


ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΗ ΔΙΑΥΓΕΙΑ

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

**Αθήνα, 2/9/2022
Αρ. Πρωτ. Δ3(α) 45600**

Ταχ. Διεύθυνση : Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας : 104 33
Τηλέφωνο : 2132161400, -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 (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 (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. Τις διατάξεις του άρθρου 51 του ν.4633/2019 (Α' 161)) «Σύσταση ΕΟΔΥ, ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού κλπ»
3. Τις διατάξεις του άρθρου 90 του π.δ. 63/2005 (Α' 98) «Κωδικοποίηση της νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα κυβερνητικά όργανα», σε συνδυασμό με την περ.22 του άρθρου 119 του ν.4622 /2019 (Α' 133).
4. Τις διατάξεις του π.δ. 121/2017 (Α' 148), «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας».
5. Το π.δ. 68/2021 (Α' 155) «Διορισμός Υπουργών, Αναπληρώτριας Υπουργού και Υφυπουργών».
6. Την αριθμ. πρωτ. Α1β/Γ.Π. οικ. 1105/2020 (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 (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. 713/3-8-2022 (αριθ. πρωτ. Υ.Υ. 45600/4-8-2022) εισήγηση της Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης με τα συνημμένα αρχεία.
10. Το αριθ. πρωτ. Β2β/Γ.Π. οικ. 47263/16-8-2022 έγγραφο της Γενικής Δ/σης 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, καθώς αυτό θα εξαρτηθεί από τον όγκο των πωλήσεων, την τιμή αποζημίωσης των εν λόγω φαρμακευτικώνσκευασμάτων, η οποία ενδέχεται να είναι και εμπιστευτική τιμή μέσω διαπραγμάτευσης, και από τυχόν υποκατάσταση ακριβότερων ή φθηνότερων αποζημιούμενων θεραπειών. Σε κάθε περίπτωση τυχόν 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 Κρατικού Προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας*».

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Την ένταξη των κατωτέρω αναφερόμενων φαρμάκων στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων για τους λόγους που αναφέρονται αναλυτικά στη με αριθ. πρωτ. οικ. 713/3-8-2022 θετική εισήγηση της Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης και τα συνημμένα αυτής αρχεία:

CATAPRESAN TAB 0,150MG/TAB ΒΤx30 (BLIST 3x10) σε BLISTERS white opaque PVC/PVDC-alu (κωδ. ΕΟΦ 021910203)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	CLONIDINE HYDROCHLORIDE
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Δισκία
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/EC - Κεντρική άδεια κυκλοφορίας
ΚΑΚ	GLENWOOD GESELLSCHAFT MIT BESCHRANKTER HAFTUNG PHARMAZEUTISCHE ERZEUGNISSE, GERMANY
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	ΒΤx30 (BLIST 3x10) σε BLISTERS white opaque PVC/PVDC-alu
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2800219102032
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέας συσκευασίας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας συσκευασίας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Θεραπεία της υπέρτασης. Μπορεί να χορηγηθεί μόνο του ή σε συνδυασμό με άλλους αντιυπερτασικούς παράγοντες.
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
DDD (Units)	0,45 mg
ΑΗΔ	10
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	I10 - Ιδιοπαθής (πρωτοπαθής) υπέρταση I15 - Δευτεροπαθής υπέρταση I15.8 - Άλλη δευτεροπαθής υπέρταση

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	Σύμφωνα με το θεραπευτικό πρωτόκολλο της αρτηριακής υπέρτασης.
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ΑΤC5	C02AC01 Clonidine
ΑΤC 4 (CLUSTER)	C02AC Αγωνιστές υποδοχέων ιμιδαζολίνης

TEGSEDI INJ.SOL 284MG 4 PF SYRS (κωδ. ΕΟΦ 326380102)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	Ινότερσένη
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Ενέσιμο διάλυμα (ένεση) Διαυγές, άχρωμο έως υποκίτρινο διάλυμα (pH 7,5 - 8,8)
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	8 (3) - Πλήρης αίτηση – Ορφανό φάρμακο. Κεντρική άδεια EU/1/18/1296/002 υπό συμπληρωματική παρακολούθηση.
ΚΑΚ	AKCEA THERAPEUTICS IRELAND LTD, IRELAND
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	1 BOX * 4 SYR
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803263801029
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	Θεραπεία πολυνευροπάθειας σταδίου 1 ή σταδίου 2 σε ενήλικες με κληρονομική αμυλοείδωση από τρανσθυρετίνη (hATTR)
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	E85.1 - Νευροπαθητική κληρονομική οικογενής αμυλοείδωση E85 - Αμυλοείδωση E85.2 - Κληρονομική οικογενής αμυλοείδωση, διάφορες περιπτώσεις
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Περιορισμένη ιατρική συνταγή. Η έναρξη της θεραπείας γίνεται σε νοσοκομείο και μπορεί να συνεχίζεται εκτός νοσοκομείου υπό την παρακολούθηση ειδικού ιατρού.
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	<ul style="list-style-type: none"> ∞ Επιβεβαιωμένη γενετική διάγνωση hATTR ∞ Συμπτωματικοί ασθενείς <ul style="list-style-type: none"> ▪ με πρώιμου σταδίου νευροπάθεια καθοριζόμενη ως αναπηρική πολυνευροπάθεια σταδίου I ως ≤ IIIB ή οικογενής αμυλοειδική πολυνευροπάθεια σταδίου I ή II ▪ χωρίς σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια (NYHA class III or IV) ▪ χωρίς μεταμόσχευση ήπατος ∞ Δεν συγχορηγείται με φάρμακα ριβονουκλεϊκού οξέος ή σταθεροποιητές τρανσθυρετίνης
ΑΤC5	N07XX15 Inotersen
ΑΤC 4 (CLUSTER)	N07XX Άλλα φάρμακα του νευρικού συστήματος

BRIMOFREE EY.DR.S.DC, 2MG/ML BT x 30 Περιέκτες μίας δόσης LPDE x 0.35 ml (κωδ. ΕΟΦ 322580103)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	BRIMONIDINE
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Οφθαλμικές σταγόνες, διάλυμα σε περιέκτη μίας δόσης
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Υβριδική αίτηση-Άρθρο 10(3) της Οδηγίας 2001/83/ΕΚ. Αποκεντρωμένη Διαδικασία: Αρ. ΑΤ/Η/713/01/Ε/001. Αρ. Άδειας Κυκλοφορίας ΕΟΦ: 10677/26-05-2020. Προϊόν αναφοράς ALPHAGAN
ΚΑΚ	PHARMA STULLN GMBH GERMANY
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	BRIMOFREE® EY.DR.S.DC 2MG/ML BTx30 περιέκτες μίας δόσης LPDE [(2 strips x 5) x 3 Sachets]x0.35 ml
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803225801036
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	Μείωση της αυξημένης ενδοφθάλμιας πίεσης (ΕΟΠ) σε ασθενείς με γλαύκωμα ανοικτής γωνίας ή οφθαλμική υπερτονία <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ως μονοθεραπεία όταν η τοπική αγωγή με βήτα-αναστολείς αντενδείκνυται ▪ Ως συμπληρωματική αγωγή όταν η επιδιωκόμενη ΕΟΠ δεν επιτυγχάνεται με ένα μόνο φάρμακο
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
DDD (Units)	1 TE
ΑΗΔ	30
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	H40.0 - Ύποπτο γλαύκωμα H40.1 - Πρωτοπαθές ανοικτής γωνίας γλαύκωμα
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ATC5	S01EA05 Brimonidine Tartrate Οφθαλμική χορήγηση (υγρές μορφές, μονοδοσικές συσκευασίες)
ATC 4 (CLUSTER)	S01EA Συμπαθητικομιμητικά για τη θεραπεία του γλαυκώματος

REMSIMA INJ.SOL 120MG/ML 2 PF. PEN+2 μαντηλάκια εμποτισμένα με οινόπνευμα (κωδ. ΕΟΦ 307330208)	
REMSIMA INJ.SOL 120MG/ML 2 PF. SYR (με αυτόματη ασπίδα βελόνας)+2 μαντηλάκια εμποτισμένα με οινόπνευμα (κωδ. ΕΟΦ 307330205)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	INFLIXIMAB
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Ενέσιμο διάλυμα (ένεση)
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ (CP) – Βιο-ομοειδής: 10 (4) της Οδηγίας 2001/83/ΕΚ, όπως έχει τροποποιηθεί από την οδηγία 2004/27/ΕΚ – ΕΜΕΑ/Η/С/002576, 10/09/2013 – Εμπορική ονομασία προϊόντος αναφοράς: REMICADE®
ΚΑΚ	CELLTRION HEALTHCARE HUNGARY KFT., BUDAPEST, HUNGARY

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	REMSIMA INJ.SOL 120MG/ML 2 PF. PEN+2 μαντηλάκια εμποτισμένα με οινόπνευμα REMSIMA INJ.SOL 120MG/ML 2 PF. SYR (με αυτόματη ασπίδα βελόνας)+2 μαντηλάκια εμποτισμένα με οινόπνευμα
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803073302082 2803073302051
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέας περιεκτικότητας και φαρμακοτεχνικής μορφής με νέα οδό χορήγησης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας περιεκτικότητας και φαρμακοτεχνικής μορφής με νέα οδό χορήγησης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	<p>Ρευματοειδής αρθρίτις Το Remsima σε συνδυασμό με τη μεθοτρεξάτη ενδείκνυται σε:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ενήλικες ασθενείς με ενεργή νόσο όταν η ανταπόκριση στα τροποποιητικά της νόσου αντιρρευματικά φάρμακα (DMARDs), συμπεριλαμβανομένης της μεθοτρεξάτης, ήταν ανεπαρκής. • ενήλικες ασθενείς με σοβαρή, ενεργή και προοδευτική νόσο που δεν έχουν προηγουμένως λάβει μεθοτρεξάτη ή άλλα DMARDs. <p>Νόσος του Crohn Το Remsima ενδείκνυται για:</p> <ul style="list-style-type: none"> • τη θεραπευτική αντιμετώπιση της μέτριας έως σοβαρής, ενεργής νόσου του Crohn, σε ενήλικες ασθενείς που δεν έχουν ανταποκριθεί παρά την υποβολή σε πλήρη και επαρκή αγωγή με κορτικοστεροειδές ή/και ανοσοκατασταλτικό παρασκεύασμα, ή σε ασθενείς που δεν επιδεικνύουν ανοχή στις εν λόγω θεραπείες ή για τους οποίους αντενδείκνυται ιατρικά οι θεραπείες αυτές. • τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ενεργής νόσου του Crohn με παρουσία συριγγίων, σε ενήλικες ασθενείς που δεν έχουν ανταποκριθεί, παρά την υποβολή σε πλήρη και επαρκή θεραπεία με συμβατική αγωγή (συμπεριλαμβανομένων των αντιβιοτικών, της παροχέτευσης και της ανοσοκατασταλτικής θεραπείας). <p>Ελκώδης κολίτιδα Το Remsima ενδείκνυται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της μέτριας έως σοβαρής, ενεργής ελκώδους κολίτιδας σε ενήλικες ασθενείς οι οποίοι είχαν ανεπαρκή ανταπόκριση στη συμβατική θεραπεία συμπεριλαμβανομένων των κορτικοστεροειδών και των 6-μερκαπτοπουρίνη (6-MP) ή αζαθειοπρίνη (AZA), ή οι οποίοι είναι δυσανεκτικοί σε ή έχουν ιατρικές αντενδείξεις για τέτοιες θεραπείες.</p> <p>Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα Το Remsima ενδείκνυται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της σοβαρής, ενεργής αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας, σε ενήλικες ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στη συμβατική θεραπεία.</p> <p>Ψωριασική αρθρίτιδα Το Remsima ενδείκνυται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ενεργής και προοδευτικής ψωριασικής αρθρίτιδας σε ενήλικες</p>

	<p>ασθενείς όταν η ανταπόκριση σε προηγούμενη θεραπεία με DMARD ήταν ανεπαρκής. Το Remsima θα πρέπει να χορηγείται</p> <ul style="list-style-type: none"> • σε συνδυασμό με μεθοτρεξάτη • ή μόνο του σε ασθενείς οι οποίοι δείχνουν δυσανεξία στη μεθοτρεξάτη ή για τους οποίους η μεθοτρεξάτη αντενδείκνυται. <p>Ψωρίαση Το Remsima ενδείκνυται για τη θεραπεία της μέτριας προς σοβαρή ψωρίασης κατά πλάκας σε ενήλικες ασθενείς οι οποίοι απέτυχαν να ανταποκριθούν σε, ή οι οποίοι έχουν αντένδειξη σε, ή είναι δυσανεκτικοί σε άλλη συστηματική θεραπεία περιλαμβανομένης της κυκλοσπορίνης, της μεθοτρεξάτης ή της θεραπείας με ψωραλένιο και υπεριώδη ακτινοβολία Α (PUVA).</p>
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
DDD (Units)	0,00375 G
ΑΗΔ	64 64
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	Όπως το προϊόν αναφοράς
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Περιορισμένη ιατρική συνταγή. Η διάγνωση και/ή η έναρξη της θεραπείας γίνεται σε νοσοκομείο και μπορεί να συνεχίζεται και εκτός νοσοκομείου υπό την παρακολούθηση ειδικού ιατρού.
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	Όπως το ήδη ενταγμένο προϊόν
ΑΤC5	L04AB02
ΑΤC 4 (CLUSTER)	L04AB Αναστολείς του παράγοντα νέκρωσης όγκων α (TNF-α)

DARZALEX BT x 1 vial x 15ML 1800 mg/vial (120mg/ml) Injection solution (Ενέσιμο διάλυμα) (κωδ. ΕΟΦ 314270401)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	Daratumumab
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Ενέσιμο διάλυμα
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Κεντρική άδεια - Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/EC - Πρωτότυπο - Ορφανό
ΚΑΚ	JANSSEN CILAG ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΕΒΕ
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	INJ.SOL 1800MG/VIAL (120 MG/ML), BTx1VIAL x 15ML
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803142704014
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Το Darzalex ενδείκνυται σε συνδυασμό με κυκλοφωσφαμίδη, βορτεζομίμπη και δεξαμεθαζόνη για τη θεραπεία ενήλικων ασθενών με νεοδιαγνωσθείσα συστηματική AL αμυλοείδωση.
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	Βάσει ΠΧΠ

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	Χορήγηση από επαγγελματία υγείας σε περιβάλλον με διαθέσιμο εξοπλισμό ανάνηψης
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή. Μόνο για νοσοκομειακή χρήση από ιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία.
ΑΤC5	L01XC24
ΑΤC 4 (CLUSTER)	L01XC

PATH-MUSCLE TAB (2+500)MG/TAB ΒΤx30 (BLIST 3x10 TABS) σε διαφανή BLISTERS Alu/PVC (κωδ. ΕΟΦ 317560101)	
PATH-MUSCLE SOLU.TAB (4+1000)MG/TAB ΒΤx20 (BLIST 2x10 TABS) σε διαφανή BLISTERS Alu/PVC (κωδ. ΕΟΦ 317560201)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	Θειοκολχικοσίδη & Παρακεταμόλη
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Δισκία
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	10 (α) Καλώς Καθιερωμένης Χρήσης
ΚΑΚ	NASSINGTON LTD, CYPRUS
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	PATH-MUSCLE TAB (2+500)MG/TAB ΒΤx30 (BLIST 3x10 TABS) σε διαφανή BLISTERS Alu/PVC (κωδ. ΕΟΦ 317560101) PATH-MUSCLE SOLU.TAB (4+1000)MG/TAB ΒΤx20 (BLIST 2x10 TABS) σε διαφανή BLISTERS Alu/PVC
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ	2803175601014 2803175602011
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Επικουρική θεραπεία για την αντιμετώπιση των επώδυνων μυϊκών συσπάσεων σε οξεία σπονδυλική παθολογία σε ενήλικες και εφήβους ηλικίας άνω των 16 ετών.
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	Βάσει ΠΧΠ
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ΑΤC5	M03BX55
ΑΤC 4 (CLUSTER)	M03BX

ALVESCO INH.SOL.P 160MCG/DOSE ΒΤx1 Δοσιμετρική συσκευή εισπνοών (120 DOSES) (κωδ. ΕΟΦ 266390302)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	CICLESONIDE
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Διάλυμα για εισπνοή υπό πίεση
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Κεντρική άδεια – Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/EC
ΚΑΚ	COVIS PHARMA EUROPE B.V., THE NETHERLANDS
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	ΒΤx1 Δοσιμετρική συσκευή εισπνοών
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2802663903029

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέας συσκευασίας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας συσκευασίας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Θεραπεία για τον έλεγχο του επίμονου άσθματος σε ενήλικες και εφήβους (ηλικίας 12 ετών και άνω).
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
DDD (Units)	0,16 MG
ΑΗΔ	120
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	Βάσει ΠΧΠ
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	Όπως το ήδη ενταγμένο προϊόν
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ΑΤC5	R03BA08 Ciclesonide
ΑΤC 4 (CLUSTER)	R03BA Γλυκοκορτικοειδή

OLIMEL N12 INJ.EM.INF BTx10 BAGSx650.0ML (κωδ. ΕΟΦ 289750805) OLIMEL N12 INJ.EM.INF BTx6 BAGSx1000.0ML (κωδ. ΕΟΦ 289750806)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	Το OLIMEL N12 διατίθεται σε μορφή σάκου 3 θαλάμων. Κάθε σάκος περιέχει ένα διάλυμα γλυκόζης, ένα γαλάκτωμα λιπιδίων και ένα διάλυμα αμινοξέων. 27,5% Διάλυμα γλυκόζης (αντιστοιχεί σε 27,5 g/100 ml) 14,2% Διάλυμα αμινοξέων (αντιστοιχεί σε 14,2 g/100 ml) 17,5% Γαλάκτωμα λιπιδίων (αντιστοιχεί σε 17,5 g/100 ml)
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Μετά την ανασύσταση: Γαλάκτωμα για έγχυση. Εμφάνιση πριν από την ανασύσταση: - Τα διαλύματα αμινοξέων και γλυκόζης είναι διαυγή, άχρωμα ή ελαφρώς κίτρινα. - Το γαλάκτωμα λιπιδίων είναι ομοιογενές, γαλακτώδους λευκού χρώματος.
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Άρθρο 8.3 β της Οδηγίας 2001/83/EC – Γνωστή Δραστική
ΚΑΚ	Baxter (Hellas) Ε.Π.Ε.
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	OLIMEL N12 INJ.EM.INF BTx10 BAGSx650.0ML OLIMEL N12 INJ.EM.INF BTx6 BAGSx1000.0ML
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2802897508052 2802897508069
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέας περιεκτικότητας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας περιεκτικότητας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	Παρεντερική σίτιση σε ενήλικες και παιδιά ηλικίας άνω των 2 ετών όταν η από του στόματος ή η εντερική σίτιση είναι αδύνατη, ανεπαρκής ή αντενδείκνυται
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	Βάσει ΠΧΠ

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
ΑΤC5	B05BA10
ΑΤC 4 (CLUSTER)	B05BA

RECARBRIO® PD.SOL.INF (500+500+250) MG/VIAL BTx25 vials (κωδ. ΕΟΦ 323650101)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	Ρελεμπακτάμη - Σιλαστατίνη - Ιμιπενέμη
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Κόνις για διάλυμα προς έγχυση
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/EC –Αρχική Κεντρική Άδεια: Procedure No. ΕΜΕΑ/Η/С/004808/0000
ΚΑΚ	MERCK SHARP & DOHME B.V., HAARLEM, NETHERLANDS
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	PD.SOL.INF (500+500+250) MG/VIAL BTx25 vials
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803236501017
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Θεραπεία ενδοноσοκομειακής πνευμονίας (HAP), συμπεριλαμβανόμενης της πνευμονίας του αναπνευστήρα (VAP), σε ενήλικες ▪ Θεραπεία ασθενών με βακτηριαμία σχετιζόμενη με, ή υπάρχει υποψία να σχετίζεται με HAP, συμπεριλαμβανόμενης της VAP, σε ενήλικες. ▪ Θεραπεία λοιμώξεων λόγω αερόβιων Gram-αρνητικών οργανισμών σε ενήλικες με περιορισμένες θεραπευτικές επιλογές
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
DDD (Units)	2g (αφορά στην περιεκτικότητα ιμιπενέμης)
ΑΗΔ	6,25
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	J18.9 J95.851 R78.81 A49.9
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	<ul style="list-style-type: none"> ∞ Σε ασθενείς με περιορισμένες θεραπευτικές επιλογές όταν προηγούμενες θεραπείες έχουν αποτύχει ∞ Τεκμηρίωση χρήσης από έλεγχο ευαισθησίας μέσω αντιβιογράμματος
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή. Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
ΑΤC5	J01DH56 imipenem, cilastatin and relebactam
ΑΤC 4 (CLUSTER)	J01DH Carbapenems

VABOREM PD.C.S.INF (1+1)G/VIAL BTx6 vials (κωδ. ΕΟΦ 321310101)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	Meropenem + Vaborbactam
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Κόνις για πυκνό σκεύασμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση (PD.C.S.INF).
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/EC - Αρχική Κεντρική Άδεια: Procedure No. ΕΜΕΑ/Η/С/004669/0000 (20/11/2018)
ΚΑΚ	MENARINI INTER.OPERAT.LUXEMBURG SA, LUXEMBURG
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	PD.C.S.INF (1+1)G/VIAL BTx6 vials (κωδ.ΕΟΦ: 321310101)
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803213101018- PD.C.S.INF (1+1)G/VIAL BTx6 vials
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	Θεραπεία των ακόλουθων λοιμώξεων σε ενήλικες: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Επιπλεγμένη λοίμωξη ουροφόρου οδού, συμπεριλαμβανομένης της πυελονεφρίτιδας ▪ Επιπλεγμένη ενδοκοιλιακή λοίμωξη ▪ Ενδοσσοκομειακή πνευμονία, συμπεριλαμβανομένης της πνευμονίας σχετιζόμενης με αναπνευστήρα ▪ Βακτηριαμία σχετιζόμενη με οποιαδήποτε από τις παραπάνω λοιμώξεις ▪ Λοιμώξεις λόγω αερόβιων Gram-αρνητικών οργανισμών σε ενήλικες με περιορισμένες επιλογές θεραπείας
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
DDD (Units)	3g (αφορά στην περιεκτικότητα μεροπενέμης)
ΑΗΔ	2
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 J15.5 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	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή. Μόνο για νοσοκομειακή χρήση
ATC5	J01DH52 Μεροπενέμη και βαμπορβακτάμη
ATC 4 (CLUSTER)	J01DH Καρβαπενέμες

ZERBAXA® PD.C.SO.IN (1+0.5)G/VIAL BTx10 VIALS (κωδ. ΕΟΦ 312530101)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	Ceftolozane:Tazobactam
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Κόνις για πυκνό σκεύασμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση (PD.C.SO.IN).
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/EC – Αρχική Κεντρική Άδεια: ProcedureNo. ΕΜΕΑ/Η/С/003772/0000 Επέκταση Άδειας Κυκλοφορίας που αφορά στην υπό αξιολόγηση ένδειξη: Procedure No. ΕΜΕΑ/Η/С/003772/II/0020
ΚΑΚ	MERCK SHARP & DOHME B.V., HAARLEM, NETHERLANDS
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	PD.C.SO.IN (1+0.5)G/VIAL BTx10 VIALS (κωδ.ΕΟΦ: 312530101)
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803125301018- PD.C.SO.IN (1+0.5)G/VIAL BTx10 VIALS
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη νέας ένδειξης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας ένδειξης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΝΕΑ ΕΝΔΕΙΞΗ	Θεραπεία ενδονοσοκομειακής πνευμονίας, συμπεριλαμβανόμενης της πνευμονίας του αναπνευστήρα σε ενήλικες
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Χορηγείται με ενδοφλέβια έγχυση για περίοδο 1 ώρας για όλες τις δόσεις, όπως αναγράφονται στην ΠΧΠ
DDD (Units)	3g (αφορά στην περιεκτικότητα κεφτολοζάνης)
ΑΗΔ	3,33
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	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
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 ιατρού. Αιτιολογημένη συνταγή φυλασσόμενη επί διαιτία.
ATC5	J01DI54 Κεφτολοζάνη και αναστολέας β-λακταμάσης
ATC 4 (CLUSTER)	J01DI Άλλες κεφαλοσπορίνες και πενέμες

VELTASSA PD.ORA.SUS 8.4g/SACHET BTx30 SACHETS (χαρτί/PES/PE/αλουμίνιο/PE) (κωδ. ΕΟΦ 319810101)	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	Patiomer- Πολυμερές ασβεστίου σορβιτόλης
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Κόνις για πόσιμο εναιώρημα
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	Εγκεκριμένο με Κεντρική Διαδικασία ΕΜΕΑ/Η/С/004180 Νομική βάση: 8(3) Πλήρης αίτηση
ΚΑΚ	VIFOR FRESENIUS MEDICAL CARE RENAL PHARMA FRANCE, FRANCE

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	PD.ORA.SUS 8.4g/SACHET BTx30 SACHETS (χαρτί/PES/PE/αλουμίνιο/PE)
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803198101010
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΗ	Χρόνια θεραπεία της υπερκαλιαιμίας των ενηλίκων
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Δόση: Συνιστώμενη δόση έναρξης 8,4 g ratiomer μία φορά την ημέρα. Η ημερήσια δόση μπορεί να προσαρμοστεί σε διαστήματα της μίας εβδομάδας ή μεγαλύτερα, ανάλογα με το επίπεδο καλίου στον ορό και το επιθυμητό εύρος-στόχο. Η ημερήσια δόση μπορεί να αυξηθεί ή να μειωθεί κατά 8,4 g, όπως απαιτείται για την επίτευξη του επιθυμητού εύρους-στόχου, έως μέγιστη δόση 25,2 g ημερησίως. Συχνότητα δόσεων: 1 φορά ημερησίως.
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	Βάσει ΠΧΠ
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	
ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Με ιατρική συνταγή
ATC5	V03AE09 Patiomer calcium
ATC 4 (CLUSTER)	V03AE Φάρμακα για τη θεραπεία της υπερκαλιαιμίας και της υπερφωσφαταιμίας

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