



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Αθήνα, 17/11/2025

Αριθ. Πρωτ. ΔΒ4Α/οικ. 28154



**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) 42548/29-09-2025 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. 15744/30-06-2025 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 7/11/2025.
6. την αρ. πρωτ. ΔΒ4Α/Γ31/582/13-11-2025 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:

	ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ
1	AJOVY	FREMANEZUMAB
2	ΑΙΜΟΝΙΓ	ERENUMAB
3	ΑΚΕΕΓΑ	NIRAPARIB: ABIRATERONE ACETATE
4	ALDURAZYME	LARONIDASE
5	AMVUTTRA	VUTRISIRAN
6	ASPAVELI	PEGCETACOPLAN
7	BAVENCIO	AVELUMAB
8	BEKEMV	ECULIZUMAB
9	BENLYSTA s.c & i.v.	BELIMUMAB
10	BEOVU	BROLUCIZUMAB
11	BOTOX	BOTULINUM TOXIN TYPE A
12	BRAFTOVI	ENCORAFENIB
13	BRUKINSA	ZANUBRUTINIB
14	CABLIVI (όχι για την έναρξη. Μόνο για περιπτώσεις συνέχισης αγωγής πέραν των 30 ημερών και εφ' όσον υπάρχουν ενδείξεις εμμένουσας ανοσολογικής νόσου).	CAPLACIZUMAB
15	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
16	CALQUENCE	ACALABRUTINIB
17	CAMZYOS	MAVACAMTEN

18	CAPRELSA	VANDETANIB
19	CERDELGA	ELIGLUSTAT
20	CEREZYME	IMIGLUCERASE
21	CIBINQO	ABROCITINIB
22	COLUMVI (όχι στην έναρξη, μόνο στη συνέχιση)	GLOFITAMAB
23	COTELLIC	COBIMETINIB
24	CRYSVITA	BUROSUMAB
25	CUFENCE	TRIENTINE DIHYDROCHLORIDE
26	CUPRIOR	TRIENTINE TETRAHYDROCHLORIDE
27	CYRAMZA	RAMUCIRUMAB
28	DOPTelet (για την ένδειξη της Χρόνιας Ηπατικής Νόσου)	AVATROMOBAG
29	DARZALEX (για την Αμυλοείδωση ελαφρών αλύσων (AL))	DARATUMUMAB
30	DUPIXENT (για την ατοπική δερματίτιδα)	DUPILUMAB
31	DYSPOrt	BOTULINUM TYPE A TOXIN HAEMAGLUTININ COMPLEX
32	EBVALLO	TABELECLEUCel
33	ELAPRASE	IDURSULFASE
34	ELFABRIO	PEGUNIGALSIDASE ALFA
35	ELREXFIO	ELRANATAMAB
36	EMGALITY	GALCANEZUMAB
37	ENSPRYNG	SATRALIZUMAB
38	EPCLUSA	VELPATASVIR:SOFOsBUVIR
39	EPIDYOLEX	CANNABIDIOL
40	ERIVEDGE	VISMODEGIB
41	ERLEADA	APALUTAMIDE
42	ESBRIET KAI ΓΕΝΟΣΗΜΑ	PIRFENIDONE
43	EVENITY	ROMOSozUMAB
44	EVRYSDI	RISDIPLAM
45	EXVIERA	DASABUVIR
46	EYLEA	AFLIBERCEPT
47	FABRAZYME	AGALSIDASE BETA
48	FINTEPLA	FENFLURAMINE
49	FORSTEO KAI BIO-OMOEIDH/ΓΕΝΟΣΗΜΑ	TERIPARATIDE
50	GALAFOLD	MIGALASTAT
51	GIVLAARI	GIVOSIRAN
52	HARVONI	SOFOsBUVIR, LEDIPASVIR
53	HEPCLUDEX	BULEVIRTIDE

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

89	ONUREG	AZACITIDINE
90	OPDIVO	NIVOLUMAB
91	OPDUALAG	NIVOLUMAB:RELATLIMAB
92	OPZELURA	RUXOLITINIB
93	ORKAMBI	LUMACAFITOR / IVACAFITOR
94	OTEZLA (Θεραπεία των στοματικών ελκών που σχετίζονται με τη νόσο Behçet σε ενήλικες ασθενείς οι οποίοι είναι υποψήφιοι για συστηματική θεραπεία) & αντίγραφα	APREMILAST
95	OXBRYTA	VOXELOTOR
96	OXLUMO	LUMASIRAN
97	OZURDEX	DEXAMETHAZONE
98	PADCEV	ENFORTUMAB VEDOTIN
99	PEMAZYRE	PEMIGATINIB
100	PIQRAY	ALPELISIB
101	POTELIGEO	MOGAMULIZUMAB
102	PRALUENT	ALIROCUMAB
103	PREVYMIS	LETERMOVIR
104	RAXONE	IDEBENONE
105	REBLOZYL	LUSPATERCEPT
106	REMODULIN & γενόσημα	TREPROSTINIL
107	REPATHA	EVOLOCUMAB
108	REPLAGAL	AGALSIDASE ALFA
109	REVESTIVE	TEDUGLUTIDE
110	RINVOQ (για την ατοπική δερματίτιδα)	UPADACITINIB
111	RYDAPT (μόνο για την ένδειξη της επιθετικής συστηματικής μαστοκύττωσης)	MIDOSTAURIN
112	RYSTIGGO	ROZANOLIXIZUMAB
113	SOVALDI	SOFOSBUVIR
114	SPINRAZA	NUSINERSEN
115	SPRAVATO	ESKETAMINE
116	TAFINLAR	DABRAFENIB
117	TAGRISO (για ασθενείς με τοπικά προχωρημένο ή μεταστατικό ΜΜΚΠ θετικό στη μετάλλαξη T790M του EGFR)	OSIMERTINIB
118	TALVEY	TALQUETAMAB
119	TALZENNA	TALAZOPARIB
120	TAVNEOS	AVACOPAN

121	TECARTUS	BREXUCABTAGENE AUTOLEUCEL
122	TECENTRIQ	ATEZOLIZUMAB
123	TECVAYLI	TECLISTAMAB
124	TEGSEDI	INOTERSEN
125	TEPKINLY (όχι στην έναρξη, μόνο στη συνέχιση)	EPCORITAMAB
126	TOLVAPTAN/TEVA	TOLVAPTAN
127	TRESUVI	TREPROSTINIL
128	TRIENTINE/TILLOMED	TRIENTINE
129	TRIENTINE/WAYMADE	TRIENTINE
130	TRODELVY	SACITUZUMAB GOVITECAN
131	ULTOMIRIS	RAVULIZUMAB
132	VABYSMO	FARICIMAB
133	VENCLYXTO (για τη χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία)	VENETOCLAX
134	VERZENIOS	ABEMACICLIB
135	VIEKIRAX	RITONAVIR, PARITAPREVIR, OMBITASVIR
136	VISUDYNE	VERTEPORFIN
137	VITRAKVI	LAROTRECTINIB
138	VOSEVI	VOXILAPREVIR, SOFOSBUVIR, VELPATASVIR
139	VOYDEYA	DANICOPAN
140	VPRIV	VELAGLUCERASE ALFA
141	VYEPTI	EPTINEZUMAB
142	VYNDAQEL	TAFAMIDIS
143	VYVGART	EFGARTIGIMOD ALFA
144	WINREVAIR	SOTATERCEPT
145	XOFIGO	RADIUM (223RA) DICHLORIDE
146	XTANDI & ANTIGΡΑΦΑ	ENZALUTAMIDE
147	YERVOY	IPILIMUMAB
148	YESCARTA	AXICABTAGENE CILOLEUCEL
149	ZAVESCA	MIGLUSTAT
150	ZELBORAF	VEMURAFENIB
151	ZEPATIER	GRAZOPREVIR:ELBASVIR
152	ZEJULA	NIRAPARIB
153	ZOLGENSMA	ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC
154	ZYDELIG	IDELALISIB
155	ZYTIGA & ΓΕΝΟΣΗΜΑ	ABIRATERONE

Προς διευκόλυνσή σας τα νέα φάρμακα/ενδείξεις που προστίθενται με το παρόν έγγραφο είναι τα: AKEEGA (θεραπεία ενήλικων ασθενών με μεταστατικό, ανθεκτικό στον ευνοχισμό καρκίνο του προστάτη), EBVALLO (για λεμφοϋπερπλαστική νόσο μετά από μεταμόσχευση σχετιζόμενη με Epstein-Barr), LITFULO (για γυροειδή αλωπεκία), IMFINZI+IMJUDO (για ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα), IQIRVO (για πρωτοπαθή χολική χολαγγειίτιδα), OPDUALAG (για προχωρημένο μελάνωμα), TALZENNA (για καρκίνο μαστού και προστάτη),

TRIENTINE/WAYMADE (θεραπεία νόσου Wilson), VOYDEYA (παροξυσμική νυκτερινή αιμοσφαιρινουρία) και WINREVAIR (για πνευμονική αρτηριακή υπέρταση).

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 7/11/2025.

**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. ΤΕΕΣ

ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΜΕ E-MAIL