



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

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΗ ΔΙΑΥΓΕΙΑ

Αθήνα, 8-7-2026
Αριθ. Πρωτ.: Δ3(α) 21729

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

ΘΕΜΑ: «Ένταξη, παραμονή, απένταξη και απόρριψη αιτήματος ένταξης 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. 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. 15844/3-4-2026 (ΦΕΚ Υ.Ο.Δ.Δ. 480/8-4-2026) απόφαση «Συγκρότηση και Ορισμός μελών στην Επιτροπή Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (Επιτροπή Αξιολόγησης), με έδρα στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) και συγκρότηση 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. 267/12-5-2026 (Αριθ. Πρωτ. Υπουργείου Υγείας 21729/12-5-2026) γνωμοδότηση της Επιτροπής Αξιολόγησης.
12. Το αριθ. πρωτ. Β2β, Β1α/Γ.Π. 22795/19-5-2026 έγγραφο της Γενικής Δ/σης Οικονομικών Υπηρεσιών σύμφωνα με το οποίο: «από το περιεχόμενο της προωθούμενης Υπουργικής Απόφασης αναφορικά με την ένταξη νέων φαρμάκων 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)». 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 παραμονή, απένταξη και απόρριψη αιτήματος ένταξης φαρμακευτικών σκευασμάτων, δεν αναμένεται να προκληθεί επιπρόσθετη δαπάνη σε βάρος του Προϋπολογισμού τ.έ. του Φορέα. Παράλληλα, σημειώνεται ότι από το σχέδιο της εν λόγω Υπουργικής Απόφασης 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. 267/12-5-2026 εισήγηση της Επιτροπής Αξιολόγησης και τα συνημμένα αυτής αρχεία:

BRIUMVI C/S.SOL.IN 150MG/6ML (25MG/ML) BT X 1 VIAL	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	UBLITUXIMAB
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Πρωτότυπο - άρθρο 8 (3) της Οδηγίας 2001/83/ΕΚ
ΚΑΚ	NEURAXPHARM PHARMACEUTICALS S.L., BARCELONA, SPAIN
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	C/S.SOL.IN 150MG/6ML (25MG/ML) BT X 1 VIAL
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	337930101
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803379301017
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Θεραπεία ενηλίκων ασθενών με υποτροπιάζουσες μορφές πολλαπλής σκλήρυνσης με ενεργή νόσο που ορίζεται από κλινικά ή απεικονιστικά χαρακτηριστικά
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	G35 Πολλαπλή σκλήρυνση
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή. Μόνο για νοσοκομειακή χρήση από ιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία.
ATC5	L04AG14
ATC 4 (CLUSTER)	L04AG

ELAHERE C/S.SOL.IN 5MG/ML 1 VIAL (GLASS) X 20ML	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	MIRVETUXIMAB SORAVTANSINE
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Πρωτότυπο - Ορφανό - άρθρο 8 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	ABBVIE DEUTSCHLAND GMBH & CO KG, LUDWIGSHAFEN, GERMANY
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	C/S.SOL.IN 5MG/ML 1 VIAL (GLASS) X 20ML
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	339410101
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803394101012
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Το ELAHERE ως μονοθεραπεία ενδείκνυται για τη θεραπεία ενηλίκων ασθενών με θετικό στον υποδοχέα άλφα του φολικού οξέος (FRα), ανθεκτικό στην πλατίνα, υψηλής κακοήθειας, ορώδη επιθηλιακό καρκίνο των ωθηκών, καρκίνο των σαλπίγγων ή πρωτοπαθή καρκίνο του περιτοναίου που έχουν λάβει ένα έως τρία προηγούμενα συστηματικά θεραπευτικά σχήματα
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	C48 Κακήθες νεόπλασμα του οπισθοπεριτοναίου και του περιτοναίου C48.2 Κακήθες νεόπλασμα: Περιτοναίου, μη καθορισμένο C48.8 Κακήθες νεόπλασμα: Επικαλύπτουσα αλλοίωση του οπισθοπεριτοναίου και του περιτοναίου C56 Κακήθες νεόπλασμα της ωθήκης C57.0 Κακήθες νεόπλασμα: Σάλπιγγας [Φαλοπιανού πόρου] C57.4 Κακήθες νεόπλασμα: Εξαρτημάτων της μήτρας, μη καθορισμένο
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή. Μόνο για νοσοκομειακή χρήση από ιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία.
ATC5	L01FX26
ATC 4 (CLUSTER)	L01FX

CARDITRAT CAPS (16+10)MG/CAP BT X 28 CAPS ΣΕ BLISTER PA/ALUMINIUM/PVC/ALUMINIUM CARDITRAT CAPS (16+5)MG/CAP BT X 28 CAPS ΣΕ BLISTER PA/ALUMINIUM/PVC/ALUMINIUM CARDITRAT CAPS (8+5)MG/CAP BT X 28 CAPS ΣΕ BLISTER PA/ALUMINIUM/PVC/ALUMINIUM	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	CANDESARTAN:AMLODIPINE
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Καψάκιο, σκληρό
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Πρωτότυπο – Γνωστή Δραστική – Άρθρο 8(3) b της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	UNI-PHARMA ΚΛΕΩΝ ΤΣΕΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΑΒΕΕ
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	CAPS (16+10)MG/CAP BT X 28 CAPS ΣΕ BLISTER PA/ALUMINIUM/PVC/ALUMINIUM CAPS (16+5)MG/CAP BT X 28 CAPS ΣΕ BLISTER PA/ALUMINIUM/PVC/ALUMINIUM CAPS (8+5)MG/CAP BT X 28 CAPS ΣΕ BLISTER PA/ALUMINIUM/PVC/ALUMINIUM
ΚΩΔΙΚΟΙ ΕΟΦ	335240402 335240302 335240102
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803352404025 2803352403028 2803352401024
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Θεραπεία υποκατάστασης σε ενήλικες ασθενείς με ιδιοπαθή υπέρταση, των οποίων η αρτηριακή πίεση ελέγχεται ήδη επαρκώς με ταυτόχρονη χορήγηση καντεσαρτάνης και αμλοδιπίνης στο ίδιο επίπεδο δόσης, αλλά ως ξεχωριστά φαρμακευτικά προϊόντα
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών των Προϊόντων
DDD (Units)	1 TE
ΑΗΔ	28 28 28
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	I10 Ιδιοπαθής (πρωτοπαθής) υπέρταση
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ATC5	C09DB07
ATC 4 (CLUSTER)	C09DB

ODYRAL PF EY.DR.S.DC 20MG/ML BT X 30 SINGLE DOSE CONTAINERS (LDPE) [(5 X 6) SACHETS (PET/ALU/PE)] X 0.2ML SOLUTION	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	DORZOLAMIDE
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 20MG/ML BT X 30 SINGLE DOSE CONTAINERS (LDPE) [(5 X 6) SACHETS (PET/ALU/PE)] X 0.2ML SOLUTION
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	334570105
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803345701056
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	<ul style="list-style-type: none"> - Συμπληρωματική θεραπεία στους βήτα-αναστολείς - Μονοθεραπεία σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στους βήτα-αναστολείς ή στους οποίους αντενδείκνυται η χρήση βήτα-αναστολέων, για τη θεραπεία της αυξημένης ενδοφθάλμιας πίεσης σε οφθαλμική υπέρταση, γλαύκωμα ανοικτής γωνίας, ψευδοαποφολιδωτικό γλαύκωμα
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	2 TE
ΑΗΔ	15
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	H40 Γλαύκωμα H40.0 Ύποπτο γλαύκωμα H40.1 Πρωτοπαθές γλαύκωμα ανοικτής γωνίας
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ATC5	S01EC03
ATC 4 (CLUSTER)	S01EC

COODYRAL EY.DR.S.DC (20+5)MG/ML BT X 30 (LDPE) SINGLE-DOSE CONTAINERS X 0.2ML SOLUTION IN POLYETHYLENE/TEREPHTHALATE/ALUMINIUM/POLYETHYLENE SACHETS OF 5, 10 OR 15 SINGLE-DOSE CONTAINERS	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	DORZOLAMIDE: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 (20+5)MG/ML BT X 30 (LDPE) SINGLE-DOSE CONTAINERS X 0.2ML SOLUTION IN POLYETHYLENE/TEREPHTHALATE/ALUMINIUM/POLYETHYLENE SACHETS OF 5, 10 OR 15 SINGLE-DOSE CONTAINERS
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	334240103
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803342401034
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Θεραπεία της αυξημένης ενδοφθάλμιας πίεσης σε ασθενείς με γλαύκωμα ανοικτής γωνίας ή ψευδοαποφολιδωτικό γλαύκωμα, όταν η μονοθεραπεία με τοπικά χορηγούμενο βήτα-αποκλειστή δεν είναι επαρκής

ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	2 ΤΕ
ΑΗΔ	15
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	H40 Γλαύκωμα H40.0 Ύποπτο γλαύκωμα H40.1 Πρωτοπαθές γλαύκωμα ανοικτής γωνίας
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ΑΤC5	S01ED51
ΑΤC 4 (CLUSTER)	S01ED

TRATIM® PRESERVATIVE FREE EY.DRO.SOL (40MCG+5MG)/ML BTx1 VIAL (HDPE/DPE)x2.5 ML	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	TRAVOPROST:TIMOLOL
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Οφθαλμικές σταγόνες, διάλυμα.
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Υβριδικό – άρθρο 10 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	ΚΟΠΕΡ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ/COOPER PHARMACEUTICALS S.A. Δ.Τ. ΚΟΠΕΡ Α.Ε./COOPER S.A, ΕΛΛΑΔΑ
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	EY.DRO.SOL (40MCG+5MG)/ML BTx1 VIAL (HDPE/DPE)x2.5 ML
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	314120201
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803141202016
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέας φαρμακοτεχνικής μορφής στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας φαρμακοτεχνικής μορφής στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Ελάττωση της ενδοφθάλμιας πίεσης σε ενήλικες ασθενείς με γλαύκωμα ανοικτής γωνίας ή οφθαλμική υπέρταση που δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στους τοπικά χορηγούμενους β-αποκλειστές ή στα ανάλογα της προσταγλανδίνης
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	0,100 ML
ΑΗΔ	25
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	H40 Γλαύκωμα H40.0 Ύποπτο γλαύκωμα H40.1 Πρωτοπαθές γλαύκωμα ανοικτής γωνίας
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ΑΤC5	S01ED51
ΑΤC 4 (CLUSTER)	S01ED

WYOST INJ.SOL 120MG/1.7ML VIAL (70MG/ML) BT X 1 VIAL	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	DENOSUMAB
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Ενέσιμο διάλυμα (ένεση)
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Βιομοειδές – άρθρο 10 (4) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	SANDOZ GMBH, KUNDL, AUSTRIA
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	INJ.SOL 120MG/1.7ML VIAL (70MG/ML) BT X 1 VIAL
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	337520101
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803375201014
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	<p>Πρόληψη σκελετικών συμβαμάτων (παθολογικό κάταγμα, ακτινοβολία σε οστό, συμπίεση του νωτιαίου μυελού ή χειρουργική των οστών) σε ενήλικες με προχωρημένες κακοήθειες που εμπλέκουν τα οστά.</p> <p>Θεραπεία των ενηλίκων και των σκελετικά ώριμων εφήβων με γιγαντοκυτταρικό όγκο των οστών που είναι ανεγχείρητος ή όταν η χειρουργική εκτομή είναι πιθανό να οδηγήσει σε σοβαρή νοσηρότητα.</p>
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	0,33 mg
ΑΗΔ	363,6
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	C79.5 Δευτεροπαθές κακόηθες νεόπλασμα των οστών και του μυελού των οστών D48.0 Νεόπλασμα αβέβαιης ή άγνωστης συμπεριφοράς των οστών και του αρθρικού χόνδρου
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Περιορισμένη ιατρική συνταγή. Η διάγνωση και/ή η έναρξη της θεραπείας γίνεται σε νοσοκομείο και μπορεί να συνεχίζεται εκτός νοσοκομείου υπό νοσοκομειακή παρακολούθηση.
ΑΤC5	M05BX04
ΑΤC 4 (CLUSTER)	M05BX (Άλλα φάρμακα με δράση στον μεταβολισμό των οστών)

MAGNESIUM SULPHATE/COOPER INJ.SOL 25% (W/V) BTx5 amps (γυάλινες τύπου I) x10 ml	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	MAGNESIUM
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Ενέσιμο διάλυμα
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Καλώς Καθιερωμένης Χρήσης – Άρθρο 10(a) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	ΚΟΠΕΡ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ/COOPER PHARMACEUTICALS S.A. Δ.Τ. ΚΟΠΕΡ Α.Ε./COOPER S.A, ΕΛΛΑΔΑ
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	INJ.SOL 25% (W/V) BTx5 amps (γυάλινες τύπου I) x10 ml
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	313110103
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803131101039
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέας συσκευασίας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων

ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας συσκευασίας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	Σε ενήλικες, εφήβους και παιδιά για: i) θεραπεία της ανεπάρκειας μαγνησίου σε εγκυτεστημένη υπομαγνησισαμία ii) πρόληψη και θεραπεία της υπομαγνησισαμίας σε ασθενείς που λαμβάνουν ολική παρεντερική διατροφή Σε επίτοκες γυναίκες για: i) έλεγχο και πρόληψη των επιληπτικών κρίσεων σε σοβαρή προεκλαμψία ii) έλεγχο και πρόληψη επαναλαμβανόμενων κρίσεων στην εκλαμψία
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	Διαταραχές του μεταβολισμού του μαγνησίου E61.2 Ανεπάρκεια μαγνησίου O14 Προεκλαμψία O15 Εκλαμψία O15.1 Εκλαμψία στον τοκετό
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 ιατρού.
ATC5	B05XA05
ATC 4 (CLUSTER)	B05XA

CARVAXIVE INJ.SO.PFS 0.5ML/DOSE BT X 1 ΠΡΟΓΕΜΙΣΜΕΝΗ ΣΥΡΙΓΓΑ Χ 0.5ML + 2 ΒΕΛΟΝΕΣ	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	PNEUMOCOCCAL POLYSACCHARIDE SEROTYPE 3 PNEUMOCOCCAL POLYSACCHARIDE SEROTYPE 6A PNEUMOCOCCAL POLYSACCHARIDE SEROTYPE 7F PNEUMOCOCCAL POLYSACCHARIDE SEROTYPE 8 PNEUMOCOCCAL POLYSACCHARIDE SEROTYPE 9N PNEUMOCOCCAL POLYSACCHARIDE SEROTYPE 10A PNEUMOCOCCAL POLYSACCHARIDE SEROTYPE 11A PNEUMOCOCCAL POLYSACCHARIDE SEROTYPE 12F PNEUMOCOCCAL POLYSACCHARIDE SEROTYPE 15A PNEUMOCOCCAL POLYSACCHARIDE FROM DEOAC
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Ενέσιμο διάλυμα (ένεση)
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Πρωτότυπο - Εμβόλιο - άρθρο 8 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	MERCK SHARP & DOHME B.V., HAARLEM, NETHERLANDS
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	CARVAXIVE INJ.SO.PFS 0.5ML/DOSE BT X 1 ΠΡΟΓΕΜΙΣΜΕΝΗ ΣΥΡΙΓΓΑ Χ 0.5ML + 2 ΒΕΛΟΝΕΣ
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	340960103
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803409601032
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων

ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Ενεργητική ανοσοποίηση για την πρόληψη της διεισδυτικής νόσου και της πνευμονίας που προκαλούνται από το <i>Streptococcus pneumoniae</i> σε άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	Z23 Ανάγκη για εμβολιασμό [ανοσοποίηση] κατά μεμονωμένων μικροβιακών νοσημάτων Z23.8 Ανάγκη για εμβολιασμό κατά άλλων μεμονωμένων βακτηριακών νοσημάτων
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	Αποζημίωση βάσει συστάσεων του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ΑΤC5	J07AL02
ΑΤC 4 (CLUSTER)	J07AL

TARDY-FER® ORAL.SOL 20MG/ML BT X 90ML BOTTLE + 1 ΠΙΠΕΤΑ 5ML	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	IRON
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Πόσιμο διάλυμα
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Καλώς Καθιερωμένης Χρήσης – Άρθρο 10(α) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	PIERRE FABRE FARMAKA AE
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	ORAL.SOL 20MG/ML BT X 90ML BOTTLE + 1 ΠΙΠΕΤΑ 5ML
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	332880101
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803328801018
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	- Θεραπεία της σιδηροπενικής αναιμίας, σε παιδιά ηλικίας άνω των 2 ετών και σε ενήλικες - Πρόληψη της σιδηροπενικής αναιμίας σε έγκυες γυναίκες όταν δεν μπορεί να εξασφαλιστεί επαρκής πρόσληψη σιδήρου μέσω διατροφής
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	0,2 G
ΑΗΔ	9
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	D50 Αναιμία από έλλειψη σιδήρου D50.0 Σιδηροπενική αναιμία που οφείλεται σε απώλεια αίματος (χρόνια) D50.1 Σιδηροπενική δυσφαγία D50.8 Άλλες σιδηροπενικές αναιμίες D50.9 Σιδηροπενική αναιμία, μη καθορισμένη

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	<ul style="list-style-type: none"> - 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
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ΑΤC5	B03AA07
ΑΤC 4 (CLUSTER)	B03AA

ALECENSA CAPS 150MG/CAP BT x 224 (4 PACKS x 56) σε PA/ALU/PVC/ALU	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	ALECTINIB
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Σκληρό καψάκιο
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Πρωτότυπο –άρθρο 8(3) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	ROCHE REGISTRATION GMBH, GERMANY
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	CAPS 150MG/CAP BT x 224 (4 PACKS x 56) σε PA/ALU/PVC/ALU
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	316230101
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803162301019
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέας ένδειξης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας ένδειξης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΝΕΑ ΕΝΔΕΙΞΗ	Επικουρική θεραπεία του εξαιρεθέντος μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα (ΜΜΚΠ) Το Alecensa ως μονοθεραπεία ενδείκνυται ως επικουρική θεραπεία μετά από πλήρη εξαίρεση του όγκου για ενήλικες ασθενείς με ALK-θετικό ΜΜΚΠ με υψηλό κίνδυνο υποτροπής
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	1,2 G
ΑΗΔ	28
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	C34 Κακήθες νεόπλασμα βρόγχου και πνεύμονα
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό και παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αγωγής
ΑΤC5	L01ED03
ΑΤC 4 (CLUSTER)	L01ED

<p>DUPIXENT INJ.SOL 200MG/1.14ML (175 MG/ML) BTx2 PF. PENS με τετράγωνο πώμα (γυάλινη)</p> <p>DUPIXENT INJ.SOL 200MG/1.14ML (175 MG/ML) BTx2 PF.SYRS (γυάλινες)- με σύστημα ασφαλείας</p> <p>DUPIXENT INJ.SOL 300MG/2ML (150MG/ML) BT x 2 PF. PENS με τετράγωνο πώμα (γυάλινες)</p> <p>DUPIXENT INJ.SOL 300MG/2ML (150MG/ML) BT x2 PF.SYRS (γυάλινη)- με σύστημα ασφαλείας</p>	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	DUPILUMAB
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Ενέσιμο διάλυμα (ένεση)
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Πρωτότυπο – άρθρο 8 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	SANOFI WINTHROP INDUSTRIE, FRANCE
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	<p>INJ.SOL 200MG/1.14ML (175 MG/ML) BTx2 PF. PENS με τετράγωνο πώμα (γυάλινη)</p> <p>INJ.SOL 200MG/1.14ML (175 MG/ML) BTx2 PF.SYRS (γυάλινες)- με σύστημα ασφαλείας</p> <p>INJ.SOL 300MG/2ML (150MG/ML) BT x 2 PF. PENS με τετράγωνο πώμα (γυάλινες)</p> <p>INJ.SOL 300MG/2ML (150MG/ML) BT x2 PF.SYRS (γυάλινη)- με σύστημα ασφαλείας</p>
ΚΩΔΙΚΟΙ ΕΟΦ	<p>317630210</p> <p>317630202</p> <p>317630114</p> <p>317630106</p>
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	<p>2803176302101</p> <p>2803176302026</p> <p>2803176301142</p> <p>2803176301067</p>
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέας ένδειξης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας ένδειξης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΝΕΑ ΕΝΔΕΙΞΗ	<p>Παιδιά ηλικίας 6 μηνών έως 11 ετών</p> <p>Το Dupixent ενδείκνυται για την αντιμετώπιση της σοβαρής ατοπικής δερματίτιδας σε παιδιά ηλικίας 6 μηνών έως 11 ετών, τα οποία είναι υποψήφια για συστηματική θεραπεία</p>
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών των Προϊόντων
DDD (Units)	0,0214 G
ΑΗΔ	<p>18,69</p> <p>18,69</p> <p>28,04</p> <p>28,04</p>
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	<p>L20.0 Ατοπική Δερματίτιδα</p> <p>L20.8 Άλλες μορφές ατοπικής δερματίτιδος</p> <p>L20.9 Διάφορες μορφές ατοπικής δερματίτιδας</p>
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	<p>– Χορήγηση σε παιδιά μεγαλύτερα των δύο (2) ετών</p> <p>– Χορήγηση σε νοσοκομειακό περιβάλλον υπό την επίβλεψη ειδικού ιατρού</p>

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό λόγω ανάγκης παρακολούθησης κατά τη διάρκεια της αγωγής
ΑΤC5	D11AH05
ΑΤC 4 (CLUSTER)	D11AH

ONIVYDE PEGYLATED LIPOSOMAL C/S.SOL.IN 4.3MG/ML 1 VIAL x10 ML	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	IRINOTECAN
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Πυκνό σκεύασμα για παρασκευή διασποράς προς έγχυση.
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Πρωτότυπο - Ορφανό – άρθρο 8 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	LES LABORATOIRES SERVIER FRANCE
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	ONIVYDE PEGYLATED LIPOSOMAL C/S.SOL.IN 4.3MG/ML 1 VIAL x10 ML
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	316210101
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803162101015
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέας ένδειξης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας ένδειξης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΝΕΑ ΕΝΔΕΙΞΗ	Το ONIVYDE pegylated liposomal ενδείκνυται σε συνδυασμό με οξαλιπτατίνη, 5-φθοριοουρακίλη και λευκοβορίνη για τη θεραπεία πρώτης γραμμής σε ενήλικες ασθενείς με μεταστατικό αδενοκαρκίνωμα παγκρέατος
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	C25 Κακόηθες νεόπλασμα του παγκρέατος
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή. Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ΑΤC5	L01XX19
ΑΤC 4 (CLUSTER)	L01XX

VABYSMO INJ.SOL 120MG/ML BT X 1 VIAL X 0,24ML + 1 ΒΕΛΟΝΑ	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	FARICIMAB
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Ενέσιμο διάλυμα (ένεση)
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Πρωτότυπο – άρθρο 8 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	ROCHE REGISTRATION GMBH, GERMANY
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	INJ.SOL 120MG/ML BT X 1 VIAL X 0,24ML + 1 ΒΕΛΟΝΑ
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	331620101
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803316201011
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέας ένδειξης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας ένδειξης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων

ΝΕΑ ΕΝΔΕΙΞΗ	Θεραπεία ενήλικων ασθενών με διαταραχή της όρασης λόγω δευτεροπαθούς οιδήματος της ωχράς κηλίδας από απόφραξη φλέβας του αμφιβληστροειδούς (κλαδική RVO ή κεντρική RVO)
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	H34.8 Άλλες περιπτώσεις αγγειακής απόφραξης του αμφιβληστροειδούς
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή. Μόνο για νοσοκομειακή χρήση από ιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία.
ATC5	S01LA09
ATC 4 (CLUSTER)	S01LA

ΒΕΥΟΝΤΤΡΑ F.C.TAB 356MG/TAB BT X 120 ΔΙΣΚΙΑ ΣΕ ΚΥΨΕΛΗ PVC/PCTFE/ALU	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	ACORAMIDIS
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο (δισκίο).
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Πρωτότυπο – άρθρο 8 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	BAYER AG, LEVERKUSEN, GERMANY
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	F.C.TAB 356MG/TAB BT X 120 ΔΙΣΚΙΑ ΣΕ ΚΥΨΕΛΗ PVC/PCTFE/ALU
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	340240101
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803402401011
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Θεραπεία της αμυλοείδωσης φυσικού τύπου ή της αμυλοείδωσης παραλλαγής τρανσθυρετίνης σε ενήλικες ασθενείς με μυοκαρδιοπάθεια (ATTR-CM)
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	E85 Αμυλοείδωση E85.0 Μη νευροπαθητική κληρονομική οικογενής αμυλοείδωση E85.8 Άλλες μορφές αμυλοείδωσης
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	– Δεν αποζημιώνεται σε ΝΥΗΑ IV – Σε ΝΥΗΑ III επαναξιολόγηση στους 12 μήνες και διακοπή αποζημίωσης επί εξέλιξης σε ΝΥΗΑ IV ή/και επανειλημμένων νοσηλειών για τη νόσο – Αποζημίωση βάσει προέγκρισης
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό και παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αγωγής
ATC5	C01EB25
ATC 4 (CLUSTER)	C01EB

ZILBRYSQ INJ.SO.PFS 16,6mg/0,416ml (40mg/ml) BT X 7 ΠΡΟΓΕΜΙΣΜΕΝΕΣ ΣΥΡΙΓΓΕΣ ZILBRYSQ INJ.SO.PFS 23mg/0,574ml (40mg/ml) BT X 7 ΠΡΟΓΕΜΙΣΜΕΝΕΣ ΣΥΡΙΓΓΕΣ ZILBRYSQ INJ.SO.PFS 32,4mg/0,810ml (40mg/ml) BT X 7 ΠΡΟΓΕΜΙΣΜΕΝΕΣ ΣΥΡΙΓΓΕΣ	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	ZILUCOPLAN
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Ενέσιμο διάλυμα (ένεση)
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Πρωτότυπο – άρθρο 8 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	UCB PHARMA S.A., BELGIUM
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	INJ.SO.PFS 16,6mg/0,416ml (40mg/ml) BT X 7 ΠΡΟΓΕΜΙΣΜΕΝΕΣ ΣΥΡΙΓΓΕΣ INJ.SO.PFS 23mg/0,574ml (40mg/ml) BT X 7 ΠΡΟΓΕΜΙΣΜΕΝΕΣ ΣΥΡΙΓΓΕΣ INJ.SO.PFS 32,4mg/0,810ml (40mg/ml) BT X 7 ΠΡΟΓΕΜΙΣΜΕΝΕΣ ΣΥΡΙΓΓΕΣ
ΚΩΔΙΚΟΙ ΕΟΦ	335840101 335840201 335840301
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803358401011 2803358402018 2803358403015
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Το Zilbrysq ενδείκνυται ως προσθήκη στη συνήθη θεραπεία για τη θεραπεία της γενικευμένης μυασθένειας gravis (gMG) σε ενήλικους ασθενείς που είναι θετικοί στο αντίσωμα κατά του υποδοχέα ακετυλοχολίνης (AChR)
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών των Προϊόντων
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	G70.0 Βαρεία μυασθένεια [μυασθένεια gravis]
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό και παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αγωγής
ATC5	L04AJ06
ATC 4 (CLUSTER)	L04AJ

RYSTIGGO INJ.SOL 140MG/ML BT X 1 VIAL X 3ML	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	ROZANOLIXIZUMAB
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Ενέσιμο διάλυμα (ένεση)
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Πρωτότυπο - Ορφανό – άρθρο 8 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	UCB PHARMA S.A., BELGIUM
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	INJ.SOL 140MG/ML BT X 1 VIAL X 3ML
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ	336270102

BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803362701022
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέου περιέκτη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέου περιέκτη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Το Rystiggo ενδείκνυται ως προσθήκη στην καθιερωμένη θεραπεία για τη θεραπεία της γενικευμένης μυασθένειας gravis (gMG) σε ενήλικους ασθενείς που είναι θετικοί στο αντίσωμα έναντι του υποδοχέα ακετυλοχολίνης (AChR) ή έναντι του ειδικού μυϊκού υποδοχέα της κινάσης της τυροσίνης (MuSK)
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	G70.0 Βαρεία μυασθένεια [μυασθένεια gravis]
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό και παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αγωγής
ATC5	L04AL02
ATC 4 (CLUSTER)	L04AL

Β. Την παραμονή στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων του φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος **VAXNEUVANCE** και συγκεκριμένα της συσκευασίας:

VAXNEUVANCE INJ.SUSP 0.5ML/PFS 1 PF.SYR X 0.5ML (1 ΔΟΣΗ) + 2 ΞΕΧΩΡΙΣΤΕΣ ΒΕΛΟΝΕΣ κωδικό ΕΟΦ **329480105**, του KAK MERCK SHARP & DOHME B.V., HAARLEM, NETHERLANDS, με περιορισμό: Αποζημίωση βάσει συστάσεων του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών.

Γ. Την απένταξη από τον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων για τους λόγους, που αναφέρονται αναλυτικά στη με αριθ. πρωτ. οικ. 267/12-5-2026 εισήγηση της Επιτροπής Αξιολόγησης και τα συνημμένα αυτής αρχεία, του φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος **ΟΤΕΖΛΑ** και συγκεκριμένα των συσκευασιών:

ΚΩΔ. ΕΟΦ	ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	ΚΑΚ
310060101	ΟΤΕΖΛΑ F.C.TAB 10MG/TAB ΒΤx27 δισκία (4 δισκία x10mg+ 4 δισκία x20mg + 19 δισκία x30mg) σε BLISTERS PVC/αλουμίνιο - σε καρτέλα	AMGEN EUROPE BV, BREDA, HOLLAND
310060201	ΟΤΕΖΛΑ F.C.TAB 30MG/TAB ΒΤx56 δισκία σε BLISTERS PVC/αλουμίνιο	AMGEN EUROPE BV, BREDA, HOLLAND

Δ. Την απόρριψη του αιτήματος ένταξης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων για τους λόγους, που αναφέρονται αναλυτικά στη με αριθ. πρωτ. οικ. 267/12-5-2026 εισήγηση της Επιτροπής Αξιολόγησης και τα συνημμένα αυτής αρχεία, του φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος **MENOPUR** και συγκεκριμένα των συσκευασιών:

ΚΩΔ. ΕΟΦ	ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ	ΚΑΚ
265350101	MENOPUR PS.INJ.SOL (75IU FSH+75IU LH) BTx 5 VIALS +5 AMPS x 1 ML SOLVENT	FERRING ΕΛΛΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ Δ.Τ. FERRING ΕΛΛΑΣ ΜΕΠΕ
265350202	MENOPUR PS.INJ.SOL 600 IU/VIAL BTx (1 VIAL + 1 PF. SYR.SOLV.) + 9 syringes	FERRING ΕΛΛΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ Δ.Τ. FERRING ΕΛΛΑΣ ΜΕΠΕ
265350302	MENOPUR PS.INJ.SOL 1200IU/VIAL BTx (1 VIAL + 2 PF. SYR.SOLV.) +18 syringes	FERRING ΕΛΛΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ Δ.Τ. FERRING ΕΛΛΑΣ ΜΕΠΕ

Ε. Την **απένταξη** από τον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων του κάτωθι φαρμακευτικού προϊόντος από τον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων και τον χαρακτηρισμό αυτού ως **μη αποζημιούμενου**, καθώς πληροί τα κριτήρια που αναγράφονται στο άρθρο 4 της ΥΑ Δ3(α) 6295/2024 (ΦΕΚ 1100 Β/15-2-2024).

Κωδ. ΕΟΦ	Συσκευασία	ΚΑΚ
003070201	ISOPTO-CARPINE EY.DRO.SOL 4% FLx15ML	NOVARTIS (HELLAS) A.E.B.E.

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