**Tisztelt Intézményvezető Asszony/Úr!**

Tájékoztatom, hogy a gyulladásos megbetegedések kezelésére szolgáló tételes elszámolás alá eső készítmények vonatkozásában a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) eredményes közbeszerzési eljárást folytatott le, amelynek eredményeképpen az alábbiakban felsorolt hatóanyagokat – az aláírt keretmegállapodások alapján – természetben biztosítja az ellátásra jogosult egészségügyi szolgáltatók részére. Az intézményi kereteket jelen levél tartalmazza.

Tájékoztatom, hogy a jelenleg adalimumab kezelésben részesülő betegek számára a jövőben az adalimumab hatóanyagot tartalmazó Hyrimoz készítmény áll rendelkezésre.

A készítmények felhasználása során, kérjük, hogy az egyes indikációk vonatkozásában az alábbi finanszírozási ajánlásokat szíveskedjenek figyelembe venni. Kérem, hogy mindezekről a centrumvezető és a centrumban dolgozó valamennyi szakorvos tájékoztatást kapjon.

**Finanszírozási megkötések:**

1. **Gasztroenterológia**

*Crohn* indikációban az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV.2.) NM rendelet (a továbbiakban NM rendelet) 1/A sz. melléklet 1/ pontjában):

Új beteg beállítása esetén első vonalban választandó:

* infliximab (Zessly) vagy adalimumab (Hyrimoz)

Másodvonalban a fentieken túl választható:

* ustekinumab (Stelara).

Harmadvonalban a fentieken túl

* vedolizumab (Entyvio).

*Colitis ulcerosa* indikációban NM rendelet 1/A sz. melléklet 2 pontjában:

Új beteg beállítása esetén első és másodvonalban választandó:

* infliximab (Zessly) vagy adalimumab (Hyrimoz)

Harmadvonalban vagy amennyiben az infliximab vagy adalimumab kontraindikált:

* vedolizumab (Entyvio)
1. **Plakkos psoriasis**

*Plakkos psoriasis* indikációban (NM rendelet 1/A sz. melléklet 5. pontja) értelmében új beteg beállítása esetén első vonalban bármely TNF Alfa gátló készítmény vagy ustekinumab hatóanyagot tartalmazó Stelara készítmény választható:

* adalimumab (Hyrimoz)
* infliximab (Zessly)
* ustekinumab (Stelara)
* etanercept (Erelzi) (keret megküldése 2021. jan.közepén várható)

Másodvonalban a fentieken túl alkalmazható

* guszelkumab (Tremfya) (A fenti indikációban nem szükséges egyedi méltányosság kérelem igénylése.)

Harmadvonalban fentieken túl választható:

* szekukinumab (Cosentyx),
* vagy ixekizumab (Taltz)
1. **Reumatológia**

*Rheumatoid arthritis* (NM rendelet 1/A sz. melléklet 6/a) indikációban elsőként választandó készítmények új beteg beállítása esetén az alábbiak lehetnek:

* adalimumab (Hyrimoz)
* infliximab (Zessly)

Másodvonalban fentie**k**en túl választható készítmények:

* certolizumab-pegol (Cimzia)
* etanercept (Erelzi) (keret megküldése 2021. jan.közepén várható)
* golimumab (Simponi)
* tofacitinib (Xeljanz)
* rituximab (Ruxience)

További megkötés nincs.

*Spondylitis ankylopoetica* valamint *Arthritis psoriatica* (NM rendelet 1/A sz. melléklet 3. és 4. pontjai) esetében új beteg vonatkozásában első vonalban választandó:

* infliximab (Zessly),
* vagy adalimumab (Hyrimoz)

Másodvonalban fentieken túl választható:

* a szekukinumab (Cosentyx),
* etanercept (Erelzi) (keret megküldése 2021. jan.közepén várható).

További megkötés nincs.

*Juvenilis idipathias arthritis* indikációban (NM rendelet 1/A sz. melléklet 6/b, 6/c pont) finanszírozói megkötés nem került meghatározásra.

Budapest, 2020. december 22.