



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**



**Εθνικός
Οργανισμός
Παροχής
Υπηρεσιών
Υγείας**

Αθήνα, 23-03-2022

Αριθ. Πρωτ. ΔΒ4Α/οικ. 7606

**ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ: ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ: ΦΑΡΜΑΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ
ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Ταχ. Δ/ση: Αποστόλου Παύλου 12,
Τ.Κ. 15123 Μαρούσι
Πληροφορίες: Ε. Αλεξοπούλου
Τηλ.: 210 8110674
E-mail: d6.t1@eopyy.gov.gr

ΘΕΜΑ: «Σχετικά με κατάλογο φάρμακων υψηλού κόστους σοβαρών παθήσεων της παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν. 3816/2010 που προεγκρίνονται μέσω του Συστήματος Ηλεκτρονικής Προέγκρισης»

ΑΠΟΦΑΣΗ

Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

Έχοντας υπόψη:

1. Τα άρθρα 264 και 265 του Ν.4512/2018, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει
2. ΥΑ Δ3(α) 9712/28-2-2022 με θέμα «Αναθεώρηση Καταλόγου Αποζημιούμενων Φαρμάκων του άρθρου 251 του ν. 4512/2018, όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 24 του ν. 4633/2019».
3. Την Υ.Α. 3457/16.01.2014 (ΦΕΚ Β'64) αρ.11 παρ.4
4. Το με αρ. πρωτ. ΔΒ4Α/οικ.18037/06-07-2021 έγγραφο σχετικά με φάρμακα που εξετάζονται από τις Επιτροπές Φαρμάκων Εξωτερικού και Υψηλού Κόστους.
5. Τη σύμφωνη γνώμη της Επιτροπής παρακολούθησης φαρμακευτικής δαπάνης, ολοκλήρωσης διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων και δημιουργίας μητρώων ασθενών με ημερομηνία 15/02/2022.
6. Την αρ. πρωτ. ΔΒ4Α/Γ31/163 23-03-2022 εισήγηση της Δ/νσής μας

ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

την αναθεώρηση του καταλόγου φάρμακων υψηλού κόστους σοβαρών παθήσεων της παρ. 2 του άρθρου 12 του ν.3816/2010 που προεγκρίνονται μέσω του Συστήματος Ηλεκτρονικής Προέγκρισης ως κάτωθι:

A/A	ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ
	ΑΙΟΝΥ	FREMANEZUMAB
1		
2	ΑΙΜΟΝΙΓ	ERENUMAB
3	ALDURAZYME	LARONIDASE
4	BAVENCIO	AVELUMAB
5	BENLYSTA s.c & i.v.	BELIMUMAB
6	BEOVU	BROLUCIZUMAB
7	BOTOX	BOTULINUM TOXIN TYPE A
8	BRAFTOVI	ENCORAFENIB
9	CABLIVI (όχι για την έναρξη. Μόνο για περιπτώσεις συνέχισης αγωγής πέραν των 30 ημερών και εφ' όσον υπάρχουν ενδείξεις εμμένουσας ανοσολογικής νόσου).	CAPLACIZUMAB
10	CABOMETYX (1η γραμμή RCC)	CABAZOTINIB
11	CAPRELSA	VANDETANIB
12	CEHADO	ALITRETINOIN
13	CERDELGA	ELIGLUSTAT
14	CEREZYME	IMIGLUCERASE
15	COTELLIC	COBIMETINIB
16	CUPRIOR	TRIENTINE TETRAHYDROCHLORIDE
17	CYRAMZA	RAMUCIRUMAB
18	DYSPORT	BOTULINUM TYPE A TOXIN HAEMAGGLUTININ COMPLEX
19	ELAPRASE	IDURSULFASE
20	EPCLUSA	VELPATASVIR:SOFOSBUVIR
21	ERIVEDGE	VISMODEGIB
22	ERLEADA	APALUTAMIDE
23	ESBRIET	PIRFENIDONE
24	EXVIERA	DASABUVIR
25	EYLEA	AFLIBERCEPT
26	FABRAZYME	AGALSIDASE BETA
27	FORSTEO ΚΑΙ ΒΙΟ-ΟΜΟΕΙΔΗ	TERIPARATIDE
28	GALAFOLD	MIGALASTAT

29	HARVONI	SOFOSBUVIR, LEDIPASVIR
30	IBRANCE	PALBOCICLIB
31	ILARIS	CANAKINUMAB
32	IMBRUVICA	IBRUTINIB
33	IMFINZI	DURVALUMAB
34	JAKAVI	RUXOLITINIB
35	KEYTRUDA	PEMBROLIZUMAB
36	KISQALI	RIBOCICLIB
37	KYMRIAH	TISAGENLECLEUCEL
38	LENVIMA	LENVATINIB MESILATE
39	LIBTAYO	CEMPIIMAB
40	LUCENTIS	RANIBIZUMAB
41	LYNPARZA	OLAPARIB
42	MAVIRET	IBRENTASVIR, GLECAPREVIR
43	MAYZENT	SIPONIMOD
44	MEKINIST	TRAMETINIB
45	MEKTOVI	BINIMETINIB
46	MYOZYME	ALGLUCOSIDASE ALFA
47	NATPAR	RECOMBINANT HUMAN PARATHYROID HORMONE
48	NEUROBLOC	BOTULINUM TOXIN TYPE B
49	NUBEQA	DAROLUTAMIDE
50	OCREVUS ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΕΙΞΗ ΤΗΣ PPMS	OCRELIZUMAB
51	OFEV	NINTEDANIB
52	ONPATTRO	PATISIRAN
53	OPDIVO	NIVOLUMAB
54	OZURDEX	DEXAMETHAZONE
55	PRALUENT	ALIROCUMAB
56	RAXONE	IDEBENONE
57	REMODULIN	TREPROSTINIL
58	REPATHA	EVOLOCUMAB
59	REPLAGAL	AGALSIDASE ALFA
60	RYDAPT (μόνο για την ένδειξη της επιθετικής συστηματικής μαστοκύττωσης)	MIDOSTAURIN
61	SOVALDI	SOFOSBUVIR
62	SPINRAZA	NUSINERSEN
63	SYNAGIS	PALIVIZUMAB
64	TAFINLAR	DABRAFENIB
65	TAGRISSO	OSIMERTINIB
66	TECENTRIQ	ATEZOLIZUMAB
67	TRESUVI	TREPROSTINIL

68	VENCLYXTO	VENETOCLAX
69	VERZENIOS	ABEMACICLIB
70	VIEKIRAX	RITONAVIR, PARITAPREVIR, OMBITASVIR
71	VISUDYNE	VERTEPORFIN
72	VOSEVI	VOXILAPREVIR, SOFOSBUVIR, VELPATASVIR
73	VPRIV	VELAGLUCERASE ALFA
74	XOFIGO	RADIUM (223RA) DICHLORIDE
75	XTANDI	ENZALUTAMIDE
76	YERVOY	IPILIMUMAB
77	YESCARTA	AXICABTAGENE CILOLEUCEL
78	ZAVESCA	MIGLUSTAT
79	ZELBORAF	VEMURAFENIB
80	ZEPATIER	GRAZOPREVIR:ELBASVIR
81	ZYDELIG	IDELALISIB
82	ZYTIGA	ABIRATERONE

Το φάρμακο που προστίθεται είναι το Cablivi (θεραπεία ενηλίκων και εφήβων ηλικίας 12 ετών και άνω με σωματικό βάρος τουλάχιστον 40 kg που εμφανίζουν επεισόδιο επίκτητης θρομβωτικής θρομβοπενικής πορφύρας (aTTP) σε συνδυασμό με πλασμαφαίρεση και ανοσοκαταστολή).

Υπενθυμίζεται το γεγονός ότι για τα φάρμακα για την ηπατίτιδα C του ανωτέρω πίνακα τα αιτήματα εισάγονται στο μητρώο της ηπατίτιδας C.

Για τα ανωτέρω υπάρχει και η σύμφωνη γνώμη της Επιτροπής παρακολούθησης φαρμακευτικής δαπάνης, ολοκλήρωσης διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων και δημιουργίας μητρώων ασθενών με ημερομηνία 14-03-2022

**Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ
ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Γ. ΑΓΓΟΥΡΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

1. ΠΕ.ΔΙ ΕΟΠΥΥ (Περιφερειακές Διευθύνσεις ΕΟΠΥΥ)
2. Αποκεντρωμένα Γραφεία Εξυπηρέτησης Ασφαλισμένων ΕΟΠΥΥ
3. Υγειονομικές Περιφέρειες, ΥΠΕ
4. Στρατιωτικά Νοσοκομεία
5. Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο
6. Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο
7. Γραφείο Υπουργού Υγείας
8. Γραφείο Αν. Υπουργού Υγείας

9. Γραφείο Γεν.Γραμματέα Υπηρεσιών Υγείας
10. Αυτοτελές Τμήμα Εποπτείας Ανάπτυξης & Λειτουργίας ΕΟΠΥΥ
- 11.Διεύθυνση Φαρμάκου-Τμήμα Φαρμάκου
12. Γραφείο Διοικήτριας ΕΟΠΥΥ
13. Γραφείο Γεν. Δ/ντη Οργάνωσης & Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας
14. Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ
- 15.ΗΔΙΚΑ
- 16.ΥΠΕΔΥΦΚΑ
- 17.ΤΕΕΣ