



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**Αθήνα, 30/06/2025**

**Αριθ. Πρωτ. ΔΒ4Α/οικ. 15744**



**Εθνικός  
Οργανισμός  
Παροχής  
Υπηρεσιών  
Υγείας**

**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:

Σχετικά:

1. Τα άρθρα 264, 265 του Ν.4512/2018, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει
2. Την ΥΑ Δ3(α) 22625/27-05-2025 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. 9329/15-04-2025 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 11-06-2025.
6. την αρ. πρωτ. ΔΒ4Α/Γ31/329/26-06-2025 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:

	<b>ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ</b>	<b>ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ</b>
1	AJOVY	FREMANEZUMAB
2	ΑΙΜΟΝΙΓ	ERENUMAB
3	ALDURAZYME	LARONIDASE
4	ΑΜΥΥΤΤΡΑ	VUTRISIRAN
5	ΑΣΡΑΒΕΛΙ	PEGCETACOPLAN
6	ΒΑΒΕΝΚΙΟ	AVELUMAB
7	ΒΕΚΕΜΒ	ECULIZUMAB
8	BENLYSTA s.c & i.v.	BELIMUMAB
9	ΒΕΟΝΥ	BROLUCIZUMAB
10	BOTOX	BOTULINUM TOXIN TYPE A
11	BΡΑΦΤΟΒΙ	ENCORAFENIB
12	BRUKINSA	ZANUBRUTINIB
13	CABLIVI (όχι για την έναρξη. Μόνο για περιπτώσεις συνέχισης αγωγής πέραν των 30 ημερών και εφ' όσον υπάρχουν ενδείξεις εμμένουσας ανοσολογικής νόσου).	CAPLACIZUMAB
14	CABOMETYX (Σε 1) 1η γραμμή RCC ως μονοθεραπεία και σε συνδυασμό με νιβολουμάμπη 2) σε μονοθεραπεία για τη θεραπεία ενηλίκων ασθενών με τοπικά προχωρημένο ή μεταστατικό, διαφοροποιημένο καρκίνωμα θυρεοειδούς, ανθεκτικό ή μη κατάλληλο για θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο, που έχουν παρουσιάσει εξέλιξη της νόσου κατά τη διάρκεια ή μετά από προηγούμενη συστηματική θεραπεία)	CABOZANTINIB
15	CALQUENCE	ACALABRUTINIB
16	CAMZYOS	MAVACAMTEN
17	CAPRELSA	VANDETANIB
18	CERDELGA	ELIGLUSTAT
19	CEREZYME	IMIGLUCERASE

20	CIBINQO	ABROCITINIB
21	COLUMVI (όχι στην έναρξη, μόνο στη συνέχιση)	GLOFITAMAB
22	COTELLIC	COBIMETINIB
23	CRYSVITA	BUROSUMAB
24	CUFENCE	TRIENTINE DIHYDROCHLORIDE
25	CUPRIOR	TRIENTINE TETRAHYDROCHLORIDE
26	CYRAMZA	RAMUCIRUMAB
27	DOPTELET (για την ένδειξη της Χρόνιας Ηπατικής Νόσου)	AVATROMOBAG
28	DARZALEX (για την Αμυλοείδωση ελαφρών αλύσων (AL))	DARATUMUMAB
29	DUPIXENT (για την ατοπική δερματίτιδα)	DUPILUMAB
30	DYSPORT	BOTULINUM TYPE A TOXIN HAEMAGGLUTININ COMPLEX
31	ELAPRASE	IDURSULFASE
32	ELFABRIO	PEGUNIGALSIDASE ALFA
33	ELREXFIO	ELRANATAMAB
34	EMGALITY	GALCANEZUMAB
35	ENSPRYNG	SATRALIZUMAB
36	EPCLUSA	VELPATASVIR:SOFOBUVIR
37	EPIDYOLEX	CANNABIDIOL
38	ERIVEDGE	VISMODEGIB
39	ERLEADA	APALUTAMIDE
40	ESBRIET ΚΑΙ ΓΕΝΟΣΗΜΑ	PIRFENIDONE
41	EVENITY	ROMOSUZUMAB
42	EVRYSDI	RISDIPLAM
43	EXVIERA	DASABUVIR
44	EYLEA	AFLIBERCEPT
45	FABRAZYME	AGALSIDASE BETA
46	FINTEPLA	FENFLURAMINE
47	FORSTEO ΚΑΙ BIO-ΟΜΟΕΙΔΗ/ΓΕΝΟΣΗΜΑ	TERIPARATIDE
48	GALAFOLD	MIGALASTAT
49	GIVLAARI	GIVOSIRAN
50	HARVONI	SOFOBUVIR, LEDIPASVIR
51	HEPCLUDEX	BULEVIRTIDE
52	IBRANCE	PALBOCICLIB
53	ILARIS	CANAKINUMAB
54	IMBRUVICA	IBRUTINIB
55	IMFINZI	DURVALUMAB

56	INREBIC	FEDRATINIB
57	JAKAVI [για όλες τις ενδείξεις πλην της αντίδρασης μοσχεύματος έναντι ξενιστή (GvHD)]	RUXOLITINIB
58	JEMPERLI	DOSTARLIMAB
59	KAFTRIO	IVACAFTOR / TEZACAFTOR / ELEXACAFTOR
60	KALYDECO	IVACAFTOR
61	KEYTRUDA	PEMBROLIZUMAB
62	KINPEYGO	BUDESONIDE
63	KISQALI	RIBOCICLIB
64	KYMRIAH	TISAGENLECLEUCEL
65	LENVIMA	LENVATINIB MESILATE
66	LEQVIO	INCLISIRAN
67	LIBTAYO	CEMIPLIMAB
68	LUCENTIS & όμοια βιολογικά	RANIBIZUMAB
69	LUXTURNA	VORETIGENE NEPARVOVEC
70	LYNPARZA (για όλες τις ενδείξεις πλην του αδενοκαρκινώματος παγκρέατος)	OLAPARIB
71	MAVIRET	PIBRENTASVIR, GLECAPREVIR
72	MEKINIST	TRAMETINIB
73	MEKTOVI	BINIMETINIB
74	MYOZYME	ALGLUCOSIDASE ALFA
75	NATPAR	RECOMBINANT HUMAN PARATHYROID HORMONE
76	NEUROBLOC	BOTULINUM TOXIN TYPE B
77	NEXVIADYME	AVALGLUCOSIDASE ALFA
78	NUBEQA	DAROLUTAMIDE
79	NUCALA (Χρόνια ρινοκολπίτιδα με ρινικούς πολύποδες)	MEPOLIZUMAB
80	OFEV & ΑΝΤΙΓΡΑΦΑ	NINTEDANIB
81	OMJJARA	MOMELOTINIB
82	OLUMIANT (για την ατοπική δερματίτιδα)	BARICITINIB
83	ONPATTRO	PATISIRAN
84	ONUREG	AZACITIDINE
85	OPDIVO	NIVOLUMAB
86	OPZELURA	RUXOLITINIB
87	ORKAMBI	LUMACAFTOR / IVACAFTOR

88	ΟΤΕΖΛΑ (Θεραπεία των στοματικών ελκών που σχετίζονται με τη νόσο Behçet σε ενήλικες ασθενείς οι οποίοι είναι υποψήφιοι για συστηματική θεραπεία) & αντίγραφα	APREMILAST
89	ΟΧΒΡΥΤΑ	VOXELOTOR
90	ΟΧΛΥΜΟ	LUMASIRAN
91	ΟΖΥΡΔΕΧ	DEXAMETHAZONE
92	PADCEV	ENFORTUMAB VEDOTIN
93	PEMAZYRE	PEMIGATINIB
94	PIQRAY	ALPELISIB
95	POTELIGEO	MOGAMULIZUMAB
96	PRALUENT	ALIROCUMAB
97	PREVYMIS	LETERMOVIR
98	RAXONE	IDEBENONE
99	REBLOZYL	LUSPATERCEPT
100	REMODULIN & γενόσημα	TREPROSTINIL
101	REPATHA	EVOLOCUMAB
102	REPLAGAL	AGALSIDASE ALFA
103	REVESTIVE	TEDUGLUTIDE
104	RINVOQ (για την ατοπική δερματίτιδα)	UPADACITINIB
105	RYDAPT (μόνο για την ένδειξη της επιθετικής συστηματικής μαστοκύττωσης)	MIDOSTAURIN
106	RYSTIGGO	ROZANOLIXIZUMAB
107	SOVALDΙ	SOFOSBUVIR
108	SPINRAZA	NUSINERSEN
109	SPRAVATO	ESKETAMINE
110	SYNAGIS	PALIVIZUMAB
111	TAFINLAR	DABRAFENIB
112	TAGRISSO (για ασθενείς με τοπικά προχωρημένο ή μεταστατικό ΜΜΚΠ θετικό στη μετάλλαξη T790M του EGFR)	OSIMERTINIB
113	TALVEY	TALQUETAMAB
114	TAVNEOS	AVACOPAN
115	TECARTUS	BREXUCABTAGENE AUTOLEUCEL
116	TECENTRIQ	ATEZOLIZUMAB
117	TECVAYLI	TECLISTAMAB
118	TEGSEDI	INOTERSEN
119	TEPKINLY (όχι στην έναρξη, μόνο στη συνέχιση)	EPCORITAMAB

120	TOLVAPTAN/TEVA	TOLVAPTAN
121	TRESUVI	TREPROSTINIL
122	TRIENTINE/TILLOMED	TRIENTINE
123	TRODELVY	SACITUZUMAB GOVITECAN
124	ULTOMIRIS	RAVULIZUMAB
125	VABYSMO	FARICIMAB
126	VENCLYXTO (για τη χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία)	VENETOCLAX
127	VERZENIOS	ABEMACICLIB
128	VIEKIRAX	RITONAVIR, PARITAPREVIR, OMBITASVIR
129	VISUDYNE	VERTEPORFIN
130	VITRAKVI	LAROTRECTINIB
131	VOSEVI	VOXILAPREVIR, SOFOSBUVIR, VELPATASVIR
132	VPRIV	VELAGLUCERASE ALFA
133	VYEPTI	EPTINEZUMAB
134	VYNDAQEL	TAFAMIDIS
135	VYVGART	EFGARTIGIMOD ALFA
136	XOFIGO	RADIUM (223RA) DICHLORIDE
137	XTANDI & ANTIΓΡΑΦΑ	ENZALUTAMIDE
138	YERVOY	IPILIMUMAB
139	YESCARTA	AXICABTAGENE CILOLEUCEL
140	ZAVESCA	MIGLUSTAT
141	ZELBORAF	VEMURAFENIB
142	ZEPATIER	GRAZOPREVIR:ELBASVIR
143	ZEJULA	NIRAPARIB
144	ZOLGENSMA	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC
145	ZYDELIG	IDELALISIB
146	ZYTIGA & ΓΕΝΟΣΗΜΑ	ABIRATERONE

Προς διευκόλυνσή σας τα νέα φάρμακα/ενδείξεις που προστίθενται με το παρόν έγγραφο είναι τα: KINPEYGO (για πρωτοπαθή νεφροπάθεια ανοσοσφαιρίνης Α), CAMZYOS (για τη θεραπεία της αποφρακτικής υπερτροφικής μυοκαρδιοπάθειας), OPZELURA (για τη θεραπεία της μη τμηματικής λεύκης), OMJJARA (για τη θεραπεία της σπληνομεγαλίας) και ELREXFIO (υποτροπιάζον και ανθεκτικό πολλαπλό μύελωμα).

Τα υπόλοιπα νέα φάρμακα ΦΥΚ που εντάχθηκαν στον Κατάλογο Αποζημιούμενων Φαρμάκων και δεν αναφέρονται στον παρόντα κατάλογο δεν απαιτούν πλέον προέγκριση.

Διευκρινίζεται ότι, για όλες τις ενδείξεις εγκεκριμένων φαρμάκων θετικής λίστας, για τις οποίες δεν έχει εκδοθεί μέχρι σήμερα σχετική Υπουργική Απόφαση ένταξης στον θετικό κατάλογο αποζημιούμενων φαρμάκων σύμφωνα με το άρθρο 251 του ν. 4512/2018, όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 24 του ν. 4633/2019,

απαιτείται διαδικασία προέγκρισης για την αποζημίωσή τους.

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 11-06-2025.

**Η ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ  
ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ  
ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**Π. ΛΙΤΣΑ**

**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

**ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΜΕ E-MAIL**