

**ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΗ ΔΙΑΥΓΕΙΑ**

Αθήνα, 20-1-2021

Αρ. Πρωτ. Δ3(α)/1165

**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 : 2132161521, -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 (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. 83/2019 (ΦΕΚ Α' 121) «Διορισμός Αντιπροέδρου της Κυβέρνησης, Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών».

6. Την αριθμ. πρωτ. Α1β/Γ.Π. οικ. 1105/2020 (ΦΕΚ 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 (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.
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. 5/7-1-2021 (Αριθ. Πρωτ. Υπουργείου Υγείας 1165/08-01-2021) γνωμοδότηση της Επιτροπής Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (Επιτροπή Αξιολόγησης).
10. Το αριθ. πρωτ. Β2β/Γ.Π. οικ. 3048/15-1-2021 έγγραφο της Γενικής Δ/σης Οικονομικών Υπηρεσιών σύμφωνα με το οποίο: *«από το περιεχόμενο της προωθούμενης Υπουργικής Απόφασης προκαλείται δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού τ. έ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (ΚΑΕ 0672.00), το ύψος της οποίας δεν δύναται να προσδιοριστεί, καθώς αυτό θα εξαρτηθεί από τον όγκο των πωλήσεων, την τιμή αποζημίωσης των εν λόγω φαρμάκων και τυχόν υποκατάσταση. Σε κάθε περίπτωση όμως, το υπερβάλλον κόστος της φαρμακευτικής δαπάνης αντισταθμίζεται από το μηχανισμό αυτόματων επιστροφών (clawback), του προαναφερόμενου φορέα για τα έτη 2019-2022. Παράλληλα, σημειώνεται ότι δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού».*

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Την ένταξη των κατωτέρω αναφερόμενων φαρμακευτικών σκευασμάτων στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων για τους λόγους που αναφέρονται αναλυτικά στη με αριθ. πρωτ. οικ. 5/7-1-2021 θετική γνωμοδότηση της Επιτροπής Αξιολόγησης και στα συνημμένα αυτής αρχεία:

FULPHILA	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	Pegfilgrastim
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη σύριγγα
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ (CP) – Βιο-ομοειδές: 10 (4) της Οδηγίας 2001/83/EC, όπως έχει τροποποιηθεί από την οδηγία 2004/27/EC – ΕΜΕΑ/Η/С/004915, 20/11/2018 – Εμπορική ονομασία προϊόντος αναφοράς: Neulasta®
ΚΑΚ	MYLAN S.A.S., SAINT PRIEST, FRANCE
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	FULPHILA INJ.SO.PFS 6MG BTx1 PF. SYR + με προστατευτική βελόνα
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803202701021
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων.
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	Μείωση της διάρκειας της ουδετεροπενίας και της συχνότητας εμφάνισης της εμπύρετου ουδετεροπενίας σε ενήλικες ασθενείς που ακολουθούν κυτταροτοξική χημειοθεραπεία για την αντιμετώπιση κακοήθους νόσου (με εξαίρεση τη χρόνια μυελογενή λευχαιμία και τα μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα).
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναφέρεται στην ΠΧΠ
DDD (Units)	0,0003 G
ΑΗΔ	20,00
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	Όπως το προϊόν αναφοράς
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	Όπως το προϊόν αναφοράς
ATC5	L03AA13
ATC 4 (CLUSTER)	L03AA (Διεγερτικοί παράγοντες των σειρών των αιμοποιητικών κυττάρων)

SPINRAZA INJ.SOL 12MG/VIAL BTx1 VIAL x 5ML	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	NUSINERSEN
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Ενέσιμο διάλυμα
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	8(3)a - Νέα δραστική ουσία. Ορφανό.
ΚΑΚ	BIOGEN NETHERLANDS B.V., THE NETHERLANDS
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	316740101 (12MG/VIAL BT x 1 VIAL x 5ML)
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	2803167401011(12MG/VIAL BT x 1 VIAL x 5ML)
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Επαναξιολόγηση
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για παραμονή του φαρμάκου στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΠΟΥ ΑΞΙΟΛΟΓΗΘΗΚΑΝ	Βάσει ΠΧΠ (παρ.4.1 Θεραπευτικές ενδείξεις). Το Spinraza ενδείκνυται για τη θεραπεία της Νωτιαίας Μυϊκής Ατροφίας 5q.
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναφέρεται στην ΠΧΠ (παρ.4.2) Το Spinraza προορίζεται για ενδορραχιαία χρήση μέσω

	οσφουονωτιαίας παρακέντησης. Η συνιστώμενη δοσολογία είναι 12 mg (5 ml) ανά χορήγηση. Η θεραπεία με Spinraza θα πρέπει να ξεκινά το συντομότερο δυνατόν μετά τη διάγνωση με 4 δόσεις εφόδου τις ημέρες 0, 14, 28 και 63. Δόση συντήρησης θα πρέπει να χορηγείται μία φορά κάθε 4 μήνες εφεξής.
DDD (Units)	0,1 mg
ΑΗΔ	120
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	G12.9: Διάφορες μορφές νωτιαίας μυϊκής ατροφίας
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	Με περιορισμένη ιατρική συνταγή: Μόνο για νοσοκομειακή χρήση. Το Spinraza ενδείκνυται για τη θεραπεία της Νωτιαίας Μυϊκής Ατροφίας 5q. Σε συμφωνία με τις κατευθυντήριες οδηγίες
ATC5	M09AX07-Nusinersen
ATC 4 (CLUSTER)	M09AX -Λοιπά φάρμακα για τη θεραπεία των μυοσκελετικών παθήσεων

IMFINZI	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	DURVALUMAB
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Πυκνό διάλυμα για παρασκευή διαλύματος προς έγχυση
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ (CP) –Άρθρο 8.3 της Οδηγίας 2001/83/EC (Procedure No. EMEA/H/C/004771/0000-21/09/2018)
ΚΑΚ	ASTRAZENECA AB, SOEDERTAELJE, SWEDEN
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	<ul style="list-style-type: none"> • IMFINZIC/S.SOL.IN 50MG/ML 1 vialx 2.4 ml • IMFINZIC/S.SOL.IN 50MG/ML 1 vialx10 ml
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	<ul style="list-style-type: none"> • 2803199501024 • 2803199501017
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	Το IMFINZI ως μονοθεραπεία ενδείκνυται για τη θεραπεία του τοπικά προχωρημένου, ανεγχείρητου μη μικροκυτταρικού καρκίνου του πνεύμονα (ΜΜΚΠ) σε ενήλικες, των οποίων οι όγκοι εκφράζουν το PD-L1 σε $\geq 1\%$ των καρκινικών κυττάρων και των οποίων η νόσος δεν εξελίχθηκε μετά από χημειο-ακτινοθεραπεία με βάση την πλατίνα.
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Η έναρξη της θεραπείας και η επίβλεψή της πρέπει να γίνεται από ιατρό με εμπειρία στη θεραπεία του καρκίνου. <u>Έλεγχος του PD-L1 σε ασθενείς με τοπικά προχωρημένο μη μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα (ΜΜΚΠ)</u> Οι ασθενείς με τοπικά προχωρημένο ΜΜΚΠ πρέπει να αξιολογούνται για τη λήψη θεραπείας με βάση την έκφραση

	του PD-L1 που επιβεβαιώνεται με μια επικυρωμένη εργαστηριακή μέθοδο. <u>Δοσολογία</u> Η συνιστώμενη δόση του IMFINZI είναι 10 mg/kg χορηγούμενη ως ενδοφλέβια έγχυση για 60 λεπτά κάθε 2 εβδομάδες, μέχρι την εξέλιξη της νόσου ή την εμφάνιση μη αποδεκτής τοξικότητας, ή για 12 μήνες το μέγιστο. Συνιστάται η συνέχιση της θεραπείας για κλινικά σταθερούς ασθενείς με αρχική ένδειξη εξέλιξης της νόσου έως ότου επιβεβαιωθεί η εξέλιξη της νόσου. Δε συνιστάται αύξηση ή μείωση της δόσης. Η παύση ή η διακοπή χορήγησης της δόσης μπορεί να απαιτηθούν με βάση την ατομική ασφάλεια και ανεκτικότητα.
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	–
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	<ul style="list-style-type: none"> • C34 Κακοήθες νεόπλασμα βρόγχου και πνεύμονα • C34.0 Κύριου βρόγχου • C34.1 Άνω λοβού, βρόγχου ή πνεύμονα • C34.2 Μέσου λοβού, βρόγχου ή πνεύμονα • C34.3 Κάτω λοβού, βρόγχου ή πνεύμονα • C34.8 Επικαλύπτουσα αλλοίωση του βρόγχου και του πνεύμονα • C34.9 Βρόγχου ή πνεύμονα, μη καθορισμένο
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	Βάσει ΠΧΠ
ATC5	L01XC28
ATC 4 (CLUSTER)	L01XC (Μονοκλωνικά αντισώματα)

GALAFOLD	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	Μιγαλαστάτη
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	Σκληρά καψάκια
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	8(3)a - Νέα δραστική ουσία –ΟΡΦΑΝΟ ΦΑΡΜΑΚΟ Αριθμός αδείας : EU/1/15/1082/001
ΚΑΚ	AmicusTherapeuticsLtdUK / ΓΕΝΕΣΙΣΦΑΡΜΑΑ.Ε.
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	<ul style="list-style-type: none"> • GALAFOLD CAPS 123MG/CAP BTx14 (PVC/PCTFE/PVC/Al Blister)
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	<ul style="list-style-type: none"> • 2803174901016
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	Το GALAFOLDενδείκνυται για τη μακροχρόνια θεραπεία ενηλίκων και εφήβων ηλικίας 16 ετών και άνω με επιβεβαιωμένη διάγνωση της νόσου Fabry (ανεπάρκεια α-γαλακτοσιδάσης Α) με μετάλλαξη επιδεκτική θεραπείας.
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Η έναρξη και η επίβλεψη θεραπείας με Galafoldπρέπει να πραγματοποιείται από εξειδικευμένους ιατρούς με εμπειρία

	στη διάγνωση και στη θεραπεία της νόσου Fabry. Το Galafold δεν προορίζεται για χρήση σε συνδυασμό με θεραπεία ενζυμικής υποκατάστασης. Το συνιστώμενο δοσολογικό σχήμα για ενήλικες και εφήβους ηλικίας 16 ετών και άνω είναι 123 mg μιγαλαστάτης (1 καψάκιο) μία φορά ανά δύο μέρες, την ίδια ώρα κάθε ημέρα, για τη μακροχρόνια θεραπεία της νόσου Fabry.
DDD (Units)	123 mg ανά σκληρό καψάκιο
ΑΗΔ	–
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	2021 ICD-10-CM Diagnosis Code E75.21-Fabry disease - Alpha-galactosidase A deficiency
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	<p>-Υπερευαισθησία στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα (προζελατινοποιημένο άμυλο αραβοσίτου, στεατικό μαγνήσιο, ζελατίνη, διοξείδιο του τιτανίου [E171], Ινδικοτίνη [E132], κόμμεα λάκκας, μαύρο οξείδιο του σιδήρου, υδροξύδιο του καλίου).</p> <p>-Δεν ενδείκνυται για χρήση σε ασθενείς με μεταλλάξεις μη επιδεκτικές θεραπείας (Παρ. 5.1 SPC)</p> <p>-Δεν ενδείκνυται σε ασθενείς με μειωμένη νεφρική λειτουργία (GFR< 30 ml/min/1,73 m²).</p> <p>-Δεν προορίζεται για χορήγηση σε συνδυασμό με θεραπεία ενζυμικής αποκατάστασης.</p> <p>-Σε ασθενείς που ξεκινούν θεραπεία με μιγαλαστάτη ή αντικαθιστούν με αυτή προηγούμενη θεραπεία συνιστάται να υποβάλλονται σε τακτική (ανά 6μηνο) παρακολούθηση της νεφρικής λειτουργίας, των ηχοκαρδιογραφικών παραμέτρων και των βιοχημικών δεικτών τους. Σε περίπτωση σημαντικής κλινικής επιδείνωσης, πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο περαιτέρω κλινικής αξιολόγησης ή διακοπής της θεραπείας με Galafold.</p> <p>- Δε συνιστάται σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, που δε χρησιμοποιούν αντισύλληψη, ή σε γυναίκες κατά τη διάρκεια κύησης.</p> <p>- Σε περίπτωση θηλασμού, είναι άγνωστο αν απεκκρίνεται στο γάλα. Η χρήση του σε θηλάζουσες πρέπει να αποφασιστεί σταθμίζοντας το όφελος του θηλασμού για το παιδί με το όφελος της θεραπείας για τη μητέρα.</p> <p>-Δεν υπάρχουν δεδομένα για ασθενείς με διαταραγμένη ηπατική λειτουργία.</p>
ATC5	A16AX14
ATC 4 (CLUSTER)	A16AX

BAVENCIO	
ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	ΑΒΕΛΟΥΜΑΜΠΗ
ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ	BAVENCIO/Σ.SOL.IN 20 MG/MLBTx1 VIALx 10 ML
ΝΟΜΙΚΗ ΒΑΣΗ	8(3)α-Νέα δραστική ουσία-Ορφανό σκεύασμα
ΚΑΚ	MERCK ΑΕ
ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ	20 MG/ML BTx1 VIAL x 10 ML ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΟΦ 17540101
BARCODE ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΩΝ	BARCODE 2803175401010
ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ:	Ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΠΟΡΙΣΜΑ ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ:	Θετική εισήγηση για ένταξη στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων
ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ	Η Αβελουμάμπη (BAVENCIO) ενδείκνυται ως μονοθεραπεία για τη θεραπεία ενηλίκων ασθενών με μεταστατικό καρκίνωμα κυττάρων Merkel (MCC).
ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ	Όπως αναφέρεται στην ΠΧΠ 10 mg/kgΒΣ iv σε 60 minέγχυση ανά 2 εβδομάδες
DDD (Units)	Δεν εφαρμόζεται
ΑΗΔ	Δεν εφαρμόζεται
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ICD 10	Σύμφωνα με τις ενδείξεις που αναγράφονται στην ΠΧΠ – C44
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ/ ΦΑΣΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ/ΘΕΣΗ ΣΕ ΘΕΡ. ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ	Βάσει ΠΧΠ
ATC5	L01XC
ATC 4 (CLUSTER)	L01XC31

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

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΚΙΚΙΛΙΑΣ

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