026. Το ύψος της δαπάνης δεν δύναται να προσδιοριστεί, αφού θα εξαρτηθεί από τον όγκο των πωλήσεων, την τιμή αποζημίωσης των εν λόγω σκευασμάτων (η οποία ενδέχεται να είναι και εμπιστευτική τιμή μέσω διαπραγμάτευσης), καθώς και από οποιαδήποτε υποκατάσταση ακριβότερων ή φθηνότερων αποζημιούμενων θεραπειών. Η εν λόγω δαπάνη θα αυξήσει το ποσό της υπέρβασης που εντάσσεται στο μηχανισμό αυτόματων επιστροφών (clawback) του προαναφερόμενου φορέα. Αναφορικά με την απένταξη του φαρμακευτικού σκευάσματος, δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Προϋπολογισμού του Φορέα. Παράλληλα, σημειώνεται ότι δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του τακτικού Προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας».*

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Α. Την **ένταξη** των κατωτέρω αναφερόμενων φαρμακευτικών σκευασμάτων στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων για τους λόγους που αναφέρονται αναλυτικά στη με αριθ. πρωτ. οικ. 53/28-1-2026 εισήγηση της Επιτροπής Αξιολόγησης και τα συνημμένα αυτής αρχεία:

JATOREZ F.C.TAB (10+10)MG/TAB BT X 30 TABS ΣΕ ΟΡΑ/ΑΛ/PVC/ΑΛ BLISTERS	
JATOREZ F.C.TAB (10+20)MG/TAB BT X 30 TABS ΣΕ ΟΡΑ/ΑΛ/PVC/ΑΛ BLISTERS	
JATOREZ F.C.TAB (10+40)MG/TAB BT X 30 TABS ΣΕ ΟΡΑ/ΑΛ/PVC/ΑΛ BLISTERS	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	ΕΖΕΤΙΜΙΒΕ,ΑΤΟΡΒΑΣΤΑΤΙΝ CALCIUM TRIHYDRATE
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Σταθερός Συνδυασμός – Άρθρο 10(b) της Οδηγίας 2001/83/ΕΚ
ΚΑΚ	ΗΕΡΕΜΣΟ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ Μ.Ε.Π.Ε. Δ.Τ. ΗΕΡΕΜΣΟ Μ.Ε.Π.Ε.
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	F.C.TAB (10+10)MG/TAB BT X 30 TABS ΣΕ ΟΡΑ/ΑΛ/PVC/ΑΛ BLISTERS F.C.TAB (10+20)MG/TAB BT X 30 TABS ΣΕ ΟΡΑ/ΑΛ/PVC/ΑΛ BLISTERS F.C.TAB (10+40)MG/TAB BT X 30 TABS ΣΕ ΟΡΑ/ΑΛ/PVC/ΑΛ BLISTERS
ΚΩΔΙΚΟΙ ΕΟΦ	342030102 342030202 342030302

BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803420301027 2803420302024 2803420303021
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	Πρόληψη των Καρδιαγγειακών Επεισοδίων Το JATOREZ ενδείκνυται ως θεραπεία υποκατάστασης σε ενήλικες ασθενείς που ελέγχονται επαρκώς από ταυτόχρονη χορήγηση ατορβαστατίνης και εξετιμίμπης στην ίδια δοσολογία, αλλά ως ξεχωριστά προϊόντα για τη μείωση του κινδύνου των καρδιαγγειακών επεισοδίων σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και με ιστορικό οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Υπερχοληστερολαιμία Το JATOREZ ενδείκνυται ως συμπληρωματική θεραπεία στη δίαιτα σε ενήλικες ασθενείς με πρωτοπαθή (ομόζυγο και ετερόζυγο οικογενή και μη οικογενή) υπερχοληστερολαιμία ή μικτή υπερλιπιδαιμία, οι οποίοι ελέγχονται επαρκώς με ατορβαστατίνη και εξετιμίμπη που χορηγούνται ταυτόχρονα στην ίδια δοσολογία, αλλά ως ξεχωριστά προϊόντα.
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών των Προϊόντων
DDD (Units)	1 TE
ΑΗΔ	30 30 30
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	E78 Διαταραχές του μεταβολισμού των λιποπρωτεϊνών και άλλες λιπιδαιμίες
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	– Μετά από θεραπεία τριμήνου στη μέγιστη ανεκτή δόση της περιεχόμενης στατίνης – Σύμφωνα με το θεραπευτικό πρωτόκολλο του Υπουργείου Υγείας για τη Δυσλιπιδαιμία
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ATC5	C10BA05
ATC 4 (CLUSTER)	C10BA

ΛΙΠΟΛΙΟ F.C.TAB (10+10)MG/TAB BT X 30 TABS σε OPA/AI/PVC/AI blisters	
ΛΙΠΟΛΙΟ F.C.TAB (10+20)MG/TAB BT X 30 TABS σε OPA/AI/PVC/AI blisters	
ΛΙΠΟΛΙΟ F.C.TAB (10+40)MG/TAB BT X 30 TABS σε OPA/AI/PVC/AI blisters	
ΛΙΠΟΛΙΟ F.C.TAB (10+80)MG/TAB BT X 30 TABS σε OPA/AI/PVC/AI blisters	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	EZETIMIBE,ATORVASTATIN CALCIUM TRIHYDRATE

ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Σταθερός Συνδυασμός – Άρθρο 10(b) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	MEDICAIR BIOSCIENCE LABORATORIES ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ Δ.Τ. MEDICAIR BIOSCIENCE LABORATORIES S.A.
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	F.C.TAB (10+10)MG/TAB BT X 30 TABS σε OPA/Al/PVC/Al blisters F.C.TAB (10+20)MG/TAB BT X 30 TABS σε OPA/Al/PVC/Al blisters F.C.TAB (10+40)MG/TAB BT X 30 TABS σε OPA/Al/PVC/Al blisters F.C.TAB (10+80)MG/TAB BT X 30 TABS σε OPA/Al/PVC/Al blisters
ΚΩΔΙΚΟΙ ΕΟΦ	342040102 342040202 342040302 342040402
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803420401024 2803420402021 2803420403028 2803420404025
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	Πρόληψη των Καρδιαγγειακών Επεισοδίων Το LIPOLIO ενδείκνυται ως θεραπεία υποκατάστασης σε ενήλικες ασθενείς που ελέγχονται επαρκώς από ταυτόχρονη χορήγηση ατορβαστατίνης και εξετιμίμπης στην ίδια δοσολογία, αλλά ως ξεχωριστά προϊόντα για τη μείωση του κινδύνου των καρδιαγγειακών επεισοδίων σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και με ιστορικό οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Υπερχοληστερολαιμία Το LIPOLIO ενδείκνυται ως συμπληρωματική θεραπεία στη δίαιτα σε ενήλικες ασθενείς με πρωτοπαθή (ομόζυγο και ετερόζυγο οικογενή και μη οικογενή) υπερχοληστερολαιμία ή μικτή υπερλιπιδαιμία, οι οποίοι ελέγχονται επαρκώς με ατορβαστατίνη και εξετιμίμπη που χορηγούνται ταυτόχρονα στην ίδια δοσολογία, αλλά ως ξεχωριστά προϊόντα.
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών των Προϊόντων
DDD (Units)	1 TE
ΑΗΔ	30 30 30 30

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	E78 Διαταραχές του μεταβολισμού των λιποπρωτεϊνών και άλλες λιπιδαιμίες
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	<ul style="list-style-type: none"> - Μετά από θεραπεία τριμήνου στη μέγιστη ανεκτή δόση της περιεχόμενης στατίνης - Σύμφωνα με το θεραπευτικό πρωτόκολλο του Υπουργείου Υγείας για τη Δυσλιπιδαιμία
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ΑΤC5	C10BA05
ΑΤC 4 (CLUSTER)	C10BA

VALOMINDO CON.R.TAB (80+1.5) MG/TAB BT X 30 TABS ΣΕ ΟΡΑ/ALU/PVC//ALU BLISTER	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	VALSARTAN,INDAPAMIDE
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Δισκίο ελεγχόμενης αποδέσμευσης
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Σταθερός Συνδυασμός – Άρθρο 10(b) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	KRKA D.D. NOVO MESTO, SLOVENIA
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	CON.R.TAB (80+1.5) MG/TAB BT X 30 TABS ΣΕ ΟΡΑ/ALU/PVC//ALU BLISTER
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	332760204
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803327602043
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέας περιεκτικότητας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας περιεκτικότητας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Θεραπεία της ιδιοπαθούς υπέρτασης ως θεραπεία υποκατάστασης σε ενήλικους ασθενείς που ελέγχονται επαρκώς με βαλσαρτάνη και ινδαπαμίδη που χορηγούνται ταυτόχρονα στο ίδιο επίπεδο δόσης όπως στον συνδυασμό, αλλά ως ξεχωριστά δισκία
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	1 TE
ΑΗΔ	30
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	I10 Ιδιοπαθής (πρωτοπαθής) υπέρταση I10.0 Καλοήθης ιδιοπαθής υπέρταση I10.1 Κακοήθης ιδιοπαθής υπέρταση I10.9 Ιδιοπαθής υπέρταση, μη καθορισμένη
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ΑΤC5	C09DA03
ΑΤC 4 (CLUSTER)	C09DA

TREVICOPTO DUO EY.DR.S.DC (40MCG+5MG)/ML BT X 30 LDPE SINGLE-DOSE CONTAINERS (WITH 0.2ML SOLUTION IN POLYETHYLENE/ALUMINIUM SACHETS OF 5 OR 10 SINGLE-DOSE CONTAINERS)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	TRAVOPROST:TIMOLOL
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Οφθαλμικές σταγόνες, διάλυμα σε περιέκτη μίας δόσης.
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Υβριδικό – άρθρο 10 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	UNI-PHARMA ΚΛΕΩΝ ΤΣΕΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΒΕΕ
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	EY.DR.S.DC (40MCG+5MG)/ML BT X 30 LDPE SINGLE-DOSE CONTAINERS (WITH 0.2ML SOLUTION IN POLYETHYLENE/ALUMINIUM SACHETS OF 5 OR 10 SINGLE-DOSE CONTAINERS)
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	333640103
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803336401033
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Το Trevicorto duo ενδείκνυται σε ενήλικες για τη μείωση της ενδοφθάλμιας πίεσης σε ασθενείς με γλαύκωμα ανοιχτής γωνίας ή οφθαλμική υπέρταση, οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται επαρκώς σε τοπικούς β-αποκλειστές ή ανάλογα της προσταγλανδίνης
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	1 TE
ΑΗΔ	30
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	H40 Γλαύκωμα H40.0 Ύποπτο γλαύκωμα H40.1 Πρωτοπαθές γλαύκωμα ανοιχτής γωνίας
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ATC5	S01ED51
ATC 4 (CLUSTER)	S01ED

OMLYCLO INJ.SO.PFS 150MG/1ML (150MG/ML) BT X 1 PF.SYR (GLASS) X 1ML	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	OMALIZUMAB
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Ενέσιμο διάλυμα (ένεση)
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Βιοομοειδές – άρθρο 10 (4) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	CELLTRION HEALTHCARE HUNGARY KFT., BUDAPEST, HUNGARY
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	INJ.SO.PFS 150MG/1ML (150MG/ML) BT X 1 PF.SYR (GLASS) X 1ML
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	338930201
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803389302011
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	<p>Αλλεργικό άσθμα Το Omlyclo ενδείκνυται για χρήση σε ενήλικες, εφήβους και παιδιά (6 έως <12 ετών). Η θεραπεία με Omlyclo θα πρέπει να εξετάζεται μόνο στους ασθενείς με πειστικές ενδείξεις άσθματος στο οποίο εμπλέκεται η IgE (ανοσοσφαιρίνη E). <u>Ενήλικες και έφηβοι (ηλικίας 12 ετών και άνω)</u> Το Omlyclo ενδείκνυται ως επιπρόσθετη θεραπεία για τη βελτίωση του ελέγχου του άσθματος σε ασθενείς με σοβαρό επίμονο αλλεργικό άσθμα, οι οποίοι είναι θετικοί σε δερματική δοκιμασία ή <i>in vitro</i> αντίδραση σε ένα χρόνια αερομεταφερόμενο αλλεργιογόνο και οι οποίοι έχουν μειωμένη πνευμονική λειτουργία (FEV1 <80%), εμφανίζουν συχνά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της ημέρας ή νυχτερινές αφυπνίσεις και οι οποίοι παρουσίασαν πολλαπλές τεκμηριωμένες σοβαρές παροξύνσεις άσθματος παρά τη χορήγηση υψηλών, ημερησίων δόσεων, εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών και μακράς δράσης εισπνεόμενου βήτα-2 αγωνιστή. <u>Παιδιά (6 έως <12 ετών)</u> Το Omlyclo ενδείκνυται ως επιπρόσθετη θεραπεία για τη βελτίωση του ελέγχου του άσθματος σε ασθενείς με σοβαρό επίμονο αλλεργικό άσθμα, οι οποίοι είναι θετικοί σε δερματική δοκιμασία ή σε <i>in vitro</i> αντιδραστικότητα σε ένα χρόνια αερομεταφερόμενο αλλεργιογόνο, καθώς και σε συχνά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της ημέρας ή σε νυχτερινές αφυπνίσεις και οι οποίοι παρουσίασαν πολλαπλές τεκμηριωμένες σοβαρές παροξύνσεις άσθματος παρά τη χορήγηση υψηλών ημερησίων δόσεων εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών, μαζί με μακράς δράσης εισπνεόμενου βήτα-2 αγωνιστή.</p>

	<p>Χρόνια ρινοκολπίτιδα με ρινικούς πολύποδες (CRSwNP) Το Omlyclo ενδείκνυται ως πρόσθετη θεραπεία με ενδορρινικά κορτικοστεροειδή (INC) για τη θεραπεία σε ενήλικες (18 ετών και άνω) με σοβαρή CRSwNP για τους οποίους η θεραπεία με INC δεν παρέχει επαρκή έλεγχο της νόσου.</p> <p>Χρόνια αυθόρμητη κνίδωση Το Omlyclo ενδείκνυται ως επιπρόσθετη θεραπεία για την θεραπεία της χρόνιας αυθόρμητης κνίδωσης σε ενήλικες και έφηβους (ηλικίας 12 ετών και άνω) ασθενείς, η οποία είναι ανθεκτική στην H1 αντιισταμινική θεραπεία.</p>
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	16 mg
ΑΗΔ	9,38
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	J45.0 Κυρίως αλλεργικό βρογχικό άσθμα L50.1 Ιδιοπαθής κνίδωση L50.8 Άλλη κνίδωση L50.9 Κνίδωση μη καθορισμένη J33.0 Πολύποδας της ρινικής κοιλότητας
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	<p>Περιορισμοί για CRSwNP</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ιστορικό τουλάχιστον μίας χειρουργικής επέμβασης για ρινικούς πολύποδες τα τελευταία 10 έτη ή ιατρική αντένδειξη για χειρουργική επέμβαση – Ενδεχόμενη διακοπή της θεραπείας επί μη ανταπόκρισης μετά από 24 εβδομάδες – Μέγιστη διάρκεια αποζημίωσης οι 52 εβδομάδες, με δυνατότητα συνέχισης της θεραπείας μετά από αιτιολογημένο επαναπροσδιορισμό του δοσολογικού σχήματος
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό λόγω ανάγκης παρακολούθησης κατά τη διάρκεια της αγωγής
ATC5	R03DX05
ATC 4 (CLUSTER)	R03DX

ΡΥΖΧΙΒΑ ΙΝ.ΣΟ.ΡΦ.Ρ 45ΜΓ/0.5ΜΛ ΒΤ Χ 1 ΡΦ.ΡΕΝ Χ 0.5ΜΛ ΡΥΖΧΙΒΑ ΙΝ.ΣΟ.ΡΦ.Ρ 90ΜΓ/1ΜΛ ΒΤ Χ 1 ΡΦ.ΡΕΝ Χ 1ΜΛ	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	USTEKINUMAB
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Ενέσιμο διάλυμα
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Βιομοειδές – άρθρο 10 (4) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	SAMSUNG BIOEPIS NL B.V., THE NETHERLANDS

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	IN.SO.PF.P 45MG/0.5ML BT X 1 PF.PEN X 0.5ML IN.SO.PF.P 90MG/1ML BT X 1 PF.PEN X 1ML
ΚΩΔΙΚΟΙ ΕΟΦ	337340401 337340501
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803373404011 2803373405018
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέου περιέκτη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέου περιέκτη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	<p>Ψωρίαση κατά πλάκας Το Ryzchiva ενδείκνυται για τη θεραπεία της μέτριας ως σοβαρής ψωρίασης κατά πλάκας σε ενήλικες που δεν ανταποκρίθηκαν, ή παρουσιάζουν αντενδείξεις ή έχουν δυσανεξία σε άλλες συστηματικές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων της κυκλοσπορίνης, της μεθοτρεξάτης (MTX) ή της PUVA (ψωραλένιο και υπεριώδης ακτινοβολία Α).</p> <p>Ψωριασική αρθρίτιδα Το Ryzchiva, μόνο του ή σε συνδυασμό με MTX, ενδείκνυται για τη θεραπεία της ενεργού ψωριασικής αρθρίτιδας σε ενήλικες ασθενείς όταν η ανταπόκριση σε προηγούμενη θεραπεία με μη-βιολογικό αντιρευματικό τροποποιητικό της νόσου φάρμακο υπήρξε ανεπαρκής.</p> <p>Νόσος του Crohn Το Ryzchiva ενδείκνυται για τη θεραπεία ενήλικων ασθενών με μετρίως έως σοβαρά ενεργή νόσο του Crohn, οι οποίοι εμφάνισαν ανεπαρκή ανταπόκριση, απώλεια ανταπόκρισης ή δυσανεξία στη συμβατική θεραπεία ή σε ανταγωνιστή του TNFα ή παρουσιάζουν αντενδείξεις σε αυτές τις θεραπείες.</p>
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών των Προϊόντων
DDD (Units)	0,54 mg
ΑΗΔ	83,33 166,67
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	Όπως το ήδη ενταγμένο προϊόν
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό λόγω ανάγκης καθοδήγησης και επίβλεψης των πρώτων χορηγήσεων και παρακολούθησης κατά τη διάρκεια της αγωγής
ATC5	L04AC05
ATC 4 (CLUSTER)	L04AC

BECLOMETASONE+FORMOTEROL/STADA INH.SOL.P (100+6)MCG/ACTUATION BT X 1 PRESSURE CONTAINER X 120 ACTUATIONS	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	BECLOMETASONE:FORMOTEROL
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Διάλυμα για εισπνοή υπό πίεση
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Υβριδικό – άρθρο 10 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	STADA ARZNEIMITTEL AG, GERMANY
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	INH.SOL.P (100+6)MCG/ACTUATION BT X 1 PRESSURE CONTAINER X 120 ACTUATIONS
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	331610101
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803316101014
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	<p>Σε ενήλικες για:</p> <p>Άσθμα Τακτική αντιμετώπιση του άσθματος, όπου είναι κατάλληλη η χρήση ενός προϊόντος συνδυασμού (εισπνεόμενο κορτικοστεροειδές και β₂-αγωνιστής μακράς διάρκειας δράσης):</p> <ul style="list-style-type: none"> – ασθενείς που δεν ελέγχονται επαρκώς με τη χρήση εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών και με την κατ'επίκληση χρήση εισπνεόμενων β₂-αγωνιστών ταχείας δράσης ή – ασθενείς που ελέγχονται ήδη επαρκώς με τη χρήση τόσο εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών όσο και β₂-αγωνιστών μακράς διάρκειας δράσης μαζί. <p>ΧΑΠ Συμπτωματική θεραπεία των ασθενών με βαριά ΧΑΠ (FEV₁ < 50% της αναμενόμενης φυσιολογικής) και με ιστορικό επαναλαμβανόμενων παροξύνσεων, οι οποίες έχουν σημαντικά συμπτώματα παρά τη τακτική θεραπεία με βρογχοδιασταλτικά μακράς δράσης.</p>
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	4 DO
ΑΗΔ	30
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	J45.0 Κυρίως αλλεργικό βρογχικό άσθμα J45.1 Μη αλλεργικό βρογχικό άσθμα J45.8 Μικτές μορφές βρογχικού άσθματος J45.9 Βρογχικό άσθμα, μη καθορισμένο

	J44.0 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια με οξεία λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού J44.1 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια με οξεία παρόξυνση, μη καθορισμένη J44.8 Άλλη καθορισμένη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια J44.9 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, μη καθορισμένη
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ΑΤC5	R03AK08
ΑΤC 4 (CLUSTER)	R03AK

BECLOMETASONE+FORMOTEROL/STADA INH.SOL.P (200+6)MCG/ACTUATION BT X 1 PRESSURE CONTAINER X 120 ACTUATIONS	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	BECLOMETASONE:FORMOTEROL
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Διάλυμα για εισπνοή υπό πίεση
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Υβριδικό – άρθρο 10 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	STADA ARZNEIMITTEL AG, GERMANY
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	INH.SOL.P (200+6)MCG/ACTUATION BT X 1 PRESSURE CONTAINER X 120 ACTUATIONS
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	331610201
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803316102011
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Σε ενήλικες για: Τακτική αντιμετώπιση του άσθματος, όπου είναι κατάλληλη η χρήση ενός προϊόντος συνδυασμού (εισπνεόμενο κορτικοστεροειδές και β2-αγωνιστής μακράς διάρκειας δράσης): – ασθενείς που δεν ελέγχονται επαρκώς με τη χρήση εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών και με την κατ'επίκληση χρήση εισπνεόμενων β2-αγωνιστών ταχείας δράσης ή – ασθενείς που ελέγχονται ήδη επαρκώς με τη χρήση τόσο εισπνεόμενων κορτικοστεροειδών όσο και β2-αγωνιστών μακράς διάρκειας δράσης μαζί

ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	4 DO
ΑΗΔ	30
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	J45.0 Κυρίως αλλεργικό βρογχικό άσθμα J45.1 Μη αλλεργικό βρογχικό άσθμα J45.8 Μικτές μορφές βρογχικού άσθματος J45.9 Βρογχικό άσθμα, μη καθορισμένο
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ΑΤC5	R03AK08
ΑΤC 4 (CLUSTER)	R03AK

ΕΡΙΣΠΟΤ GEL (1+25)MG/G BOTTLE (PP) X 45 G + ΔΟΣΟΜΕΤΡΙΚΗ ΑΝΤΛΙΑ	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	ADAPALENE:BENZOYL PEROXIDE
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Γέλη
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Υβριδικό – άρθρο 10 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	LABORATOIRES MEDGEN, FRANCE
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	GEL (1+25)MG/G BOTTLE (PP) X 45 G + ΔΟΣΟΜΕΤΡΙΚΗ ΑΝΤΛΙΑ
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	336340102
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803363401020
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Σε ενήλικες, εφήβους και παιδιά ηλικίας 9 ετών και άνω, για δερματική θεραπεία της κοινής ακμής (acne vulgaris) όταν υπάρχουν φαγέσωρες, βλατίδες και φλύκταινες
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	1 G
ΑΗΔ	45
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	L70 Ακμή L70.0 Κοινή ακμή L70.1 Κυστική ακμή L70.2 Ευλογιοειδής ακμή L70.8 Άλλη ακμή L70.9 Ακμή, μη καθορισμένη

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ΑΤC5	D10AD53
ΑΤC 4 (CLUSTER)	D10AD

ΑΒΡΥΣΒΟ ΡS.ΙΝJ.ΣΟΛ 0.5ΜL/ΔΟSΕ ΒΤ Χ 1 ΦΙΑΛΙΔΙΟΥ + 1 ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΕΑΣ ΦΙΑΛΙΔΙΟΥ + 1 ΠΡΟΓΕΜΙΣΜΕΝΗ ΣΥΡΙΓΓΑ + 1 ΒΕΛΟΝΑ	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥSΙΑ	RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS VACCINE (BIVALENT, RECOMBINANT)
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Κόνις και διαλύτης για ενέσιμο διάλυμα
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Πρωτότυπο - Εμβόλιο - άρθρο 8 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	PFIZER EUROPE MA EEIG, BELGIUM
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	ΡS.ΙΝJ.ΣΟΛ 0.5ΜL/ΔΟSΕ ΒΤ Χ 1 ΦΙΑΛΙΔΙΟΥ + 1 ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΕΑΣ ΦΙΑΛΙΔΙΟΥ + 1 ΠΡΟΓΕΜΙΣΜΕΝΗ ΣΥΡΙΓΓΑ + 1 ΒΕΛΟΝΑ
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	335540101
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803355401014
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέας ένδειξης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας ένδειξης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΝΕΑ ΕΝΔΕΙΞΗ	Ενεργητική ανοσοποίηση ατόμων ηλικίας 18 ετών και άνω για την πρόληψη της νόσου του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος που προκαλείται από τον RSV
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	Z25 Ανάγκη για εμβολιασμό κατά άλλων μεμονωμένων ιογενών νοσημάτων
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	Χορήγηση βάσει του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ΑΤC5	J07BX05
ΑΤC 4 (CLUSTER)	J07BX

UTROGESTAN VAG.CAP.S 300MG/CAP BT X 15 CAPS ΣΕ HDPE BOTTLE, ΜΕ ΡΡ ΒΙΔΩΤΟ ΠΩΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	PROGESTERONE
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Κολπικό καψάκιο, μαλακό
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Πρωτότυπο – Γνωστή Δραστική - άρθρο 8(3)b της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	ΦΑΡΜΑΝ ΑΝΩΝΥΜΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΕΜΠΟΡΙΑΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ Δ.Τ. ΦΑΡΜΑΝ Α.Β.Ε.Ε.
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	VAG.CAP.S 300MG/CAP BT X 15 CAPS ΣΕ HDPE BOTTLE, ΜΕ ΡΡ ΒΙΔΩΤΟ ΠΩΜΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	222140501
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2802221405019
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέας περιεκτικότητας και νέας φαρμακοτεχνικής μορφής στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας περιεκτικότητας και νέας φαρμακοτεχνικής μορφής στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Σε ενήλικες γυναίκες για την υποστήριξη της ωχρινικής φάσης κατά τη διάρκεια των κύκλων Τεχνολογίας Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	90 mg
ΑΗΔ	50
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	Z31 Χειρισμοί με σκοπό την αναπαραγωγή Z31.3 Άλλες μέθοδοι υποβοηθούμενης γονιμοποίησης Z31.8 Άλλοι χειρισμοί με σκοπό την αναπαραγωγή
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ATC5	G03DA04
ATC 4 (CLUSTER)	G03DA

Β. Την **απένταξη** από τον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων του φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος **FORSTEO** και συγκεκριμένα της συσκευασίας:
FORSTEO INJ.SOL 20MCG/80μL BTx1 Προγεμισμένη πένα (γυαλί) x 2,4ML πένα (γυαλί) x 2,4ML με κωδικό **ΕΟΦ 254480101**, του ΚΑΚ **ELI LILLY NEDERLAND B.V., THE NEDERLANDS**, λαμβάνοντας υπ' όψη τη με αριθ. πρωτ. 53/28-1-2026 αρνητική γνωμοδότηση της Επιτροπής Αξιολόγησης, καθώς και τη με αρ. πρωτ. 33/21-1-2026 (αρ. πρωτ. ΕΔ 10/21-1-2026) γνωμοδότηση της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης **σχετικά με τη μη επίτευξη συμφωνίας.**

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

ΣΠΥΡΙΔΩΝ – ΑΔΩΝΙΣ ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ

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 Στρατηγικού Σχεδιασμού
3. Δ/ση Φαρμάκου