


**ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΗ ΔΙΑΥΓΕΙΑ**

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

Ταχ. Διεύθυνση : Αριστοτέλους 17  
Ταχ. Κώδικας : 104 33  
Τηλέφωνο : 2132161400, -1762  
Fax : 213 216 1913  
e-mail : [farmaka@moh.gov.gr](mailto:farmaka@moh.gov.gr)

**ΟΡΘΗ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ  
Αθήνα, 14-9-2022  
Αρ. Πρωτ. Δ3(α) 49347**

**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<sup>ης</sup> 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. 744/26-8-2022 (αριθ. πρωτ. Υ.Υ. 49347/30-8-2022) εισήγηση της Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης με τα συνημμένα αρχεία.
10. Το αριθ. πρωτ. Β2β/Γ.Π. οικ. 50093/2-9-2022 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 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 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. 744/26-8-2022 θετική εισήγηση της Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης και τα συνημμένα αυτής αρχεία:

<b>ΟΡΔΙΒΟ C/S.SOL.IN 10MG/ML BT X 1 VIAL X 12 ML (κωδ. ΕΟΦ 311730104)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	Nivolumab
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση C/S. SOL. IN 10mgr/ml
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Κεντρική άδεια - Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/EC
<b>ΚΑΚ</b>	BRISTOL-MYERS SQUIBB PHARMA EEIG, IRELAND
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ</b>	10MG/ML BT X 1 VIAL X 12 ML
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑΣ</b>	2803117301040
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη νέας συσκευασίας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας συσκευασίας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ</b>	Όπως τα ήδη ενταγμένα προϊόντα
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
<b>DDD (Units)</b>	Δεν εφαρμόζεται
<b>ΑΗΔ</b>	Δεν εφαρμόζεται
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	Όπως τα ήδη ενταγμένα προϊόντα
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή. Μόνο για νοσοκομειακή χρήση από ιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εμπειρία.
<b>ATC5</b>	L01FF01 Nivolumab

<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	L01FF Αναστολείς PD-1/PDL-1 (πρωτεΐνη 1 προγραμματισμένου κυτταρικού θανάτου/ συνδέτης θανάτου 1)
------------------------	---

<b>ACCU-THYROX ORAL.SOL 100μg/5ML BTx2 BOTTLES x 75ML (κωδ. ΕΟΦ 302360302)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	Νατριούχος Λεβοθυροξίνη
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Πόσιμο διάλυμα, διαυγές άχρωμο υγρό
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Άρθρο 10α της Οδηγίας ΕΕ 2001/83/ΕΚ-Καλώς καθιερωμένης χρήσης.
<b>ΚΑΚ</b>	GALENICA ΑΕ
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	BT x 2 BOTTLES x 75ML
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803023603023
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Υποθυρεοειδισμός (συγγενής ή επίκτητος)</li> <li>☞ Διάχυτη μη τοξική βρογχοκήλη</li> <li>☞ Βρογχοκήλη σχετιζόμενη με θυρεοειδίτιδα Hashimoto</li> <li>☞ Θεραπεία καταστολής σε καρκίνωμα θυρεοειδούς</li> </ul>
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
<b>DDD (Units)</b>	0,15 mg
<b>ΑΗΔ</b>	20
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	E03.9 Υποθυρεοειδισμός, μη καθορισμένος
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με ιατρική συνταγή
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	
<b>ATC5</b>	H03AA01
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	H03AA Ορμόνες θυρεοειδούς

<b>DETRIER D3® CAPS 25.000 IU/CAP BT X 4 CAPS ΣΕ BLISTER (PVC/PVDC/AL) (κωδ. ΕΟΦ 326190201 )</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	Cholecalciferol
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Καψάκια σκληρά
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Άρθρο 10 <sup>α</sup> της Οδηγίας ΕΕ 2001/83/ΕΚ-Καλώς καθιερωμένης χρήσης
<b>ΚΑΚ</b>	HEREMCO ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗ Μ.Ε.Π.Ε. Δ.Τ. HEREMCO Μ.Ε.Π.Ε
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	BT X 4 CAPS ΣΕ BLISTER (PVC/PVDC/AL)
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803261902018
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΗ</b>	Αρχική θεραπεία συμπτωματικής ανεπάρκειας βιταμίνης D σε ενήλικες
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Ένα καψάκιο (25.000 IU) εβδομαδιαία. Μετά τον πρώτο μήνα να εξεταστεί το ενδεχόμενο μείωσης της δόσης, ανάλογα με τα επιθυμητά επίπεδα 25(OH)D ορού, τη σοβαρότητα της νόσου και την ανταπόκριση στη θεραπεία.

<b>DDD (Units)</b>	800 IU (20mcg)
<b>ΑΗΔ</b>	125
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	E55 Έλλειψη βιταμίνης D
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	Αρχική θεραπεία έλλειψης 25(OH)D ορού <10ng/ml έως 3 μήνες στους ενήλικες.
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με ιατρική συνταγή
<b>ATC5</b>	A11CC05 Cholecalciferol
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	A11CC Βιταμίνη D και ανάλογα

<b>VERAVIT-D® OR.SO.D 10000 IU/ML BT X 1 BOTTLE (20ML) (GLASS-TYPE III) X 10ML + ΣΤΑΓΟΝΟΜΕΤΡΙΚΟ ΒΙΔΩΤΟ ΠΩΜΑ (κωδ. ΕΟΦ 325350101)</b>	
<b>VERAVIT-D® ORAL.SOL 25000 IU/2.5ML BT X 1 BOTTLE (5ML) (GLASS-TYPE III) X 2.5ML -SINGLE DOSE (κωδ. ΕΟΦ 325350201)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	Cholecalciferol
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Πόσιμες σταγόνες, διάλυμα
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Άρθρο 10 <sup>α</sup> της Οδηγίας ΕΕ 2001/83/ΕΚ-Καλώς καθιερωμένης χρήσης
<b>ΚΑΚ</b>	ELPEN ΑΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	BT X 1 BOTTLE (20ML) (GLASS-TYPE III) X 10ML + ΣΤΑΓΟΝΟΜΕΤΡΙΚΟ ΒΙΔΩΤΟ ΠΩΜΑ BT X 1 BOTTLE (5ML) (GLASS-TYPE III) X 2.5ML -SINGLE DOSE
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803253501014 2803253502011
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ</b>	<u>VERAVIT-D OR.SO.D 10000 IU/ML</u> Προφύλαξη από την έλλειψη βιταμίνης D σε ενήλικες και εφήβους με αναγνωρισμένο κίνδυνο. Θεραπεία της έλλειψης βιταμίνης D σε ενήλικες, εφήβους και παιδιά. <u>VERAVIT-D ORAL.SOL 25000 IU/2.5ML</u> Αρχική θεραπεία κλινικά σημαντικής έλλειψης βιταμίνης D σε ενήλικες.
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
<b>DDD (Units)</b>	800 IU (20mcg)
<b>ΑΗΔ</b>	125 31,25
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	E55 Έλλειψη βιταμίνης D
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	<u>VERAVIT-D OR.SO.D 10000 IU/ML</u> Αρχική θεραπεία βαριάς έλλειψης <12ng/ml (<30nmol/L) βιταμίνης D σε παιδιά και εφήβους (0-18 ετών), σε έγκυες/θηλάζουσες γυναίκες. Επιτρέπεται έως 3μηνη συνταγογράφηση και για επέκταση να υπάρχει αιτιολόγηση. <u>VERAVIT-D ORAL.SOL 25000 IU/2.5ML</u> Αρχική θεραπεία έλλειψης 25(OH)D ορού <10ng/ml έως 3 μήνες στους ενήλικες.

<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με ιατρική συνταγή
<b>ATC5</b>	A11CC05 Cholecalciferol
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	A11CC Βιταμίνη D και ανάλογα

<b>FLUCELVAX TETRA INJ.SUSP (15+15+15+15)MCG/0.5/ML (1 δόση) BTx1 PF.SYRS x0.5 ml, με βελόνα (κωδ. ΕΟΦ 321300102)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	Αντιγόνα επιφανείας του ιού της γρίπης (αιμοσυγκολλητίνη και νευραμινιδάση), αδρανοποιημένα
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Ενέσιμο εναιώρημα σε προγεμισμένη σύριγγα (ενέσιμο)
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Κεντρική άδεια – Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/EC - Εμβόλιο
<b>ΚΑΚ</b>	SEQIRUS NETHERLANDS B.V., THE NETHERLANDS
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	BTx1 PF.SYRS x0.5 ml, με βελόνα
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803213001028
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΗ</b>	Προφύλαξη από τη γρίπη σε ενήλικες και παιδιά από την ηλικία των 2 ετών.
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Μία δόση των 0,5 ml
<b>DDD (Units)</b>	Δεν εφαρμόζεται
<b>ΑΗΔ</b>	Δεν εφαρμόζεται
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	Z25.1
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	Σύμφωνα με τις συστάσεις του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με ιατρική συνταγή
<b>ATC5</b>	J07BB02
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	J07BB Εμβόλια γρίπης

<b>RINVOQ PR.TAB 15MG/TAB BTx28 δισκία σε BLISTERS (PVC/PE/PCTFE/alu) (κωδ. ΕΟΦ 322970101)</b>	
<b>RINVOQ PR.TAB 30MG/TAB BT X 28 ΔΙΣΚΙΑ ΣΕ BLISTERS PVC/PE/PCTFE/ALU (κωδ. ΕΟΦ 322970201)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	UPADACITINIB
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Δισκίο παρατεταμένης αποδέσμευσης.
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Κεντρική άδεια – Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/EC – Άδεια κυκλοφορίας EU/1/19/1404/009
<b>ΚΑΚ</b>	ABBVIE DEUTSCHLAND GMBH & CO KG, LUDWIGSHAFEN, GERMANY
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	PR.TAB 15MG/TAB BTx28 δισκία σε BLISTERS (PVC/PE/PCTFE/alu) PR.TAB 30MG/TAB BT X 28 ΔΙΣΚΙΑ ΣΕ BLISTERS PVC/PE/PCTFE/ALU
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803229701011 2803229702018
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη νέας ένδειξης και νέας περιεκτικότητας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας ένδειξης και νέας

	περιεκτικότητας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΗ</b>	Θεραπεία μέτριας έως σοβαρής ατοπικής δερματίτιδας σε ενήλικες και εφήβους ηλικίας 12 ετών και άνω που είναι υποψήφιοι για συστηματική θεραπεία
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
<b>DDD (Units)</b>	0,015 G
<b>ΑΗΔ</b>	28 56
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	L20.0 Ατοπική Δερματίτιδα L20.8 Άλλες μορφές ατοπικής δερματίτιδος L20.9 Διάφορες μορφές ατοπικής δερματίτιδας
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό και παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αγωγής
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	Αποζημίωση βάσει διαδικασίας προέγκρισης: <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Επί αποτυχίας, τεκμηριωμένης δυσανεξίας ή αντένδειξης της κυκλοσπορίνης σε ενήλικες.</li> <li>☞ Έναρξη θεραπείας για μέτρια έως σοβαρή ατοπική δερματίτιδα (EASI <math>\geq</math>16, vIGA-AD <math>\geq</math>3 και δερματικές βλάβες σε <math>\geq</math>10% της επιφάνειας σώματος).</li> <li>☞ Διακοπή επί μη ανταπόκρισης στις 16 εβδομάδες.</li> </ul>
<b>ATC5</b>	L04AA44
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	L04AA

<b>DUPIXENT INJ.SOL 200MG/1.14ML (175 MG/ML) BTx2 PF. PENS (γυάλινες)</b> <b>(κωδ. ΕΟΦ 317630206)</b> <b>DUPIXENT INJ.SOL 200MG/1.14ML (175 MG/ML) BTx2 PF.SYRS (γυάλινες)- με σύστημα ασφαλείας (κωδ. ΕΟΦ 317630202)</b> <b>DUPIXENT INJ.SOL 300MG/2ML BT x2 PF.SYRS (γυάλινη)- με σύστημα ασφαλείας (κωδ. ΕΟΦ 317630106)</b> <b>DUPIXENT INJ.SOL 300MG/2ML BT x2 PF. PEN (γυάλινες)</b> <b>(κωδ. ΕΟΦ 317630110)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	Dupilumab
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Ενέσιμο διάλυμα
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Κεντρική άδεια – Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/EC (Agency product number EMEA/H/C/004390 – Αρχική άδεια κυκλοφορίας: 26/9/2017)
<b>ΚΑΚ</b>	SANOFI-AVENTIS GROUPE, FRANCE
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	INJ.SOL 200MG/1.14ML (175 MG/ML) BTx2 PF.SYRS (γυάλινες)- με σύστημα ασφαλείας INJ.SOL 200MG/1.14ML (175 MG/ML) BTx2 PF. PENS INJ.SOL 300MG/2ML BT x2 PF.SYRS (γυάλινη)- με σύστημα ασφαλείας INJ.SOL 300MG/2ML BT x2 PF. PEN (γυάλινες)
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803176302064 2803176302026 2803176301067 2803176301104
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων

<b>ΕΝΔΕΙΞΗ</b>	Αντιμετώπιση μέτριας έως σοβαρής ατοπικής δερματίτιδας σε ενήλικες και εφήβους 12 ετών και άνω, οι οποίοι είναι υποψήφιοι για συστηματική θεραπεία.
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
<b>DDD (Units)</b>	0,0214 G
<b>ΑΗΔ</b>	18,69 18,69 28,04 28,04
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	L20.0 Ατοπική Δερματίτιδα L20.8 Άλλες μορφές ατοπικής δερματίτιδος L20.9 Διάφορες μορφές ατοπικής δερματίτιδας
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	Αποζημίωση βάσει διαδικασίας προέγκρισης: <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Επί αποτυχίας, τεκμηριωμένης δυσανεξίας ή αντένδειξης της κυκλοσπορίνης σε ενήλικες.</li> <li>☞ Έναρξη θεραπείας για μέτρια έως σοβαρή ατοπική δερματίτιδα (EASI <math>\geq</math>16, VIGA-AD <math>\geq</math>3 και δερματικές βλάβες σε <math>\geq</math>10% της επιφάνειας σώματος).</li> <li>☞ Διακοπή επί μη ανταπόκρισης στις 16 εβδομάδες.</li> </ul>
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό λόγω ανάγκης παρακολούθησης κατά τη διάρκεια της αγωγής.
<b>ATC5</b>	D11AH05 Dupilumab
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	D11AH Παράγοντες για θεραπεία ατοπικής δερματίτιδας, εξαιρουμένων των κορτικοστεροειδών

<b>OLUMIANT F.C.TAB 2MG/TAB BTx14 (PVC/PE/PCTFE/alu blister)</b> (κωδ. ΕΟΦ 316320101)	
<b>OLUMIANT F.C.TAB 4MG/TAB BTx14 (PVC/PE/PCTFE/alu blister)</b> (κωδ. ΕΟΦ 316320201)	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	BARICITINIB
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο δισκίο (δισκίο)
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Κεντρική άδεια - Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/EC
<b>ΚΑΚ</b>	ELI-LILLY NEDERLAND B.V., THE NEDERLANDS
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	F.C.TAB 2MG/TAB BTx14 (PVC/PE/PCTFE/alu blister) F.C.TAB 4MG/TAB BTx14 (PVC/PE/PCTFE/alu blister)
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803163201011 2803163202018
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη νέας ένδειξης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας ένδειξης στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΗ</b>	Θεραπεία μέτριας έως σοβαρής ατοπικής δερματίτιδας σε ενήλικες που είναι υποψήφιοι για συστηματική θεραπεία.
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
<b>DDD (Units)</b>	0,004 G
<b>ΑΗΔ</b>	7 14
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	L20.0 Ατοπική Δερματίτιδα L20.8 Άλλες μορφές ατοπικής δερματίτιδος

	L20.9 Διάφορες μορφές ατοπικής δερματίτιδας
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Περιορισμένη ιατρική συνταγή από ειδικό ιατρό και παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της αγωγής
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	Αποζημίωση βάσει διαδικασίας προέγκρισης: <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Επί αποτυχίας, τεκμηριωμένης δυσανεξίας ή αντένδειξης της κυκλοσπορίνης.</li> <li>☞ Έναρξη θεραπείας για μέτρια έως σοβαρή ατοπική δερματίτιδα (EASI <math>\geq</math>16, vIGA-AD <math>\geq</math>3 και δερματικές βλάβες σε <math>\geq</math>10% της επιφάνειας σώματος).</li> <li>☞ Διακοπή επί μη ανταπόκρισης στις 16 εβδομάδες.</li> </ul>
<b>ATC5</b>	L04AA37 Baricitinib
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	L04AA Εκλεκτικοί ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες

<b>ΥΝΔΑΘΕΛ SOFT.CAPS 61MG/CAP 30x1καψάκιο (μονάδα δόσης) σε blisters (PVC/PA/alu/PVC- alu/PET/Paper) (κωδ. ΕΟΦ 301770201)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	Tafamidis-Ταφαμίδη
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Κάψουλα
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Ορφανό - Άρθρο 8(3) της οδηγίας 2001/83/EC
<b>ΚΑΚ</b>	PFIZER EUROPE MA EEIG, BELGIUM
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	SOFT.CAPS 61MG/CAP 30x1 καψάκιο (μονάδα δόσης) σε blisters (PVC/PA/alu/PVC- alu/PET/Paper)
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803017702015
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη νέας ένδειξης και νέας περιεκτικότητας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων.
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη νέας ένδειξης και νέας περιεκτικότητας στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων.
<b>ΕΝΔΕΙΞΗ</b>	Θεραπεία της φυσικού τύπου ή κληρονομικής, σχετιζόμενης με την τρανσθυρετινή αμυλοείδωσης σε ενήλικες ασθενείς με μυοκαρδιοπάθεια (ATTR-CM).
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
<b>DDD (Units)</b>	0,02G
<b>ΑΗΔ</b>	91,5
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	E85 Αμυλοείδωση E85.8 Άλλες μορφές αμυλοείδωσης
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	Αποζημίωση βάσει διαδικασίας προέγκρισης
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Περιορισμένη ιατρική συνταγή. Η έναρξη της θεραπείας γίνεται σε νοσοκομείο και μπορεί να συνεχίζεται εκτός νοσοκομείου υπό την παρακολούθηση ειδικού ιατρού.
<b>ATC5</b>	N07XX08 tafamidis
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	N07XX Other nervous system drugs



<b>LOKELMA PD.ORA.SUS 5G/φακελίσκο 28 φακελίσκοι (PET/LDPE/LLDPE/Alu) (κωδ. ΕΟΦ 320640103)</b>	
<b>LOKELMA PD.ORA.SUS 10G/φακελίσκο 30 φακελίσκοι (PET/LDPE/LLDPE/Alu) (κωδ. ΕΟΦ 320640202)</b>	
<b>LOKELMA PD.ORA.SUS 5G/φακελίσκο 30 φακελίσκοι (PET/LDPE/LLDPE/Alu) (κωδ. ΕΟΦ 320640102)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	Κυκλοπυριτικό νάτριο ζirkόνιο (sodium zirconium cyclosilicate, SZC)
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Κόνις για πόσιμο εναιώρημα
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Κεντρική άδεια – Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/EC
<b>ΚΑΚ</b>	ASTRAZENECA AB, SOEDERTAELJE, SWEDEN
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	PD.ORA.SUS 5G/φακελίσκο 28 φακελίσκοι (PET/LDPE/LLDPE/Alu) PD.ORA.SUS 10G/φακελίσκο 30 φακελίσκοι (PET/LDPE/LLDPE/Alu) PD.ORA.SUS 5G/φακελίσκο 30 φακελίσκοι (PET/LDPE/LLDPE/Alu)
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803206401033 2803206402023 2803206401026
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΗ</b>	Θεραπευτική αντιμετώπιση της υπερκαλιαιμίας σε ενήλικες
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	<del>Φάση διόρθωσης (24-48h): 10 g τρεις φορές ημερησίως (t.i.d.)</del> Φάση συντήρησης: 5 g ημερησίως (q.d.) με πιθανή τιτλοποίηση στα 10 g q.d. ή μείωση στα 5 g μία φορά κάθε δεύτερη μέρα (q.o.d.)
<b>DDD (Units)</b>	7,5 g
<b>ΑΗΔ</b>	18,7 40 20
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	E87.5 Υπερκαλιαιμία
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με ιατρική συνταγή
<b>ATC5</b>	V03AE10 Κυκλοπυριτικό νάτριο ζirkόνιο
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	V03AE Φάρμακα για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της υπερκαλιαιμίας και της υπερφωσφαταιμίας

<b>EMGALITY INJ.SOL 120MG BTx1 PF. PENx1 ml (κωδ. ΕΟΦ 320310101)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	Galcanezumab
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Ενέσιμο διάλυμα (INJ.SOL) σε προγεμισμένη συσκευή τύπου πέννας
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Κεντρική Άδεια / Άρθρο 8(3) - Πλήρης αίτηση της Οδηγίας 2001/83/EC: Αριθμός προϊόντος: EMEA/H/C/004648
<b>ΚΑΚ</b>	ELI-LILLY NEDERLAND B.V., THE NEDERLANDS
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	BTx1 PF. PEN x1 ml
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803203101011

<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΗ</b>	Προφύλαξη από την ημικρανία σε ενήλικες που έχουν τουλάχιστον 4 ημέρες ημικρανίας ανά μήνα.
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	120 mg γκαλκανεζουμάμπης με υποδόρια ένεση μία φορά τον μήνα, με αρχική δόση φόρτισης 240 mg
<b>DDD (Units)</b>	4 mg
<b>ΑΗΔ</b>	30
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	G43 Ημικρανία G43.1 Ημικρανία με αύρα (κλασική ημικρανία) G43.0 Ημικρανία χωρίς αύρα (κοινή ημικρανία)
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	∞ Επί αποτυχίας όλων των προφυλακτικών θεραπειών ή αντένδειξης ∞ Στην επεισοδιακή ημικρανία μόνο σε ασθενείς με > 8 ημέρες ημικρανίας μηνιαίως
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Περιορισμένη ιατρική συνταγή. Η διάγνωση και/ή έναρξη της θεραπείας γίνεται σε νοσοκομείο και μπορεί να συνεχίζεται και εκτός νοσοκομείου υπό την παρακολούθηση ειδικού ιατρού.
<b>ATC5</b>	N02CD02 Galcanezumab
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	N02CD Ανταγωνιστές CGRP (Calcitonin Gene-Related Peptide)

<b>CYCLOGEST VAG.SUP 400MG/SUP BTx15 (Σε ταινίες απο PVC/PE) (κωδ. ΕΟΦ 313290102)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	PROGESTERONE
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Κολπικό υπόθετο
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Άρθρο 8(3) β – Γνωστή Δραστική
<b>ΚΑΚ</b>	GEDEON RICHTER PLC., BUDAPEST, HUNGARY
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	VAG.SUP 400MG/SUP BTx15 (Σε ταινίες απο PVC/PE)
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803132901027
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΗ</b>	Υποστήριξη της ωχρινικής φάσης, στο πλαίσιο θεραπείας με τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής για γυναίκες.
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Ένα κολπικό υπόθετο των 400 mg δύο φορές την ημέρα αρχίζοντας από την ωληψία. Επί επιβεβαιωμένης εγκυμοσύνης, το Cyclogest πρέπει να συνεχιστεί για 38 ημέρες από την έναρξη της θεραπείας.
<b>DDD (Units)</b>	90 mg
<b>ΑΗΔ</b>	66,67
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	Z31 Χειρισμοί με σκοπό την αναπαραγωγή
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με ιατρική συνταγή
<b>ATC5</b>	G03DA04 Progesterone
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	G03DA Παράγωγα πρεγνανίου

<p><b>ATECTURA® BREEZHALER® INHPD.CAP (125+62.5)MCG/DOSE [(150+80) MCG/CAP] 30x1</b>  <b>καψάκια σε Blisters (PA/Alu/PVC/Alu-μονάδα δόσης + 1 συσκευή εισπνοής</b>  <b>(κωδ. ΕΟΦ 324610102)</b></p> <p><b>ATECTURA® BREEZHALER® INHPD.CAP (125+127.5)MCG/DOSE [(150+160) MCG/CAP] 30x1</b>  <b>καψάκια σε Blisters (PA/Alu/PVC/Alu-μονάδα δόσης + 1 συσκευή εισπνοής</b>  <b>(κωδ. ΕΟΦ 324610202)</b></p> <p><b>ATECTURA® BREEZHALER® INHPD.CAP (125+260)MCG/DOSE [(150+320) MCG/CAP] 30x1</b>  <b>καψάκια σε Blisters (PA/Alu/PVC/Alu-μονάδα δόσης + 1 συσκευή εισπνοής</b>  <b>(κωδ. ΕΟΦ 324610302)</b></p>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	INDACATEROL: MOMETASONE
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Κόνις για εισπνοή (σκληρό καψάκιο) (κόνις για εισπνοή)
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Κεντρική άδεια - Άρθρο 10 β της Οδηγίας 2001/83/ΕΚ: Σταθερός Συνδυασμός
<b>ΚΑΚ</b>	NOVARTIS EUROPHARM LIMITED, IRELAND
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	INHPD.CAP (125+62.5)MCG/DOSE [(150+80) MCG/CAP] 30x1 καψάκια σε Blisters (PA/Alu/PVC/Alu-μονάδα δόσης + 1 συσκευή εισπνοής INHPD.CAP (125+127.5)MCG/DOSE [(150+160) MCG/CAP] 30x1 καψάκια σε Blisters (PA/Alu/PVC/Alu-μονάδα δόσης + 1 συσκευή εισπνοής INHPD.CAP (125+260)MCG/DOSE [(150+320) MCG/CAP] 30x1 καψάκια σε Blisters (PA/Alu/PVC/Alu-μονάδα δόσης + 1 συσκευή εισπνοής
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803246101023 2803246102020 2803246103027
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον κατάλογο αποζημιούμενων φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ</b>	Θεραπεία συντήρησης του άσθματος σε ενήλικες και εφήβους 12 ετών και άνω που δεν ελέγχονται επαρκώς με εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή και εισπνεόμενους β2-αγωνιστές βραχείας δράσης
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Ένα καψάκιο την ημέρα. Μέγιστη συνιστώμενη δόση 125 mcg/260 mcg μία φορά την ημέρα.
<b>DDD (Units)</b>	1 TE
<b>ΑΗΔ</b>	30
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	J45 Άσθμα J45.0 Κυρίως αλλεργικό άσθμα J45.8 Μικτό άσθμα J45.9 Άσθμα, μη καθορισμένο
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	Βάσει του θεραπευτικού πρωτοκόλλου του Υπουργείου Υγείας για το βρογχικό άσθμα
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με ιατρική συνταγή
<b>ATC5</b>	R03AK14 Indacaterol and mometasone
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	R03AK Αδρενεργικά σε συνδυασμό με φάρμακα για τις αποφρακτικές παθήσεις των αεροφόρων οδών

<b>ENERZAI R BREEZHALER INHPD.CAP (114+46+136)MCG/DOSE [(150+50+160) MCG/CAP] 30x1</b> καψάκια σε Blisters (PA/Alu/PVC/Alu-μονάδα δόσης + 1 συσκευή εισπνοής (κωδ. ΕΟΦ 324840102)	
<b>ENERZAI R BREEZHALER INHPD.CAP (114+46+136)MCG/DOSE [(150+50+160) MCG/CAP] 30x1</b> καψάκια σε Blisters (PA/Alu/PVC/Alu-μονάδα δόσης + 1 συσκευή εισπνοής+1 αισθητήρας (κωδ. ΕΟΦ 324840103)	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	INDACATEROL:GLYCOPYRRONIUM:MOMETASONE
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Κόνις για εισπνοή (σκληρό καψάκιο) (κόνις για εισπνοή)
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Κεντρική άδεια - Άρθρο 10 β της Οδηγίας 2001/83/EC: Σταθερός Συνδυασμός
<b>ΚΑΚ</b>	NOVARTIS EUROPHARM LIMITED, IRELAND
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	INHPD.CAP (114+46+136)MCG/DOSE [(150+50+160) MCG/CAP] 30x1 καψάκια σε Blisters (PA/Alu/PVC/Alu-μονάδα δόσης + 1 συσκευή εισπνοής INHPD.CAP (114+46+136)MCG/DOSE [(150+50+160) MCG/CAP] 30x1 καψάκια σε Blisters (PA/Alu/PVC/Alu-μονάδα δόσης + 1 συσκευή εισπνοής+1 αισθητήρας
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803248401022 2803248401039
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΗ</b>	Θεραπεία συντήρησης του άσθματος σε ενήλικες ασθενείς που δεν ελέγχονται επαρκώς με αγωγή συντήρησης συνδυασμού β2-αγωνιστή μακράς δράσης και υψηλής δόσης εισπνεόμενου κορτικοστεροειδούς, οι οποίοι εμφάνισαν μία ή περισσότερες παροξύνσεις άσθματος κατά το προηγούμενο έτος.
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
<b>DDD (Units)</b>	1 TE
<b>ΑΗΔ</b>	30
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	J45 Άσθμα J45.0 Κυρίως αλλεργικό άσθμα J45.8 Μικτό άσθμα J45.9 Άσθμα, μη καθορισμένο
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	∞ Προσθήκη στο βήμα 5 του θεραπευτικού πρωτοκόλλου του Υπουργείου Υγείας για το βρογχικό άσθμα ∞ Η συνταγή και γνωμάτευση να εκδίδονται από Πνευμονολόγο ∞ Η συσκευασία με τον αισθητήρα χορηγείται 1 φορά ετησίως
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με ιατρική συνταγή
<b>ATC5</b>	R03AL12 Indacaterol, glycopyrronium bromide and mometasone
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	R03AL Αδρενεργικά σε συνδυασμό με αντιχολινεργικά

<b>VISIOLATAN EY.DRO.SOL 50MCG/ML BtX1 MULTIDOSE PLASTIC BOTTLE (HDPE)x2.5 ML</b> (κωδ. ΕΟΦ 316490101)	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	LATANOPROST
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Οφθαλμικές σταγόνες, διάλυμα
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Άρθρο 10 (3) της Οδηγίας 2001/83/EC : Υβριδικό
<b>ΚΑΚ</b>	BAUSCH + LOMB IRELAND LIMITED, IRELAND
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	EY.DRO.SOL 50MCG/ML BtX1 MULTIDOSE PLASTIC BOTTLE (HDPE)x2.5 ML

<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803164901019
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Μείωση της αυξημένης ενδοφθάλμιας πίεσης σε ασθενείς με γλαύκωμα ανοιχτής γωνίας και οφθαλμική υπερτονία.</li> <li>∞ Μείωση της αυξημένης ενδοφθάλμιας πίεσης σε παιδιατρικούς ασθενείς με αυξημένη ενδοφθάλμια πίεση και παιδιατρικό γλαύκωμα.</li> </ul>
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	<p>Μία οφθαλμική σταγόνα στον προσβεβλημένο οφθαλμό ή οφθαλμούς, μία φορά ημερησίως. Καλύτερο αποτέλεσμα επιτυγχάνεται όταν χορηγείται το βράδυ.</p> <p>Δεν πρέπει να χορηγείται περισσότερο από μία φορά ημερησίως δεδομένου ότι η συχνότερη χορήγηση μειώνει το αποτέλεσμα της μείωσης της ενδοφθάλμιας πίεσης.</p> <p>Εάν παραλειφθεί κάποια δόση, η θεραπεία συνεχίζεται με την επόμενη δόση ως συνήθως.</p> <p>Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα για πρόωρα ηλικίας κύησης &lt;36 εβδομάδων. Περιορισμένα δεδομένα σε ηλικίες &lt; 1 έτους.</p>
<b>DDD (Units)</b>	0,1 ML
<b>ΑΗΔ</b>	25
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	<p>H40 Γλαύκωμα</p> <p>H40.0 Οφθαλμική υπερτονία</p> <p>H40.1 Πρωτοπαθές γλαύκωμα ανοιχτής γωνίας</p> <p>Q15.0 Πρωτοπαθές συγγενές γλαύκωμα – παιδιατρικός πληθυσμός</p>
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με ιατρική συνταγή
<b>ATC5</b>	S01EE01 Latanoprost
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	S01EE Ανάλογα προσταγλανδινών

<b>SHINGRIX PD.SU.IN.S BTx1 VIAL (ΚΟΝΙΣ) + 1 VIAL (ΕΝΑΙΩΡΗΜΑ)</b> <b>(κωδ. ΕΟΦ 318530101)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	<p>Μετά την ανασύσταση, μία δόση (0,5 mL) περιέχει: Αντιγόνο γλυκοπρωτεΐνης E<sup>2,3</sup> του ιού της ανεμευλογιάς-έρπητα ζωστήρα<sup>1</sup> - 50 μικρογραμμάρια</p> <p><sup>1</sup> Ιός ανεμευλογιάς-έρπητα ζωστήρα = VZV <sup>2</sup> ανοσοενισχυμένο με AS01<sub>B</sub> που περιέχει: φυτικό εκχύλισμα <i>Quillaja saponaria</i> Molina, κλάσμα 21 (QS-21) 50 μικρογραμμάρια 3-O-desacyl-4'-monophosphoryl lipid A (MPL) από <i>Salmonella minnesota</i> 50 μικρογραμμάρια <sup>3</sup> γλυκοπρωτεΐνη E (gE) που παράγεται σε κύτταρα ωθηκών κινεζικού κρικητού (CHO) μέσω τεχνολογίας ανασυνδυασμένου DNA</p>
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Κόνις και εναιώρημα για την παρασκευή ενέσιμου εναιωρήματος.

<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Κεντρική άδεια – Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/EC - Εμβόλιο
<b>ΚΑΚ</b>	GLAXOSMITHKLINE BIOLOGICALS SA, RIXENSART, BELGIUM
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	BTx1 VIAL (ΚΟΝΙΣ) + 1 VIAL (ΕΝΑΙΩΡΗΜΑ)
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803185301010
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ</b>	Πρόληψη έρπητα ζωστήρα και μεθερπητικής νευραλγίας σε: <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ ενήλικες ηλικίας 50 ετών και άνω</li> <li>☞ ενήλικες ηλικίας 18 ετών και άνω που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο έρπητα ζωστήρα</li> </ul>
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Όπως αναγράφεται στην ΠΧΠ
<b>DDD (Units)</b>	Δεν εφαρμόζεται
<b>ΑΗΔ</b>	Δεν εφαρμόζεται
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	Z25 Ανάγκη ανοσοποίησης έναντι άλλων ιογενών παθήσεων που οφείλονται σε έναν ιό
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με ιατρική συνταγή
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	Σύμφωνα με τις συστάσεις του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών
<b>ATC5</b>	J07BK03
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	J07BK Εμβόλια ανεμευλογιάς

<b>RESPREEZA PS.SOL.INF 4000MG/VIAL BTx1 vial + 1 vial + 1 σετ μεταφοράς 20/20 (σετ mix 2 vial)+1 σετ ενδοφλέβιας έγχυσης +1 σετ πεταλούδας+3 τολύπια (κωδ. ΕΟΦ 312280201 )</b>	
<b>RESPREEZA PS.SOL.INF 5000MG/VIAL BTx1 vial + 1 vial + 1 σετ μεταφοράς 20/20 (σετ mix 2 vial)+1 σετ ενδοφλέβιας έγχυσης +1 σετ πεταλούδας+3 τολύπια (κωδ. ΕΟΦ 312280301 )</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	Alfa 1 antitrypsin
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Κόνις και διαλύτης για διάλυμα προς έγχυση
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/EK
<b>ΚΑΚ</b>	CSL BEHRING GMBH, MARBURG, GERMANY
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	Respreeza 4.000 mg κόνις και διαλύτης για διάλυμα προς έγχυση Respreeza 5.000 mg κόνις και διαλύτης για διάλυμα προς έγχυση
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803122802013 2803122803010
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη νέων περιεκτικοτήτων στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη νέων περιεκτικοτήτων στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ</b>	Θεραπεία συντήρησης για την επιβράδυνση της εξέλιξης του εμφυσήματος σε ενήλικες με τεκμηριωμένη σοβαρή ανεπάρκεια του αναστολέα της άλφα1- πρωτεΐνάσης [π.χ. γονότυποι PiZZ, PiZ(null), Pi(null, null), PiSZ]. Οι ασθενείς πρόκειται να ακολουθούν βέλτιστη φαρμακευτική και μη φαρμακευτική θεραπεία και να εμφανίζουν ενδείξεις προοδευτικής νόσου των πνευμόνων (π.χ. με χαμηλότερο από το προβλεπόμενο βίαια εκπνεόμενο όγκο ανά δευτερόλεπτο FEV1, περιορισμένη

	ικανότητα βάδισης ή αυξημένο αριθμό παροξυσμών) με βάση την εκτίμηση από επαγγελματία υγείας με εμπειρία στη θεραπεία της ανεπάρκειας του αναστολέα της άλφα1-πρωτεΐνάσης.
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	60 mg/kg σωματικού βάρους άπαξ εβδομαδιαίως
<b>DDD (Units)</b>	0,6 g
<b>ΑΗΔ</b>	6,67 8,33
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	J43 Εμφύσημα
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή. Μόνο για νοσοκομειακή χρήση.
<b>ATC5</b>	B02AB02 alfa 1 antitrypsin
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	B02AB Proteinase inhibitors

<b>Luxturna 5 x 10<sup>12</sup> φορείς γονιδιώματος/mL πυκνό σκεύασμα και διαλύτης για παρασκευή ενέσιμου διαλύματος (κωδ. ΕΟΦ 320710101)</b>	
<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>	Voretigene neparvonec
<b>ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ</b>	Πυκνό σκεύασμα και διαλύτης για παρασκευή ενέσιμου διαλύματος
<b>ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ</b>	Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/ΕΚ
<b>ΚΑΚ</b>	NOVARTIS EUROPHARM LIMITED, IRELAND
<b>ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ</b>	Θύλακας αλουμινίου x BT x 1 VIAL (συμπύκνωμα) + 2 VIALS x 1,7 ML SOLV
<b>BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ</b>	2803207101017
<b>ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:</b>	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:</b>	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
<b>ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ</b>	Θεραπεία ενηλίκων και παιδιατρικών ασθενών με απώλεια της όρασης λόγω κληρονομικής αμφιβληστροειδικής δυστροφίας που οφείλεται σε επιβεβαιωμένες διαλληλόμορφες μεταλλάξεις RPE65 και οι οποίοι έχουν επαρκή αριθμό βιώσιμων αμφιβληστροειδικών κυττάρων.
<b>ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ</b>	Εφάπαξ δόση 1,5 x 10 <sup>11</sup> vg voretigene neparvonec σε κάθε οφθαλμό. Η κάθε δόση παρέχεται στον υπαμφιβληστροειδικό χώρο σε συνολικό όγκο 0,3 mL. Η διαδικασία της εξατομικευμένης χορήγησης σε κάθε οφθαλμό πραγματοποιείται σε ξεχωριστές ημέρες με μικρό μεσοδιάστημα, αλλά όχι μικρότερο των 6 ημερών.
<b>DDD (Units)</b>	Δεν εφαρμόζεται
<b>ΑΗΔ</b>	Δεν εφαρμόζεται
<b>ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10</b>	H35.5 Κληρονομική δυστροφία του αμφιβληστροειδούς
<b>ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ</b>	Αποζημίωση βάσει διαδικασίας προέγκρισης
<b>ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ</b>	Φαρμακευτικό προϊόν γονιδιακής θεραπείας. Με περιορισμένη ιατρική συνταγή. Μόνο για νοσοκομειακή χρήση από ιατρό με κατάλληλη ειδικευση και εκπαίδευση σύμφωνα με τα μέτρα

	διαχείρισης του κινδύνου που περιγράφονται στο ΠΑΡ.ΙΙ της Α.Κ.
<b>ATC 5</b>	S01XA27
<b>ATC 4 (CLUSTER)</b>	S01XA Άλλα οφθαλμολογικά

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